

Do Trauma aos Tiques.

Vera Malarranha Proença¹

Resumo

O que é um tique? Algo inoportuno, obsessivo, proibido? Uma incapacidade em segurar um pensamento que se transforma em acto motor? O tique, embora disfuncional, parece funcionar como uma forma de linguagem e comunicação de experiências emocionais intensas. Embora pareça existir uma propensão biológica, as situações consideradas traumáticas podem ter um impacto muito importante para o aparecimento ou não dos tiques. Neste trabalho procuramos explorar as possíveis relações entre o trauma e os tiques e o impacto da existência, ou não, de um ambiente relacional de acolhimento e de mutualidade que não negue a subjectividade individual. Debruçamo-nos pela importância do contexto em que o trauma ocorre e no papel fundamental do ambiente envolvente.

Palavras-Chave: Trauma, Tiques, Coprolalia, Subjectividade.

Abstract

What is a tic? Something inopportune, obsessive, forbidden? An inability to hold a thought that turns into a motor act? The tic, although dysfunctional, appears to function as a form of language and communication of intense emotional experiences. Although there appears to be a biological propensity, situations considered traumatic can have a very important impact on whether or not tics emerge. In this work we seek to explore the possible relationship between trauma and tics, and the impact of a relational environment where a person can find acceptance and mutuality and does not see his individual subjectivity denied. We focus on the importance of the context in which the trauma occurs and the fundamental role of the surrounding environment.

Keywords: Trauma, Tics, Coprolalia, Subjectivity.

¹ Psicóloga Clínica, PsiRelacional. Contacto: veraproenca.psicologia@gmail.com

São realmente muitos os momentos turbulentos e as tragédias pessoais que podemos ter no decorrer da vida, tornando-se alguns deles difíceis de ultrapassar. As experiências percebidas como ameaçadoras ou demasiado avassaladoras, podem originar o trauma. Esta é uma das causas de sofrimento humano que mais dificuldades de compreensão tem suscitado, talvez porque quando se trata de trauma não existem duas pessoas exactamente iguais, o que se revela prejudicial para uma pessoa pode não o ser para outra (Levine, 2005).

Falamos de trauma quando o sistema humano de autodefesa fica sobrecarregado e desorganizado e nem o resistir ou o fugir são eficazes. Cada componente da resposta ao perigo, tendo perdido a sua utilidade, tende a persistir num estado alterado e exagerado, mesmo após o perigo real já não existir (Herman, 1992). A resposta humana às ameaças depende de múltiplos factores, como a genética, a história, o contexto do indivíduo e até mesmo da dinâmica familiar. Levine (2005) salienta que algumas experiências na primeira infância podem diminuir profundamente a capacidade de enfrentar e de estar presentes no mundo. Um simples evento quotidiano pode levar à sobrecarga, desde que este seja sentido (consciente ou inconscientemente) como ameaçador. Trauma é trauma, não importa o que o tenha causado. A percepção da ameaça varia de acordo com vários factores, como a idade, a experiência de vida e até mesmo a personalidade. Por exemplo, ruídos altos e repentinos, como trovões ou gritos furiosos de adultos, podem traumatizar bebés e crianças pequenas. Embora estes eventos não sejam uma ameaça directa à vida, para originar trauma, o factor crítico é a percepção da ameaça e a incapacidade de lidar com ela (Levine, 2005).

“Tornei-me aquilo que sou hoje com 12 anos, num dia nublado e glacial do inverno de 1975.... Foi há muito tempo, mas é um erro aquilo que dizem sobre o passado... Quando agora olho para trás, percebo que ando há 26 anos a espreitar aquela ruela deserta.”

Khaled Hosseini (2013), O Menino de Cabul

Não foi em 1975, mas foi com 12 anos que a vida do Leonardo mudou. Foi a partir dessa idade que os tiques começaram a ser uma parte constante da sua vida e

de si. No entanto, os nossos caminhos só se vieram a cruzar cerca de 30 e muitos anos depois desta mudança.

Quando o vi pela primeira vez na sala de espera do consultório mexia numa garrafa de água que trazia nas mãos, agitava-a de um lado para o outro, assim como se agitava a si próprio, dava passos largos e observava o que se encontrava à sua volta, tentando de certa forma controlar pelo movimento uma qualquer inquietude que parecia querer fugir. Quando entrámos na sala, a inquietude anterior foi substituída por uma total rigidez corporal. Como se tentasse fechar todos os poros do seu corpo de forma a não deixar escapar nada. Uma das primeiras coisas que me disse foi que tinha tiques, mas estava ali porque “se sentia em baixo” e já não era de agora.

