

Fragmentação de identidade: muitos para tentar ser um

Maria da Graça Motta¹, Porto Alegre

A autora discute a inter-relação psicanalítica entre vivências traumáticas e fenômenos dissociativos. Compreende que a constituição dinâmica entre várias partes do self fica impedida significativamente em consequência de experiências traumáticas. Nessa perspectiva, a partir de sua clínica e do referencial de outros autores que trabalham com transtornos dissociativos, inclusive de identidade, terá como principais objetivos: 1º – compreender os fenômenos dissociativos, 2º – entender como se constrói uma mente fragmentada a partir de vivências traumáticas e 3º – trazer algumas abordagens psicanalíticas que possam favorecer, nos pacientes e analistas, a maior integração entre seus estados de self.

Palavras chaves: Dissociação; Dissociação de identidade; Memória; Trauma; Vivências traumáticas

¹ Psiquiatra, psicanalista. Membro Efetivo da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre (SPPA)/ International Psychoanalytical Association (IPA).

1 Introdução

Alguns pacientes, entre os quais aqueles com dissociação de identidade, mostraram-me as terríveis consequências de traumas infantis graves e continuados. Ao me permitirem acessar aspectos fragmentados de seu *self*, senti a necessidade de compreendê-los melhor, além de buscar autores que trabalharam com esta forma extrema de sobrevivência psíquica.

Existiram ocasiões em que me senti como alguém em uma sessão espírita ou de umbanda, vendo-os receber *entidades* as quais me custava acreditar serem verdadeiras, ou melhor, não serem mentiras conscientes. Foi difícil e assustador perguntar “Quem está aí?”, como Gabbard (2014) sugere, e ouvir as respostas, as histórias que os *alters*², as partes não integradas destes pacientes, contaram ao longo de suas análises: vivências extremas de crueldade, abuso e abandono, experiências resgatadas de seus primeiros anos de vida e, por vezes, memórias visuais e cinestésicas brutais, que creio serem avassaladoras para qualquer um.

A reedição e transformação de experiências traumáticas³ no aqui e agora do processo psicanalítico pode não vir através de uma manifestação explícita de sofrimento psíquico ligada a conflitos emocionais, e sim de forma transbordante, sem terem sido *digeridas* e *metabolizadas*, resultando em um prejuízo importante na capacidade de simbolização. Situações nas quais a dissociação do *self* foi a única defesa possível, a “fuga quando não há possibilidade de fuga” (Putnam, 1992, p. 104).

Não há unanimidade entre os psicanalistas quanto à medida em que se deve considerar o impacto do ambiente no desenvolvimento psíquico e na integração da identidade. Para alguns, mesmo a experiência infantil mais terrível irá se tornar traumática somente na dependência do tratamento que a criança lhe der em seu mundo interno, entendendo a valorização da realidade externa como um ataque à realidade psíquica e à importância do inconsciente.

Há também um questionamento e até uma oposição de alguns sobre a existência de dissociação de identidade (DI). Junto disso, parece existir falha ou retardo na identificação das manifestações dos *estados dissociados de self*, mesmo após anos do paciente em análise. Gabbard (2014) refere, nos EUA, a existência

² Estados de consciência altamente distintos que são organizados em torno de um afeto predominante, de um senso de *self* e imagem do corpo, de um repertório limitado de comportamentos e de um conjunto de memórias dependentes do estado (Gabbard, 2014).

³ Acontecimentos para os quais o indivíduo não tem defesas suficientes com que possa evitar ‘fraturas’ no *self*, i.e., não possui um escudo protetor, tanto do ambiente externo quanto interno, para simbolizar e integrar minimamente a experiência.

de uma média de sete anos entre o início do tratamento e o diagnóstico de DI.

Situações de abuso sexual, físico, emocional e abandono tanto horrorizam ao paciente quanto a nós, tornando difícil o acesso à consciência de ambos. Elas criam um paradoxo no campo: o paciente necessita ter uma testemunha que valide e o ajude a simbolizar e integrar o que viveu, e nós, analistas, buscamos ser esta testemunha. Ao mesmo tempo, *o paciente não quer contar e nós não queremos ouvir*. Por vezes, minimizar a importância destas experiências nos resguarda da percepção do nosso próprio desamparo (Motta, 2022).

Se aceitarmos que o trauma desenvolvimental ou relacional possa ser um fenômeno central na formação da personalidade, então, como diz Bromberg (2011), “aceitamos que ele exista para todos e que seja sempre uma questão de grau, assim como a estabilidade alcançada pelo apego, até mesmo seguro, também seja uma questão de grau” (p. 14). No entanto, experiências traumáticas, principalmente quando repetidas, se não rompem e desorganizam por total um *self* em formação, podem fragmentá-lo em partes que serão mais ou menos vivenciadas entre si como não-eu. Ao invés de múltiplas identidades, existirão estados de *self*, que, somados, podem não resultar em uma única identidade minimamente coesa e integrada.

A dissociação é mais comumente entendida como um estado ou traço psicobiológico que ocorre em um continuum entre o normal e o patológico. Funciona como uma resposta protetora frente a experiências traumáticas ou esmagadoras.

Desta forma, achados sobre sintomas dissociativos envolvendo alterações de identidade, memória, consciência e função corporal são vistos em culturas ao redor do mundo. Em algumas, eles são descritos como mediunidades ou possessões (Negro Junior *et al.*, 1999). Na população do Canadá e da Turquia, estimou-se uma prevalência vitalícia de transtorno dissociativo em 12% e 18,3%, respectivamente; no estado de Nova Iorque, verificou-se a prevalência em 1 ano de 9,1% (2,32,39). Como consequência de experiências traumáticas esmagadoras, em indivíduo altamente traumatizados – cerca de 3,5% da população, ela se apresenta como despersonalização grave, amnésia recorrente para experiências atuais e alteração de identidade (DI). Em relação à DI, estima-se que afete 1% a 3% das pessoas nos Estados Unidos (Gabbard, 2014), 0,5% na China e 1,5% na Turquia e na Holanda (Spiegel, 2008). Entre os pacientes com DI, 90% relatam história de abuso sexual e físico severos (Fonagy & Sandler, 1997/2018).

Tenho identificado pacientes com defesas dissociativas importantes e, em alguns casos, com clara dissociação de identidade. Algo em comum em tais pacientes, que sobreviveram construindo uma estrutura dissociativa, é a capacidade intelectual acima da média. Esse recurso pode ter lhes protegido em situações que

Maria da Graça Motta

tenham o potencial de levá-los a desfechos ainda mais trágicos. Eles foram capazes de criar *alters* com os quais conseguiram lidar e, em alguma medida, simbolizar experiências que seriam intoleráveis se vivenciadas pelo todo do sistema psíquico. A capacidade de dissociar para buscar um senso mínimo de coerência pode ter sido o fator que impediu muitos deles de se suicidar ou desenvolver distúrbios aditivos, alimentares ou psicossomáticos muito graves.

Entre os autores que revisei, estão Janet, Reik, Freud, Ferenczi, Winnicott, Bollas, Stern, Bromberg, Roussillon, Fonagy, Bohleber, Alayarian, Gabbard, McWilliams, Chefetz e Howell.

Busquei entender, a partir de minha experiência clínica e do referencial de outros autores, como se desenvolve uma mente fragmentada, descrevendo algumas abordagens psicanalíticas que possam favorecer a maior integração entre os estados de *self*.

2 Alguns fundamentos dos conceitos de trauma e dissociação⁴

Janet (1889) definiu o fenômeno da dissociação no seu livro *L'Automatisme psychologique*, sendo “o primeiro a ligar trauma à dissociação, a aplicar esta relação ao entendimento e tratamento da histeria” (Howell, 2020, p. 6) e a “descrever a relação entre trauma e memória” (Van der Kolk, 2002, s/p.). Segundo Janet (1889), a vivência do trauma interromperia a coerência da experiência de tal forma que as funções de síntese da psique falhariam.

