



Dossiê II Congresso Internacional Psicanálise e Filosofia: Psicanálise e os Labirintos da Alma

O trauma para além do trauma na perspectiva de Henry Krystal

Trauma Beyond Trauma According to Henry Krystal

 Fátima Caropreso

Resumo: Após o término da segunda guerra mundial, a atenção da psicanálise se concentrou, sobretudo, na exploração da “mente nazi”, ou seja, dos traços psicológicos dos criminosos de guerra e dos seus colaboradores. Apenas na década de 1960, a atenção de alguns psicanalistas se deslocou dos agressores para as vítimas da perseguição nazista. A tentativa de compreender os traumas vividos e suas sequelas, no entanto, revelou a insuficiência das concepções psicanalíticas de trauma e colocou a necessidade de repensá-las. Um dos psicanalistas que se voltou para esses fenômenos foi Henry Krystal. Esse autor repensou o conceito psicanalítico de trauma e propôs o conceito de “trauma catastrófico” para caracterizar o que considerou ser o fenômeno completo do trauma. O objetivo desse artigo é analisar a concepção de trauma de Krystal e discutir de que maneira ela aprofunda a compreensão freudiana do fenômeno traumático.

Palavras-chave: psicanálise; Henry Krystal; Freud; trauma catastrófico; holocausto.

Abstract

After the end of the Second World War, psychoanalysis focused mainly on the study of the “Nazi mind”, i.e. the psychological characteristics of war criminals and their collaborators. It was not until the 1960s that some psychoanalysts turned their attention from the aggressors to the victims of Nazi persecution. However, the attempt to understand the traumas experienced and their aftermath revealed the inadequacy of psychoanalytic conceptions of trauma and highlighted the need to rethink them. One of the psychoanalysts who focused on these phenomena was Henry Krystal. This author rethought the psychoanalytic concept of trauma and proposed the concept of “catastrophic trauma” to characterise what he considered to be the complete phenomenon of trauma. The aim of this article is to analyse Krystal's concept of trauma and to discuss how it deepens Freud's understanding of the traumatic phenomenon.

Keywords: psychoanalysis; Henry Krystal; Freud; catastrophic trauma; holocaust.

Os primeiros planos para reabilitar as vítimas do Holocausto enfatizaram a assistência material. Apenas na década de 1960, quase vinte anos depois do fim da Segunda Guerra, condições psiquiátricas foram reconhecidas como resultantes dos traumas vivenciados. Nesse período, surgiu, entre alguns psicanalistas, um interesse crescente em compreender as sequelas psicológicas desses traumas. Até então, o foco da psicanálise havia sido, sobretudo, a exploração da “mente nazi”, ou seja, dos traços psicológicos e caracterológicos específicos dos criminosos de guerra e dos seus colaboradores (Eros, 2017). No entanto, como aponta Jucovy (1998), quando a psicanálise direcionou sua atenção aos sobreviventes da perseguição nazista, as abordagens psicanalíticas clássicas se mostraram insuficientes para explicar a desconcertante variedade de sintomas apresentados por essas pessoas. A definição de trauma como um evento singular agudo, tal como se encontrava na teoria freudiana, não podia ser aplicada a experiência de meses ou anos de degradação diária e morte quase certa, comenta o autor. Assim, o Holocausto trouxe uma nova realidade para a psicanálise e colocou a necessidade de repensar as concepções sobre o trauma e os seus efeitos sobre o psiquismo.

Um dos autores que refletiu sobre o tipo de trauma vivido pelas vítimas do Holocausto foi o psiquiatra, psicanalista, e sobrevivente do Holocausto, Henry Krystal. Kestenberg e Kestenberg (1982) comentam que os trabalhos de Krystal e de Niederland, publicados na década de 60, consolidaram os estudos psicanalíticos sobre o Holocausto. O seu interesse no estudo dos sobreviventes foi despertado a partir das entrevistas que realizou para o governo alemão no processo de reparação do pós-guerra. No texto *Trauma and Stimulus Barrier*, Krystal (1985) relata que, tentando lidar com os sobreviventes do Holocausto Nazista, percebeu que as concepções psicanalíticas clássicas de trauma não permitiam compreender os resíduos pós-traumáticos e o processo de traumatização. Isso o levou a repensar o conceito de trauma e seus efeitos sobre o psiquismo. Ele aponta as limitações da concepção psicanalítica clássica de trauma e propõe o conceito de “trauma catastrófico” para caracterizar o que considera ser o fenômeno completo do trauma. Essa elaboração é realizada a partir da análise dos efeitos de traumas extremos, em especial os vivenciados pelos sobreviventes de campos de concentração, assim como do processo traumático na infância. O objetivo desse artigo é analisar a concepção de trauma de Krystal e discutir de que maneira ela aprofunda a compreensão freudiana de trauma.

