

O Trauma, a Psicose e o Transtorno de Estresse Pós-Traumático

Introdução

O paciente considerado atípico é, também, denominado paciente de difícil manejo clínico ou paciente *borderline*. Essas são designações imprecisas, indefinidas e sem uma conceituação científica definida. Isso ocorre porque esse paciente apresenta uma sintomatologia diversa e antagônica, por vezes acompanhada de sintomas psicóticos, quando então podem receber o diagnóstico de Esquizofrenia (EF) ou de Transtorno do Humor Bipolar (THB), estas psicoses não orgânicas.

Para complicar, os estudos desenvolvidos a partir de 1980 sobre o Transtorno de Estresse Pós-Trau-

Sebastião Abrão Salim

Psicanalista Didata da Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro e Núcleo Psicanalítico de Belo Horizonte; Membro Titular da Associação Brasileira de Psiquiatria.

mático (TEPT) vêm mostrando a existência nesta entidade clínica de sintomatologia semelhante que pode vir acompanhada de sintomas psicóticos.

Esse fato tem um entendimento difícil, mas requer um exame pela presença desse paciente na clínica psicanalítica atual.

Esse paciente atípico apresenta resposta terapêutica pouco satisfatória, do ponto de vista psicológico e farmacológico, como é de se esperar, devido ao desconhecimento da etiologia dessas manifestações indefinidas pelos psiquiatras e psicanalistas.

As ciências afins procuram por um marcador biológico, seja um substrato químico, uma área específica do cérebro ou uma alteração genética para estabelecer de modo mais científico a etiologia, o diagnóstico e o tratamento do mesmo.

Mesmo entre as psicoses tem sido destacada a dificuldade para se fazer o diagnóstico diferencial entre elas. Shirakawa (2004) cita o trabalho feito por Cooper, em 1970, nesse sentido. O autor “compara protocolos de diagnósticos de Esquizofrenia nos Estados Unidos e na Inglaterra. Verifica que, nos Estados Unidos, havia uma tendência maior em descrever a Esquizofrenia e, na Inglaterra, o Transtorno do Humor Bipolar. Então, comparando os protocolos de pacientes diagnosticados em Londres e Nova York, Cooper troca os protocolos e verifica que aqueles que em Londres eram diagnosticados como maníaco-depressivos, quando vistos pelos psiquiatras americanos transformavam-se em pacientes esquizofrênicos, e vice-versa”.

Shirakawa complementa:

Esse trabalho de Cooper levou a comunidade psiquiátrica a rever os diagnósticos existentes em Psiquiatria, isto é, que haveria necessidade de uma linguagem internacional e que houvesse um consenso a respeito do diagnóstico”. Conclui que essas dificuldades de diagnóstico passam “pela dificuldade de encontrar um marcador biológico que identifique o transtorno como tal.

Outros autores têm destacado essa mesma dificuldade diagnóstica. Daker (2004) escreve: “Não há qualquer dado consistente que nos leve a definir os limites precisos da Esquizofrenia, por exemplo, com os limites dos Transtornos de Humor, haja vista os transtornos esquizoafetivos (DAKER, 2004), bem como os limites de depressão na esquizofrenia (ALVARENGA; TEIXEIRA JÚNIOR, 2002)”.

Segundo Martins et al. (2004):

É possível que existam várias formas intermediárias de psicose com sintomas de humor ou que os dois diagnósticos clássicos de Esquizofrenia e Transtorno de Humor Bipolar representem um espectro da mesma doença, ou um tipo de expressão fenotípica incompleta de uma única doença, sem necessariamente implicar resposta a tratamentos diferentes. Hoje, por exemplo, a importância do uso precoce e continuado de antipsicóticos é reforçada, independentemente do tipo de diagnóstico categórico da psicose (Esquizofrenia ou Transtorno de Humor Bipolar com sintomas psicóticos).

Essa imprecisão diagnóstica referente às psicoses agrava-se, a meu ver, quando se considera o TEPT, que pode apresentar sintomas psicóticos (FIGUEIRA; MENDLOVICZ, 2003).

Conforme Berlim et al. (2003):

Uma vez diagnosticado o Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), há necessidade de serem examinadas as comorbidades, já que ao menos um transtorno psiquiátrico foi encontrado em aproximadamente 80% dos indivíduos com TEPT [...] A prevalência ao longo da vida para transtornos comórbidos com o TEPT foi de aproximadamente 48% para a Depressão Maior.

Este trabalho é produto do meu empenho em estudar essa complexa inter-relação, mediante uma articulação da Psicanálise com a Psiquiatria, a Neurociência e a Psicologia Experimental. Venho priorizando o estudo do trauma e estendendo-o ao TEPT, às psicoses e ao paciente atípico.

Formulei a partir, desses estudos, o conceito de Desconexão, que se tem mostrado útil na minha prática clínica para entender esse ‘paciente de muitas faces’.

Sugiro e comento, ainda, a hipótese de que a variada e antagônica sintomatologia desse paciente tem sua etiologia relacionada ao trauma, ao retraimento autístico e ao estresse resultante.

O TEPT

O quadro clínico do TEPT foi descrito inicialmente por Freud (1919) com o nome de Neuroses Traumáticas e atualmente encontra-se definido no DSM-IV (APA, 1994), de forma mais precisa. Segundo este, o TEPT tem três dimensões de sintomas:

- 1 – o re-experimentar o evento traumático sob a forma de imagens e memórias intrusivas (*flash-backs*) ou de sonhos repetitivos;
- 2 – a evitação dos estímulos que podem conduzir à lembrança do trauma;
- 3 – a presença contínua de sintomas de hiperestimulação autonômica.

Essa sintomatologia pode estar associada a sintomas depressivos, maníacos, fóbicos, psicossomáticos e psicóticos.

Como veremos adiante, seguindo as contribuições de Tustin (1972, 1990), proponho que essa sintomatologia tem característica autística e deriva de uma matriz psíquica inicial, que Ogden (1989) denominou posição autista-contígua.

A essa sintomatologia se associa uma outra, derivada de matrizes psíquicas posteriores, com predomínio dos sentimentos de culpa e de inferioridade decorrentes das cobranças que esse paciente e seus acompanhantes fazem pela insuficiência e incapacidade que apresentam para os atos da vida social, profissional, familiar e sexual.

Recentemente, escrevi dois trabalhos (SALIM, 2004b, 2005) baseados em minha experiência clínica como psicanalista clínico, supervisor e psiquiatra. Tenho observado que esse paciente passa por diversos tratamentos psicológicos e por diversos tratamentos psiquiátricos, com mudança suces-

siva da medicação antipsicótica e até uso da eletroconvulsoterapia, que se mostram insuficientes para o seu controle físico e psíquico.

O trauma na posição autista-contígua (OGDEN, 1989) do desenvolvimento psíquico seria o elemento etiológico básico e, devido a fatores ainda desconhecidos, seus portadores desenvolvem uma sintomatologia mais característica de EF ou de THB ou de TEPT, com sintomas psicóticos ou um quadro clínico indiferenciado com manifestações dessas três entidades.

O Trauma

Freud preocupou-se com o estudo do trauma em 1918 e 1919, época da realização do simpósio *A Psicanálise das Neuroses de Guerra*, relacionado à Primeira Guerra Mundial, que lhe trouxe e a seus contemporâneos sofrimentos múltiplos.