Breuer & Freud, em 1893, apresentaram os primeiros desenvolvimentos psicanalíticos sobre os fenômenos dissociativos. Nessa época, acreditavam que poderiam existir vários traumas parciais. Estas experiências ficariam em outro estado de consciência ou presentes de forma muito sumária, não à disposição do paciente, no estado hipnóide⁵. Segundo eles, esses estados dissociados constituiriam o fenômeno básico da histeria e “variariam desde uma leve sonolência até o sonambulismo, desde uma lembrança completa até a amnésia total” (1893/1976, p. 53). Os autores ilustraram seus desenvolvimentos com o caso clínico de Anna O (1893/1976), paciente de Breuer – Bertha Pappenheim. “Anna” teve várias perdas importantes, culminando com a grave doença e subsequente morte paterna no período de seu tratamento. Segundo Breuer & Freud (1893/1976), a paciente apresentava dois estados de consciência distintos que se alternavam de modo

⁴ N.A.: Ao longo do trabalho, clivagem e dissociação são usadas de forma alternada, respeitando a terminologia de cada autor.

⁵ N.A.: Estado dissociativo, sonambúlico ou de transe, caracterizado por uma lembrança afetiva intensa represada em um outro estado de consciência.

frequente e súbito. Também alternava entre ser destra e canhota e entre ter a visão normal, diplopia e estrabismo. Intercalava sua fala entre vários idiomas.

Após 1895, Freud tenderia a enfatizar a repressão como defesa, em detrimento da dissociação (Bromberg, 2009; Howell, 2020). No entanto, se partimos do pressuposto de que a dissociação implica em dois ou mais processos mentais não integrados, o tema da divisão da mente esteve presente em vários momentos de sua obra. Em *Luto e melancolia* (1917/1994), Freud diria que o Ego, por não renunciar ao objeto perdido, o incorporaria, acabando por dividir-se em duas partes. Em 1923, referiu-se ao risco de uma ruptura do Ego se as identificações objetais se tornassem numerosas demais, indevidamente poderosas e incompatíveis umas com as outras (Freud, 1923/1994). No *Fetichismo* (Freud, 1927/1994), descreveu a clivagem do ego em duas correntes contínuas, paralelas e autônomas, uma de recusa e outra de afirmação, através do fetiche, da castração feminina. Em 1938, destacou que o trauma psíquico na infância perturbaria a função sintética do Ego, resultando em uma *fenda* em sua estrutura (Freud, 1938/1994).

Em 1896, Freud formulou a Teoria da sedução, na qual o trauma sexual seria a causa das neuroses histéricas (1896/1994a). Logo a seguir, disse acreditar que, ao invés do trauma, seriam principalmente as fantasias criadas a partir dos desejos incestuosos a origem dos sintomas histéricos (Freud, 1896/1994b).

Em *Além do princípio do prazer*, Freud (1920/1994) desenvolveu uma concepção econômica sobre o trauma, na qual uma quantidade de energia intolerável ao Eu romperia sua barreira protetora, tornando impossível ligar esta energia psiquicamente. Ele caracterizava as vivências traumáticas “como invasões, volumes de excitação que perfuram a couraça antiestímulo e que não podiam ser ligados, nem processados” (p. 45).

Ferenczi, ao contrário de Freud, sustentou uma maior relevância do trauma na etiologia das psiconeuroses. Para Green (2002/2010), principalmente na última parte de sua obra, o autor reabilitou e mudou seu significado: já não se tratava do trauma ligado à sedução, e sim ao impedimento do Eu. Ferenczi (1933/1992) identificou, nos pacientes com história de abuso e maus-tratos na infância, “a clivagem narcísica” como principal mecanismo defensivo devido à imaturidade da criança e à ausência de um adulto que testemunhasse e validasse seu sofrimento. As vivências traumáticas repetidas aumentariam “o número e a variedade de fragmentos clivados”, que se comportariam “como personalidades distintas” que poderiam não se conhecer umas às outras (Ferenczi, 1933/1992, p. 105). Frente ao desamparo, a criança se acreditaria culpada por provocar o desejo do adulto, merecendo sofrer consequências, ao mesmo tempo que, inibida pelo medo intenso e sem ter para quem e com quem contar, acabaria, de forma automática,

Maria da Graça Motta

se submetendo e esquecendo de si mesma. Junto disso, sua personalidade permaneceria “fixada em um momento e em um certo nível de desenvolvimento” (Ferenczi, 1933/1992, p. 102).

Winnicott (1945/2011) entendia que a clivagem do *self* era inerente ao desenvolvimento normal. Winnicott (1963/2011) sublinhou o seu aspecto defensivo quando, a partir da falha ambiental, houvesse uma *privação* traumática que traria uma solução de continuidade na capacidade de existir da criança. Descreveu também uma série de agonias primitivas que poderiam ocorrer em consequência das vivências traumáticas em um período muito inicial do desenvolvimento (Winnicott, 1963/2011), entre elas “(...) o retorno a um estado não integrado (defesa: fragmentação)” e a “(...) perda da coesão somato-psíquica (defesa: despersonalização (...))” (p. 202). Propôs o termo “medo de um colapso” (p. 197) para designar o medo do colapso acontecer; de forma paradoxal, o paciente não estava lá para experimentá-lo porque não tinha ainda uma integração suficiente. Esse temor levaria a criança a evadir-se tanto da relação com os objetos quanto da relação entre partes do próprio *self*. Esta descontinuidade se expressaria pela falha de comunicação interna entre os diversos elementos (afetos, objetos, situações, vivências etc.) que, em seu conjunto, contribuem para a nossa experiência de existir.

A série de agonias citadas por Winnicott traz a descrição do trauma e da clivagem para um período anterior ao apresentado por Ferenczi. O autor valoriza o *holding* (1960/2011) e o *espelhamento* (1971) suficientemente bons do cuidador para a prevenção desses estados e para a construção de uma identidade mais integrada. Ogden (2012/2014) salienta que, para Winnicott, “o fio organizador do desenvolvimento psíquico, desde o início, seria a experiência de estar vivo e as consequências das rupturas dessa continuidade de ser” (p. 135).

3 Fenômenos dissociativos

A dissociação é uma capacidade que os indivíduos possuem em graus variados. Nem todas as experiências de trauma são inevitavelmente dissociadas e nem todas as experiências de dissociação estão ligadas a eventos traumáticos (Fonagy & Sandler, 1997/2018). Pode ser uma função saudável e adaptativa da mente humana, permitindo que estados de *self* funcionem de forma otimizada quando necessitamos mergulhar em uma única realidade, em um único afeto, e precisamos ou desejamos suspender a capacidade autorreflexiva. Ela é necessária nos momentos em que precisamos de concentração, obstinação e foco em alguma tarefa ou em uma experiência prazerosa. “Em condições normais, a dissociação

aumenta as funções integradoras do ego triando os estímulos excessivos ou irrelevantes (...) [sendo assim] é central para a estabilidade e o crescimento da personalidade” (Bromberg, 2011, p. 48).

Compreendo que, apesar de desejarmos manter a ilusão de um *self* contínuo, somos compostos por múltiplos *selves* descontínuos, que são constantemente moldados e definidos por relações reais e fantasiadas.

Não é incomum experimentarmos momentos em que nos sentimos estranhos ou *desligados*, como se estivéssemos em um sonho, em uma névoa ou entorpecidos, em especial quando estamos muito cansados ou significativamente estressados. A dissociação é também uma resposta frequente ao uso de álcool, maconha, alguns psicofármacos e outras drogas.

As trocas entre estados de consciência podem manifestar-se de formas *não lineares*, isto é, em vários aspectos do funcionamento mental, como afeto, memória, atenção, cognição, fisiologia regulatória e senso de *self*, mas autores como Bromberg (2009) e Howell (2020) acreditam que as mudanças no afeto são provavelmente os melhores marcadores de dissociação em adultos normais.