Confesso que num primeiro momento deixei cair a informação que me tinha dado e pedi-lhe naturalmente que me falasse sobre si. À medida que o nosso encontro se ia desenrolando, o Leonardo começou a proferir palavras involuntariamente, fora do contexto (*coprolalia*) e de forma repetitiva (*ecolalia*). Em simultâneo realizava também muitos tiques, que na sua maioria envolviam movimento do pescoço, cabeça e gestos com as mãos. Sempre que tal ocorria ele mostrava-se muito preocupado e pedia, repetidamente, desculpa.

Os Tiques

Sobre os tiques eu pouco sabia, mas após alguma pesquisa verifiquei que parece existir um envolvimento específico do circuito *cortico-estriado-tálamo-cortical* (Leckman et al., 1997; Teive et al., 2008). Estas mesmas estruturas também se encontram envolvidas nos movimentos involuntários em pacientes traumatizados. Galán (2019) refere, inclusive, que pacientes com tiques apresentam reflexos que, ao contrário dos actos voluntários, envolvem a participação de sistemas cerebrais como o cerebelo e o *extrapiramidal* (tálamo e núcleos da base). Tratamentos que envolvem estas duas estruturas - tanto o tálamo como os núcleos da base - parecem reduzir a manifestação dos tiques (Szejko et al., 2022).

A influência precisa do ambiente sobre o que é basicamente um distúrbio biológico é difícil de determinar, e a relação específica entre eventos marcantes da vida e os tiques ainda não está clara (Steinberg et al., 2013), mas parece haver uma relação. Temos como exemplo o trabalho de Findley et al. (2003) que refere que crianças com

síndrome de *Tourette* e Transtorno Obsessivo-Compulsivo que tenham vivenciado situações de maior stress tendem a apresentar uma maior gravidade dos tiques.

Um dos primeiros estudos sobre os tiques na literatura médica surgiu em 1825, quando o médico francês Jean Itard descreveu 10 pacientes que apresentavam comportamentos repetitivos, incluindo movimentos complexos e palavras inapropriadas (Black, 2005; Bastos, 2013). Mais tarde, por indicação do influente médico Jean-Martin Charcot, George Gilles de la Tourette estudou alguns pacientes que eram tratados no Hospital Salpêtrière, complementando os seus estudos com outros casos que encontrou na literatura. Para ambos, a “doença do tique convulsivo” distinguia-se de outros distúrbios *coreiformes* e da histeria de várias maneiras, mas particularmente por pensarem que era intratável, crónica, progressiva e hereditária (Black, 2005).

No século que se seguiu não existiu um real progresso no estudo dos tiques, mas muitos argumentaram vigorosamente em favor de uma ou outra teoria para explicar e tratar estes pacientes. Uma das hipóteses mais populares era que os tiques resultaram de uma lesão cerebral, semelhante aos movimentos anormais pós-infecciosos subjacentes da *coreia reumática* ou *encefalite letárgica*. Por outro lado, outros defendiam os tiques como sinais de histeria que poderiam ser compreendidos e tratados à luz das teorias psicanalíticas de Freud (Black, 2005). Mas, mesmo Freud (1996) falou muito pouco sobre tiques, abordando-os de forma mais extensa no caso de Emmy Von N (Estudos sobre a Histeria, 1893-1895). Ferenczi, no seu trabalho de 1921, refere que Freud teria sugerido a existência de órgãos específicos que serviriam como representações psíquicas do conflito que se manifestariam fisiologicamente através de movimentos corporais e vocalizações.

Mas, o que é o tique? Para Ajuriaguerra (1973), o tique é inoportuno, intempestivo, um acto estéril e incompleto; muda de pessoa para pessoa, e mesmo em cada sujeito tende a espalhar-se e a transformar-se consoante as circunstâncias, posturas e situações. São como necessidades impiedosas e obsessivas de realizar um acto e que produz uma satisfação excessiva e deslocada. É uma necessidade de fazer algo proibido e sem sentido.

Ferenczi (1921) refere que a incapacidade de segurar um pensamento transforma-se numa reacção motora – *tiques* e *coprolalia* – cujo objectivo é aliviar os impulsos que surgem pela dificuldade de suportar um estímulo, sem ter de imediatamente o

descarregar defensivamente. De acordo com Bastos (2013), também Mahler defendia que os tiques geralmente tinham um substrato orgânico, mas só se iriam manifestar nas crianças que tinham passado por conflitos e traumas psíquicos graves que haviam sido reprimidos.

Tendo Freud em relação aos sonhos referido que uma das suas funções é lidar com experiências traumáticas, Bastos (2013) propõe que os tiques se podem assemelhar aos sonhos, sendo uma resposta à censura de um conteúdo ameaçador que espreita à consciência. Sugerindo assim, que, tal como os sonhos, os tiques também podem ser vistos como uma via de tratamento para casos onde existem sintomas de trauma.

