COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

NASCIMENTO, Périsson Dantas. Transtorno de estresse pós traumático na ótica da psicoterapia corporal. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais.** 15º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2010. CD-ROM. [ISBN – 978-85-87691-18-7]. Acesso em: ____/____/____.

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO NA ÓTICA DA PSICOTERAPIA CORPORAL

Périsson Dantas do Nascimento

RESUMO

Esse trabalho tem como objetivo central uma revisão de literatura sobre a compreensão diagnóstica e procedimentos específicos do tratamento do Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT) numa ótica da Psicoterapia Corporal de inspiração neoreichiana, fazendo parte de uma tese de doutorado mais ampla sobre o tratamento e diagnóstico dos transtornos psicossomáticos em Análise Bioenergética. Serão abordadas, nessa apresentação, as contribuições de diversos sistemas teóricos psicoterapia corporal, numa perspectiva de diálogo e integração de conceitos e técnicas que configuram uma compreensão global do assunto. Alterações da memória, mudanças distorcidas na fisiologia cerebral e falta de controle emocional são efeitos freqüentes do choque traumático nos seres hu manos, que dificilmente são acessados através de intervenções verbais. Decorre desse fato, então, a necessidade de desenvolver estratégias de cuidados que envolvam uma intervenção integrativa mente/corpo, partindo da memória implícita das sensações corporais, ou seja, dos registros que ficam inscritos no funcionamento somático, que muitas vezes, não conseguem ser acessados à consciência. Nesse sentido, as psicoterapias corporais possuem um corpo teórico e técnico que possibilitam uma metodologia de ação terapêutica para o tratamento dos sintomas decorrentes de eventos traumatizantes.

Palavras-chave: Diagnóstico e Tratamento Psicoterápicos. Psicoterapias Corporais. Transtorno de Estresse Pós Traumático.

A relevância do estudo dessa temática está conectada com a crescente tendência, em nível internacional, do interesse em pesquisar e tratar os efeitos do trauma no funcionamento psicossomático do ser humano. Pesquisadores em neuropsicologia (VANDERKOLK, 1994; SCAER, 2001; SCHORE, 2002; FOSHA, 2003) têm desenvolvido pesquisas comprovando as mudanças cerebrais e psicofisiológicas nocivas que os eventos traumáticos podem ocasionar, acarretando sintomas como: ansiedade generalizada, isolamento social, fobias, alucinações, transtornos psicossomáticos, entre outros. Alterações da memória, mudanças distorcidas na fisiologia cerebral e falta de controle emocional são efeitos freqüentes do choque traumático nos seres humanos, que dificilmente são acessados através de

intervenções verbais. Decorre desse fato, então, a necessidade de desenvolver estratégias de cuidados que envolvam uma intervenção psicossomática, partindo da memória implícita das sensações corporais, conforme noção desenvolvida por DAMASIO (2004).

Nesse sentido, as psicoterapias corporais possuem, como será descrito adiante, um corpo teórico e técnico que possibilitam uma metodologia de ação terapêutica para o tratamento dos sintomas decorrentes de eventos traumatizantes. O trabalho com o estresse pós-traumático pode apontar, conforme relata TONELLA (2008), ARANTES e VIEIRA (2006), para um novo paradigma para compreender o homem contemporâneo, tendo em vista que a sociedade atual propicia uma série de situações de insegurança, instabilidade, violência e falta de referências que sobrecarregam o sistema de respostas do organismo. Como nos diz LIPOVETSKY (2004) e BAUMAN (2006), o ser humano atual está imerso em um ritmo frenético e alucinante de mudanças advindas das transformações vertiginosas do sistema capitalista que exige uma prontidão contínua para superar desafios, deixando-o em um estado subjetivo de hiperativação e fragmentação. Some-se a isso a exposição a eventos invasivos como violência, abusos, catástrofes naturais, acidentes, entre outros.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