1. O esvaziamento do conceito de trauma na psicanálise

No texto *Trauma and affects*, Krystal (1978) comenta que, na origem da conceituação freudiana do trauma psíquico, está a observação de Charcot de que alguns ataques histéricos são

efeitos colaterais de experiências insuportáveis do passado. Freud e Breuer (1895/1962) confirmaram essa observação e concluíram que o elemento central nas experiências que estavam na gênese da histeria era a emoção nelas envolvida, de forma que a experiência subjetiva exerceria um papel determinante na qualificação de um evento como psicologicamente traumático. Assim, se estabeleceu como paradigma do trauma psíquico uma experiência na qual o indivíduo é confrontado com afetos avassaladores, que representam uma ameaça de desorganização e destruição do funcionamento mental. Ainda nos *Estudos sobre a histeria*, Breuer e Freud (1895/1962) introduziram o conceito de “trauma parcial”, ao esclarecerem que, na histeria comum, em vez de um trauma intenso, único, muitas vezes, havia vários traumas parciais, os quais constituíam um grupo de causas precipitantes. Eles argumentam que esses traumas parciais só são capazes de exercer um efeito traumático por somatório e pertencem uns aos outros, na medida em que são componentes de uma única história de sofrimento.

Com o prosseguimento de suas investigações sobre a histeria, Freud chega à teoria da defesa, segundo a qual haveria na gênese de tal patologia um conflito entre as pulsões e o Eu. O desprazer intenso resultante desse conflito evocaria o mecanismo da repressão, que entraria em ação para excluir as representações intoleráveis e suprimir os afetos desprazerosos. Krystal (1978) argumenta que, de acordo com essa concepção, a repressão evitaria uma situação traumática, no entanto, Freud continua considerando essas neuroses como traumáticas, em contraposição àquelas determinadas por predisposições hereditárias. De acordo com essa visão, toda doença mental que pudesse ser demonstrada como tendo uma história genética compreensível poderia ser considerada traumática.

Krystal (1978) comenta que a observação das neuroses de guerra reforçou o primeiro modelo de trauma. Ele considera que, ao longo de sua teoria, Freud sempre aspirou conciliar entre os dois modelos – o do trauma como uma experiência real que desperta afetos intoleráveis e o do trauma como resultante da incompatibilidade entre as pulsões e o ego –, o que ele conseguiu fazer em sua segunda teoria da angústia.

Em sua teoria metapsicológica, Freud concebeu o trauma como uma experiência em que o aparelho psíquico é subitamente inundado por uma grande quantidade de excitação que rompe a barreira que protege o aparelho psíquico contra estímulos externos. A experiência traumática desorganizaria o aparelho psíquico, que se veria, então, diante da necessidade de dominar os estímulos, de ligá-los, o que seria realizado a partir do processo denominado compulsão à repetição. Essa concepção sobre a reação do psiquismo à recepção de grandes quantidades de estímulos já está presente na teoria que Freud desenvolve sobre a “vivência de dor”, no *Projeto de uma psicologia*

(1950/1975), e é retomada e aprofundada em *Além do Princípio do Prazer*. Nesse texto, Freud define o trauma da seguinte forma:

Descrevemos como “traumáticas” quaisquer excitações externas que sejam suficientemente poderosas para romper o escudo protetor. Parece-me que o conceito de trauma implica necessariamente uma conexão desse tipo com uma ruptura em uma barreira eficaz contra estímulos. Um evento como um trauma externo está fadado a provocar um distúrbio em grande escala no funcionamento da energia do organismo e a colocar em ação todas as medidas defensivas possíveis. (Freud, 1920/1962, p. 29)

De acordo com essa concepção, as neuroses traumáticas, como as neuroses de guerra, resultariam da perturbação econômica do psiquismo causada pela recepção de grandes somas de excitação de origem externa; e os sintomas representariam uma tentativa do funcionamento mental de elaborar e obter controle sobre o excesso de estímulos. Esse tipo de neurose se diferenciaria das neuroses causadas pela repressão de afetos intoleráveis de origem endógena, na qual os sintomas consistiriam em formações substitutivas que expressariam o inconsciente reprimido.

Em *Inibições, sintomas e angústia*, Freud (1926/1962) vincula os dois modelos de trauma, ao colocar um traumatismo real na base da repressão e das psiconeuroses. Nesse texto, ele argumenta que a característica em comum de todos os estados de angústia é representar uma reação ao perigo e que o protótipo da experiência de angústia é o trauma do nascimento, situação em que o indivíduo se vê inundado por grandes quantidades de estímulos, em um estado de total desamparo, ou seja, sem recursos que permitam lidar com esses estímulos. Dessa forma, um traumatismo de origem externa estaria na base das experiências posteriores de angústia. O autor argumenta que, na experiência do nascimento, o “perigo” em questão não possuiria nenhum conteúdo psíquico, pois o recém-nascido só seria capaz de sentir uma enorme perturbação na sua economia psíquica, resultante da intensidade dos estímulos que atingem os órgãos sensoriais. No entanto, a angústia reapareceria em todas as situações em que o indivíduo fosse novamente confrontado com o risco de vivenciar um grande aumento de estimulação, seja de origem externa ou interna, em um estado de desamparo. Ela atuaria como um sinal de que há uma ameaça de reviver uma situação traumática.