Assim, segundo Bastos (2013), torna-se importante olhar para a forma, o momento e a intensidade dos tiques como estritamente simbólicos, sendo que estes ocorrem em momentos específicos e de forma representativa na vida do indivíduo. Tal como acontece nos esquecimentos, lapsos ou actos falhados, o tique também irá possuir um significado próprio associado a conflitos psíquicos que passam pelos mecanismos de condensação e deslocamento. O autor sugere também, que as *ecolalias* e as *coprolalias* funcionam como formas de expressão, operando como metáforas e metonímias da linguagem. A dificuldade em elaborar o conflito e o sofrimento que daí advém faz com que haja necessidade de uma repetição literal e rígida. Repetir, repetir, repetir..., até elaborar. Mas quando será elaborado? As repetições parecem servir como descarga da energia psíquica acumulada, funcionando também como uma tentativa, embora disfuncional, de integração do ego e uma forma de linguagem e comunicação de experiências emocionais antigas que não conseguem ser verbalizadas e à espera de serem decodificadas (Bastos, 2013).

Em relação ao Leonardo, tenho tentado ao longo do tempo olhar para os seus tiques como um produto das suas vivências e entendê-los na sua origem. Durante a grande maioria do tempo, e embora me tenha contado um pouco da sua história, foi visível a dificuldade em explorar a sua infância, ou, pelo menos algumas das suas vivências. E quando o fazíamos era de uma forma muito estéril, sem emoção, à distância. Contudo destacava-se uma situação específica que partilhou comigo de forma muito superficial, logo nas primeiras consultas.

Eu sabia que o Leonardo é primogénito de uma fratria de dois. Ambos os pais já faleceram. Sei que viveu desde que se lembra na mesma cidade que vive até hoje.

Quando tinha cerca de sete anos, e como tantas outras famílias que ele conhecia, o pai foi trabalhar para o estrangeiro. Situação que durou ainda alguns anos, com visitas cada vez mais espaçadas. O pai regressou definitivamente quando o Leonardo tinha perto de 12 anos, trazendo com ele uma nova família. O pai tinha outra mulher e com esta mulher tinha tido outra filha. E foi neste ponto da sua história que os tiques começaram a aparecer. Eles manifestaram-se pela mesma altura em que o pai regressou e que a sua realidade, tal como a conhecia até então, foi destruída.

Nas palavras de Stolorow (2011), a destruição dos absolutismos da vida quotidiana põe-nos em contacto com a crua existência de um universo arbitrário e imprevisível e no qual não se pode assegurar a segurança ou continuidade de ser. Esta imprevisibilidade constitui-se como trauma emocional. O autor sublinha que o trauma emocional conduz para o que Heidegger chama de autêntico ser-para-a-morte, em que morte e perda – no caso do Leonardo, a perda do mundo/família que conhecia até aquele dia – passa a existir como algo possível e distinto da nossa existência, como condição do nosso futuro e fruto das nossas limitações. Estas possibilidades, sendo algo que não se consegue controlar ou prever, transformam-se em ameaças permanentes. Desta forma, como nos diz o autor, o mundo quotidiano perde a sua significância, e a pessoa sente-se angustiada e estranha, o mundo não lhe confere mais a segurança que lhe era tão familiar.

Sobre o trauma

Nas palavras de Bakó e Zana (2020, p.4):

“O navio (a personalidade) depende do mar que o transporta: por um lado, deve manter o seu curso com segurança, mantendo-se estável; por outro, deve ser capaz de progredir, sendo flexível. Um navio estável e bem construído, com quilha e velas suficientes, pode resistir até mesmo a uma tempestade forte, mas algumas tempestades são tão destrutivas que podem danificar gravemente ou destruir até mesmo os navios construídos com mais segurança.”

Segundo Herman (1992) os eventos traumáticos produzem mudanças profundas e duradouras a nível fisiológico, emocional e cognitivo, podendo levar

à separação de funções normalmente integradas umas das outras. Após o trauma, a capacidade da mente, pode sofrer alterações ao ponto de assumir um rumo patológico empiricamente observável (Varvin & Rosenbaum, 2003), deixando de existir a capacidade para organizar e lidar com as experiências. Assim, podemos dizer que os acontecimentos traumáticos corrompem a autonomia da pessoa ao nível da integridade emocional e corporal.