As psicoterapias corporais vão conceber o estresse como um fenômeno pertencente à ordem natural da vida, já que o organismo humano está continuamente submetido a responder a estímulos, sejam eles de ordem do mundo interno (pulsões, fantasias, memórias, excitações), ou do mundo externo (mundo físico, familiar, social e relacional). Numa interpretação reichiana, o estresse pode ser compreendido a partir da fórmula do orgasmo, isto é, o efeito de um estímulo ocasiona no organismo um estado mecânico de tensão, seguido de uma crescente carga bioenergética, processos esses regulados pela ação do Sistema Nervoso Autônomo Simpático, com a função de ativar o organismo e deixá-lo em prontidão para a resposta de enfrentamento, seja fuga ou luta (REICH, 2000). Em seguida, o Sistema Nervoso Parassimpático se encarrega de realizar um processo de descarga energética (na forma de expressão de uma

emoção, por exemplo) que significa o clímax do circuito, o desfecho necessário para o posterior relaxamento biomecânico, representado por um estado de hipoativação e descanso mediante o esforço anteriormente realizado. Para REICH (1992), o esquema tensão biomecânica – carga bioenergética – descarga bioenergética – relaxamento biomecânico é definido como a *fórmula do orgasmo*, inerente à fisiologia e o comportamento de todos os seres viventes.

Apesar de ser um componente intrínseco da relação do organismo com o ambiente, o estresse pode tomar dimensões patológicas. Situações repentinas e interpretadas como ameaça à sobrevivência acarretam uma sobrecarga reativa no Sistema Nervoso Simpático, que dispara uma série de neuro-hormônios no organismo alterando o processo de homeostase. Quando o sujeito interpreta que não possui capacidade de enfrentar o desafio imposto pelo ambiente de maneira eficaz, surge um padrão de distresse, isto é, uma transformação psicossomática profunda e desequilibrada expressa na perda gradativa da forma e da função dos tecidos e sistemas do corpo. O distresse, no sentido atribuído por UCHITEL (2007) e BOGGIO (2008), é o trauma inscrito no corpo – trauma aqui entendido como um fenômeno disruptivo, que sobrepujou as possibilidades de resposta do organismo, levando-o a um estado de dissociação, fuga da realidade, perda do senso de si mesmo, embotamento afetivo e pensamentos recorrentes, gerando considerável sofrimento.

Faz-se necessário, nesse momento, considerar uma diferença crucial entre traumas decorrentes do processo de desenvolvimento e traumas de choque. FINLAY (2008) e LEWIS (2000) apontam que, no decorrer do desenvolvimento psicológico, o ser humano vivencia, em maior ou menor grau, uma série de eventos que podem deixar marcas que definem a estrutura defensiva de nossa personalidade. Podem-se citar como exemplos de eventos traumáticos: a negligência nos cuidados da mãe na sua relação com o bebê no primeiro ano de vida; o desmame realizado de maneira abrupta; o treinamento rígido de toalete; a repressão à masturbação infantil; a vivência ou testemunho de violência doméstica, seja de forma física ou sexual; bullying (humilhação vivida nas relações com outras crianças na escola ou outros contextos sociais), entre outros.

O sofrimento decorrente desses eventos na infância e adolescência configura uma série de defesas caracteriológicas e de couraça com o objetivo de defender e proteger o *Self* adulto de reviver as ameaças do passado. Para efeito de diagnóstico, REICH (2000) aponta que é importante compreender em que fase do desenvolvimento aconteceu o evento traumático, com que freqüência, qual a intensidade e qual o principal agente frustrador, pois a complexidade na configuração desses fatores vai determinar a particular constituição caracteriológica de cada paciente. Como vimos anteriormente, o trabalho com os incidentes do desenvolvimento que constituíram a solução neurótica na forma de sintomas de caráter foi o principal foco de compreensão diagnóstica e intervenção das psicoterapias corporais. FINLAY (2008) aponta como conseqüências do trauma precoce os seguintes sintomas, relatados pelos pacientes quando adultos: pensamentos paranóides; angústia inibitória nas relações sociais; ansiedade; evitação de emoções e situações que possam relembrar o trauma; confusão cognitiva; desconfiança e isolamento; mecanismos de defesa e enfrentamento enfraquecidos ou superativados; percepção distorcida de si mesmo e do mundo.

Diferente dos sintomas advindos de traumas do desenvolvimento que possuem uma relação direta com a linha do tempo da história de vida, o Transtorno de Estresse Pós Traumático decorre de um evento ameaçador circunscrito, que deixou o sujeito em estado de choque e congelamento. Muitos desses eventos são passíveis de ser experienciados no cotidiano, tais como: violência urbana (assaltos, seqüestros, estupros, etc.), desastres naturais, acidentes de carro, guerras civis, situações de abuso moral ou sexual, enfim, fatos que despertam uma reação emocional intensa de horror, terror ou pânico (BERCELI, 2003; ECKBERG, 1999). LEVINE (2004) amplia esse espectro de fatores traumáticos, acrescentando nesse rol qualquer experiência que tenha sido vivida como ameaçadora para o sujeito e tenha repercutido no Sistema Nervoso com respostas de sobrecarga e ativação do padrão de congelamento e terror – cirurgias e procedimentos médicos invasivos, receber o comunicado do diagnóstico de doenças terminais, desemprego repentino ou falência, perda repentina ou suicídio de um ente querido podem ser considerados como exemplos.

