

Transtorno de Estresse Pós Traumático: uma visão bioenergética

Périsson Dantas do Nascimento¹

Liane Zink²

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 reichiana e neoreichiana. Nesse texto, serão abordadas as contribuições de diversos sistemas teóricos, tais como: Análise Bioenergética, Biossíntese, Psicologia Formativa, Somatic Experiencing e Orgonomia, numa perspectiva de diálogo e integração de conceitos e técnicas que configuram uma compreensão global do assunto.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno de Estresse Pós-Traumático; Psicoterapia Corporal: Diagnóstico e Intervenção Psicossomáticos.

INTRODUÇÃO

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 neuropsicologia¹⁻⁴ 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,

¹ Psicólogo Clínico e Psicoterapeuta Corporal. Trainee em Análise Bioenergética (Instituto de Análise Bioenergética de São Paulo). Professor Assistente do Curso de Psicologia da Universidade Estadual do Piauí. Doutorando em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. E-mail para contato: perisson.dantas@uol.com.br

² Orientadora do trabalho. Psicoterapeuta Corporal, pioneira na introdução da Psicoterapia Corporal no Brasil. Trainer Internacional e diretora do Instituto de Análise Bioenergética de São Paulo e do Instituto de Biossíntese do Brasil. Diretora do Agora na Alemanha. E-mail para contato: lianezink@bioenergetica.com.br

partindo da memória implícita das sensações corporais, conforme noção desenvolvida por Damasio⁵.

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 Tonella⁶, Arantes e Vieira⁷, 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 Lipovetsky⁸ e Bauman⁹, 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.

BREVE HISTÓRICO DA ABORDAGEM COM O TEMA

Podemos considerar, na psicoterapia corporal, Reich¹⁰⁻¹² como um precursor do estudo sobre os efeitos dos eventos traumatogênicos na constituição da personalidade. A estrutura psicológica de cada indivíduo é determinada pelas frustrações traumatizantes que o sujeito, no decorrer do seu desenvolvimento, vivencia no tocante a falta de satisfação de suas necessidades, ocasionando a formação de um complexo sistema psicossomático de defesas – o caráter, no eixo psicodinâmico e a couraça, no eixo corporal. Lowen¹³⁻¹⁵ vai aprofundar esse raciocínio, elaborando uma extensa descrição dos traumas do desenvolvimento como fatores etiológicos decisivos para a formação do caráter, que é entendido como uma forma neurótica e insatisfatória de estar no mundo. Dessa forma, no trabalho psicocorporal clássico, até os anos 70, os traumas eram compreendidos como eventos que impediam o desenvolvimento psicosssexual pleno da personalidade, fixando os pacientes energeticamente em necessidades infantis pré-edípicas que deveriam ser devidamente interpretadas.

O trabalho corporal, nesse sentido, visava romper as barreiras e tensões musculares que serviam de base energética estática para a manutenção da neurose. Para atingir esse objetivo, como descreve Klopstech¹⁶ os terapeutas deveriam incentivar os clientes à expressão dos sentimentos aprisionados, muitas vezes através de exercícios e técnicas que promoviam catarses emocionais poderosas e impressionantes. Gritos, choros, expressões

de raiva, chutes, socos, mordidas, toques fortes na musculatura tensa tinham o propósito de relaxar a armadura da couraça para promover uma entrega, segundo o princípio de estimular o estresse muscular carregando o organismo para uma posterior entrega à descarga e o relaxamento das defesas. No entanto, Klopstech¹⁶ e Koemeda-Lutz¹⁷, afirmam que esses procedimentos, muito mais do que tratar, retraumatizavam os clientes, deixando-os num estado de descarga hiperexcitada sem possibilidade de elaboração. Além disso, esse momento da psicoterapia corporal ocasionou uma grande resistência por parte de outras escolas de psicoterapia, por ser considerado extremamente agressivo, invasivo e com poucas capacidades de propiciar efeitos terapêuticos que pudessem ser internalizados e metabolizados pelos pacientes.