Para qualquer um, ver-se através dos olhos do outro pode se tornar muito estressante; a visão do outro pode ser discrepante demais com a experiência de *self* em andamento para que ambos os pontos de vista sejam mantidos na mente simultaneamente. Estamos acostumados a pensar a dissociação desencadeada por pistas internas, mas, na verdade, o sinal que inicia o processo normalmente vem do *outro*, não importa se este *outro* é uma pessoa diferente ou outra parte de si mesmo. A dissociação é um recurso para que a mente encontre alívio e continue funcionando.

Dentro da normalidade, dissociar também inclui a habilidade de defesa contra o trauma, desconectando o indivíduo de uma vivência que, para ele, naquele momento, seria demasiado suportar. Durante ou imediatamente após um acidente automobilístico ou uma agressão física, não é incomum que as vítimas relatem ter ficado atordoadas, sem consciência das lesões graves, e/ou experimentarem a situação como um sonho.

Vítimas de estupro relatam ter se sentido flutuando acima de seus corpos ou tido pena da pessoa que estava sendo agredida. Crianças abusadas sexual ou fisicamente buscam conforto em companheiros ou protetores imaginários. (Spiegel, 2008, p. 4)

A tendência a dissociar de forma defensiva ocorre quando a associação se torna emocionalmente perigosa e não temos condições de lidar com a experiência.

Maria da Graça Motta

Uma maneira de manter o estresse em um nível gerenciável pode ser,

(...) fechando os olhos associativos quando algo é demasiado (...) O problema é que dependendo da precocidade, intensidade e frequência com que ocorreram as vivências traumáticas podem levar a utilização da dissociação sem discriminar adequadamente mais adiante o que seja ou não uma ameaça real. (...). Em situações extremas (...) e continuadas, a dissociação permite a ilusão de controle frente ao desamparo (...). (Chefet, 2015, p. 2)

Em outras palavras, Stern (2009 p. 716) diz que “tomamos a decisão” inconsciente de não interpretar a experiência. Por razões defensivas a deixamos em seu estado ‘não-eu, não formulada (não simbolizada), nem mesmo congelada em outro estado de *self*’. A experiência, quando dissociada em outro estado de *self*, poderá ter sido, em algum grau, simbolizada, formulada, mas sem pertencer ao eu, e, nesse sentido, dissociada. Em tais estados, as experiências de *self* poderão ser guardadas em separado, sem comunicação entre si, pelo menos por um tempo. “Para algumas pessoas, por um tempo pode ser algo breve; para outras, pode significar muito tempo ou permanentemente” (Bromberg, 2011, p. 14).

Para Putnam (1992), a dissociação é a fuga quando não há escapatória, ao que Bromberg (2009) acrescenta: “quando patológica, será a fuga antes de não haver escapatória” (p. 643), antecipando de forma dissociativa qualquer ameaça de retorno da vivência traumática.

Nas patologias dissociativas, em maior ou menor grau, o direcionamento à integração e à coesão da identidade foram rompidos. No transtorno dissociativo de identidade haverá a compartimentalização em vários *selves*, cada um com características próprias e por vezes opostas, tanto afetivas quanto de consciência, de memória, temporalidade, manifestações somáticas, idade e gênero. O *Eu Sou* terá vários desdobramentos, buscando adaptar-se e sobreviver física e emocionalmente.

4 Organizações narcísico-identitárias e dissociação/clivagem

Roussillon (2015) acredita que, nas organizações psíquicas com sofrimento narcísico nas quais há falhas importantes na constituição da identidade, predominaria a clivagem como defesa em detrimento da repressão. Ele propõe o modelo do *traumatismo primário*, baseado em um estado de desamparo primário que seria gerador de agonias primitivas – um desenvolvimento do modelo de traumatismo de 1920 de Freud associado à concepção do *colapso* de Winnicott. As experiências

psíquicas não teriam sido representadas e integradas na subjetividade. O sujeito se apartaria da experiência e de si mesmo, resultando em uma falta *de ser* (Roussillon, 2015). Esse modelo “adapta-se especialmente bem aos traumatismos precoces ou muito precoces e vale para toda e qualquer experiência de transbordamento e de desamparo ante a um transbordamento, inclusive para as que afetam o aparelho psíquico numa idade mais tardia” (Roussillon, 2012b, p. 278).

Concordo com o autor quando diz que “uma repressão pode mascarar uma clivagem e que uma clivagem anterior pode contribuir para a repressão” (Roussillon, 2012b, p. 283), que o fato de a psique ser estratificada, com camadas sucessivas, acrescentaria simultâneas defesas, nas quais se mesclam experiências psíquicas de diferentes idades e naturezas, e que “retomadas secundárias de agonias primárias podem ser frequentes” (p. 283).

5 Algumas teorias atuais do funcionamento dissociativo de identidade

Conforme Bromberg (2011), através da dissociação, os diferentes *estados de self* permitiriam ao sujeito a crença, mesmo que parcial, nas relações objetais.

Embora possam existir semelhanças entre os vários transtornos dissociativos, no transtorno de identidade, as partes [os *selves*] têm um funcionamento em separado ou, como diz Howell (2020), *pseudo delirante*, no qual as representações de *self* e o senso de identidade apresentarão falhas maiores. Nessa compartimentalização, os *selves* poderão funcionar como uma identidade, com características próprias e até mesmo opostas em relação ao afeto, consciência, narrativa, memória, temporalidade, percepção física, idade e gênero. Dentro desse investimento pseudodelirante, os pacientes podem apresentar pseudoalucinações, compreendidas por Putnam (1992) como alucinações auditivas dissociativas. O autor as distingue das alucinações psicóticas por serem experimentadas como vozes internas mais do que externas, ouvidas de forma diferenciada e frequentemente possuindo diversidade de gênero, de idade e de afeto. Podem ser pejorativas e críticas, funcionando como sabotadores internos, tendo introjetado a relação com o objeto que pune, critica, maltrata, abusa etc., como ocorre, por exemplo, quando o paciente está deprimido e *pseudoalucina* um outro *self*, induzindo-o a cometer suicídio. No entanto, podem ser vozes suportivas e confortadoras, associadas com situações específicas; diferentes estados de *self* capazes de funcionar como um outro que escuta, protege e resguarda da vivência traumática.

Nesse sistema complexo e não linear, o grau de simbolização poderá variar em cada estado de *self*. Representações mais ou menos elaboradas ficam por vezes

Maria da Graça Motta

enquistadas no tempo, no entendimento da época. As partes do *self* que assumem a vivência traumática têm sua atividade psíquica, em grande medida, paralisada na temporalidade e no afeto, o que resulta em uma barreira na relação intersubjetiva e entre as próprias subjetividades.

Em concordância com McWilliams (2014), tenho observado não ser incomum aos pacientes com estrutura dissociativa desenvolver bons vínculos afetivos (inclusive favorecendo a aliança terapêutica). No entanto, é comum a não confiança nas relações afetivas, levando a um afastamento defensivo. Essa defesa não necessariamente será capaz de protegê-los da repetição de relações sado-masoquistas. Há uma tendência dos pacientes a se submeterem mais facilmente a situações abusivas, a relacionamentos cruéis.

Na tentativa de minimizar ou impedir o retorno traumático, o paciente irá desenvolver um “‘sistema de alarme precoce’ (...) que irá antecipar a fuga dissociativa por disparar, de forma automática, esquemas emocionais isolados que guardam a memória afetiva da hiperexcitação incontrolável” (Bromberg, 2009, p. 639).

A vergonha é uma característica presente na dinâmica desses pacientes: sentem-se humilhados por não terem sido capazes de se fazer amar e por falhas atribuídas a eles pelos cuidadores – seu *eu* todo falhou. Assim, mais do que culpa, têm vergonha por serem quem são (Chefet, 2015).

Os estados de *self* poderão ter funcionamentos neuróticos e não-neuróticos de forma alternada. Essa mescla de defesas mais primitivas e evoluídas coincide com a descrição das organizações narcísico-identitárias feitas por Roussillon.

As partes dissociadas poderão diferir em idade subjetiva, identidade e preferência sexual, doenças sistêmicas, alergias, prescrição de óculos, leitura no EEG, escrita, lateralidade, vícios, facilidade para o aprendizado de línguas, entre outras.