Naquela época, Freud escreveu:

As neuroses traumáticas não são, em sua essência, a mesma coisa que as neuroses espontâneas que estamos acostumados a investigar e tratar pela análise; até agora, não conseguimos harmonizá-las com nosso ponto de vista, e espero, em alguma época, poder explicar-lhes a razão dessa limitação.

Talvez, por essa insuficiência, tenha explicado os sintomas pós-traumáticos apresentados pelos soldados como benefícios secundários para escaparem do retorno aos campos de batalha. Ficou-nos devendo a explicação etiopatogênica, possivelmente porque estivesse voltado ao estudo da conciliação das suas teorias então emergentes, como a teoria do narcisismo e a reformulação da teoria dos instintos, com a técnica psicanalítica.

Em 1938, escreveu:

É possível que aquelas que são descritas como neuroses traumáticas (devidas a um susto excessivo ou graves choques somáticos, como desastres ferroviários, soterramentos, etc.) constituam exceção a isso; seus determinantes na infância até aqui fugiram à investigação.

Conclui-se que Freud não adentrou esse estudo.

Os atentados terroristas de 11 de setembro de 2001, envolvendo o World Trade Center e o Pentágono, têm originado uma retomada dos estudos sobre o trauma, como se pode ver acompanhando as recentes publicações psiquiátricas americanas.

Penso que ressaltar a importância de estudar o trauma em função das grandes catástrofes é uma visão reducionista de seu valor clínico, desde que um atropelamento leve ou uma violência sexual pode ter para suas vítimas dimensão caótica. O próprio Freud (1919) disse: “a neurose traumática não está relacionada somente à guerra”.

Meus estudos, do ponto de vista psicanalítico, foram baseados em Winnicott (1962), Bick (1968), Tustin (1972, 1990) e Ogden (1989, 1994). No entanto, esses autores não consideraram o conceito de trauma como o faço neste trabalho. Segundo o DSM-IV (APA, 1994), um evento só é considerado traumático quando a vítima ou testemunha tem um sentimento consistente de morte. Também aqueles autores não levaram em conta a classificação do trauma de acordo com a natureza desse evento, isto é, se físico ou psíquico, sua relação com sua ocorrência em uma etapa inicial do desenvolvimento psíquico de traumas anteriores, sua etiopatogenia e a sistematização da sintomatologia resultante. Este trabalho apresenta-se singular nesse sentido.

Os psiquiatras e os neurocientistas, por sua vez, têm se preocupado apenas com o diagnóstico clínico, a epidemiologia e as manifestações neurobiológicas ligadas ao trauma. Eles não têm comunicação com a Psicanálise, como nós não temos com eles. Perdem eles, nós e os pacientes. Há poucos anos alguns representantes dessas áreas comuns perceberam a importância desse estudo conjunto, e daí surgiu a Associação Internacional de Neurociência e Psicanálise, com encontros constantes e contribuições científicas importantes, como aquelas apresentadas por ocasião do IV Congresso Internacional de Neuro-Psicanálise, em 2005.

O Conceito de Desconexão

Descrevi o conceito de Desconexão (SALIM, 2004b) como um movimento reflexo da vítima de um trauma físico ou psíquico em busca do estado autístico inicial, no qual há uma regularidade do ritmo das funções vitais que dá ao ser emergente a noção de estar existindo com os processos evolutivos e de adaptação acontecendo simultaneamente, tudo registrado pela memória procedural (KANDEL, 2003) incipiente.

No dizer de Tustin (1972), é uma “procura pelo próprio corpo”, quando as condições do meio se tornam adversas em busca de preservação e serenidade.

Ao recorrer à Desconexão, seu portador se modifica, por vezes, radicalmente, não se reconhecendo mais. Fica ausente de si mesmo. Metamorfoseia-se.

Franz Kafka (1915) escreveu um fantasmagórico conto da literatura universal que denominou de *A Metamorfose*. Escrevi um ensaio literário-psicanalítico sobre esse conto, tanto para entendê-lo como para ilustrar clinicamente esse meu conceito (SALIM, 2004a). É sintomático como Kafka descreve a metamorfose de Gregor Samsa em uma barata, um animal. O personagem central vive como um inseto, mas pensa como um ser humano, com funções cognitivas preservadas. Esse conto reproduz nossa condição de homem e animal.

O portador de Desconexão está imerso em seu mundo animal primitivo. Passa parte do tempo deitado, imóvel, vivendo entre a vida e a semivida, à borda, somente com o mínimo necessário. Não deseja ser incomodado.

Rilke (1922), em *Elegias a Duíno*, descreve com leveza e fidelidade o sentir do indivíduo nesse estado. Segue um trecho:

Certamente é estranho não mais habitar a terra,
não mais praticar costumes apenas apreendidos,
não mais dar destino humano às rosas e a outras coisas promissoras;
não mais ser aquilo que se era, entre mãos infindamente angustiadas,

e esquecer, até, o próprio nome e largá-lo como um brinquedo quebrado.

Estranho, não mais desejar os desejos.

Estranho ver, flutuando no espaço, tudo que estava relacionado.

E o estar-morto é penoso e pleno de tentativas para chegar a sentir, enfim, um pouco de eternidade.

Essa preciosa descrição poética do viver autístico destaca o valor das artes e dos artistas, para expressar as formas mais excêntricas, esdrúxulas e sensíveis do experimento humano, quase todo ele originado da trama entre o Ser animal e o Ser homem, entre o mundo dos vivos e o mundo dos semivivos, entre o mundo orgânico e o mundo inorgânico, entre o mundo animado e o mundo inanimado e entre as estruturas neurais subcorticais e as corticais.

Essa trama está no paciente à espera da nossa leitura afetiva. Não intelectual. Ele se sente desamparado, só, vazio, sem vida, sem massa, sem calor, sem cheiro, sem desejo e sem uma pele protetora. Subjuga-se à sonolência, à apatia, à fadiga, ao imobilismo. Torna-se insuficiente para falar, caminhar ou se sustentar em pé. Aterroriza-se ante o medo de se desfazer, que o leva a manter ativados os sistemas de alarme existentes em suas estruturas neurais (SIDARTA, 2003), relacionados ao risco da sobrevivência, como um sistema antivírus para o computador.

Ao tentar sentir segurança e calma por meio da Desconexão, fica, paradoxalmente, mais próximo da morte. Em decorrência, mantém de forma dialética uma exaltação dos sentidos e do pensamento que impedem o sono tranquilo e prolongado. O paciente relata a vontade de ficar só, quase todo o tempo deitado, sem, no entanto, conseguir dormir. Esse estado é alternado a momentos de sensação de morte iminente, de aflição, de dor no coração, de taquicardia e de sudorese. Torna-se vulnerável para tolerar estímulos sensoriais mais intensos, sejam eles térmicos, olfativos, visuais, gustativos, táteis e sinestésicos. Outro trauma de natureza física (maus-tratos, cirurgia, seqüestro e outros) ou psíquica (separação, perda, acusação

e outros) pode ser desastroso. Foi pior recorrer ao estado de retraimento autístico.

A Desconexão psicológica descrita tem um correlato biológico que Panksepp (2005), importante neurofisiologista, chamou de Síndrome de Desconexão. Nesta há uma desvinculação da articulação entre as estruturas subcorticais e corticais com o lobo orbito-frontal. Para ele, essa Desconexão é responsável pela psicose.