A sinalização de perigo diante de um acréscimo de excitação de origem endógena poderia levar à repressão, de forma que, com essas hipóteses, Freud vincula o trauma à angústia, à repressão e à neurose. Ele identifica uma série de angústias típicas que se sucederiam ao longo do desenvolvimento mental – a angústia da perda do objeto, a angústia de castração e a angústia da consciência moral – e vincula as diferentes psiconeuroses a essas diferentes angústias (Caropreso, 2009). Todas elas remeteriam, em última instância, ao trauma do nascimento. Nesse momento,

portanto, Freud volta a colocar uma experiência traumática real, o trauma do nascimento, na base de toda a neurose, vinculando as duas visões de trauma presentes em sua teoria anterior a 1926.

Krystal (1978) considera que, embora Freud formule uma teoria clara sobre a relação entre afetos, trauma e sintomas neuróticos, a questão acerca de o que torna um afeto insuportável ou avassalador permaneceu sem resposta, o que contribuiu para o esvaziamento do conceito de trauma pela psicanálise posterior. O autor comenta que:

A primeira impressão que se tem das palavras de Freud é que qualquer afeto intenso e doloroso pode ser traumático, mas sabemos que, na maioria das vezes, esse não é o caso. Essa ingenuidade contribui muito para a confusão que se multiplicou à medida que o conceito de trauma psíquico foi ampliado e construído. (Krystal, 1978, p. 83)

Como exemplo dessas concepções equivocadas que surgiram na psicanálise posterior, Krystal (1978) cita a teoria de Ernst Kris (1956), segundo a qual o acúmulo de tensões frustrantes possuiria efeitos traumáticos. Desenvolvendo essa concepção, Khan (1963) apresentou a hipótese de que o trauma cumulativo opera e se acumula silenciosamente durante toda a infância até a adolescência. Para esse autor, a função da mãe seria fornecer uma barreira de estímulos temporária para a criança e a falha nessa função possuiria um efeito traumático. Krystal (1978) questiona essas posições que qualificam como traumática qualquer experiência que possua um potencial patogênico e questiona; “Por que [...] Khan está falando de “trauma cumulativo” em vez de um acréscimo de influências patogênicas? Parece haver algum pensamento circular envolvido aqui, o que ilustra a necessidade de uma melhor definição do conceito de trauma” (Krystal, 1978, p. 85).

A circularidade mencionada resultaria do fato de que a condição “traumática” de uma experiência poderia ser estabelecida apenas *a posteriori*. Após o surgimento de uma patologia, certas experiências seriam retrospectivamente qualificadas como traumáticas, no entanto, a justificativa para qualificá-las como traumáticas decorreria do fato delas terem conduzido à patologia. Assim, considerar como traumática qualquer experiência com potencial patogênico acaba esvaziando o conceito de trauma, argumenta o autor. Krystal (1978) ressalta que essas concepções favorecem a interpretação de que qualquer evento desfavorável que conduza ao desenvolvimento de uma psicopatologia pode ser considerado um trauma infantil. Ele observa que, embora Anna Freud tenha compartilhado essa visão, ela percebeu e chamou a atenção para a problematidade que envolve essa concepção. Em *Comments on Trauma*, ela expressou sua preocupação quanto à confusão e ao abuso do termo “trauma”:

Como todo mundo, até agora tenho usado o termo “trauma” de forma bastante vaga, mas será mais fácil evitar isso no futuro. Sempre que me sentir tentado a chamar um evento na vida de uma criança ou de um adulto de “traumático”, farei a mim mesma algumas perguntas adicionais. Será que quero dizer que o evento foi perturbador, que foi significativo para alterar o curso do desenvolvimento posterior, que foi patogênico? Ou será que realmente quero dizer traumático no sentido estrito da palavra, ou seja, destruidor, devastador, causando perturbação interna ao colocar o funcionamento e a mediação do ego fora de ação? (A. Freud, 1967, p. 242)

Krystal (1978) argumenta que a falta de uma definição de trauma baseada na experiência clínica atualizada favoreceu esse uso vago do conceito. Além disso, ele considera que as concepções econômicas do trauma, como ruptura da barreira de proteção contra estímulos, não auxiliam a compreensão da realidade psíquica do trauma e de suas consequências. Essas lacunas o levam a reexaminar a natureza e as consequências do trauma infantil e contrastá-las com a dinâmica, a realidade psíquica e as sequelas da forma adulta de trauma.