O *clivado* também pode manifestar-se através de “agonias primitivas expressas em experiências catastróficas, vivências de morte psíquica e outras formas de angústias extremas” (Roussillon, 2000, p. 64). Como defesa contra esses estados, o paciente precisa, para sobreviver, “retirar-se e cortar-se de si e de suas experiências essenciais” (Roussillon, 2000, p. 64). As agonias, vivências terroríficas não simbolizadas, “alimentam, como uma fonte inesgotável, a destrutividade, as formas de anti-socialidade e a culpa primitiva associada; empobrecem o *eu* e o desenvolvimento da energia necessária para tentar eliminá-las ou moderar seu impacto” (Roussillon, 2000, p. 64).

Winnicott (1960/2011, p. 131-132) concebeu o falso *self* em seu extremo patológico, quando se implanta como o real e oculta o *self* verdadeiro, havendo a

ausência de um sentimento de existência pela ruptura com o psicossoma [verdadeiro *self*]. Alayarian (2011) parece propor uma ampliação deste entendimento, considerando que as identidades parciais em um funcionamento autônomo têm contato com partes do psicossoma, do verdadeiro *self*. Assim, vários falsos *selves* protegeriam parcialmente aspectos do verdadeiro *self*. O próprio Winnicott parece sugerir essa possibilidade ao dizer que “o processo que leva à capacidade de usar símbolos [pode] não se inicia[r] (*ou então se torna[r] fragmentado, com recuo por parte do lactente dos ganhos atingidos*)” (Winnicott, 1960/2011, p. 134, grifo nosso).

6 Neurodinâmica do trauma e dos fenômenos dissociativos

Wilson (1999) desenvolveu o modelo epistemológico da *consiliência* para relacionar conhecimentos advindos de diferentes disciplinas, com o intuito de verificar se geram reforço ou questionamento quanto a algum objeto de estudo em que houver intersecção.

Utilizando este modelo, explícita ou implicitamente, alguns analistas e autores de referencial psicanalítico têm cotejado os achados neurodinâmicos com o pensamento psicanalítico para ampliar o conhecimento sobre os fenômenos dissociativos. Entre estes autores, podemos listar Bollas (1992/1998), Fonagy & Sandler (1997/2018), Perry (2001), Bucci (2001; 2007), Bohleber (2008), Spiegel (2008), Bromberg (2009; 2011), Ayalarian (2011), Schore (2011), McWilliams (2014), Renn (2012), Gabbard (2014), Chefetz (2015) e Howell (2020).

6.1 Psicobiologia da dissociação

Várias linhas de evidência apoiam a conceituação da dissociação como equivalente humano do “congelamento” (*freezing*) animal (Loewenstein, 2018). A teoria polivagal de Stephen Porges (2011) postula que, quando a resposta protetora simpática (luta/fuga) falha, o sistema parassimpático vagal primitivo assume o domínio, levando à resposta de congelamento. Isso resultará em um estado de desligamento caracterizado por transe denso, aumento no limiar de dor e estupor, com diminuição ou não na pressão arterial e na frequência cardíaca, além de diminuição do tônus muscular esquelético.

Schore (2009) argumenta que,

O estado de desligamento metabólico dissociativo é um processo regulatório primário, utilizado ao longo da vida, no qual o indivíduo estressado ‘se

Maria da Graça Motta

desliga' passivamente a fim de conservar energias, promover a sobrevivência e permitir a restituição de recursos 'esgotados', ficando imóvel. (...) É esse mecanismo parassimpático vagal que medeia a dissociação. (p. 196)

Na relação mãe-bebê, quando o bebê busca o contato com a mãe (figura de apego primária) e ela não corresponde, haverá inicialmente a ativação do sistema nervoso simpático (SNS), levando a uma reação em cadeia de aumento de demanda e aumento de tensão muscular, chegando ao protesto e até ao desespero (estado de agonia). Quando a falha empática persiste, como nos funcionamentos tipo *síndrome da mãe morta*⁶, a criança perderá a esperança de aliviar a dor e o medo, desistindo de buscar na relação a esperança de interação afetiva. O rompimento da conexão com a mãe tem como consequência o rompimento com partes do próprio *self*, a perda de contato com a percepção de certas necessidades e a desistência de parte de si mesmo (*dissociação não-Eu*) com um predomínio do mecanismo de conservação de energia parassimpático vagal. Schore (2011) correlaciona os *pontos mortos* da experiência subjetiva do bebê, estados *vazios* associados ao desprendimento dissociativo patológico, ao complexo vagal parassimpático dorsal. Bromberg (2011) chama de *gaps* dissociativos na realidade subjetiva os *espaços* entre os estados de *self* que interrompem a coerência entre estados altamente carregados afetivamente. Schore (2011) acredita que esses *gaps* têm origem na falha ambiental⁷ – em particular do holding materno –, causando uma descontinuidade na capacidade do bebê de continuar existindo. Schore (2011) refere que crianças, adolescentes e adultos que sofreram falhas iniciais graves, mais tarde na vida, utilizam comportamentos dissociativos somáticos – a hiporreatividade, a queda da pressão arterial e a desaceleração cardíaca têm sido alguns dos achados.

Através da pesquisa com bebês de mães deprimidas⁸ e dos relatos e manifestações de pacientes com transtornos dissociativos, observa-se uma alternância de respostas do sistema nervoso autônomo, simpático e parassimpático, frente a um estressor. Mesmo não sendo possível afirmar de forma categórica, as reações pareceram correlacionadas com a avaliação das condições do *self* em sua capacidade (é possível fugir ou lutar) ou em sua impotência (último recurso quando não há fuga ou luta possíveis) diante da situação a ser enfrentada. Essas observações são consubstanciadas por Schore (2009), Porges (2011) e Loewenstein (2018).

⁶ Síndrome da mãe morta como proposta por Modell (1999), na qual o conceito de Green do "complexo da mãe morta" é estendido para todas as situações em que a mãe está disponível operativamente, porém indisponível em termos afetivos, não apenas por luto intercorrente.

⁷ Referindo-se a Winnicott (1958/1990).

⁸ Estresse em bebês de mães deprimidas, pesquisa realizada como dissertação de mestrado em neurociências na UFRGS, premiado como melhor trabalho da Jornada da APRS de 2006, selecionado e apresentado no Congresso de Neuropsicanálise de Pasadena no mesmo ano (Motta, 2006).

A privação de um relacionamento reflexivo coerente conduz a uma desregulação nas percepções do próprio *self* e do outro, levando a uma percepção indiscriminada do que seja perigoso. O indivíduo desenvolverá um detector de fumaça capaz de antecipar eventos que serão gatilhos de desregulação afetiva. A vida tornar-se-á um processo de extrema vigilância, sendo vivida sempre à espera de que algo terrível aconteça. Bromberg (2011) nomeia este fenômeno como “sistema de alerta precoce” (p. 639).

Entrar em contato com a experiência traumática pode ser devastador, portanto prescindir da comunicação entre os estados de *self* poderá ser necessário à sobrevivência, tanto do ponto de vista emocional quanto do físico.

6.2 Memória, trauma e dissociação

Spiegel (2008) acredita que possamos diminuir o mistério de como a identidade se desenvolve nas patologias dissociativas quando entendemos o esforço mental necessário para integrar informações.

Os sistemas que processam o disparo simultâneo de milhões de neurônios devem extrair coerência de toda esta atividade, e não é surpreendente que em alguns casos não tenham sucesso. Neurônios que disparam juntos se conectam, mas construir redes neurais grandes, complexas e ainda assim coerentes nem sempre leva a um senso coerente de identidade. Fatores que impedem os neurônios de disparar em associação podem limitar a continuidade da identidade que emerge da experiência e da memória. (Spiegel, 2008, p. 8)

Normalmente agimos como pessoas diferentes no trabalho e em outras atividades sociais mas, ao contrário dos pacientes com dissociação de identidade, temos facilidade em integrar nossas memórias, senso de identidade e aspectos da consciência (Spiegel, 2008). Os pacientes com DI sentem várias partes de sua experiência como estranhas ou pertencentes a outra pessoa. Em virtude disso, muitas vezes não conseguem se lembrar ou entender elementos de seu passado.