Foi no final dos anos 70 que a psicoterapia corporal começou a exibir mudanças nessa forma de pensar o tratamento do trauma. Na Análise Bioenergética, Lewis^{18,19} começa a elaborar uma série de estudos sobre o choque encefálico – um funcionamento mental hiperativado devido a falhas primárias no desenvolvimento do psiquismo, na relação mãe-bebê que foi vivida de uma forma ansiosa ou desvitalizada. Um falso self adaptativo é estruturado, no qual o sujeito prematuramente desenvolve suas funções cognitivas para satisfazer a mãe narcísica ou deprimida, expresso somaticamente nas tensões na base do crânio e no segmento ocular. Nesses estudos, o autor já aponta para a necessidade de construção de um vínculo de reparação, não invasivo, de forma a propiciar um ambiente seguro para a elaboração das angústias de aniquilamento e dissociação vividas muito precocemente no seu desenvolvimento primitivo. Na Europa, Boadella^{20,21}, desenvolve a Biossíntese, também enfatizando a necessidade de compreender os traumas vividos nas primeiras relações objetais, levando em consideração aspectos da vida intrauterina, com métodos e técnicas que enfatizam a suavidade, a ressonância e o encontro legítimo que podem existir entre cliente e terapeuta. Outro autor importante a ser citado é Keleman^{22,24} com sua Psicologia Formativa que, a partir de um estudo profundo sobre a repercussão dos eventos estressantes na anatomia e fisiologia humanas, desenvolveu uma metodologia de trabalho que leva em consideração os padrões de forma que os tecidos, órgãos e sistemas produzem para enfrentar o trauma – adensamentos, colapsos, inchaços, rigidez.

A partir da década de 80, com o desenvolvimento do Instituto Internacional de Análise Bioenergética e seu Journal de Artigos e Pesquisas, surgem vários autores que vão discorrer mais especificamente sobre o TEPT numa compreensão bioenergética. Podemos citar aqui como representantes: Finlay^{25,26} que desenvolveu uma metodologia própria para o tratamento bioenergético do transtorno; Boggio²⁷ que elaborou um estudo extensivo sobre a temática numa perspectiva latinoamericana; Lewis²⁸⁻³⁰ que, além de elaborar reflexões clínicas sobre o estresse traumático na Análise Bioenergética, elaborou artigos contrapondo

e criticando perspectivas teóricas de outros autores; Tonella³¹ que afirma que o estudo sobre o trauma consiste em um novo paradigma norteador de uma práxis bioenergética voltada para o homem contemporâneo; e Bercei^{32,33} que desenvolveu uma metodologia, a partir das reformulações dos exercícios de bioenergética, para tratar o TEPT por meio de intervenções somáticas que estimulam correntes vibratórias no corpo, revertendo os efeitos paralisantes do trauma.

Por fim, uma corrente contemporânea que merece destaque é a Experienciação Somática (Somatic Experiencing) criada por Levine³⁴ que, a partir de estudos da psicofisiologia do estresse e do trauma, desenvolveu uma metodologia e postura terapêuticas que buscam suscitar as respostas de enfrentamento ao trauma que foram impedidas de ser expressas no momento em que o estresse aconteceu. O autor parte de uma perspectiva etológica, comparando as respostas do trauma humano com as reações exibidas por animais que vivem em situação de perigo para a sua sobrevivência. Resneck-Sennes³⁵, Eckberg³⁶, Boggio²⁷, Lewis³⁰ e Tonella³¹ fazem referência direta a esse trabalho, discutindo a sua importância no desenvolvimento de um protocolo de atendimento do trauma que atente para as invasões que sofremos no cotidiano que são vividas de maneira sofrida por todos nós, bem como para uma relação terapêutica de respeito e não repetição da hiperativação traumática no contato com o paciente.

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 reichiana¹⁰, 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. 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 Reich¹¹, 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 vivos.

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 Uchitel³⁷ e Boggio²⁷, 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. Finlay²⁵ e Lewis²⁹ 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, Reich¹⁰ aponta que é importante compreender em que fase do desenvolvimento aconteceu o evento traumático, com que frequência, 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. Finlay²⁶ 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 lembrar 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 (Berceli³²; Eckberg³⁶). Levine³⁴ 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 Boggio²⁷ e Lewis¹⁹, 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^{26,27,28,32,34} 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 estático simpaticotônico, ou seja, uma energia paralisada, não-metabolizada, inscrita nas tensões musculares e nos padrões neuronais de sobressalto e pânico (Reich¹²). 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 Levine³⁴ e Berceli³² 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 Uchitel³⁷, 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 Neto⁵² 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 neurociência¹⁻⁴, 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.* Tonella⁶ e Lewis³⁰ 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^{6,25,36} 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 Lowen¹⁴, 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. Levine³⁴ e Berceli³³ 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 reichiano¹¹ 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.