2. O trauma na infância precoce

Krystal (1978) esclarece que, no início da vida, estão presentes os “precursores dos afetos”, os quais apresentam dois padrões básicos: um estado de contentamento e tranquilidade e um estado de sofrimento¹. A partir desses precursores, se desenvolvem os afetos prazerosos e dolorosos, que, no curso normal da maturação, se diferenciam em entidades específicas. Além dessa diferenciação, o desenvolvimento afetivo também envolve um processo de gradual verbalização e dessomatização das respostas emocionais, ou seja, a expressão verbal dos afetos substitui aos poucos sua expressão somática, processo que torna possível o uso dos afetos como sinais. O autor ressalta que as respostas afetivas que são primariamente somáticas chamam atenção para elas mesmas e não para o estado das quais elas são sinais, o que as tornam perigosas e avassaladoras.

O autor ressalta que alguns aspectos do desenvolvimento da verbalização podem ser influenciados por fatores hereditários, no entanto, a transformação maturacional dos afetos está intimamente relacionada às relações objetivas primárias. A pessoa que desempenha a função materna fornece o primeiro objeto de identificação em relação às respostas afetivas. Posteriormente, a família como um todo influencia o estabelecimento de normas para a expressão afetiva. A função da mãe na promoção de um progresso harmonioso da verbalização e da dessomatização dos afetos consiste, principalmente, em proteger a criança da traumatização psíquica, argumenta Krystal (1978). O aspecto mais difícil e importante da maternidade é permitir à criança suportar uma tensão afetiva cada

¹ O termo usado é “*distress*”.

vez mais intensa, mas intervir e confortá-la antes que suas emoções se tornem avassaladoras. Nesse processo, o único guia é a empatia e o estado traumático pode se desenvolver quando os pais falham nessa tarefa de impedir que os afetos alcancem uma intensidade intolerável e avassaladora.

Um aspecto central enfatizado por Krystal (1978) é que a natureza da experiência psíquica traumática na infância precoce tem que ser pensada a partir dos precursores infantis do afeto. Pensá-la a partir da experiência de ser inundado por afetos adultos, como raiva, ansiedade, ou culpa, é um modelo inadequado, que não expressa a angústia generalizada ocasionada pela inundação total e desregulada por afetos indiferenciados, somáticos, pré-verbais, atemporais e arcaicos de uma criança pequena.

Krystal (1978) considera que a tendência a se referir a uma experiência traumática na criança como uma experiência de “angústia” ilustra a dificuldade que o adulto tem para imaginar a natureza terrível do estado traumático infantil. Esse teria sido, em sua opinião, um equívoco da concepção freudiana, o qual fica claro quando Freud se refere ao nascimento como o protótipo do estado de angústia. Krystal argumenta que a angústia, tal como experienciada pelo adulto, não existe no neonato e no bebê, mas se desenvolve somente por meio de um processo gradual e complexo. Portanto, para compreender a qualidade do estado traumático na infância precoce, é necessário considerar a imaturidade da psique em geral, ou seja, sua atemporalidade, ausência de objeto e outras características primitivas, assim como o fato de que os precursores dos afetos não podem ser compreendidos com referência à realidade psíquica dos afetos do tipo adulto.

O autor explica que o estado psíquico de uma criança assolada pelos precursores do afeto envolve uma resposta intensa que mobiliza todo o sistema autônomo, assim como os precursores da dor. Ele argumenta que, a partir das pistas fornecidas pela experiência com adultos que sofreram traumas psíquicos severos quando crianças, é possível inferir que “esse tipo de experiência é o inferno mais terrível e indescritível conhecido pelo homem, literalmente um destino pior do que a morte” (Krystal, 1978, p. 101). Stern (1968) a denominou *situação biotraumática* e a descreveu como um estado de terror mortal. O biotrauma seria inevitável no desenvolvimento, uma vez que a capacidade da mãe de evitar o trauma psíquico na infância é sempre limitada.

Krystal (1978) argumenta que, na infância, parece haver uma válvula de segurança entre o estado traumático e sua continuação para a morte, pois, quando deixada sozinha em um estado de sofrimento extremo, a criança adormece. A repetição desses episódios, contudo, poderia conduzir a falhas no desenvolvimento, marasmo e depressão anaclítica. Krystal (1975) relata que as sequelas diretas nos adultos de traumas infantis graves é um temor permanente do retorno do estado traumático

e uma expectativa desse retorno. As emoções são frequentemente vivenciadas como telas de trauma, de forma que há um medo das próprias emoções e um comprometimento da tolerância ao afeto. Esses distúrbios são acompanhados por uma anedonia geral e vitalícia, por um comprometimento da capacidade de experimentar gratificação, que se entrelaça em uma variedade de problemas masoquistas. O autor aponta que as sequelas de traumas infantis precoces intensos se assemelham às sequelas de traumas extremos vivenciados na vida adulta, no entanto, o trauma no adulto possui características peculiares, que têm que ser abordadas separadamente.