Durante as experiências de estresse intensas, os glicocorticóides secretados pela glândula adrenal podem desativar o hipocampo, impossibilitando que a memória episódica – a memória de estar lá – seja colocada em primeiro plano (Solms & Turnbull, 2002). A memória semântica – fatos em terceira pessoa sobre o evento –, a memória somática processual – experiências corporais abusivas do fato – e o aprendizado emocional – o armazenamento do afeto na amígdala, ligado aos desencadeadores – continuam operantes durante uma experiência traumática, mas

Maria da Graça Motta

o senso de ‘eu estava lá e isso aconteceu comigo’ pode nunca ter sido estabelecido e, assim, não ser recuperável (McWilliams, 2014; Cozolino, 2014).

Uma variedade de fatores prediz a relação entre amnésia e trauma, entre eles, o seu grau de violência, ter ocorrido no início da vida e/ou repetidas vezes e ter sido perpetrado por alguém próximo afetivamente (Loewenstein 2018). As lembranças traumáticas poderão vir à tona somente após muitos anos, quando houver uma distância da família de origem ou quando os filhos atingem a idade em que ocorreu um abuso. Linda Meyer Williams (citada por Spiegel, 2008) entrevistou mulheres que tinham passado por abuso físico e sexual em média sete anos antes, ainda durante a infância, e 38% não conseguiram lembrar o episódio que as havia levado ao hospital naquela época, ao passo que outras 14% relataram não lembrar do ocorrido por vários meses ou anos.

Spiegel (2008), Fonagy & Sandler (1997/2018) acreditam que indivíduos com experiências traumáticas sejam mais suscetíveis à hipnose e predispostos a criar histórias fantasiosas. No entanto, isso não anula que os relatos de suas vivências traumáticas sejam verdadeiros. Conforme Bohleber (2008), quando as recordações verdadeiras de abuso vêm à consciência, “deixam uma *sensory signature* e tendem a ser extremamente detalhadas e bastante constantes, o que não ocorre no caso das falsas recordações” (p. 45). Van der Kolk (2002), a partir de sua experiência com pacientes e da revisão de mais de um século de outros autores que lidaram com populações traumatizadas, afirma que as memórias traumáticas vêm à tona:

(...) de forma quase atemporal e, ao mesmo tempo, com uma exatidão literal. A exatidão imutável da recordação parece testemunhar em favor da existência de uma verdade histórica que não foi alterada nem sobreposta por significações subjetivas, por algum esquema cognitivo ou por expectativas ou fantasias inconscientes. (s/p.)

Na minha clínica, também observo que as memórias inicialmente dissociadas, após serem historicizadas, seguem sendo expressas pelos pacientes de maneira muito clara, com detalhes, e sem que eu identifique contradições.

Van der Kolk (2002) refere que “o trauma, quanto mais precoce e prolongado, maior a probabilidade de amnésia dissociativa sem que seja possível a recuperação da memória” (s/p.).

Bollas (1992/1998) acredita que a criança abusada, impossibilitada de falar sobre o ocorrido, terá dificuldade na vida adulta de evocar a memória traumática, e

essa pode ser uma das razões pelas quais alguns adultos ficam confusos ao experimentar um sentimento estranho de que teriam sido objeto de algum abuso (...) a sensação de que isso possa não ter acontecido, de que poderia ter sido uma invenção, reforça a extensão da solidão (...). (p. 50)

Muitas vezes, os cuidadores contribuem para que a criança *esqueça* o abuso sofrido, desestimando sua memória, enquanto tratam a dor e os terrores noturnos como se fossem só imaginação.

Uma paciente conseguiu, após alguns anos em análise, reconstruir claramente memórias visuais e auditivas que antecederam e sucederam os abusos sexuais continuados. Não tinha a mesma lembrança dos abusos em si. No entanto, de forma vívida, lembrava das sensações corporais de dor e sufocamento *experimentadas*.

(...) as ‘memórias’ do trauma tendem, pelo menos inicialmente, a ser vivenciadas como fragmentos dos componentes sensoriais do evento; como imagens visuais, sensações olfativas, auditivas ou cinestésicas, ou ondas intensas de sentimentos que os pacientes relacionam com representações de elementos do evento traumático original. (Van der Kolk, 2002, s/p.)

As experiências aterrorizantes, ao invés de relatadas e passíveis de interpretação, poderão ser encenadas e atuadas em termos comportamentais na forma de memórias emocionais implícitas⁹. Para Roussillon (2012a),

um momento insuficientemente integrado ou traumático assombra o presente e tende a substituí-lo (...) o sintoma, portanto, carrega uma forma de ‘lembrança’ que diferentemente da relembração de memórias reprimidas, propensas a ser conscientizadas novamente, vem à tona de forma procedural¹⁰, não consciente. Isso não impede que a ‘memória’ seja usada e ativa. (p. 113)

A *lembrança* impõe-se como sensação, percepção, padrão de relacionamento ou interpretação do que é atual: o passado é *alucinado* como presente, ao passo que os afetos passam a ser a única maneira de nos *lembrarmos* do passado.

⁹ As memórias implícitas, traumáticas ou não traumáticas, surgem no início do desenvolvimento e seguem sendo adquiridas e transformadas ao longo da vida como consequência natural de experiências cotidianas repetitivas tais como percepção, relacionamento e ação. Renn (2012, p. 15-16) entende que “em termos fenomenológicos podem ser compreendidas como tendo características comuns à repressão primária de Freud (1926), (...) ao conhecido-não-pensado de Bollas (1987) e ao conceito de experiência não-formulada de D. B. Stern (1997)”.

¹⁰ Memória implícita, não evocável ou declarável, que se expressa no proceder.

Maria da Graça Motta

As vivências traumáticas podem ser *lembradas* com extrema vivacidade, mesmo que resistam à integração, como memórias dissociadas, em paralelo, vindas à consciência, mas pertencentes ao não-eu. No processo analítico, elas poderão ser resgatadas, mas só mais adiante, ou mesmo nunca se tornarem integradas nos esquemas mentais existentes, permanecendo ilhadas, congeladas no tempo e/ou ser do conhecimento de alguns estados dissociados e de outros não. Junto disso, mesmo tendo acesso à experiência de outros de seus estados de *self*, o paciente poderá sentir-se como um espectador abalado pelo o que *aquela criança sofreu*.

No funcionamento psíquico saudável, quando podemos integrar nossas memórias e não dissociá-las ou reprimi-las, elas serão dinâmicas. “Uma vez que um evento ou uma determinada informação seja integrada aos esquemas mentais existentes, ela não estará mais disponível como uma entidade separada e imutável (...)” (Van der Kolk 2002, s/p.).

7 Abordagens psicanalíticas das vivências traumáticas e das defesas dissociativas decorrentes: a intersubjetividade no campo

Winnicott (1963/2011), com profundidade e sensibilidade ímpares, descreveu um caminho possível para que o temor do paciente de suas agonias primitivas deixe de ser vivenciado como algo não experienciado e, ao mesmo tempo, temido no futuro:

A experiência original [que deflagrou a vivência traumática] não pode entrar no passado a menos que o ego possa primeiro reuni-la em sua própria experiência de tempo presente e no controle onipotente. (...) O paciente deve continuar procurando o detalhe passado que ainda não *foi experienciado*. Essa busca assume a forma de uma procura no futuro. A menos que o terapeuta possa trabalhar com base no fato de que esse detalhe já é um fato, o paciente deve continuar temendo encontrar o que está procurando compulsivamente no futuro. (p. 203)

Compreendo que *o fato, o detalhe*, a vivência que não foi simbolizada, poderá ser resgatada na intersubjetividade da relação analista-paciente.

Mais adiante, apresentarei alguns modelos teóricos que delineiam formas possíveis de desenvolvimento do processo analítico para a elaboração do traumático, mas, antes, trarei algumas observações a respeito da motivação do

paciente para buscar análise e de como podemos supor que é alguém com aspectos dissociados importantes.