FASES DO TRATAMENTO, RELAÇÃO TERAPÊUTICA E TÉCNICAS UTILIZADAS

Boggio²⁷ estabelece três fases importantes para o tratamento do TEPT no enfoque da psicologia corporal, que requerem do terapeuta diferentes habilidades e competências relacionais, as quais serão discutidas com a contribuição de outros autores pesquisados. As fases aqui descritas não acontecem sequencialmente em uma ordem rígida, podendo em uma sessão surgir aspectos de várias dessas etapas que devem ser tratados de acordo com a evolução e demanda específicas de cada paciente. São elas:

1. Estabelecimento de um vínculo seguro que garanta a contenção, estabilização e educação sobre os sintomas

Nesse momento do processo, logo após ser realizado um diagnóstico cuidadoso do quadro de TEPT, o principal foco de trabalho consiste no estabelecimento de um clima de confiança e vínculo seguro entre terapeuta e paciente. Finlay²⁵ define esse processo de vínculo como “habitação” (*indwelling*), ou seja, o processo de acolhimento e postura empática do terapeuta para com as demandas e sensações do paciente sem muitas intervenções. Através da relação com o terapeuta, o paciente adquire gradualmente a capacidade de focar sua atenção nas suas sensações corporais, nomeando as angústias/emoções inicialmente difusas e hiperativadas, de forma a manejar o impacto energético advindo das lembranças associadas aos eventos traumáticos. Para atingir esse fim, é importantíssimo o atentar para o tripé terapêutico apontado por Boadella²²: o *centramento* (*centering*) focado no trabalho com a respiração que propicia uma maior atenção às emoções e propriedades relaxantes; o

enraizamento (grounding) para propiciar uma sensação de segurança corporal a partir de exercícios realizados sentindo os suportes somáticos (pernas, costas, braços); e o *contato ocular (facing)* com o terapeuta, propiciando a comunicação de pensamentos e sentimentos numa conexão com o outro.

Outro ponto a ser trabalhado nessa fase refere-se à construção de limites, já que o trauma consiste em um evento que invadiu a dinâmica psicossomática do paciente e deixou-o impossibilitado de reagir. Isso pode ser trabalhado a partir do exercício de distância física que pode ser experimentada na relação intersubjetiva com o terapeuta, na qual o paciente pode propor, a cada sessão, que o terapeuta possa aproximar-se ou afastar-se de acordo com seu estado subjetivo no momento. O trabalho de conscientização e expansão dos micromovimentos (Resneck-Sennes³⁵, Eckberg³⁶), citado em outro momento nesse texto, também suscita o desencadeamento de respostas de fuga/luta como chutes, socos, empurrões, os quais devem ser associados à expressão vocal, através de sons, gritos ou consígnias como “sai”, “não”, etc. O princípio de “dosificação” criado por Levine³⁴ serve como uma cautela que o terapeuta deve seguir para propor esses procedimentos, isto é, como na química, a experiência emocional deve ser modulada de tal forma que desprenda a energia congelada pelo trauma sem, no entanto, ocasionar uma explosão catártica retraumatizadora.

A educação sobre os sintomas do TEPT também deve ser alvo das ações terapêuticas, pois tanto a superexcitação como o congelamento do sistema nervoso faz com que os pacientes interpretem os sintomas como corpos estranhos, intrusivos e ameaçadores, geralmente associados com emoções de medo de enlouquecer ou morrer (Lowen¹⁵, Lewis¹⁸). Dessa maneira, uma atitude de contenção das intensidades emocionais do paciente deve servir como um marco cognitivo de desidentificação das experiências negativas que ficaram no passado e que não vão retornar no presente momento (aqui/agora) da sessão. Finlay²⁶ argumenta que esse objetivo é possível quando o terapeuta usa uma medida certa entre compreensão empática e confrontação, entre toque e interpretação, de forma a não infantilizar o paciente e garantir a ele o desenvolvimento/reestabelecimento de seus recursos internos para desintensificar os sintomas que desestruturam seu senso de auto-regulação.