A partir do exposto, o diagnóstico diferencial do TEPT, de acordo com BOGGIO (2008) e LEWIS (2004), está relacionado à presença de três principais tipos de sintomas: 1) reexperimentação do fato traumático de maneira involuntária, sentida por meio de memórias intrusivas, pesadelos, pensamentos recorrentes e intensas reações emocionais a eventos e situações com alterações fisiológicas; 2) evitação de sensações, pessoas e lugares que lembrem o fato traumático ou embotamento afetivo e isolamento social; 3) hiperativação do organismo, manifestada por respostas de sobressalto, irritação, dificuldade de concentração, etc. Em termos bioenergéticos, os autores (BOADELLA, 2007; FINLAY, 2007; KELEMAN, 1998; LEWIS, 2007) argumentam que os sintomas citados são resultantes de um corte no fluxo de energia, ou seja, o organismo acumulou uma carga psicossomática neuroendócrina de medo, colapsando a resposta natural de fuga/luta responsável pela descarga energética e deixando um resíduo estásico simpaticotônico, ou seja, uma energia paralisada, não-metabolizada, inscrita nas tensões musculares e nos padrões neuronais de sobressalto e pânico (REICH, 1992). No processo terapêutico na abordagem corporal, através de diversos recursos, objetiva-se a mobilização somática para que a estase possa ser processada e descarregada, na forma de vibrações involuntárias na musculatura estriada que, para LEVINE (2003) e BERCELI (2004) são respostas naturais e instintivas do organismo para a metabolização do trauma. Assim, busca-se a recuperação da vitalidade e pulsação do corpo que foi colapsado pelo trauma, bem como sua conseqüente elaboração e interpretação.

Nesse sentido, é importante ressaltar a compreensão analítica do trauma no processo psicoterapêutico. Como bem nos lembra UCHITEL (2007), o trabalho com o trauma mobiliza angústias de estados primitivos do ego, conclama o terapeuta para entrar em contato com o irrepresentável, com estados de cisão e fragmentação egóica profundos. Os sentimentos e conteúdos relativos ao trauma encontram-se geralmente fora da área do ego, dificultando a sua elaboração psíquica por trazerem em suas memórias um grande fluxo de excitação e terror. Apesar disso, no trabalho com esse material, de acordo com SCHORE (2002) após o estabelecimento de um vínculo seguro, o terapeuta deve estar preparado para lidar com os aspectos sombrios, na transferência, tais como: angústia, estupor mental, paralisia afetiva, alterações

fisiológicas e sintomas psicossomáticos, repetição compulsiva do acontecimento traumático em sonhos e *acting-outs*, entre outros. Ou seja, a emergência de elementos do inconsciente traumático acarreta uma série de defesas muito primárias, que clamam para ser enterradas na resistência, que deve ser acolhida, suportada e interpretada pelo psicoterapeuta. Assim, o trabalho visa dar condições para que o paciente possa suportar a angústia antes irrepresentável, possa nomeá-la e, a partir daí, ressignificá-la, dando um lugar psíquico na sua história de vida e no seu destino.

Quanto mais cedo os sintomas do TPET forem tratados, maior as possibilidades de reversão e prevenção de recaídas, podendo ser aplicado um procedimento de psicoterapia breve individual, associado a grupos de movimento de mobilização corporal, como será tratado mais adiante. Já os sintomas decorrentes de traumas do desenvolvimento requerem uma psicoterapia de médio a longo prazo, pois relacionam-se a déficits na constituição egóica do paciente, que devem ser devidamente cuidados e reestruturados. Apesar da diferença apontada, vale ressaltar que a propensão à vulnerabilidade dos pacientes exibirem sintomas do TEPT está intimamente relacionada com o histórico anterior de traumas no desenvolvimento experienciados. Assim, o terapeuta, no tratamento do TEPT, deve realizar uma anamnese minuciosa da história de vida do paciente, de maneira a compreender sua estrutura caracteriológica e de que forma as defesas presentes servem como empecilhos ou recursos para o enfrentamento e elaboração dos sintomas decorrentes de eventos traumáticos circunscritos.