No pensamento de Bromberg (2011), “onde quer que o ‘tsunami’ tenha atingido, deixou uma sombra, acompanhando a pessoa ao longo da vida” (p. 5). Para ele, a assombração à espreita e o desejo de libertar-se dela conduzem o paciente a buscar tratamento.

Em outras palavras, Howell (2020) diz que fazer a pergunta “por que estou vivendo assim?” (p. 14) leva o paciente a procurar um terapeuta, mesmo que

certas partes de seu *self* se rebelam ferozmente com a possibilidade de fazê-lo. Ele pode chegar ao consultório sem saber por que veio procurar atendimento. O fato de que seja ‘mais de uma mente’ a estar lá, levará ao surgimento de uma disputa interna entre os vários estados de *self*, alguns defendendo a segurança afetiva, outros endossando que verbalizar suas experiências traumáticas vale o risco. (p. 14)

Os pacientes nos quais identifico expressões dissociativas importantes chegam, assim como a maioria, com sintomas depressivos e ansiosos. No entanto, há indicadores que permitem presumir a existência de experiências traumáticas dissociadas. Proponho levar em conta os seguintes:

1. A discrepância entre o relato das vivências nos relacionamentos passados e/ou atuais e seu conteúdo afetivo. i.e., a apatia ou a indiferença afetiva quando seria esperada uma reação afetiva ou uma conduta importante; expressões de afeto ou condutas em situações que não se justificariam como gatilho.
2. Relatos de crises de ansiedade sem razão aparente ou associadas a gatilhos não compatíveis com a reação despertada, resultando em manifestações de luta, fuga, congelamento ou dissociativas.
3. Os itens um e dois poderão refletir na forma como empatizamos afetivamente com o conteúdo da experiência do paciente antes dele mesmo, alertando-nos para a necessidade de persistirmos com o atendimento.
4. Apesar de estar buscando atendimento, não existir *consciência* suficiente para formular o motivo ou ainda fazer isto de maneira muito vaga e pouco apreensível por nós.
5. Inobstante a vaguidade acima referida, o fato da sua *presença* causar um desconforto contratransferencial, manifestado por ansiedade, letargia,

vontade de se afastar, que não conseguimos explicar por seu conteúdo narrativo.

6. Poucas memórias declarativas (narrativas, autobiográficas), ou até sua ausência, em relação a períodos da infância cuja lembrança esperávamos que acontecesse¹¹.

Entre as situações clínicas que ilustram os indicadores acima, encontram-se:

1. O paciente que, após o rompimento de um breve relacionamento – de menos de um mês –, ficou extremamente devastado em termos emocionais, pensando inclusive em cometer suicídio.
2. A paciente que sofreu maus-tratos físicos importantes na infância, referindo bastar um toque físico, leve e desprevenido, para lhe deflagrar extrema ansiedade.
3. O paciente com crises de ansiedade que sente a vida como uma carnificina, mas não consegue apontar situações atuais que justifiquem esta crença.
4. A paciente adulta que tem total amnésia do tempo de convivência com o pai que lhe abandonou quando tinha sete anos.

Ferenczi acreditava que, no paciente com vivências importantes de abuso e abandono, existiria uma extrema passividade em relação à autoridade e à dor que lhes era infligida pelo tratamento. O analista somente poderia conquistar a confiança do paciente estando aberto à escuta de suas críticas, ao reconhecimento dos próprios erros e se dispondo a uma profunda autenticidade (Ferenczi, 1933/1992).

O resgate de memórias afetivas, visuais, auditivas, cinestésicas e autobiográficas, entre outras, dependerá da construção de confiança mútua entre paciente e analista. Para o paciente, a *sombra do tsunami* está à espreita, trazendo consigo o reviver do contexto relacional original e o temor de aniquilação. Um dia, depois de escrever uma vinheta clínica que pretendia colocar no trabalho, a paciente em questão trouxe um sonho: o aparelho que lhe permitia deixar de arrastar-se e começar a andar, mesmo com muita dificuldade, estava sendo destruído. Seu sonho deixou-me mais consciente da preocupação em divulgar algo que expusesse os pacientes. Fiquei imaginando como seria para ela se tivesse acesso ao trabalho. Cheguei a pensar em pedir-lhe o consentimento informado, mas, após todos os anos de maus-tratos e submissão que sofreu, provavelmente concordaria, sem demonstrar qualquer desagrado, mesmo ‘destruída’ pela quebra de confiança.

Blindar-se do contato humano ajudou esses pacientes a sobreviverem. Como analistas, também vivenciamos várias desconfiças. Dentre as perguntas frequentes que me faço, estão: *O que ele conta, aconteceu mesmo? É fantasia e/*

¹¹ Período em que já existe um maior desenvolvimento da memória declarativa e, portanto, de uma capacidade narrativa mais ampla (Cozolino, 2014).

ou está querendo me manipular com esses personagens? Sua intenção em contar isso é me agradar, manter minha atenção, ter meu cuidado, por carência? Quais as razões para essas desconfianças? Entre elas, a noção de que, conforme Fonagy & Sandler (1997/2018), pessoas traumatizadas não raramente criam falsas memórias¹². O fato de não acreditarmos no paciente pode decorrer de não termos, em nossa maioria, sofrido abandonos e maus-tratos na mesma intensidade. *Será que existem pais tão cruéis e perversos que são capazes de abusar sexual e fisicamente, ou se omitirem e permanecerem cegos para o sofrimento e desamparo de um filho? É por causa disso, então, que o paciente se estruturou com uma mente tão diversa e fragmentada?* No entanto, as nossas dúvidas também podem ser um recurso defensivo contra a sensação de desamparo e fragilidade. Somam-se aos nossos questionamentos sobre a *veracidade* dos relatos dos pacientes o fato de eles serem frequentemente feitos em estados dissociados – expressões diversas de voz, idade, gênero e/ou uma discrepância entre o conteúdo afetivo e o verbal –, fazendo com que possamos estar frente a frente com alguém que não conhecemos. Além disso, por identificação projetiva, duvidamos, assim como os pacientes, de suas lembranças. É possível que alguns estados de *self* estejam nos empurrando para fora, usando a defesa com a qual aprenderam a sobreviver, barrando a aproximação de qualquer um que queira *entrar*. Como diz Bromberg (2009), “mantenha suas mãos longe da minha capacidade de colocar as coisas fora da minha mente” (p. 640).

Uma outra manifestação contratransferencial, muitas vezes motivada pela nossa evasão de vivenciarmos junto com o paciente as suas angústias, é fazermos interpretações prematuras sobre as possíveis experiências traumáticas (sua fonte, seu conteúdo), esvaziando e invadindo o seu gesto espontâneo. Fonagy & Sandler (1997) advertem que podemos nos perceber “desejando antecipar a elucidação do que os pacientes ‘não sabem’, reconstruindo prematuramente, e provavelmente imprudentemente, a experiência traumática” (p. 196).

Contrapondo-se à tendência a *varrermos para o lado* nossas percepções ou atribuímos seus relatos a fantasias e manipulações, encontra-se a nossa possibilidade de empatizar com a dor e com os sentimentos de humilhação dos pacientes ao expor e desvelar suas histórias. “Uma compaixão percebida, verdadeira, desfaz a vergonha, facilita o luto e é integradora; ajuda os pacientes a sentir compaixão por si próprios. A proximidade compassiva intersubjetiva é o oposto da dissociação” (Chefet, 2015, p. 15).

A partir do referencial winnicottiano e freudiano, Roussillon (2014; 2016) desenvolve um caminho para elaboração do clivado. O material clivado retornará

¹² “O poeta é um fingidor. Finge tão completamente/ Que chega a fingir que é dor/ A dor que deveras sente” (Pessoa, 1932).

Maria da Graça Motta

à cena analítica em ato, submetido à compulsão à repetição, a fim de ser integrado. No pensamento de Roussillon (2012b), a *destrutividade* no campo analítico e fora dele não é entendida como uma conduta de destruição, e sim como uma tentativa do sujeito de se incluir, afetar, integrar-se na relação com o outro. Nesse processo, o analista deve ser *afetado* sem que a relação seja destruída, tornando possível ao paciente sair da compulsão à repetição e entrar em um movimento criativo.