Ferenczi (1988) fala numa ruptura com a realidade que provoca uma fragmentação do aparelho psíquico. Assim, uma parte do sujeito regista a experiência, enquanto outra parte procura manter a crença de que nada aconteceu, o que não permite que as impressões traumáticas possam ser armazenadas, mesmo ao nível do inconsciente. O evento traumático não é processado de forma simbólica/linguística como acontece com a maioria das memórias, existindo, sim, uma organização ao nível sensório-motor, fazendo com que o material não seja conduzido ao processo de transformação usual. Com o processo de elaboração prejudicado devido a funções cognitivas e emocionais menos eficazes e funções de controlo mais reduzidas, existe uma perda da capacidade de narrar o evento que originou o trauma (Bakó & Zana, 2020). Esta distorção no processo de simbolização faz com que os pensamentos nas áreas dissociadas da mente não recebam um lugar temporalmente significativo, o que permite que as emoções como a ansiedade, agressão e depressão dominem e, até certo ponto, destruam os esforços de construção de significado e de formação de símbolo (Varvin, 2010). Nesse sentido, encontramos novas organizações do *self* que são construídas simbolicamente com a mediação da linguagem corporal e da história prévia do indivíduo. Apesar do trauma ter um efeito de ruptura, a descontinuidade nunca é completa, pois introduzimos um princípio de continuidade na tentativa de inserir o trauma numa ordem simbólica: o que opera simbolicamente é não o trauma em si, mas a nossa tentativa de limitá-lo e superá-lo (Bonomi, 2003).

Do ponto de vista da relação objectal, o trauma é o resultado da perda da protecção interna, principalmente a perda dos sentimentos necessários de confiança (Varvin & Rosenbaum, 2003). Contudo, a situação traumática, por si só, pode não ser geradora do trauma (Bakó & Zana, 2020; Ferenczi, 1988; Stolorow, 2011). Embora a pessoa experiencie o sofrimento, pode ser capaz de não se fragmentar e eventualmente integrar a experiência traumática, enriquecendo-a e tornando-se parte da sua

personalidade. Tal depende em grande parte da ajuda do ambiente, quer no seu sentido mais estrito, quer no mais amplo, isto é, até que ponto é capaz de conter os conteúdos traumáticos que invadem o indivíduo (Bakó & Zana, 2020). Assim, será necessário a falta de apoio de alguém em quem a pessoa confia. Aliás, a originalidade da teoria do trauma em Ferenczi (1988) está justamente na ideia do desmentido. A criança ao ser confrontada com a atitude desvalorizadora do adulto, que toma o seu relato como fantasia, vê destruída a confiança que depositava nos seus próprios sentidos (Ferenczi, 1988). Quando esta ligação interna é quebrada, danificada ou destruída, a ligação aos outros pode ser percebida como perigoso (Varvin & Rosenbaum, 2003).

Este conceito é também utilizado por Stolorow (2011) quando fala de inconsciente invalidado, referindo que as experiências que não são validadas, confirmadas e reconhecidas de forma simbólica e linguística, apresentam uma maior probabilidade de formarem quadros psicossomáticos e alexitémicos.

Poderemos, então, considerar os tiques como uma manifestação física do trauma, em que algo aconteceu, mas que não possui representação mental na pessoa, e que desta forma se manifesta pelo agir. A dor do não-reconhecido origina um sofrimento muito maior do que a dor gerada pela lembrança, na medida que se trata de uma dor inatingível pela consciência e que não é sentida nem mesmo como desprazer. É uma dor tão grande que coloca o sujeito frente a uma morte sem presença e que não tem uma representação. Está fora do tempo, num lugar que não faz parte da história do sujeito (Ferenczi, 1988).

Com o passar do tempo, Leonardo permitiu-se falar algumas vezes da situação traumática – a destruição da imagem que tinha da sua família com o regresso paterno. Do pai pouco fala, mas em oposição refere-me sempre que naquela altura a mãe foi uma grande mulher. Quando o questiono sobre isso, explica-me que aceitou esta nova família do pai em casa, sem grandes discussões. Passaram a viver todos juntos, o Leonardo, a mãe, a irmã, o pai, a nova mulher do pai e a meia-irmã. Habitavam todos na casa da família, e lá ficaram até os pais se divorciarem oficialmente e este novo ramo familiar conseguir ir viver para outra casa. Tudo isto foi vivido pelo Leonardo sem nunca lhe ter sido permitido pensar sobre o que aconteceu, nem mesmo chorar a sua perda. De repente o pai já não partilhava a sua vida de casal com a mãe, mas com outra mulher, uma pessoa que lhe era estranha e com quem agora partilhava o

seu espaço. Tal situação foi reforçada pela atitude da própria mãe, que viveu toda esta situação com uma grande naturalidade. Leonardo viu a sua realidade ser destruída e lutou obstinadamente para a manter o mais inalterada possível, pois era o que todos os adultos pareciam fazer.

As experiências emocionais dolorosas tornam-se duradouramente traumáticas na ausência de um lugar relacional em que possam ser mantidas e integradas (Stolorow, 2011). Esta foi a realidade do Leonardo. Nunca houve lugar para integrar essa dor, quando todos à sua volta pareciam negar a existência do acontecimento em si. A vida continuou, normalmente, como se nada tivesse mudado. Também ele começou a negar e a tentar viver como se a mudança não existisse. O aparecimento desta nova família e a aparente aceitação por parte da sua mãe, não permitiu que o Leonardo tivesse espaço para elaborar o seu conflito, nem que pudesse dar sentido à sua nova realidade.