2. Integração do Self por meio da renegociação, memorização e reorganização do material traumático

Após a fase inicial de construção de suportes internos para compreender e manejar os sintomas advindos do trauma, a tarefa terapêutica nesse momento centra-se na conscientização e elaboração das memórias traumáticas. Esse processo implica uma corporificação dos efeitos do trauma, através do método de educação somática proposto por Keleman^{22,23}, que tenta compreender como o corpo responde ao estresse através de mudanças formativas, isto é, os tecidos transformam-se para adaptar-se à situação ameaçadora através de contração, inchaço, congelamento, adensamento, colapso. Na terapia, o paciente é convidado a entrar em contato, a partir do relato de suas memórias traumáticas, com as reações corporais que surgem – uma tensão nos ombros, uma respiração presa, uma falta de energia nas pernas, uma sensação de aperto na garganta ou no peito, por exemplo. O terapeuta, a partir disso, convida o paciente a exagerar essas reações somáticas, para intensificar o desencadeamento emocional e o processo de atribuição cognitiva do sentido, para posteriormente solicitar que o paciente possa gradativamente desmanchar o padrão intensificado de resposta. A intenção terapêutica consiste em dar condições ao paciente de controlar conscientemente a modulação do padrão hiperativado de resposta ao evento traumático, educando-o para a possibilidade de novas respostas a partir das mudanças psicossomáticas vividas com o desmanchar do padrão intensificado.

Outro conceito importante elaborado por Keleman²³ é o de *middle ground*, que significa o momento da transição, um tempo necessário entre o trabalho de mobilização terapêutica/emocional e a possível transformação do padrão e da forma psicossomáticos. Consiste no silêncio, no espaço potencial em que as emoções decorrentes do trauma podem ser contidas, suportadas e corporificadas. Esse processo pode ser definido como o espaço da presentificação da angústia, da incerteza sobre como superar os sintomas e realizar algo novo, para que a criatividade possa despontar e nascer. Assim, a tarefa do terapeuta é propiciar a conscientização e fortalecimento psicossomático desse organismo que se fragmentou com o distresse decorrente do evento traumático (expressos por afrouxamento da forma dos tecidos, colapso das funções orgânicas e cognitivas, baixa energia e metabolismo) para dar condições ao ego de regular as emoções e criar novas possibilidades de viver.

Finlay²⁶, Boggio³⁸ e Bercei³² acreditam que é possível, a partir do estabelecimento de um vínculo seguro, propor exercícios e técnicas vivenciais mais ativos ao paciente, com a finalidade de potencializar a corrente de vibrações involuntárias em todo o corpo,

considerada como sinal de descongelamento da energia paralisada na musculatura e uma condição indispensável para a cura psicossomática do trauma. Os procedimentos incluem: a) técnicas de mobilização da tensão ocular (pois os olhos ficam tensionados de medo, expressando uma fixação na memória visual do evento traumático); b) massagens na face e nuca (com a finalidade de dissolver a tensão na cabeça, resultante do choque encefálico); c) exercícios bioenergéticos de grounding e alongamento de forma a estimular a vibração no músculo psoas (que de acordo com Bercei está envolvido com as respostas instintivas de fuga/luta); d) procedimentos de desbloqueio dos anéis de couraça, principalmente o torácico e o diafragmático, através de movimentos expressivos e massagens. Finlay²⁶ alerta para a sensibilidade do terapeuta em propor os procedimentos citados em momentos que possam fazer sentido no processo terapêutico, obedecendo sempre a observação do padrão emocional do paciente no decorrer da sessão. Os trabalhos não devem ser realizados de maneira mecânica ou forçados, pois muitas vezes, o paciente realiza os exercícios de maneira mecânica e sem sentido, somente para agradar ao terapeuta, propiciando o fenômeno, citado no texto de Finlay²⁵, da Síndrome de Estocolmo, ou seja, o reedição de um vínculo abusivo com o agressor na relação transferencial.

Com esses procedimentos, o propósito central volta-se para o desenvolvimento de um vórtice curativo (como definido por Levine³⁴) que, através de experiências e memórias reparadoras propiciadas no decorrer das sessões, possa dar condições ao paciente de negociar cognitiva e emocionalmente com os sintomas negativos resultantes do TEPT. Surge, em decorrência, uma maior sensação de auto-confiança, além de uma avaliação positiva dos recursos de enfrentamento de futuros eventos estressores, uma maior segurança interna e atitudes positivas frente a vida.