Durante o *enactment*, o analista vive o que o analisando não pode viver e simbolizar de sua experiência e, a partir daí, os sentimentos do analista e do paciente deverão ser processados linguisticamente (Roussillon, 2014), para que as realidades múltiplas dentro do paciente se tornem ligadas através da simbolização e, à medida que isso aconteça, o processo clínico mude de trabalhar mais com o clivado para poder trabalhar mais com o conflito (Roussillon, 2013).

Green & Urrubarrí (2013/2019) enfatizam “a importância decisiva do pré-consciente do analista como sede do trabalho psíquico dos processos terciários – processos de vinculação entre processos primários e secundários, que se mostram essenciais quando se tem de fazer frente a mecanismos de clivagem (...)” (p. 30).

Stern (2009) fala na função do *testemunho fantasiado* e *testemunho vivo* para a mudança psíquica e para a integração de partes não-eu ao eu. Em uma perspectiva diferente da de Roussillon, o autor entende que narrar e historicizar não são os fatores de mudança e integração e sim o resultado, a maneira como identificamos que elas ocorreram na análise.

Tenho percebido muitas vezes ser a primeira testemunha das partes dissociadas dos pacientes, a primeira interlocutora de seus estados dissociados de *self*, os quais se relacionam e se expõem antes que outros estados de *self* tenham consciência e acesso à memória das experiências.

Bromberg (2011) destacou que, no processo analítico,

é fundamental entrarmos em contato com as nossas partes dissociadas que contribuem para o enactment e, a partir disso, compartilharmos, em alguma *medida*, nossas percepções do relacionamento, aí incluídas nuances sobre mudanças em nosso estado mental e em nossas experiências mente/corpo [cenestésicas] que aconteçam durante a sessão. (p. 18-19, grifo meu)

Bromberg (2011) entendia a relação analítica como um espaço de “suporte, risco e segurança simultaneamente, permitindo a revivência da dor do trauma inicial sem que repita em si mesmo” (p. 17). O processo transformador durante o enactment promoveria uma maior capacidade de regulação afetiva, resultando em menos gatilhos de disparo de dissociação. “A relação paciente/analista torna-se

um ambiente terapêutico na medida em que o limite entre o Eu e o outro se torna cada vez mais permeável” (Bromberg, 2011, p. 17-18).

Nossa permeabilidade fará com que experimentemos emoções intensas, perturbadoras, aterrorizantes, ora nos identificando com o paciente submetido, ora com a tirania do objeto.

Chefetz (2015) afirma que,

(...) o paciente percebe corretamente que dentro do terapeuta residem os potenciais de raiva assassina, pensamento e ação sádicos, traição (conluio) e desvalorização do seu eu (...) que conhece muito bem de seu passado. A negação consciente ou inconsciente do analista desses potenciais é a fonte mais comum de impasse no tratamento de pessoas com transtornos pós-traumáticos. (p. 259)

Entendo que, em alguma parcela, a dificuldade de nos aproximarmos ou negarmos nossos potenciais agressivos têm relação com o desejo de ser o objeto idealizado ou a (o) salvador(a) sem reconhecer os sentimentos de ódio e ressentimento, nossos e dos pacientes.

A construção da confiança é lenta e gradual; por um longo período, é fundamental aceitarmos o funcionamento predominantemente não integrado do paciente. Perder ou renunciar às *identidades*¹³, dependendo do momento, pode significar a morte de um ente querido, de alguém com nome e sobrenome, ou de parte do próprio corpo.

Nos pacientes que acompanho com estruturas dissociativas, a aliança terapêutica ocorre de forma irregular; com algumas de suas *ilhas*, tenho mais fácil acesso, constituindo partes de seu funcionamento psíquico com o qual é possível o trabalho no nível do conflito, da repressão. Esta aliança terapêutica possibilita intermediar e facilitar que o paciente entre em contato com aspectos desconhecidos ou antagônicos de si mesmo. Como diz Howell (2020), “a dissociação patológica envolve uma intensa guerra interna (...) a ideia de fazer um inteiro de muitas partes – simplesmente tricotá-las sem lidar com antagonismos internos – não funciona” (p. 160). De qualquer maneira, quanto mais se amplia a capacidade de simbolização dos pacientes, maior acaba sendo a sua sensação de pertencimento e de integração entre os estados de *self*.

Finalmente, venho identificando como recurso terapêutico a análise do significado dos sonhos; muitos estados de *self* aparecem e podem ser trabalhados primeiramente não só a partir dos sonhos do paciente, mas dos sonhos da(o)

¹³ Em destaque porque, ao invés de múltiplas, ainda está buscando uma maior sensação de si mesmo.

Maria da Graça Motta

analista. Howell (2020) observou que memórias dos pacientes que ainda não haviam surgido conscientemente durante as sessões puderam vir à tona no relato de seus sonhos. Assim como Lansky (1995 citado por Bohleber, 2008), acredito que pesadelos crônicos pós-traumáticos não sejam somente reproduções de recordações carregadas de afetos, nem meras repetições visuais de cenas traumáticas, mas possam também ser produtos de um trabalho onírico.

8 Considerações finais

Reik (1925) foi precursor em descrever a importância de o analista poder *dissociar-se* utilizando seu *ego observador*, seu *terceiro ouvido*, com o qual observaria a si, ao paciente e à relação entre eles. O autor acreditava que essa capacidade analítica seria construída inicialmente pela reflexividade, pelo olhar, dos cuidadores iniciais.

O caminho para irmos construindo e reconstruindo a nossa identidade analítica, refinando nossos sentidos, faz-se na busca da proximidade do outro, desafiando-nos a tolerar o que é diferente de nós e aquilo que o outro reflete de nós. À medida que o campo analítico passa a ser relacional, surgirá uma maior comunicação não somente entre analista e paciente, mas entre as partes do *self* do paciente e do analista, oportunizando o desenvolvimento de ambos os participantes.

Acredito que o potencial para a vida, inerente ao ser humano, refletido e consubstanciado por bons encontros iniciais, está na origem da nossa esperança como analistas de que possamos lidar com fragmentos ainda não conhecidos dentro, fora e no espaço que ainda não conhecemos como dentro ou fora. □

Abstract

Identity fragmentation: too many to try to be one

The author discusses the psychoanalytic interrelationship between traumatic experiences and dissociative phenomena. It is understood that dynamic constitution among various parts of the *self* is significantly impeded as a result of traumatic experiences. Working from this perspective, and based on clinical practice and references from other authors who work with dissociative disorders, including identity disorders, the main objectives are: 1) to understand dissociative phenomena; 2) to understand how a fragmented mind develops from traumatic experiences;

and 3) to offer some psychoanalytic approaches that may favor, in patients and analysts, a greater integration between states of *self*.

Keywords: Dissociation; Identity dissociation; Memory; Trauma; Traumatic experiences

Resumen

Fragmentación de la identidad: muchos para intentar ser uno

La autora discute la interrelación psicoanalítica entre vivencias traumáticas y fenómenos disociativos. Comprende que la constitución dinámica entre varias partes del *self* se ve impedida significativamente en consecuencia de experiencias traumáticas. En esta perspectiva, con base en su práctica clínica y las referencias de otros autores que trabajan con trastornos disociativos, incluidos los de identidad, sus principales objetivos serán: 1ª – comprender los fenómenos disociativos, 2ª – comprender cómo se construye una mente fragmentada a partir de vivencias traumáticas y 3ª – traer algunos enfoques psicoanalíticos que puedan favorecer, en pacientes y analistas, una mayor integración entre sus estados de *self*.