A sensação de segurança no mundo e nos outros é adquirida nos primeiros anos de vida, servindo de base relacional para o futuro. De acordo com Bakó e Zana, (2020), um contexto contendor deverá funcionar de forma similar à figura materna na relação precoce, que contém e apoia o processo de digestão mental, reintegrando depois no eu a experiência psíquica, física e afectiva não metabolizada.

Tal como já foi referido, perante uma realidade externa demasiado intensa, a capacidade individual de simbolização pode ser insuficiente para processar e integrar o evento e os sentimentos traumáticos são impossíveis de ser contidos (Bion, 1967). Desta forma, torna-se essencial a capacidade do outro em conter, experienciar e tornar suportáveis os sentimentos não simbolizados da criança. Mas quando o outro não é bom o suficiente para conter as sensações proto-emocionais do bebé, a capacidade de pensar, a habilidade de formar e recriar uma narrativa e a capacidade de mentalizar, podem ser prejudicadas (Bion, 1967; Ferro & Civitarese, 2016). Sem mentalização, as experiências traumáticas tornam-se atemporais, existindo fora da história, manifestando-se como acções, projecções ou somatizações repetidas e imutáveis. O indivíduo encontra-se noutra realidade, onde a mesma experiência se repete inalterada (Stolorow, 2011). Sem um ambiente suficientemente seguro, a imagem interior que o indivíduo tem de si mesmo pode tornar-se seriamente fragmentada e caótica, e o indivíduo pode até tornar-se incapaz de viver, não apenas na fase inicial do desenvolvimento, mas em qualquer momento da sua vida (Bakó & Zana, 2020).

Stolorow, (2011) sublinha a importância de factores contextuais, que permitam a existência de um lar relacional disponível, para que a ansiedade possa ser mantida e integrada. Quando tal não acontece, o afecto doloroso torna-se traumático e dá-se a destruição dos absolutismos que fazem parte do nosso quotidiano, como as simples frases “até amanhã”. Estes absolutismos são a base para um tipo de realismo e optimismo ingénuo que permite à pessoa funcionar no mundo. A perda catastrófica desta inocência altera permanentemente o próprio sentir de estar-no-mundo (Stolorow, 2011). Assim, o evento traumático destrói o estado anterior de segurança da pessoa em relação a si e ao mundo ao seu redor - aquele que antes seria o seu porto seguro, alguém de confiança, torna-se a força motriz que a faz sentir num estado de total desamparo e ser dominada por uma insegurança absoluta (Ferenczi, 1988). Como resultado do trauma, perde-se o sentido de segurança e de previsibilidade. A vítima do trauma percebe que a integridade é uma mera ilusão. O espaço psicológico, no qual o indivíduo traumatizado vive e opera, é caracterizado por medo elementar constante, fraqueza e falta de controle sobre o próprio destino (Herman, 1992). Depois de um trauma, o mundo não pode mais ser o mesmo.

Regressando a Leonardo, o seu passado ficou congelado antes daquele momento, sem mudança, sem alterações. Cerca de um ano após o início da terapia, fala-me que todos os bens que faziam parte da casa dos pais estavam em sua posse, conservados numa arrecadação onde não mexia desde que para lá foram, faz anos, e era penoso pensar que o tinha de fazer, perspectivando a dificuldade em contactar com o que outrora tinha sido a sua realidade e uma vida que perdera. Em Leonardo esta ansiedade transbordou pelos seus tiques e palavras mais agressivas.

A sua vivência, enquanto trauma emocional, destruiu alguns dos absolutismos da sua vida até então. A introdução desta nova família, não só destruiu a ideia de casamento parental, como o simples “até amanhã” se tornou estranho. Este amanhã passou a ser diferente, a sua família passou a ser diferente, ele tornou-se consequentemente diferente. Stolorow (2011) utiliza o conceito de portkey (retirado dos livros de Harry Potter) para ilustrar os gatilhos que imediatamente transportam a pessoa para o momento traumático – que no Leonardo se configuravam nos móveis e outros objectos de casa dos pais. As experiências de trauma emocional tornam-se congeladas num presente eterno no qual o sujeito permanece sempre preso, ou ao qual está condenado a retornar perpetuamente.

Pois, em virtude das falhas e limitações de todos aqueles a quem somos profundamente ligados, a possibilidade de trauma emocional é uma constante ameaça, estando sempre presente. A perda pode ser um trauma emocional para o qual é especialmente difícil encontrar um lar relacional (Stolorow 2011).