3. Restabelecimento da capacidade de expansão e prazer na vida cotidiana

Na última etapa do tratamento, a principal meta é recuperar o poder do paciente de viver seu cotidiano com prazer, integrando seu potencial expansivo e estimulando projetos para o futuro. Boggio²⁷ relata que o estado inicial de hiperativação simpaticotônica decorrente do TEPT inviabiliza a experiência de prazer, e sentir-se capaz de estabelecer um relacionamento afetivo gratificante e realizar uma atividade laboral com identificação e prazer. Para isso, cabe ao terapeuta ajudar o paciente a desinvestir do papel de vítima ou sobrevivente do trauma, no qual esteve identificado e teve ganhos secundários para dar lugar a um posicionamento pró-ativo em direção a responsabilidade pelas mudanças em sua vida e nos relacionamentos. Tal atitude torna-se viável, segundo Lewis³⁰ e Finlay²⁶, quando o terapeuta reforça a auto-valorização positiva e o aprendizado que o paciente obteve tanto

ao vivenciar a situação traumática, quanto ao tratá-la através da psicoterapia. É incentivada a postura de auto-defesa e fortalecimento dos limites egóicos, ao mesmo tempo em que é estimulada uma maior abertura para novas conexões com as pessoas e expansão de interesses e projetos de vida.

Ou seja, falando numa linguagem bioenergética, reestabelecer a capacidade pulsatória entre contração (estando consigo mesmo, numa capacidade avaliativa e reflexiva) e expansão (ir à busca do outro, do ambiente para satisfazer as suas necessidades, estar em relação). Dessa forma, Boggio³⁸ discorre sobre a importância de recuperar o potencial de sexualidade do paciente, fechando o ciclo de descarga energética para a pélvis, considerada por Reich¹¹ como potencial de saúde. Para isso, os exercícios clássicos de bioenergética propostos por Lowen³⁸ (stool, todas as formas de grounding, exercícios de mobilização pélvica) são indicados.

PERFIL DO PACIENTE QUE SE BENEFICIA COM A ABORDAGEM CORPORAL

O paciente para submeter-se ao tratamento em abordagem corporal deve possuir um nível cognitivo adequado para o estabelecimento de uma relação com o terapeuta, em termos de comunicação, orientação no tempo e espaço e uma estruturação egóica que permita a abertura para a reflexão e comprometimento com o processo de tratamento. A disponibilidade e motivação para submeterem-se a um método que utiliza intervenções corporais são consideradas como fatores importantes que facilitam o desenvolvimento da relação terapêutica. Pacientes psicóticos, obsessivo-compulsivos e com déficits cognitivos graves beneficiam-se pouco desse tipo de tratamento, que ainda se encontra em fase experimental com pacientes que apresentam tais problemáticas.

CONSIDERAÇÕES DE DIVERSIDADE

As psicoterapias corporais possuem peculiaridades em seu método e técnicas (uso do toque e da massagem, ênfase na expressão das emoções, atenção aos sinais e movimentos que surgem espontaneamente no corpo, etc.) que são muito bem recebidas por pacientes oriundos de culturas que valorizam a linguagem corporal como forma de comunicação. Por exemplo, Nickel et.al.⁴¹, Lowen⁴⁴ e Ortiz⁴⁵ relatam em seus estudos a grande receptividade da Análise Bioenergética nas culturas latino-americanas e com pacientes turcos, enfatizando a facilidade e despojamento que essas populações exibem na execução dos exercícios, na expressividade emocional e a espontaneidade no contato afetivo e sexual. Na Europa e nas

culturas anglo-saxônicas que possuem um caráter mais introvertido nas relações sociais, as abordagens psicocorporais que enfatizam a suavidade e ressonância na relação, através do uso de técnicas sutis e meditativas, são mais bem recebidas. Tal fato corrobora com as reflexões de Tonella⁶ e Boadella²⁰ que o contexto social e histórico vão configurar diferentes formas de atuar terapêuticamente, exigindo mudanças paradigmáticas que correspondam às demandas de cada lugar e tempo.