PRINCÍPIOS BÁSICOS

De acordo com a literatura pesquisada, podemos citar como princípios centrais de compreensão e tratamento do trauma seja de desenvolvimento ou TEPT:

1. *O tratamento do trauma está intimamente relacionado à atenção e intervenção nos sinais e comportamentos não-verbais do sujeito*. Como afirmam as atuais pesquisas da neurociência, os efeitos do choque traumático são produzidos e regulados por estruturas subcorticais (sistema límbico, cérebro reptiliano e sistema nervoso autônomo), de maneira que uma psicoterapia estritamente

verbal mostra-se insuficiente e pouco eficaz, pois trabalha com elaborações de pensamento que ativam estritamente áreas do neocórtex. Nessa perspectiva, métodos e técnicas que mobilizem o campo somático são imprescindíveis para reativar e processar as respostas de estresse traumático congeladas na musculatura e nos tecidos, possibilitando a expressão emocional necessária para o estabelecimento de novas conexões cerebrais e modificação dos sintomas psicossomáticos associados ao TEPT.

2. *O trabalho corporal deve centrar-se numa atitude oposta à análise do caráter*. TONELLA (2008) e LEWIS (2004) enfatizam que a relação terapêutica deve primar pelo cuidado, segurança e vínculo, com atenção aos movimentos espontâneos surgidos do corpo do paciente, proporcionando-lhe experiências reparadoras sem reativar o núcleo traumático. Assim, deve-se trabalhar na perspectiva da construção e reconfiguração de defesas de um ego frágil, em substituição à atitude clássica de confrontar e dissolver a estrutura rígida de caráter.

3. *Os sintomas defensivos devem ser encarados como os recursos possíveis que o paciente conseguiu configurar para sobreviver ao trauma.* Na maioria dos casos, os autores (BERCELI, 2003; ECKBERG, 1999; RESNECK-SANNES, 2004; TONELLA, 2008) argumentam que atitudes como: relutância, dissociação, evitação do contato, faltas não se referem à resistência transferencial clássica, mas sim à desconfiança e medo que os pacientes sentem de ser novamente expostos ao trauma na relação terapêutica. Em contrapartida, com o estabelecimento de uma relação de confiança e com o andamento do processo psicoterápico, o terapeuta precisa atentar para a dificuldade que os pacientes exibem em manter o padrão de melhora, por estarem apegados à estase energética e, conforme LOWEN (1995), ao medo de vivenciar a vida em sua excitação corporal. Faz-se imprescindível o terapeuta propiciar ao paciente a contenção e reforçamento das sensações de prazer que possam advir dos trabalhos corporais.

4. *O ser humano possui um potencial inato para resolver o trauma.* O terapeuta deve acreditar nos recursos psicossomáticos internos que o paciente possui para se curar do trauma e encará-lo como um processo de aprendizado e evolução da capacidade de enfrentar os desafios do mundo. LEVINE (2003) e BERCELI (2004) afirmam categoricamente que o organismo possui uma sabedoria fisiológica de retorno ao equilíbrio homeostático e, nesse sentido, o terapeuta deve assumir o papel de facilitador desse processo, cujo tempo e gradação acontecem de maneira singular para cada paciente. O terapeuta, nesse sentido, precisa acreditar no pressuposto reichiano da *auto-regulação*, no qual a ação terapêutica deve facilitar o reequilíbrio natural do organismo, de forma a propiciar uma circulação energética que foi estagnada pelo evento traumático. Assim, a unidade psicossomática que ficou congelada no estado de tensão e carga (regulados pelo sistema nervoso simpático), gerando os sintomas decorrentes da estase energética, deve ser mobilizada para a descarga energética e o relaxamento mecânico (regulados pelo sistema nervoso parassimpático), dando lugar a uma pulsação, um maior contato com as forças internas egóicas e uma melhor elaboração/superação do trauma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sobre os traumas e suas repercussões psicossomáticas no ser humano configurou um novo paradigma para as abordagens corporais, que estão revisando seus fundamentos conceituais para responder às demandas da clínica contemporânea, marcada pela presença constante de transtornos ansiosos, distúrbios na estruturação egóica (borderlines, esquizoidias) e quadros narcísicos. Seja no decorrer do processo do desenvolvimento ou decorrente de situações ameaçadoras vividas repentinamente no cotidiano, a experiência traumática deixa marcas que inscrevem-se no corpo, acarretando modificações nas estruturas cerebrais e,

consequentemente, em todo o funcionamento somático, cognitivo e emocional. Nesse contexto, as psicoterapias corporais apontam para caminhos inovadores e criativos no tratamento do trauma, a partir de um sólido arcabouço teórico e técnico propondo-se a cuidar das feridas a partir de uma relação intersubjetiva, empática e respeitando os limites próprios da singularidade de cada paciente.