A criança é incapaz de desenvolver uma defesa eficaz que elimine a causa do sofrimento, assim como de produzir uma representação desse sofrimento para que exista algum tipo de elaboração ou processamento possível. Consequentemente, o trauma resulta num aumento abrupto da ansiedade, originando uma sensação de desamparo que impede qualquer reacção positiva à situação, como lutar ou fugir em relação ao perigo (Ferenczi, 1988). O trauma dá origem a uma transformação profunda da mente e da forma de olhar o mundo, que fica inscrito em fragmentos dispersos da nossa experiência corporal. Portanto, o que o corpo guarda não são apenas as memórias do trauma, mas sim os vestígios de uma transformação demasiado devastadora para ser integrada.

Van der Kolk (2020) refere que estar traumatizado significa continuar a organizar a vida como se o trauma ainda estivesse a acontecer – inalterado e imutável –, como o passado estivesse a contaminar cada novo encontro ou acontecimento. Depois do trauma, o mundo é sentido com um sistema nervoso diferente. A energia do sujeito concentra-se agora na supressão do caos interior em vez de investir na própria vida. Muito depois do acontecimento ter passado, o cérebro pode continuar a enviar sinais ao corpo para escapar à ameaça que já não existe (Van der Kolk, 2020). É esta dimensão corporal que possibilita o reconhecimento da realidade do trauma. Contudo, o não reconhecimento não significa que o acontecimento não tenha existido, é o agir que permite verificar o impacto subjectivo do trauma na pessoa (Barbosa, s.d.). Podemos dizer que a dor é agida e, esta acção, tem a sua origem num lugar e num tempo que não podem ser conhecidos através da memória. O trauma é o acontecimento que ficou retido na memória do corpo, mas não tendo a função de lembrança, está além do inconsciente e num tempo irrepresentável (Barbosa, s.d.). Nalguns casos, a concretude do pensamento face à experiência pode originar que o corpo seja tomado como continente das projecções que se expressam em preocupações hipocondríacas ou somatizações (Grinberg, 2001). De acordo com Bromberg (2003), a vivência de situações traumáticas poderia gerar um estado de consciência dissociado que poderia

identificar o acontecimento como algo terrível, mas falso. Paira na memória como uma ameaça fantasma sem relação autobiográfica verdadeira.

Sempre que falávamos do passado do Leonardo e das experiências que tinha vivenciado, estas estavam sempre muito presentes, mas pouco sentidas. Não havia nele nenhuma emoção relacionada com o que se havia passado, nem com nenhum dos protagonistas da história. Tudo era normal ou, pelo menos, vivido com uma certa normalidade – a partida do pai, a traição, a nova família, a aceitação por parte da mãe, os tiques, o facto dos outros de forma geral não reconhecerem a sua subjectividade ...

Os tiques e a coprolalia aparecem como manifestações de um bloqueio que impede a elaboração da história de vida do Leonardo. Ao ser confrontado com um acontecimento ameaçador, ele perde o controlo e mostra não ser capaz de dominar os seus sentimentos, a sua resposta emocional ou a sua capacidade em ordenar de forma sequencial e coerente os factos. Inconscientemente o paciente experimentaria uma sensação de fracasso e iniciava uma busca pela reexperiência deste ambiente, de forma a o poder controlar (Freud, 1920).

A vida do Leonardo traduziu-se em tentativas furadas de agradar aos outros (amigos, família, namoradas, ...). Todas as relações, de uma ou outra forma, saíam sempre furadas. As repetições não eram só nos tiques, mas também nos seus padrões de relação, em muito semelhantes aos dos seus pais. Ao longo do nosso percurso tentei oferecer ao Leonardo um ambiente relacional de acolhimento e de mutualidade, sem negar a sua subjectividade, que até então me pareceu ter sido constantemente negligenciada.

Numa das consultas mais recentes, depois de descrever uma situação com a sua companheira actual, onde a sua zanga se evidenciava de uma forma que nunca tinha tido até então, fomos transportados até o seu passado e para a relação dos pais. Explicou-me que os pais tinham uma relação conturbada, mesmo antes do pai ter ido trabalhar para fora, com muita agressividade (verbal e física). “Eu tinha três anos e eles expuseram-me a essa merda”. Referia-se às brigas constantes que faziam parte da vida do casal, muito antes da separação. Mas, pela primeira vez em dois anos de terapia, o Leonardo mostrou-se zangado com os pais, reconhecendo que os seus sentimentos tinham validade e o que se passou não se devia ter passado.