3. O trauma no adulto

Krystal (1978) relata que suas experiências acumuladas em trinta anos de trabalhos com sobreviventes de traumatização maciça nos campos de concentração e sua tentativa de compreender os distúrbios afetivos produzidos por esses traumas o levaram à conclusão de que o ponto central na traumatização é o desenvolvimento de afetos avassaladores, como Freud indicou originalmente. No entanto, é necessário esclarecer em que circunstâncias os afetos ameaçam o ego e se tornam potencialmente traumáticos. O autor argumenta que, como Freud (1926/1962) enfatizou, o fator central na experiência traumática, que a diferencia de uma situação de perigo, é a experiência subjetiva de “desamparo”, independentemente da objetividade de tal percepção. A essência do reconhecimento do desamparo, por sua vez, consiste em render-se a um perigo inevitável, momento no qual o estado de angústia é substituído por um estado de passividade cataléptica, que representa uma ameaça à integridade e sobrevivência do indivíduo.

Como Freud (1926/1962) esclareceu, a angústia é uma resposta afetiva que emerge como sinal da percepção de um perigo e evoca reações defensivas com o objetivo de proteger o indivíduo. Krystal (1978) explica que a rendição desamparada ao perigo altera o estado afetivo da resposta hiperalerta e hiperativa, que caracteriza a angústia, para um estado de bloqueio de emoções e inibição progressiva. Ele aponta que, como Seligman (1975) demonstrou, a resposta cataléptica é um padrão de reação afetiva onipresente no reino animal. Portanto, é possível dizer que, ao ingressar em um estado cataléptico diante da percepção do desamparo, o eu está sendo dominado por um padrão de rendição filogeneticamente determinado, que também é um mecanismo potencial de “autodestruição” psicológica.

A experiência com os sobreviventes de campos de concentração confirmou que essa progressão de um estado de excitação e evocação de respostas defensivas para a rendição passiva na reação cataléptica ocorre, de fato, diante de um perigo inevitável e esmagador, argumenta Krystal

(1978). Ele cita como exemplo o comportamento de judeus que obedeciam às ordens de forma autômata e, junto com seus filhos, desciam para um poço, se deitavam sobre a última camada de cadáveres, e esperavam ser metralhados. Nesse estado, a pessoa condenada coopera com seu carrasco e, se esse processo continua em seu potencial máximo, o carrasco pode se tornar supérfluo e o indivíduo morrer por vontade própria.

O autor comenta sobre dois tipos de morte psicogênica que ocorriam nos campos de concentração. Alguns prisioneiros morriam logo após chegarem e, outros, apresentavam uma reação de rendição letal, chamada *mussulman stage* (Niederland, 1961 e Krystal, 1968). Nesse caso, após algum tempo nos campos de concentração, os recursos físicos e emocionais se esgotavam levando a pessoa à morte. No entanto, aponta ele, muitos relatos na literatura mostram que, em outras situações de vida, mais triviais, as pessoas também podem morrer por razões psicológicas. Saul (1966) concluiu que, embora as circunstâncias variem, o estado subjetivo de todos esses pacientes consiste em uma sensação insuportável de impasse, da qual o indivíduo não pode escapar. Assim, também nessas pessoas, está presente uma rendição diante de uma situação insuportável.

Mas o que ocorre nos casos em que as pessoas se rendem ao que elas consideram ser um perigo avassalador e não morrem? É a partir da observação desses casos que Krystal (1978) estabelece um modelo para explicar o processo completo de traumatização. Ele relata que os sobreviventes de campos de concentração passavam longos períodos em uma condição de robotização ou automatização, denominada por Lifton (1967) “fechamento psíquico”. O ingresso nesse estágio ocorria após um processo de despersonalização, que consiste em uma tentativa de negar a realidade para entorpecer as respostas emocionais. Na condição de fechamento psíquico, explica Krystal (1978, p. 95):

[...] há uma supressão praticamente completa de toda expressão e percepção de afeto. A imobilização física observada no estado catatônico é acompanhada por um bloqueio maciço de praticamente toda a atividade mental – não apenas dos afetos, mas de toda iniciativa, julgamento e outros – a ponto de chegar a um estado de “morte ambulante”

Krystal (1978) explica que o bloqueio das respostas afetivas, o entorpecimento e o fechamento psíquico são experienciados com alívio em relação aos afetos dolorosos prévios. Ele sustenta que essa condição também é vivenciada como a primeira etapa do morrer, pois, junto com o bloqueio afetivo, há um bloqueio da iniciativa e de toda cognição que preserva a vida. Muitas das consequências do trauma psíquico resultariam dessa imersão nos estágios iniciais da morte psicogênica. O autor levanta

a hipótese de que esses dispositivos de despersonalização e bloqueio progressivo dos afetos e das funções mentais sejam derivados do adormecer da criança em um estado traumático.