O estado de Desconexão é presidido pelo Sistema Nervoso Autônomo, e a sensação sensorial é o seu elemento mais importante. Além de fazê-lo sentir vivo, ainda lhe possibilita desenvolver a noção de lugar (onde está) e de como é (está sendo).

A importância da sensação sensorial pode ser destacada em nossa vida diária pela procura das mesmas. Por exemplo, as pessoas se coçam, esfregam as mãos, apertam objetos duros nas mãos ou na boca (chaves, canetas, unhas), ficam enrolando os cabelos com as pontas dos dedos ou dedilham as contas de um terço. São atos repetitivos e praticados de forma sempre rítmica que lhes conferem um sentimento de inteireza e de coesão, contrários ao sentimento de estarem-se desfazendo. Não há participação do pensamento, isto é, “não são feitos de cabeça”. Buscam-se, também, sensações de natureza olfativa, auditiva, visual, gustativa ou sinestésica. O universo sensorial foi descrito por Tustin (1990) como o universo dos objetos autistas e das formas autistas.

O trauma responsável pela Desconexão produz em sua vítima uma vivência consistente de morte. Dependendo da gravidade do perigo, das experiências anteriores e do desenvolvimento das estruturas neurais, apresenta movimentos de reação ou de imobilidade, como acontece nos animais.

A angústia de morte resultante, se não finalizada, gera uma sintomatologia psicótica representada por sensações de decomposição física, de perda de fezes e de urina, de queda ininterrupta no espaço em busca de algo para agarrar-se sem o conseguir; verificam-se, também, sensações de perda ou de paralisação de membros, além da ocorrência de sintomas

persecutórios. Estes últimos são por mim compreendidos de uma maneira diferente do referencial clássico, conforme mostrarei adiante.

O conceito de Desconexão tem-me auxiliado no entendimento e tratamento psicanalítico desse mal compreendido paciente.

O paciente nos procura para tratamento, devido ao sofrimento e à insuficiência para o exercício de suas atividades adultas. Sua vida profissional, social, familiar e sexual torna-se precária, porque fica entregue aos seus recursos biológicos e psicológicos do estado autístico, diante de um mundo externo, com demandas crescentes de atividades para sobreviver, somada às próprias cobranças superegóicas, sempre acentuadas nesse paciente que se sente culpado e inferior.

Segundo Selye (1936), o pai dos estudos sobre estresse, esse esforço a mais e continuado gera um estado de desgaste, como acontece com um motor ajustado para uma tarefa que demande dele mais potência. Esse estresse exaure seu portador, que passa a desejar a própria morte. Essa é uma causa de suicídio, mais sob a forma de deixar-se morrer, porque talvez lhe falte forças para o ato final concreto.

Estresse é um termo de múltiplos significados. Neste trabalho, porém, ele é empregado com essa referência de Selye e envolve, como o trauma, uma proximidade com o sentimento de morte.

O Retorno à Biologia

Freud desejou a Psicanálise fundamentada na Biologia, mas se distanciou desta, e seus seguidores, com poucas exceções, se distanciaram mais ainda.

A propósito, Andrade (2003) nos diz: “Após a morte de Freud, os conhecimentos psicológicos, considerados por ele como provisórios, foram assumidos como definitivos pela maioria de seus seguidores, de forma a apartá-los completamente das raízes biológicas”. Kandel (2003), representante da Neurobiologia, também pensa assim.

Entre os psicanalistas há uma concordância de que as psicoses estão relacionadas a falhas no desenvolvimento psíquico inicial, ou seja, falhas

no desenvolvimento do ego. Freud (1938) enfatizou a importância dessas falhas iniciais, embora não estivesse se referindo às psicoses especificamente nem ao trauma, como conceituado neste trabalho. Diz ele:

O dano causado ao ego pelas suas primeiras experiências nos parece desproporcionadamente grande; basta, porém, tomar como analogia a diferença existente nos resultados produzidos pela picada de uma agulha em uma massa de células durante o processo de divisão celular [...] e em um animal adulto plenamente desenvolvido a partir delas. Nenhum ser humano está isento de tais experiências traumáticas; nada escapa às manifestações que resultam delas.

O registro psíquico do trauma precoce é ratificado por Wilhelm (2004), uma estudiosa do psiquismo inicial. Diz ela: “Todas as experiências biológicas ocorridas com o ser, desde a formação de cada uma das células básicas componentes – espermatozóide e óvulo – até o momento do nascimento, ficam inscritas em uma matriz básica por meio de uma memória celular, proporcionando a matéria-prima para a produção das fantasias inconscientes. Assim, as fantasias são, de fato, memórias: correspondem às representações dos *imprints* de nossas impressões sensoriais iniciais, que ficam armazenadas como matéria-prima para a produção de pensamentos nos quais mais tarde irão se transformar, quando um aparelho mental suficientemente desenvolvido estará disponível”.

Ogden (1989), no meu entendimento, contribuiu com este conhecimento, quando postulou a existência de uma posição autista-contígua no início do desenvolvimento psíquico, segundo ele, anterior à posição esquizoparanóide de Klein (1946) e do falso *self* de Winnicott (1962). Diz ele:

Conservei a palavra autística para designar a mais primitiva organização psicológica [...] a palavra contígua é particularmente adequada favorecendo a nomeação dessa organização, uma vez que a experiência de haver superfícies que se tocam [...] provê a antítese necessária à conotação de isolamento e desconexão contida na palavra autística.

Ogden acredita na existência de uma matriz psíquica com produção mental característica desse período do desenvolvimento, que vai do período fetal até logo após o nascimento, corroborando as afirmações de Tustin (1972) a respeito.

Pela importância da fundamentação desse fato para a psicopatologia e para a clínica, isto é, uma matriz psíquica nesse período específico do desenvolvimento capaz de gerar elementos psíquicos, procurei fontes para confirmá-lo.

Encontrei-as na Psicologia Experimental, com as experiências de Harlow (1958) com macacos recém nascidos e suas respostas ao trauma da separação de todos os outros macacos até dez dias após o nascimento. Esses macacos têm uma resposta de isolamento e retraimento, quando aos seis meses de idade são colocados de novo em seu ambiente inicial. Permanecem retraídos e isolados, não se misturando aos demais macacos. A mesma resposta não acontece com macacos que são isolados com mais de dez dias de vida pós-parto. Depois a confirmei com as experiências de Levine (1962) com ratos recém nascidos e com observações idênticas àquelas de Harlow.

Com essas contribuições mostrando que existe uma diferença quando o trauma ocorre em períodos diferentes do desenvolvimento psíquico e biológico, associadas à minha experiência clínica atual, julgo procedente a proposição de Ogden da existência da matriz psíquica autista-contígua nesse período, responsável por uma sintomatologia específica, que denomino autística, quando ocorre um trauma.

Pode-se conjecturar, assim, que um trauma nesse período tem efeitos psicopatogênicos diferentes e mais graves do que quando ocorre em época posterior, seguindo a observação clínica de que quanto mais precoce o dano mais grave é a doença. Tentei expor em outro trabalho (SALIM, 2004b) a relação da etiologia do TEPT com o trauma no período autístico.