REFERÊNCIAS

ARANTES, M.A. e VIEIRA, M.J. *Estresse: Coleção clínica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

BAUMAN, Z. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

BERCELI, D. *Pathway to healing: Trauma releasing exercises.* New York: Trauma recovery assessment and prevention services, 2003.

BOADELLA, D. Depth-psychological roots of Biosynthesis. *Energy and Character: International Journal of Biosynthesis*. Vol. 34, 2007.

BOGGIO, L.G. *El cuerpo em la psicoterapia: nuevas estratégias clinicas para El abordaje de los sintomas contemporâneos*. Montevideo: Psicolibros, 2008.

DAMASIO, A. *O mistério da consciência*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

ECKBERG, M. Treatment of shock trauma: a somatic perspective, *Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis*, volume 10, 1999.
FINLAY, D. Energetic Dimensions on Trauma Treatment. *Clinical Journal of the International Institute of Bioenergetic Analysis*, Volume 17, 2007.

_____. *Trauma desenvolvimental e Trauma de Choque*. Disponível em: www.cfab-analyse-bioenergetique.com. Acesso em 05 de fevereiro de 2008.

FOSHA, D. Dyadic Regulation and Experiential Work with Emotion and Relatedness in Trauma and Disorganized Attachment. In: SOLOMON, D. & SIEGEL, E. *Healing Trauma: Attachment, Trauma, the Brain, and the Mind.* p. 221-281. New York: Norton, 2003.

KELEMAN. S. *Padrões de Distresse*. São Paulo: Summus, 1998.

LEVINE, P. *O despertar do tigre: curando o trauma*. São Paulo: Summus, 2004.

LEWIS, R. *Trauma and the body*, 2000. Disponível em www.bodymindcentral.com. Acessado em 10 de fevereiro de 2009.

_____. *Human trauma,* 2004. Disponível em www.bodymindcentral.com. Acessado em 10 de fevereiro de 2009.

_____. Robert Scaer's Neurobiological Model for PTSD and Psychosomatic Illness, *Psychotherapy conference, Mount Sinai/NYU Medical Center, Feb, 2007.* Disponível em www.bodymindcentral.com. Acessado em 10 de fevereiro de 2009

LIPOVETSKY, G. *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Barcarolla, 2004.

LOWEN, A. *A espiritualidade do corpo: bioenergética para a saúde e harmonia*. São Paulo: Cultrix, 1995.

REICH, W. *Análise do caráter*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. *A função do orgasmo*. São Paulo: Companhia do Livro, 1992.

RESNECK-SANNES, H. *Un modelo para trabajar con trauma por shock: un acercamiento etológico y bioenergético*. Montevideo: Taller de Estudios e Analisis Bioenergetico, 2004. Disponível em: www.clinicabioenergetica.com. Acessado em 05 de fevereiro de 2009.

SCAER, R. The Neurophysiology of Dissociation and Chronic Disease. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 26(1), 73-91, 2001.

SCHORE, A. Dyadic Regulation and Experiential Work with Emotion and Relatedness in Trauma and Disorganized Attachment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 36, 9-30, 2002.*

TONELLA, G. *L'analyse bioenergetique : son origine et son evolution de Lowen a nos jours*. 2008. Disponível em: www.cfab-analyse-bioenergetique.com. Acesso em 05 de fevereiro de 2009.

_____. *Novos paradigmas para a Análise Bioenergética ao alvorecer do século XXI*, 2008. Disponível em: www.cfab-analyse-bioenergetique.com. Acesso em 05 de fevereiro de 2009.

UCHITEL, M. *Neurose Traumática: Coleção Clínica Psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

VAN DER KOLK, B. The Body Keeps the Score: Memory and Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress. *Harvard Rev Psychiatry* 1; 253 – 265, 1994.

Périsson Dantas do Nascimento/SP - Psicólogo Clínico e Psicoterapeuta Corporal. Doutorando em Psicologia Clínica (PUC/SP). Trainee em Análise Bioenergética

(IABSP) e Psicologia Biodinamica (IBPB). Docente de cursos de Psicologia em faculdades públicas e privadas em Teresina-PI.
E-mail: perisson@hotmail.com