A partir dessas descrições, Krystal (1978) propõe um modelo para conceber o estado traumático adulto. O que caracterizaria esse estado traumático seria, diante da percepção de um perigo inevitável, se render passivamente (a resposta de alerta inicial, ou de angústia dá lugar a um rendimento passivo) e progredir para o estado cataléptico, em que ocorre a despersonalização, como uma tentativa de negar a realidade, e o bloqueio dos afetos e de toda a atividade mental, o que produz um estado de fechamento psíquico. Ele argumenta que o desenvolvimento de um trauma adulto em sua forma completa é uma ocorrência rara. Nos casos em que as causas eliciadoras são internas, normalmente os mecanismos de defesa são evocados e abortam o processo traumático:

O traumatismo consiste na supressão das funções normais de autopreservação diante de um perigo inevitável. O reconhecimento da existência de um perigo inevitável e a rendição a ele marcam o início do estado traumático e, com ele, do processo traumático acima descrito que, se não for interrompido, termina em morte psicogênica. A minha análise do trauma psíquico indica que o desenvolvimento do estado traumático adulto completo é relativamente raro. Na maior parte das vezes, quando as causas provêm de conflitos intrapsíquicos, o processo é abortado pela utilização de várias defesas, que podem, no entanto, resultar no desenvolvimento de sintomas ou de comportamentos sintomáticos. (Krystal, 1978, p. 112)

Krystal considera que o que normalmente é denominado “trauma psíquico” consiste na realidade em “situações de quase trauma”, que não progrediram para o estado traumático, mas que, no processo de prevenção, precipitaram distúrbios neuróticos ou de outro tipo. Ele aponta que a literatura psicanalítica, no entanto, se refere a esse “quase trauma” como trauma e, para diferenciar entre os dois fenômenos, propõe que o processo traumático completo seja denominado “trauma catastrófico”. As consequências patológicas desse tipo de trauma se sobrepõem a todos os problemas que podem se desenvolver nos casos de um processo traumático que não alcançou sua forma completa.

O autor afirma que sua análise do estado traumático demonstrou que, para sobreviver a um período no estado cataléptico e retornar à vida, o ego observador deve ser capaz de continuar a funcionar diante da aniquilação iminente. Ele comenta que, embora em estados traumáticos mais duradouros exista a possibilidade de se lembrar de representações de objetos benignos para proteção fantasiada, no estado traumático agudo, a pessoa permanece isolada, sem nenhuma fonte de sentimento de segurança, o que requer a capacidade de enfrentar o desamparo e a morte. Se o ego observador é preservado nessas circunstâncias, torna-se possível desenvolver um “sinal de trauma”,

que permite acionar recursos pessoais para o manuseio adaptativo dos afetos como sinais e, assim, impedir que os afetos se tornem a principal ameaça em si. Sem esse acionamento, o pavor habitual do trauma infantil persiste e tende a remover todas as funções executivas. O “sinal de angústia”, tal como pensado por Freud em 1926, representaria, para ele, uma primeira ordem de sinais. Os “sinais de trauma” forneceriam um segundo nível de alarme, indicando o perigo de um “trauma catastrófico”. À medida que as funções de auto-observação se desenvolvessem, a experiências de “quase-trauma” poderiam ser utilizadas para o desenvolvimento de “sinais de trauma”.

4. A transição da forma infantil de trauma para a adulta

Sobre a questão a respeito de em que momento do desenvolvimento o trauma psíquico adquire sua forma adulta, Krystal (1978) considera que essa transição ocorre de forma gradual e que a forma infantil de trauma persiste enquanto os afetos são indiferenciados, não verbalizados e principalmente somáticos. A forma adulta de trauma viria para o primeiro plano com o desenvolvimento das funções egoicas, à medida que se desenvolvesse a capacidade de verbalização dos afetos, de dessomatização e diferenciação, assim como a capacidade para utilização de defesas, como a negação e a despersonalização, e a tolerância aos afetos. Nos dois primeiros anos de vida, o trauma seria experienciado em sua forma infantil. O autor argumenta que, embora, após o início do desenvolvimento de uma resposta adulta ao trauma na infância, possa haver uma regressão à experiência primitiva de trauma, no adulto, não ocorrer uma regressão tão completa na natureza dos afetos e no restante de suas funções psíquicas, que lhe permita experimentar o estado psíquico do trauma infantil. Assim, embora comum, a regressão afetiva seria sempre pontual e incompleta na vida adulta, pois os adultos são capazes de bloquear as emoções e restringir a cognição. A estrutura do psiquismo da criança, no entanto, não possui os recursos para a prevenção do trauma, denominado “barreira de estímulos”. Além disso, a criança não dispõe de sinais de trauma capazes de mobilizar as defesas pessoais ou impulsionar a busca de ajuda externa.