Talvez seja procedente estender às psicoses essa hipótese da relação do TEPT com esse trauma inicial, mais dentro de um enfoque biológico, e conjecturar que o desenvolvimento de uma psicose está relacionado à ocor-

rência de trauma naquele período. Desse modo, poderíamos substituir “falhas no desenvolvimento” por “traumas no desenvolvimento”, agravados por falhas ambientais após o nascimento.

Corroboram essa hipótese os fatos apontados da dificuldade de diagnóstico diferencial entre essas três entidades com alguns pacientes, devido à diversidade e ao antagonismo da sintomatologia e ao habitual tratamento psicofarmacológico idêntico para essas entidades, quando o TEPT vem acompanhado de sintomas psicóticos – embora tratamento idêntico não signifique certeza de diagnóstico e etiologia.

Uma dedução clínica relevante é de que se torna mais compreensível entender os sintomas psicóticos como expressões do estado de desamparo do seu portador em busca de proteção pela sua insuficiência para o viver, do que como produtos da matriz psíquica esquizoparanóide de gerar elementos psíquicos, principalmente os persecutórios. Essa proposição já foi exposta por mim (SALIM, 2002).

Outra dedução, tema para outro trabalho, não menos importante, é a possibilidade de estabelecerem-se as bases psicobiológicas da atenção fluante de Freud (1912) e a condição “sem memória e sem desejo” de Bion (1962). Basta considerarmos que os movimentos de taquipsiquismo e bradipsiquismo do portador do trauma podem contaminar de forma sensorial a escuta psicanalítica, impedindo as condições necessárias para obter o estado de mente para as escutas citadas.

Para substanciar a hipótese deste trabalho – o trauma como elemento central na psicopatologia desse paciente – e ilustrar as considerações feitas sobre a sintomatologia e o diagnóstico, apresento o relato do tratamento de M., cujo diagnóstico inicial foi de EF ou THB, segundo parâmetros clássicos da Psiquiatria, e depois foi se caracterizando como TEPT acompanhado de sintomas psicóticos. Seu tratamento foi conduzido com alguns aportes iniciais do conceito de Desconexão. Finalizo com a revisão desse caso clínico à luz desse conceito, agora mais definido.

Material Clínico

M. era uma empresária voltada para si, pouco afetiva, empreendedora, inteligente, dotada de acentuada censura moral, econômica e desconfiada em relação a dinheiro. Deixou de confiar no banco, onde deixava o mínimo de dinheiro possível.

Os primeiros sintomas de doença foram tremores dos dedos das mãos, espasmos ocasionais da musculatura estriada da face, quedas ao solo e sintomas de depressão sem antecedentes na história pessoal. Foi feito um diagnóstico inicial por um médico clínico de doença de Parkinson e recebeu medicação antidepressiva com resultado terapêutico insignificante e transitório.

Como persistiram esses sintomas, foi encaminhada a um neurologista, e, na propedêutica realizada, foi descoberta a existência de hematoma extradural na região occipital como resultado dessas quedas no solo. Foi submetida à craniotomia para a retirada do mesmo.

Dias depois, houve um agravamento de seus sintomas. Passou a dormir mal, conversar pouco, tornou-se repetitiva, sem apetite e mostrava-se ora prostrada, ora agitada. Distanciou-se afetivamente daqueles que a cercavam. Deixou de sair para passear, não conseguia mais assinar cheques, tinha dificuldade para evacuar e continuava sofrendo quedas sucessivas ao solo, embora mantivesse total consciência da ocorrência das mesmas. Levantava-se à noite, indo de quarto em quarto e voltando à cama. M. se tornara uma paciente de difícil manejo a tumultuar seu ambiente familiar.

Fui solicitado a atendê-la, quando foi contada essa história clínica pelos familiares.

Dirigi-me ao quarto de M. Encontrei-a semideitada. Recebeu-me com cortesia e acolhimento. Demonstrou que eu era aguardado. Logo, começou a contar a história da cirurgia em detalhes. Parecia assustada em relação à mesma e relatou-a duas vezes quase igualmente. Entendi essa repetição, pelos estudos iniciados, como remendo para acalmar-se, provavelmente porque tivera vivência de morte em decorrência dessa cirurgia. Esse en-

tendimento auxiliou-me a ter paciência e tolerância para continuar ouvindo.

Prosseguiu falando da cirurgia e, em determinado momento, falou das quedas ao solo. Indagada, descreveu-as como perda momentânea da força muscular, semelhante a um desfalecimento com preservação da consciência. Esta, porém, não era suficiente para evitá-la. Faltava-lhe força física para se sustentar em pé.

Logo voltou ao relato da cirurgia e prolongou-se até o fim do atendimento. Foi preciso interrompê-la com a promessa de que voltaria para continuarmos a conversa. Surpreendeu-me seu vigor físico para se levantar da cama, seu olhar fixo e contínuo voltado para mim e o convite para conhecer a casa. Chamou minha atenção essa súbita manifestação de intimidade e disposição física, a qual senti como incômoda em um primeiro momento, mas aceitei o convite. Depois, retornamos ao quarto e nos despedimos.

Ao sair, seu marido me contou que M. andava esquisita. Dizia que via e ouvia soldados andando em volta da casa. Isso acontecia algumas vezes ao dia. Alterava sua vida diurna e noturna, com perturbações dos hábitos de higiene, de alimentação e de dormir. Perambulava inquieta pela casa, deitava-se tarde e acordava cedo. Alternava esse comportamento com outros de prostração. Não conseguia mais administrar a parte doméstica da casa, emagreceu pela dificuldade para alimentar-se e evacuar; era como se perdesse as forças física e psíquica. O mau funcionamento intestinal a incomodava. Obrigava-a ao uso de laxantes, utilizados sem resultado. Estava utilizando antidepressivo. Temia a possibilidade de M. não se recuperar.

Julguei oportuna uma avaliação por um colega psiquiatra. Este concordou com meu diagnóstico entre a EF e o THB e sugeriu uma medicação (Olanzapina 10 mg ao dia).

Diante da receptividade da paciente, iniciei a Psicoterapia Analítica com uma sessão por semana, pela dificuldade de atendê-la em sua casa.

Combinei com M. meu retorno para a semana seguinte, no mesmo dia e no mesmo horário. Nessa época, estava convencido de que, mesmo de uma forma espaçada, esse paciente requer regularidade e constância de

horário, de acordo com a constância do ritmo das funções vitais, garantindo-lhe uma previsibilidade sem a qual são incertas as melhoras, mesmo bem medicado. É como se o corpo registrasse essa regularidade, como se pensasse com o corpo, sem participação da racionalidade, independente do intervalo de tempo entre os encontros. Tudo isso aconteceu em uma quarta-feira.

Na segunda-feira seguinte, o marido fez contato por telefone. Disse que M. apresentara uma melhora significativa, mas estava preocupado com o diagnóstico de Parkinson. Disse-lhe que não havia atentado a esse detalhe e que, naquele momento, o mais importante era tratar do quadro psíquico. Ele concordou comigo.