Palabras clave: Disociación; Disociación de la identidad; Memoria; Trauma; Vivencias traumáticas

Referências

- Alayarian, A. (2011). *Trauma, torture and dissociation: a psychoanalytic view*. London: Karnac Books.
- Bohleber, W. (2008). Recordação, trauma e memória coletiva: a luta pela recordação em psicanálise. *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, 15(1), 35-65.
- Bollas, C. (1992). *Sendo um personagem*. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.
- Breuer, J. & Freud, S. (1976). Estudos sobre a histeria. In Freud, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, (Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895)
- Breuer, J. & Freud, S. (1976). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar In Freud, S. *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, (Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1893)

Maria da Graça Motta

- Bromberg, P.M. (2009). Multiple *self*-states, the relational mind, and dissociation: a psychoanalytic perspective. In Del, P.F. & O'Neil, J.A. (Ed.). *Dissociation and dissociative disorders*, (pp. 639-645). London: Routledge.
- Bromberg, P. M. (2011). *The shadow of the tsunami and the growth of the relational mind*. London: Routledge.
- Bucci, W. (2001). Pathways of emotional communication. *Psychoanalytic Inquiry*, 21(1), 40-70.
- Bucci, W. (2007). Dissociation from the perspective of multiple code theory: part I: psychological roots and implications for psychoanalytic treatment. *Contemporary Psychoanalysis*, 43(2), 165-184.
- Chefetz, R. (2015). *Intensive psychotherapy for persistente dissociative processes*. New York: W. W. Norton & Company.
- Cozolino, L. (2014). *The neuroscience of human relationships: attachment and developing social brain*, (2. ed). New York: W. W. Norton & Company.
- Ferenczi, S. (1992). Confusão de língua entre os adultos e a criança. In *Psicanálise IV*. (pp. 97-106). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1933)
- Fonagy, P. & Sandler, J. (2018). *Recovered memories of abuse: true or false?* London: Routledge. (Trabalho original publicado em 1997)
- Freud, S. (1994). A divisão do Ego no processo de defesa. In Freud, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, (Vol. 23). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1938)
- Freud, S. (1994). Além do princípio do prazer. In Freud, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, (Vol. 18). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920)
- Freud, S. (1994). Fetichismo. In Freud, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, (Vol. 21). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1927)
- Freud, S. (1994a). Hereditariedade e a etiologia das neuroses. In Freud, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud I, (Vol. 3). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1896)
- Freud, S. (1994). Luto e melancolia. In Freud, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, (Vol.14). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917)
- Freud, S. (1994b). Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa. In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, (Vol. 3). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1896)
- Freud, S. (1994). O Ego e o Id. In Freud, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, (Vol. 19). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923)
- Gabbard, G.O. (2014). *Psiquiatria psicodinâmica*, (5. Ed). Porto Alegre: Artmed.
- Green, A. (2010). Histeria y estados limite: quiasmo. In *El pensamiento clínico*, (pp. 77-106). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 2002)

- Green, A. & Urribarri, F. (2019). *Do pensamento clínico ao paradigma contemporâneo: diálogos*. São Paulo: Blucher. (Trabalho original publicado em 2013)
- Howell, E. (2020). *Trauma and dissociation informed psychotherapy: relational healing and the therapeutic connection*. New York: W. W. Norton & Company.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme Psychologique*. Paris: Alcan.
- Loewenstein, R.J (2018). Dissociation debates: everything you know is wrong. *Dialogues Clin. Neurosci.* Sep, 20(3), 229–242.
- McWilliams, N. (2014). *Diagnóstico psicanalítico*. Porto Alegre: Artmed
- Modell A. H. (1999). The dead mother syndrome and the reconstruction of trauma. In Kohon, G. (Ed.). *The dead mother*, (pp. 76-86). New York: Routledge.
- Motta, M.G. (2006). Estresse em bebês de mães deprimidas. In *Congresso Internacional de Neuropsicanálise*, Pasedena, USA.
- Motta, M.G. (2022). Vivências traumáticas e dissociação. *Congresso da Febrapsi*, 28, Rio de Janeiro.
- Negro Junior et al. (1999). Dissociação e transtornos dissociativos: modelos teóricos *Brazilian Journal of Psychiatry*, 21(4). <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000400014>
- Ogden, H.T. (2014). *Leituras criativas*. São Paulo: Escuta. (Original publicado em 2012)
- Perry, B. D. (2001). The neurodevelopmental impact of violence in childhood. In Schetky, D., & Benedek, E.P. (Ed.). *Textbook of child adolescent forensic psychiatry*, (Vol. 18, pp. 221-238). Washington: American Psychiatry Press. <https://www.researchgate.net/publication/253039874>
- Pessoa, F. (1932). *Psicografia*. <http://multipessoa.net/labirinto/fernando-pessoa/1>
- Porges, S. (2011). *The polyvagal theory: neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. New York: W. W. Norton & Company.
- Putnam F. (1992). Discussion: are alter personalities fragments or figments? *Psychoanalytic Inquiry*, 12, 95-111.
- Reik, T. (1925). *Como se llega a ser psicologo*. Buenos Aires: Horme, 1927.
- Renn, P. (2012). *The silente past and the invisible present*. New York/London: Routledge.
- Roussillon, R. (2000). Atualidade de Winnicott. *TRIEB*, 9, 55-71.
- Roussillon, R. (2012a). A dor e o existir. *CPRJ: Caderno Psicanalítico*, 34(27), 107-116.
- Roussillon R. (2012b). O desamparo e as tentativas de solução para o traumatismo primário. *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, 19(2), 271-295.
- Roussillon, R. (2013). A destrutividade e as formas complexas da “sobrevivência” do objeto. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre*, 14(2), 553-572.
- Roussillon, R. (2014). Trauma narcísico-identitário e sua transferência. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 48(3), 187-206.
- Roussillon R. (2015). Traumatismo primário, clivaje y lazos primários no simbólicos. *Docta*, 11.

Maria da Graça Motta

- Roussillon, R. (2016). A elaboração e seus modelos. Leitura principal, Congresso da IPA em Berlim, julho de 2007. *Psicologia da USP*, 27(2), 367-374.
- Schore, A. (2009). Relational trauma and the developing right: an interface of psychoanalytic self-psychology and neuroscience. *Self and systems: ann*, 1159, 189-203.
- Schore, A. (2011) Foreword. In Bromberg P.M. *The shadow of the tsunami and the growth of the relational mind*. London: Routledge.
- Solms M. & Turbull O. (2002). *The brain and the inner world: an introduction to neuroscience of subjective experience*. New York: Other Press.
- Spiegel, D. (2008). Coming apart: trauma and the fragmentation of the self. In *Cerebrum*. New York: Dana Press.
- Stern, D.B. (2009). Partners in thought: a clinical process theory of narrative. *Psychoanalytic Quarterly*, 78(3), 701-731.
- Van der Kolk, B.A. (2002). Trauma and memory. *Psychiatry and Clinical Neurociences*, 52(1), 52-64. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.1998.0520s5S97.x>
- Wilson, E.O. (1999). *Consilience: the unity of knowledge*. New York: Vintage.
- Winnicott, D.W. (1971). The mirror-role of mother and family in the child's development. In *Playing and reality*. Middlesex: Penguin.
- Winnicott, D.W. (1990). A capacidade para estar só. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*, (3. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1958)
- Winnicott D.W. (2011). Fear of breakdown. In Caldwell, L. & Joyce, A. (Ed.) *Reading Winnicott*. Canada: Routledge. (Trabalho original publicado em 1963)
- Winnicott D.W. (2011). Primitive emotional development. In Caldwell, L. & Joyce, A. (Ed.). *Reading Winnicott*. Canada: Routledge. (Trabalho original publicado em 1945)
- Winnicott, D.W. (2011). The theory of parent-infant relationship In Caldwell, L. & Joyce, A. (Ed.). *Reading Winnicott*. Canada: Routledge. (Trabalho original publicado em 1960)

Recebido em 25/03/2023

Aceito em 26/04/2023

Revisão gramatical de **Gustavo Czekster**

Revisão técnica de **Ana Cristina Pandolfo**

Maria da Graça Motta

Rua Mostardeiro, 333/405

90430-001 – Porto Alegre, RS – Brasil

mgmotta@terra.com.br

© Revista de Psicanálise da SPPA