Krystal (1978) argumenta que a principal diferença entre a forma infantil e a adulta de trauma é a sua relação com os afetos. Para a criança, os próprios afetos tornam-se avassaladores e traumáticos devido a sua natureza primitiva e ao estado primitivo da mente. Nos adultos, por outro lado, afetos intensos não constituem traumas em si mesmos. Eles podem ameaçar a integridade do indivíduo, mas não consistirem em experiências traumáticas. Ele argumenta que:

É o assolamento do ego, a rendição em um estado de total desamparo e desesperança, e a progressão para o estado cataléptico que tornam uma situação traumática. O estado traumático

não pode ser equiparado nem compreendido pelos afetos intensos que podem iniciá-lo. (Krystal, 1978, p. 101)

A concepção psicanalítica freudiana de trauma, portanto, teria se restringido a descrever o estado que caracteriza o início do trauma, permanecendo incompleta e insuficiente para explicar traumatismos extremos.

5. As sequelas do trauma catastrófico

Krystal (1978) aponta que os indivíduos que sobreviveram a traumas catastróficos e ingressaram nos estágios iniciais da morte psicogênica frequentemente apresentam um quadro residual de danos extremos. Ele enfatiza que, nesses tipos de trauma, o que está em jogo não é a ansiedade resultante da repressão, mas sim as consequências da constrição das funções cognitivas no estado traumático. Essa constrição faz com que os elementos cognitivos e afetivos das memórias não sejam integrados e, conseqüentemente, continuem sendo experienciados como perigosos por atuarem como telas de trauma. Certos eventos mobilizam a expectativa aterrorizante do retorno do trauma. O que parece estar em jogo nesse caso é a impossibilidade de ligação e de obtenção de controle sobre os afetos, tal como pensado na teoria freudiana.

O autor explica que, em muitos casos, a constrição psíquica continua após o término da situação traumática, variando significativamente em intensidade. Muitas vezes, se manifesta uma falta de motivação para reexpandir a função mental e uma identificação com a morte. Essa persistência da constrição mental pode assumir diferentes formas, como embotamento e diminuição das funções ocupacionais e sociais, “*freezing*” episódico e pseudofobia. Na pseudofobia, há uma contínua evocação de afetos intensos pelos fragmentos de memórias. Nelas, diferentemente do que ocorre na fobia, o objeto do medo original não é esquecido. Krystal (1978) aponta também que a anedonia é a seqüela mais frequente encontrada nos sobreviventes de traumas catastróficos.

Outra consequência apontada por Keiser (1967) é a perda da capacidade de negação da morte, pré-requisito para o funcionamento normal, o que afeta a capacidade de ter esperança e amplia as reações à percepção do perigo. A ausência da negação da morte traz consigo um comprometimento da negação da morte psicogênica, ou seja, um comprometimento da negação do potencial autodestrutivo de nossas reações afetivas. O colapso da negação do potencial letal das emoções, por sua vez, faz com que a capacidade de tolerar emoções seja diminuída, o que pode conduzir a uma regressão dos próprios afetos, tanto do seu aspecto cognitivo como expressivo, produzindo a indefinição e perda de especificidade das respostas emocionais, assim como o prejuízo da capacidade

de verbalização. A regressão afetiva e o conseqüente prejuízo da capacidade de verbalização, simbolização e fantasia podem conduzir a doenças psicossomáticas, aponta Krystal (1968). Os sintomas psicossomáticos resultam da desdiferenciação de afetos, da desverbalização e da resomatização, ou seja, da retomada de modos primitivos de experienciar a afetividade. Krystal e Niederland (1968) descrevem uma série de outros distúrbios que surgem como conseqüências de trauma massivos.

6. Considerações finais

Henry Krystal considera que a concepção freudiana de trauma, como uma experiência pontual em que o aparelho psíquico é inundado por grandes quantidades de estímulos, descreve o que ele considera ser o início do estado traumático e não o processo traumático completo. Essa concepção de Freud é, em sua opinião, limitada e insuficiente para explicar o traumatismo severo – como o vivenciado pelos sobreviventes de campos de concentração – e suas conseqüências. Além disso, o autor argumenta que Freud descreveu o trauma infantil a partir do modelo do trauma adulto, em especial da experiência de angústia do adulto, sem levar em consideração as peculiaridades do psiquismo precoce, outro fator que revela a limitação dessa concepção. Outra questão ressaltada é o esvaziamento do conceito de trauma no pensamento psicanalítico posterior. Krystal argumenta que a psicanálise posterior a Freud tendeu a usar o termo trauma de forma vaga para designar experiências potencialmente traumáticas que *a posteriori*, ou seja, que, após o surgimento de patologias, são qualificadas como traumáticas. Esse segundo uso do conceito teria sido incentivado pela concepção freudiana de traumas parciais.