Ocorrência do Surto Psicótico

Na terça-feira, por volta de vinte e uma horas, o marido voltou a telefonar à procura de orientação. M. estava agitada e havia dificuldade para contê-la. Queria medicá-la, mas ela dizia que só tomaria o remédio com o marido. No entanto, olhava-o e referia-se a ele, assim que saía, como um homem estranho que havia entrado em seu quarto. Lá o homem permanecera, incomodando-a com sua presença, em busca de um contato sexual. M. exigia que chamassem a polícia para retirá-lo. O marido pedia orientação.

Certamente, não era recomendável medida de força. Disse-lhe que, se não conseguisse medicá-la com o tranqüilizante, fizesse novo contato. Para mim, esse surto seria transitório diante das melhoras apresentadas, mas não o entendi de imediato.

No dia seguinte, na quarta-feira, já em sua casa, seu marido me disse que conseguira dar a medicação e que M. acordara menos confusa e menos agitada. Agora dormia. Havia passado bem toda a semana, dormindo sem sobressaltos, com o quadro alucinatorio dos soldados ocorrendo discreto pelas manhãs. Alimentava-se melhor, o funcionamento intestinal melhorara e já conseguia redigir e assinar cheques, embora com alguma dificulda-

de. Contou-me que, no dia anterior ao surto, M. levantara bem, sem apresentar sintomas delirantes.

O marido desejava esclarecimentos sobre a ocorrência do surto. Na ausência de uma resposta adequada, respondi-lhe que, de alguma forma, estava relacionado às melhoras apresentadas. Para mim mesmo relacionei o surto à revitalização de M., agora mais fortalecida física e psiquicamente. Voltava ao mundo dos vivos, daqueles que podem ter desejos, em oposição ao mundo dos semivivos. O surto erótico deveria estar relacionado a mim por ter ocorrido à véspera de nosso encontro. Entendi que M. se sentia seduzida por mim, e isso podia ser considerado um sinal de melhora.

Tal entendimento remeteu-me à lembrança do incômodo que senti ao final do primeiro atendimento. Considerei-o, então, um fato analítico. Tinha a ver com o surto. Eu estava me sentindo seduzido por ela, também, devido ao modo jovial com que se levantou da cama, pelo seu olhar fixo e contínuo voltado para mim e ao convite para me mostrar a casa.

Pude, então, sentir-me mais relaxado quando a encontrei no quarto, após a conversa com os familiares. M. acabara de acordar. Cumprimentou-me de forma amistosa e pediu licença para ir ao banheiro. Quando voltou, desejou falar sobre o acontecimento recente. Contou, com absoluta certeza do que estava falando, da entrada do homem no quarto em busca de sexo, o qual se teria aproveitado da saída do marido, para ficar com a filha no hospital, naquela noite. O homem havia-se deitado a seu lado na cama. Por várias vezes, fez questão de mencionar que não houve consumação de qualquer contato físico. Estava aliviada, porque os familiares compreenderam o sucedido sem lhe fazer nenhuma reprovação. Esse relato foi longo e ouvido em silêncio, sem perguntas ou demonstração de qualquer discordância ou concordância em relação ao absurdo do mesmo.

M. manifestava a existência de um vínculo erótico comigo, devido à admiração e à confiança em minha pessoa. Disse-lhe que a entendia e que não havia coisa alguma a temer, porque eu e seus familiares estávamos a seu lado. Ouviu-me calada, e nos despedimos em seguida.

Interpretando o Delírio à Época

À época do atendimento dessa paciente, orientava-me pelos conceitos clássicos da Psicanálise e da Psiquiatria sobre as psicoses. Foi com esse referencial clássico que me conduzi no primeiro momento. Interpretei a alucinação com os soldados como produto da rigidez de M., ditada por conceitos religiosos, morais e éticos característicos de sua personalidade autoritária e obsessiva compulsiva, além de suas identificações projetivas persecutórias. Assim, também entendia as desconfianças da paciente em relação ao dinheiro, o que colocava todos sob suspeita.

Era produto de objetos internos sempre em prontidão para evitar a transgressão relacionada a impulsos incestuosos; era resultado da presença de um superego rígido que se instalara a partir de introjeções de objetos externos idênticos aos existentes ao longo de sua formação pessoal.

O segundo delírio, o qual envolvia um intruso, representava o desejo de ter relações com ele naquela noite e, para tanto, M. imaginou que enviara o marido ao hospital a fim de auxiliar no tratamento da filha lá hospitalizada. Ocorreu-lhe, provavelmente, o desejo de manter um relacionamento sexual com o intruso. No entanto, reprimiu esse desejo e passou a ver o homem à sua frente como um ser indesejável, ficando inquieta e agressiva com sua presença e exigindo que os parentes o expulsassem. O surto resultaria da existência de desejos edípicos reprimidos, voltados a minha pessoa: era significativo o fato de o delírio ter ocorrido na noite anterior a minha ida para a sessão semanal. Associei essa possibilidade com o entendimento do incômodo sentido no final da primeira sessão, relacionado às tentativas de sedução de M. Tal associação tornou mais fácil chegar ao entendimento do delírio. A relação estava sendo presidida pelo terceiro sujeito analítico de Ogden (1996), no caso o sujeito sedutor, o pai edípico e a filha edípica. Não neguei que estava ocorrendo um envolvimento recíproco.

Esses entendimentos facilitaram o contato com M. O mesmo não aconteceu a ela. Em função da rigidez moral e da exacerbação dos impulsos sexuais incestuosos reprimidos, M. fez o *acting out*.

Eu começava a desenvolver o conceito de Desconexão, baseado no estudo do trauma e no estado de desamparo da vítima. Sob a luz daqueles incipientes estudos, houve uma mudança importante na compreensão desses delírios no momento seguinte.

Passei a interpretar o sentimento persecutório em relação aos soldados e ao estranho como uma necessidade de ser encontrada por eles que, paradoxalmente, a protegeriam do medo caótico de se desfazer. Esse medo era, literalmente, representado pelas consecutivas quedas ao solo em decorrência da falta de força física.

Pude, então, deixar de ver a manifestação erótica como sexualidade perversa relacionada à repressão e talvez ao Édipo, para ser entendida como necessidade de M. me sentir como uma segunda pele (BICK, 1968), devido ao seu medo de se desfazer.

Esse juízo me levou a compreender sua relação comigo como vital. *Contudo, ainda não possuía a dimensão real da minha importância pessoal para ela, como se verá adiante.*

Tais entendimentos parciais foram importantes para o êxito da continuidade do tratamento pela tranqüilidade e espontaneidade que me propiciaram preservar a regularidade do *setting*, garantida pelo tom de voz, o olhar e o cumprimento de mãos, todos elementos sensoriais.

Evolução Clínica

Após dois meses de uso do antipsicótico, o mesmo foi suspenso, devido às apreciáveis melhoras da paciente, que se mantiveram por um ano. Passou a beijar os filhos na entrada e na saída de casa. Voltou a sair acompanhada do marido e a fazer caminhada com ele. Não mais caiu ao solo. Fez uma viagem de férias por dez dias. Sua vida retornava à regularidade.

Como estabelecido, em uma quarta-feira, voltei à sua casa. Fui recebido com cordialidade. M. levou-me até a sala de visitas, ao contrário de antes, quando me recebia na ante-sala e onde nos sentávamos. Comentava, então, objetivamente, como vinha se sentindo; em geral, falava da sua saúde física e a sua trajetória profissional. Só uma vez mencionou um sonho,

sem valorizá-lo, e, algumas vezes, falou de si como pessoa, citando alguns dados familiares, embora soubesse estar em Psicoterapia.