Olhando em pormenor para os seus tiques, todos eles apresentam uma componente

mais agressiva – a coprolalia é sobretudo de palavras obscenas, assim como os tiques motores que faz com a mãos. Santos (2017) refere que alguns autores consideram que a agressividade tem a sua expressão mais primitiva a partir da motricidade. É uma energia primitiva que não pode ser definida como boa ou ruim, de amor ou de ódio, construtiva ou destrutiva. É apenas a essência mais primitiva do encontro entre o Eu e o não-Eu. O que a torna num acto primitivo de agressividade e não num acto intencionalmente destrutivo. É esta energia que viabiliza o encontro com o mundo real e, gradualmente, abre oportunidade de organizações subjectivas do indivíduo frente a esse mundo, instituindo os fundamentos de comunicação da pessoa com o mundo ao seu redor.

A articulação entre a palavra, a acção e o corpo é um facto inegável. No seu trabalho de 2006, Birman coloca em evidência tal premissa, referindo que, nos dias de hoje, as subjectividades exibem de forma cruel as suas feridas corpóreas, as acções e compulsões violentas. Segundo Comings e Comings (1985), quando se trata das causas extrínsecas de agressividade (agressividade secundária) falamos da incapacidade de controlar os movimentos corporais, tal como acontece com os tiques.

Continuando esta linha de pensamento, é possível olhar para os tiques como expressões mimicas de um conflito. Para Moldofsky (1971, cit. Ajuriaguerra, 1973) o tique parece suportar alguns componentes psicológicos dominantes que reduzem a tensão e cuja expressão simbólica se encontram alguns conflitos que giram em volta de impulsos agressivos. Rouart, citado por Ajuriaguerra (1973) sublinha que os tiques têm uma intencionalidade agressiva. Pela repressão e a severidade que acarreta, o tique expressa uma culpa e uma necessidade de castigo, reflectindo a identificação ao agressor reconhecida por Ferenzci (1988) e já referida anteriormente.

Num contexto relacional integrador de afectos, os estados traumatizados podem deixar de ser traumáticos ou, pelo menos, deixar de o ser de forma duradoura. Pois é possível que os estados traumáticos se tornem menos opressores e mais suportáveis, tornando assim menos necessárias as defesas dissociativas e/ou outras defesas evasivas. A pessoa traumatizada pode, assim, tornar-se capaz de avançar em direcção a uma existência mais autêntica (Stolorow, 2011).

Com o tempo e na relação comigo, em consultório, os tiques deixaram de se manifestar intensamente, aquela inquietude e ansiedade inicial, originada pela

possibilidade do nascer de uma nova relação, deu espaço para se formar uma relação estável e de confiança, pautada por momentos e consultas em que os tiques parecem não fazer parte da vida do Leonardo. Piacentini et al. (2006) sublinham que os tiques tendem a aumentar quando a pessoa sabe que está a ser observada. Os meus olhos deixaram de ser uns “olhos ameaçadores”, para passar a ser o olhar de alguém que vê Leonardo por quem ele é, permitindo que ele sinta.

Mas os tiques continuam a acompanhar-nos nesta jornada, continuam a aparecer, embora em menor escala, não só nas consultas, como também em situações da vida quotidiana que o Leonardo vai descrevendo, principalmente sempre que vê a sua subjectividade negada. Os temas referentes às suas relações, quer sejam de amigos, mulheres ou, quando se permite falar, sobre a família, são sempre difíceis. Mas Leonardo vai continuando à procura de si próprio.

Referências

- Ajuriaguerra, J. (1973). *Manual de Psiquiatria*. Masson.
- Bakó, T. & Zana, K. (2020). *Transgenerational Trauma and Therapy: The transgenerational Atmosphere*. Routledge.
- Barbosa, B.D. & Winograd, M. (s.d.). *Trauma e Pulsão em Psicanálise*. https://www.puc-rio.br/ensinopesq/ccpg/pibic/relatorio_resumo2014/relatorios_pdf/ctch/PSI/PSI-Bruno%20Daemon%20Barbosa.pdf
- Bastos, A. G. (2013). Um estudo psicanalítico sobre a síndrome de Tourette. *Psicanálise & Barroco*, 11 (1), 117-136.
- Bion, W.R. (1967). *Second thoughts: Selected papers on psychoanalysis*. Karnac,
- Birman, J. (2006). Arquivo da agressividade em psicanálise. *Natureza Humana*, 8 (2). 357-379.
- Black, K. J. (2005). Tourette Syndrome and other tic disorders. <https://bpb-us-w2.wpmucdn.com/sites.wustl.edu/dist/5/1310/files/2019/02/Tourette-Syndrome-and-other-Tic-Disorders-20080929-2cuyzlj.pdf>
- Bonomi, C. (2003). Between symbol and antisymbol - The meaning of trauma reconsidered. *International Forum Psychoanalysis*, 12, 17-21. <http://doi.org/10.1080/08037060310005214>
- Bromberg, P.M., (2003). Something wicked this way comes: Trauma, dissociation