A partir da consideração do traumatismo severo na infância precoce e dos traumas vividos pelos sobreviventes de campos de concentração – incluindo, nesse segundo caso, seus pacientes e suas experiências pessoais como sobrevivente –, Krystal propõe um modelo para descrever o processo completo de trauma, para o qual ele propõe a denominação “trauma catastrófico”. Essa denominação é proposta para diferenciar esse tipo de trauma do trauma comumente descrito na psicanálise, o qual ele considera consistir, na maior parte das vezes, em uma experiência de quase trauma. Ele busca explicar também as sequelas psicológicas do trauma catastrófico, as quais revelam sintomas que também não podem ser explicados a partir das concepções psicanalíticas vigentes.

Freud pensou o trauma, inicialmente, a partir da análise das psiconeuroses. A consideração das neuroses de guerra, entre outros fatores, o levou a aprofundar sua reflexão sobre o trauma, o que ele faz, em especial, em *Além do princípio do prazer*. Os estudos sobre as conseqüências

psicanalíticos do Holocausto indicaram que era necessário ir além dessas concepções; mostraram que há experiências traumáticas e patologias delas decorrentes que estão além das descritas pela psicanálise até então. Nesses tipos de trauma, a realidade anula qualquer fantasia e a concretude dos sintomas resultantes se sobrepõe a qualquer significação inconsciente. Essas experiências pertencem a “um mundo que está para além da metáfora”, usando a expressão de James Herzog (1982).

Referências

- Caropreso, F. (2009). Dor e desejo na teoria freudiana do aparelho psíquico e das neuroses. *Revista de Filosofia Aurora*, 21(29), 569-590.
- Eros, F. (2017) From war neurosis to holocaust trauma – an intellectual and cultural history. *Shoah: Intervention. Methods. Documentation*, 4(1), 41-58.
- Freud, A. (1967). Comments on Trauma. In: S. S. First (Ed.). *Psychic Trauma* (pp. 235-245). New York: Basic Books.
- Freud, S. (1920). Beyond the pleasure principle. In J. Strachey (Ed. e Trans.). *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (vol.18, pp. 3-66). London: Hogarth Press, 1962.
- Freud, S. (1926). Inhibitions, Symptoms and Anxiety. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (vol. 2, pp. 77-178). London: Hogarth Press, 1962.
- Freud, S. (1950). Project for a scientific psychology. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (vol. 1, pp. 283-387). London: Hogarth Press, 1975.
- Freud S. e Breuer, J. (1895). Studies on Hysteria. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (vol. 2, pp. 1-335). London: Hogarth Press, 1962.
- Herzog, J. (1982). World Beyond Methaphor: Thoughts on the transmission of Trauma. In M. S. Bergmann e M. E. Jucovy (Eds.). *Generations of the Holocaust* (pp. 103-119). Columbia: University Press.
- Jucovy, M. (1998). The Background of persecution and its aftermath. In J. Kestenberg e C. Kahn (Eds.). *Children surviving persecution: An international study of trauma and healing* (pp. 19-42). Westport: Praeger.
- Keiser, S. (1967). Freud's concept of trauma and a specific ego function. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(4), 781-794.
- Kestenberg, J. S. e Kestenberg, M. (1982). The Background of the Study. In M. S. Bergmann e M. E. Jucovy (Eds.). *Generations of the Holocaust* (pp. 33-44). Columbia: University Press.

- Khan, M. M. R. (1963). The concept of cumulative trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 18, 286-306.
- Kris, E. (1956). The Recovery of Childhood Memories in Psychoanalysis. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 11, 54-88.
- Krystal, H. (1968). *Massive Psychic Trauma*. New York: International Universities Press.
- Krystal, H. (1975). Affect Tolerance. *The Annual of Psychoanalysis*, 3, 179-219.
- Krystal, H. (1978). Trauma and Affects. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 33(1), 81-116.
- Krystal, H. (1985). Trauma and the Stimulus Barrier. *Psychoanalytic Inquiry*, 5(1), 131-161.
- Krystal, H. e Niederland, W. G. (1968). Clinical Observations of the Survivor Syndrome. In H. Krystal (Ed.). *Massive Psychic Trauma* (pp. 327-348). New York: International Universities Press.
- Lifton, R. J. (1967). *Death in life: Survivors of Hiroshima*. New York: Random.
- Niederland, W. G. (1961). The Problem of the Survivor. *Journal Hillside Hospital*, 10, 233-247.
- Saul, L. J. (1966). Sudden Death at Impasse. *Psychoanalytic Forum*, 1, 88-93.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Stern, M. M. (1968). Fear of Death and Neurosis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 16, 3-31.