Naquele dia, começou a exibir vários livros de arte, presentes de amigos. Delongava-se no relato das histórias destas amizades. Próximo do final da sessão, convidou-me de forma pouco audível para tomar café com ela, e ela o repetiu de modo mais explícito. O inusitado do convite deixou-me embaraçado. Pensei na neutralidade analítica e disse-lhe, atrapalhado, que o aceitaria na outra quarta-feira. Não me ocorreu, nem mesmo, uma só desculpa razoável. *Não aceitar o convite foi desastroso.*

Na sexta-feira, à noite, dois dias depois, seu marido me telefonou para comunicar a mudança de M. Estava ora inquieta, ora prostrada e não dormia. Desejavam saber, apenas, sobre a medicação indicada para acalmá-la. Não queriam atrapalhar meu fim de semana. Ainda assim, disse-lhes que iria vê-la. Não concordaram, e, assim, foi recomendada uma medicação sedativa. Porém, a reação de preocupação permaneceu. Na segunda-feira, cedo, o marido solicitou a antecipação da sessão.

Ao chegar, encontrei-a assentada, prostrada, cabisbaixa, quase imóvel. Com um olhar sem brilho, não conseguia levantar nem a cabeça para cumprimentar ou fazer uma saudação. Estava desfeita. Seu estado deixou-me apreensivo. Havia ocorrido uma metamorfose.

Relacionei essa piora a minha recusa ao seu convite para tomar café com ela. Senti-me mal por não tê-lo aceitado e não havê-la assistido, pessoalmente, na sexta-feira, no sábado ou no domingo. O estado físico de M. requeria cuidado e avaliação de alguma intercorrência clínica, pois ela era diabética. Concluí com os familiares a necessidade de ser avaliada por um clínico e por um neurologista.

A piora deixou-me incomodado. M. sentira-se indesejada e desamparada após a recusa ao convite, sentindo-se não apreciada. Isso não correspondia à realidade, pois era grande meu zelo por ela. Depois, com a piora, fez-me sentir incompetente para tratá-la e a outros pacientes com os quais vinha obtendo êxitos que indicavam a procedência de meu novo

referencial e a senti-la como fraca por ter se desfeito. Estava, também, modificado.

Fiquei subjugado por esse sujeito incompetente naquele momento crucial para ela, quando mais precisava da minha convicção de que poderia ajudá-la, mesmo com o clínico e o neurologista a ditarem seu tratamento.

Continuei a vê-la, mas já não mais levava o *setting* analítico comigo. Já não mais sustentava minhas convicções anteriores.

Enquanto hospitalizada, M. foi submetida a inúmeros exames radiológicos e laboratoriais invasivos. Dois dias depois, saiu do quadro de prostração e passou a apresentar agitação. Tornou-se agressiva com aqueles que queriam contê-la fisicamente para a realização de exames e para tomar a medicação prescrita. Foi preciso proceder à sedação com o auxílio do mesmo colega psiquiatra. Este lhe prescreveu Haldol 5 mg duas vezes ao dia e 25 mg de Amplictil ao deitar-se. Ainda assim, apresentou poucas melhoras. Os exames realizados não revelaram a existência de qualquer causa orgânica. M. retornou para casa, e o clínico e o neurologista afastaram-se.

Voltei a pensar nos fatos analíticos: o fato de M. ter-me julgado distante e ter-me feito sentir que meu tratamento lhe era insuficiente. Foi incômodo me admitir o causador de sua transformação e a improcedência da avaliação de julgá-la fraca por ter-se desfeito. Voltei a pensar nos impulsos sexuais da paciente como uma segunda pele e sua relação com a delicada reação que tivera ao recusar seu convite. Pude considerar, então, minha recusa como traumática. Produziu-lhe uma ruptura do seu sentimento de continuidade, ruptura esta por onde vazou tudo que havíamos conseguido em termos de confiança e segurança. Desfez-se, como descreve Rosenfeld (1980), ao comparar esse quadro a uma hemorragia, um sangramento.

Voltei a acreditar em meus estudos. Convenci-me de que M. apresentava um quadro de hiperestimulação (exaltação), alternado com hipoestimulação (imobilismo), sintomas antagônicos, sugerindo transtorno do humor bipolar acompanhado de sintomas esquizóides, mas que podiam ser oscilações antagônicas decorrentes do trauma.

Passei o atendimento psicoterápico para duas sessões por semana. Ela

melhorou e voltou a apresentar momentos de choro e afetividade com os filhos. Parecia se recuperar.

Semanas depois, apresentou outro delírio. Insistia no desejo de voltar à casa antiga e precisou ser contida. O portão da casa teve de ser trancado com cadeado. Compreendi esse delírio como expressão do desejo de voltar a sentir tão confiante em mim como antes. Temi, então, pelo fato de M. haver perdido de vez sua confiança em mim. Esse delírio perdurou por algum tempo e desapareceu espontaneamente para dar lugar a uma outra manifestação clínica.

Andava de modo diferente a cada dia. Curvava-se, rígida, para frente num dia; em outro, curvava-se para trás; em outro, para a direita; e, em outro, para a esquerda. Era muito estranho vê-la caminhar daquele modo sem poder aliviá-la.

Procurei entendê-la, segundo Tustin (1990) e sua teoria dos objetos autistas. Essa rigidez muscular era um objeto autista. M. fazia do próprio corpo um instrumento gerador de sensações para sentir coesão. Era um arranjo dramático para se sentir viva.

Intensifiquei minha atenção para com M. Acompanhava-a para o café e para ouvir música clássica que outrora apreciara. Notei poucos progressos.

Certo dia, M. recebeu a visita de um sobrinho médico que lhe fez nova prescrição de remédios. A partir do dia seguinte, inexplicavelmente, começou a melhorar e me vi afastado dela. Esse fato atestava a importância para o tratamento de M. do elemento afetivo.

Um mês depois, seu marido me telefonou para avisar que M. falecera de forma tranqüila, quando se sentava para tomar o café da manhã. Certamente seu sobrinho médico a desapontou em algum momento.

Revisitando M. segundo o Conceito de Desconexão

Seguem alguns comentários sobre o caso clínico em questão, à luz do conceito de Desconexão, agora mais definido.

A aposentadoria precoce de M. lhe foi traumática. Seu trabalho profis-

sional bem-sucedido e ininterrupto funcionava como seu olhar fixo e contínuo. O olhar era uma emenda para manter seu sentimento de coesão física e psíquica. Constituía uma segunda pele, assim como os seguidos êxitos profissionais. É como a dedicação desmesurada à ginástica em busca do fortalecimento da musculatura estriada. No caso de M., pode ser aqui citada a manutenção criteriosa e extremada da escrita financeira, um outro remendo protetor.

Outro trauma foi a craniotomia, à qual a paciente se referiu em detalhes na data do primeiro atendimento. A cirurgia, provavelmente, a levou ao quadro psicótico persecutório com os soldados. Sobre este mantenho o mesmo entendimento da época. M. procurava serenar-se das angústias catastróficas de desfazer-se, embora isso pareça paradoxal.

A história de traumas precoces ou anteriores normalmente não é detectada pela narrativa do próprio paciente, que se esquivava da sua lembrança ou de qualquer indicativo que possa levar a ela. Há um movimento de esquivar-se em relação à lembrança do trauma.