- and conflict: The space where psychoanalysis, cognitive science and neuroscience overlap. *Psychoanalytic Psychology*, 20(3), 511-35. <http://doi.org/10.1037/0736-9735.20.3.558>
- Comings, D.E. & Comings, B.G. (1985). Tourette Syndrome: Clinical and Psychological Aspects of 250 cases. *Journal of Human Genetics*, 37, 435-450.
- Ferenczi, S. (1988). Confusion of tongues between adults and the child: The language of tenderness and of passion. *Contemporary Psychoanalysis*, 24(2), 196-206. <https://doi.org/10.1080/00107530.1988.10746234>
- Ferenczi, S. (1921). Psycho-Analytical Observation on Tic. In J. Rickman (org.), *Further Contributions to the theory and Technique of Psycho-analysis* (142-174). Routledge.
- Ferro, A. & Civitarese, G. (2016). Confrontation in the Bionian Model of the Analytic Field. *Psychoanalytic Inquiry*, 36(4), 307-322. <http://doi.org/10.1080/07351690.2016.1158060>
- Findley D.B., Leckman J.F., Katsoyich L., Lin H., Zhang H., Grantz H., Otko J., Lombroso P.J., King R.A. (2003). Development of the Yale Children's Global Stress Index (YCGSI) and its application in children and adolescents with Tourette syndrome and obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 4, 450-457. <http://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046816.95464.EF>
- Freud, S. (1920). Além do Princípio do Prazer. In J. Salomão (Org.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (Vol.18). Imago.
- Freud, S. (1996). *Estudos Sobre a Histeria (1893 - 1895)*. Imago.
- Galán, J.A.G. (2019). El trauma psíquico y su impacto en un paciente afectado por el síndrome de Gilles La Tourette. *Aperturas Psicoanalíticas*, 61(4), 1-17. <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001063>
- Grinberg, L. (2001). *Teoria da identificação*. Climepsi.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: basic Books.
- Hosseini, K. (2013). *O menino de Cabul*. Editorial Presença.
- Leckman, J.F., Peterson, B.S., Anderson, G.M., Arnsten, A.F.T., Pauls, D.L. & Cohen, D.J. (1997). Pathogenesis of Tourette's Syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(1), 119-142. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01508.x>
- Levine, P. A. (2005). *Healing Trauma*. Sounds True.

- Piacenti, J., Himle, M.B., Chang, S., Baruch, D.E., Buzzella, B.A., Pearlman, a., & Woods, D. W. (2006). Reactivity of Tic Observation Procedures to Situation and Setting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 649–658. <http://doi.org/10.1007/s10802-006-9048-5>
- Santos, S. H. (2017). *Agressividade: Da desconstrução dos vínculos afetivos à Esperança de Sobrevivência. Um caminho winnicottiano de retorno a Freud*. [Tese de Mestrado, Universidade Federal do Paraná]. Acervo Digital UFPR. <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/52882>
- Steinberg, T., Shmuel-Baruch, S., Horesh, N. & Apter, A. (2013). Psychometric Properties of the UCLA PTSD Reaction Index: Part I - Life events and Tourette syndrome. *Comprehensive Psychiatry*, 54 (5), 467-473. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.10.015>
- Stolorow, R.D. (2011). *World, Affectivity, Trauma: Heidegger and Post-Cartesian Psychoanalysis*. Routledge.
- Szejko, N., Worbe, Y., Hartmann, A., Visser-Vandewalle, V., AckermanS, L., Ganos, C., Porta, M., Leentjens, A.F.G., Mehrkens, J-H., Huys, D., Baldermann, J.C., Kuhn, J., Karachi, C., Delorme, C., Foltynie, T., Cavanna, A.E., Cath, D. & Muller-Vahl, K. (2022). European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders—version 2.0. Part IV: deep brain stimulation. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 443–461. <http://doi.org/10.1007/s00787-021-01881-9>
- Teive, H.A.G.; Chien, H.F.; Munhoz, R.P. & Barbosa, E.R. (2008). Charcot's Contribution to the Study of Tourette's Syndrome. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 66(4), 918-921. <https://www.scielo.br/j/anp/a/g44Cp33dJmPKYwgJDv3cM7j/?lang=pt>
- Van der Kolk, B. (2020). *O corpo não esquece. Cérebro, mente e corpo na superação do trauma*. Lua de Papel.
- Varvin, S. & Rosenbaum, B. (2003). Extreme traumatisatation: Strategies for Mental Survival. *International Forum of Psychoanalysis*, 12(1), 5-12. <http://doi.org/10.1080/08037060310005223>
- Varvin, S. (2010). *Back on the track - or a new pathway? Psychotherapy of traumatized persons as a developmental process* [Paper presentation]. IASA Conference, Cambridge, United Kingdom