Em oposição a esse movimento, há um outro oposto caracterizado pela presença de imagens e lembranças sob a forma de *flash-backs* que ocorrem independente da vontade consciente do portador do trauma de esquecê-las. Aqui se repete o que acontece em relação ao antagonismo da sintomatologia.

Existe, ainda, o recurso dos sonhos para se chegar a esses traumas, pela relação desses com a memória procedural. Os sonhos tornam-se repetitivos e continuam até a idade adulta ou senil.

No entanto, o meio mais importante é a presença da sintomatologia autística, como já citado. Por ela, podemos afirmar que houve um trauma precoce, embora não possamos reconhecer qual foi e o que determina o modo de ser do seu portador por toda a vida. Uma tendência para o imobilismo e a lentidão, observada desde a infância até a vida senil, pode indicar que houve um traumatismo significativo do parto ou no período fetal.

Nesse sentido, considero muito útil para a prática clínica o conhecimento da psicopatologia autística.

Do ponto de vista terapêutico, é importante considerar o corpo do analista tendo cor, cheiro, forma, acrescido de outros elementos sensoriais, tais como o timbre da voz, a tensão do aperto de mãos, o modo de andar e olhar, a indumentária e outros, que funcionam como uma sutura para uma ferida sangrando.

É freqüente o paciente explicitar preocupação com a saúde física do analista, em especial o paciente grave. Sempre chega à sessão perguntando como estamos. Qualquer fragilidade física nossa é motivo de medo para ele, como se fôssemos um esparadrapo fraco no qual não pode confiar para auxiliá-lo, de forma incondicional e constante, no tratamento de suas feridas.

Esse fato não é fortuito. O remendo tem uma natureza psíquica e física, como já expus (SALIM, 2002). Esse tem inúmeros elementos sensoriais e elementos cognitivos.

Ogden (1994) propõe a hipótese de que, na ausência da mãe, o recém-nascido volta-se para o próprio corpo, para a regularidade do ritmo das funções vitais. Isso é o mesmo que dizer que seu corpo se torna sua mãe e que necessita de ambos, de seu corpo e de sua mãe, como um *Band-aid*, enquanto está nessa etapa inicial do desenvolvimento. Depois a mãe vai ter outro papel de grande importância para o desenvolvimento pleno dos processos cognitivos e de maturação do recém-nascido.

M. respondeu nesses termos à minha recusa. Decompôs-se na ausência da colagem executada pelos movimentos da sexualidade. Melhor teria sido aceitar o convite.

Para além do manto do impulso sexual de natureza edípica ou não, está o impulso voltado para a sua preservação, como observamos em presos e animais confinados que desenvolvem vários tipos de perversões sexuais quando têm a sobrevivência ameaçada.

Se o paciente mantém conosco, seu psicanalista, um vínculo tido como simbiótico ou erótico, por muitos considerados indesejáveis, é preci-

so responder a eles com empatia, sem ficar dominado pelo medo de transgressão às regras da técnica. A relação não pode ser presidida pelo desamparo e pelo medo. Esse paciente necessita de nossa presença física concreta de forma saudável para obter a segurança, através dos estímulos sensoriais, de estar existindo. Aceitar o convite de M. para o café não caracterizaria transgressão técnica.

Quanto mais grave o paciente, maior tem de ser nossa disponibilidade para a empatia e até mesmo para o contato físico pela sua demanda de uma segunda pele.

Considero M. portadora de TEPT com sintomas psicóticos. O desconhecimento da sua etiologia e do seu diagnóstico favorece o caráter precário dos tratamentos clínicos existentes e a evolução crônica do mesmo, assim como das psicoses mencionadas.

Os psicanalistas estão mais aptos para valorizar a sensação de desamparo diante da angústia de morte física e da loucura em decorrência do trauma e para manter a regularidade do *setting* terapêutico, elemento necessário para restabelecer o sentimento de segurança. Isso se torna possível pela sua consciência da existência dos fenômenos de transferência, contratransferência, da intersubjetividade e da empatia.

Diante do exposto, considero pertinente prosseguir estudando a hipótese desenvolvida neste trabalho. A clínica psicanalítica atual apresenta um número crescente desses pacientes, devido às mudanças sociais, culturais e econômicas de nossos dias, que elevam o índice da ocorrência da violência física e psíquica.

Para finalizar, algumas indagações:

A – Considerando correta a hipótese de que os pacientes atípicos têm como elemento etiológico comum o trauma, o retraimento autístico e o estresse, esses pacientes não poderiam ser reunidos sob uma só denominação?

B – Considerando meus estudos sobre o trauma e o estresse, indago se o aprofundamento dos mesmos não pode vir favorecer o encontro do

marcador biológico para as entidades clínicas citadas, procurado pelas ciências biológicas?

C – Seria oportuno, nesse sentido, o estudo da relação entre o trauma, o sonho e a psicose sob a ótica atual da Neurobiologia?

D – A expressão “núcleo psicótico”, utilizada por alguns autores psicanalíticos de forma indefinida e imprecisa, não poderia ser substituída com mais propriedade por “núcleo traumático”, entendido como resíduo do trauma?

E – Como a teoria do narcisismo primitivo, largamente divulgada e defendida pelos psicanalistas, tem a ver com a teoria da posição autista-contígua, não seria recomendável uma melhor avaliação dessa teoria do narcisismo sob a ótica do trauma na posição autista-contígua?

Resumo

Existe, na clínica, um paciente atípico, também denominado de difícil manejo clínico ou de paciente *borderline*. Costuma-se, ainda, diagnosticá-lo como portador de Esquizofrenia (EF) ou de Transtorno do Humor Bipolar (THB) e ou de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) com sintomas psicóticos. Isso ocorre porque esse paciente tem uma sintomatologia diversa, antagônica e complexa. É um paciente presente na clínica atual. Neste trabalho, discuto a hipótese de que a etiologia dessa sintomatologia está relacionada ao trauma, à retirada autística e ao estresse resultante, baseado em meus estudos psicanalíticos e recentes trabalhos da Psiquiatria e da Neurociência. A partir deles, formulei o conceito de Desconexão. Ilustro, clinicamente, essa hipótese com o relato do tratamento de M., cujo diagnóstico inicial foi de EF ou de THB, segundo parâmetros clássicos da Psiquiatria, e depois foi se caracterizando como TEPT, acompanhado de sintomas psicóticos. No final do trabalho faço uma revisão desse caso clínico com o enfoque atual do conceito de Desconexão, cujo desenvolvimento coincidiu com o início do tratamento de M. Finalizo com indagações pertinentes ao tema tratado para futuros estudos.

Palavras-chave

Psicose. Trauma. Estresse. Autístico. Desconexão. Etiologia. Tratamento.

Abstract

Trauma, Psychosis and Posttraumatic Stress Disorder

In our actual clinical practice there is a patient named as an atypical patient or a difficult clinic care patient or a borderline patient. He or she can be diagnosed also as having in one moment a Squizophrenia (SF), in another moment a Bipolar Mood Disorder (BMD) and in another moment a Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) with psychotic symptoms. This happens because this patient presents a multiple and antagonic symptomatology. In this work I discuss the hypothesis that the etiology of this symptomatology seems to be related to the trauma, the autistic retreat and the stress based in my psychoanalytical studies and recent psychiatric and neuroscientific publications. Through them I formulated the Disconnection Concept. In order to illustrate this hypothesis, I present the clinical case of M, which was initially diagnosed as a psychotic patient diagnosed as SF or a MBD, according to classical psychiatric diagnostic references. Nowadays I consider M as a PTSD patient with psychotic symptoms. I end up this work with a review of this clinical case under the actual references of the Disconnection concept, which development started when I was beginning M's treatment and some questions related to the theme of this work for future studies.

Key-words

Psychosis. Trauma. Stress. Autistic. Disconnection. Etiology. Treatment.

Resumen

El Trauma, la Psicosis y el Trastorno de Estrés Postraumático

Existe en la clínica un paciente atípico, también, denominado de difícil manejo clínico o de paciente *borderline*. Se suele decir, también, diagnosticarlo como portador de Esquizofrenia (EF) o de Trastorno del humor bipolar (THB) y o de Trastorno de estrés postraumático (TEPT) con síntomas psicóticos. Esto ocurre porque este paciente tiene una sintomatología diversa, antagónica y compleja. Es un paciente presente en la clínica actual. En este trabajo discuto la hipótesis de que la etiología de esta sintomatología está relacionada al trauma, a la retirada autística y al estrés resultante basado en mis estudios psicoanalíticos y recientes trabajos de la Psiquiatría y de la Neurociencia. A partir de ellos formulé el concepto de Desconexión. Ilustro, clínicamente, esta hipótesis con el informe del tratamiento de M, cuyo diagnóstico inicial fue de EF o de THB, según parámetros clásicos de la Psiquiatría y después se fue caracterizando como TEPT acompañado

de sintomas psicóticos. Al final del trabajo hago una revisión de este caso clínico con el enfoque actual del concepto de Desconexión, cuyo desarrollo coincidió con o inicio del tratamiento de M. Finalizo con indagaciones pertinentes al tema tratado para futuros estudios.

Palabras-llave

Psicosis. Trauma. Estrés. Autístico. Desconexión. Etiología. Tratamiento.

Referências:

- ANDRADE, V.M. **Um Diálogo entre a Psicanálise e a Neurociência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- APA (American Psychiatric Association). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV**. Washington: APA, 1994.
- BERLIM, M.T. et al. Transtorno do estresse pós-traumático e depressão maior. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.25, suplemento 1, p. 51-54, 2003.
- BICK, E. (1968). The experience of the skin in early objects relations. **Int. J. Psychoanal.**, v.49, p.484-486, 1968.
- BION, W.R. (1962). **Learning from Experience**. New York: Basic Books, 1962a.
- DAKER, M.V. **Diagnóstico em Esquizofrenia**. Conferência apresentada em evento de atualização em Esquizofrenia da Associação Mineira de Psiquiatria. Belo Horizonte, 2004.
- FIGUEIRA, I.; MENDLOVICZ, M. Diagnóstico do tratamento de estresse pós-traumático. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.25, supl.I, p. 12-16, 2003.
- FREUD, S. (1912). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: _____. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.12.
- _____. (1918). Conferências introdutórias sobre psicanálise. In: _____. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. V.16.
- _____. (1919). A psicanálise e as neuroses de guerra. In: _____. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. V.17.
- _____. (1938). Esboço de psicanálise. In: _____. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. V.26.
- HARLOW, H. (1958). The nature of love. **Am. J. Psychol.**, v.13, p.673-686, 1958.
- KAFKA, F. (1915). **The Metamorphosis**. New York: Schocken Books.
- KANDEL, E. A biologia e o futuro da psicanálise: um novo referencial intelectual para a psiquiatria revisado. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.25, n.1, p.139-165, 2003.
- KLEIN, M. (1946). **Inveja e Gratidão**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

- LEVINE, S. (1962). Infantile experience and resistance to physiological stress. **Science**, v.135, p.405-406, 1962.
- MARTINS, C.D. et al. Humor e psicose em esquizofrenia: explorando fronteiras diagnósticas com o Inventário de Critérios Operacionais para Doenças Psicóticas (OPCRIT) e o caso John Nash. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.26, n.2, p.135-137, 2004.
- OGDEN, T. Sobre o conceito de uma posição autista-contígua. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v.30, p.341-364, 1989.
- _____. Isolamento pessoal: o colapso da subjetividade e da intersubjetividade. In: _____. **Os Sujeitos da Psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.
- _____. O terceiro analítico: trabalhando com fatos clínicos intersubjetivos. In: _____. **Os Sujeitos da Psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.
- PANKSEPP, J. O Sistema de busca. Trabalho apresentado no IV Congresso Internacional de Neuro-Psicanálise. Rio de Janeiro, julho de 2005.
- RILKE, R.M. (1922). **Elegias de Duíno**. Rio de Janeiro: Record, 2002.
- ROSENFELD, D. O corpo em psicanálise: acerca do esquema corporal. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v.17, p.235-255, 1980.
- SALIM, S.A. Remendos para uma superfície sensorial. **Psicanálise – Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre**, v.4, n.2, p.437-450, 2002.
- _____. “A metamorfose” de Kafka e a Desconexão: um ensaio literário psicanalítico. **Revista da Academia Mineira de Letras**, v.34, p.173-191, 2004a.
- _____. O trauma e a Desconexão. **Revista da Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro**, v.5, p.99, 2004b.
- _____. Psicanálise hoje: o trauma, o transtorno do estresse pós-traumático e o retraimento autístico. **Rev. Soc. Brasileira Psicanálise Rio de Janeiro**, v.1-2, p. 105-134, 2005.
- RAZZOUK, D.; SHIRAKAWA, I. (1998) Evolução dos critérios diagnósticos da Esquizofrenia. In: CHAVES, A.; SHIRAKAWA, I.; MARI, J.J. (eds.). **O Desafio da Esquizofrenia**. São Paulo: Lemos, 1998.
- SHIRAWAKA, I. Evolução dos critérios diagnósticos da Esquizofrenia. Disponível em: <www.pecabp@curso.com.br> 2004.
- SIDARTA, R. Sonho, memória e o reencontro de Freud com o cérebro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.25, supl. II, p.59-63, 2003.
- SELYE, H. (1936). The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. **J. Clin. Endocrinol.**, v.6, p.117.
- TUSTIN, F. **Autismo e Psicose Infantil**. Rio de Janeiro: O Cruzeiro, 1972.
- _____. **Barreiras autistas em pacientes psiconeuróticos**. Porto Alegre. Artes Médicas, 1990.

O TRAUMA, A PSICOSE E O TRANSTORNO
DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

WILHEIM, J. **O Trauma na Concepção.** Tema livre apresentado no Congresso da APdeBA. Buenos Aires, outubro de 2004.

WINNICOTT, D.W. (1962). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: _____. **O Ambiente e os Processos de Maturação.** Porto Alegre: Artes Médicas.

Artigo

Copyright © *Psicanálise* – Revista da SBPdePA

Dr. Sebastião Abrão Salim

Rua do Ouro, 104/904

30220-000 Belo Horizonte – MG – Brasil

Fone: (0xx31) 3223-3786

Fax: (0xx31) 31-3291-8189

E-mail: sebastiaosalim@superig.com.br