Em termos de gênero, as pesquisas^{40,42,43} apontam para uma prevalência de mulheres na busca por ajuda psicoterápica na abordagem corporal, as mesmas exibindo sintomas de TEPT associadas à violência física e doméstica, abuso sexual e agressões vividas no ambiente social. No tocante à idade, Rocha⁴⁶, Arnt⁴⁷ e McCarthy⁴⁸ desenvolveram metodologias específicas para o trabalho bioenergético com crianças, apontando recursos lúdicos para trabalhar traumas do desenvolvimento. Royer⁴⁹ dedica seus estudos para a aplicação da análise bioenergética para o trabalho com adolescentes e suas vivências associadas a traumas e Weigand⁵⁰ desenvolveu uma importante pesquisa avaliando os efeitos dos exercícios de bioenergética com idosos, apresentando resultados muito significativos.

LOCAIS E CONTEXTOS DE ATENDIMENTO

O tratamento do TEPT pela psicoterapia corporal é realizado preferencialmente através de sessões individuais com duração que varia de 50 a 90 minutos, com uma frequência semanal de um ou dois encontros. Esse é o procedimento considerado padrão, mas que pode variar conforme a demanda e sintomatologia apresentada por cada paciente. Pesquisas^{40,42,43} realizadas a nível internacional mostram que a duração média do processo terapêutico chega a 70 sessões.

É importante, nesse aspecto, ressaltar que essa média pode ser significativamente alterada com a participação do paciente, concomitantemente às sessões individuais, em grupos de movimento focados no tratamento corporal do trauma. Nesses grupos, que congregam de 10 a 16 participantes, os pacientes realizam exercícios específicos de consciência corporal; percepção e construção de limites⁵¹; desbloqueio das tensões musculares dos olhos; desbloqueio das tensões do músculo psoas³³ e fortalecimento do grounding. O encaminhamento de pacientes para o trabalho em grupo obedece a alguns critérios, tais como: disponibilidade do paciente em compartilhar suas experiências com outras pessoas e o nível de gravidade dos sintomas de terror e hiperativação emocional. Berceli³² e Levine³⁴ apontam para o benefício da execução dos exercícios em grupo no contexto comunitário,

como forma de elaboração dos traumas cotidianos, prevenção e melhoria das condições de enfrentamento dos eventos estressores.

EVIDÊNCIAS DE EFICÁCIA

Pesquisas sobre a eficácia da psicoterapia corporal têm sido desenvolvidas³⁹⁻⁴³ e estimuladas pelas associações nacionais e internacionais que regulamentam o ensino e formação de terapeutas na área, como forma de legitimar cientificamente seus pressupostos teórico-metodológicos e submeter os resultados a um maior diálogo com a academia, outros profissionais de saúde e com psicoterapeutas de outras abordagens. Koemeda-Lutz et.al.^{39,40} desenvolveram estudos longitudinais, através de metodologias quantitativas e qualitativas, com terapeutas e pacientes, avaliando os efeitos de diversas escolas de psicoterapia corporal na Europa e constataram que essas abordagens apresentam excelentes resultados com pacientes que sofrem de transtornos neuróticos (de acordo com o enquadramento F4 da Classificação Internacional de Doenças – CID-10 que corresponde a fobias, transtornos ansiosos, depressivos, psicossomáticos, etc.). Resultados semelhantes foram encontrados em estudos específicos^{42,43} que recolheram dados de pacientes e terapeutas em Análise Bioenergética a nível internacional, confirmando a hipótese que psicoterapias que envolvem técnicas corporais exercem um efeito positivo em pacientes que sofrem sintomas de ansiedade, como o TEPT.

CONTRA-INDICAÇÕES

A literatura consultada é enfática ao contra-indicar a utilização prematura de técnicas catárticas e expressivas para o tratamento de pacientes que sofrem de sintomas associados a traumas. Pode-se listar como procedimentos não recomendáveis: *kicking* (chutar o colchão na posição deitada, como birra ou protesto), uso de socos com os punhos ou raquete em almofadas; pressão forte nos músculos contraídos; provocar gritos no *stool* (cadeira bioenergética); interpretações confrontativas de combate às defesas; uso de psicodrama reeditando a cena traumática; exercícios de entrega e perda do controle. Ou seja, é consenso entre os autores²⁷⁻³⁶ o aspecto iatrogênico da indução do estresse e quebra dos recursos defensivos do paciente traumatizado. Tais atitudes podem reativar o estado de terror, desconexão e hiperativação que configuraram os sintomas traumáticos, sobrecarregando o organismo e inundando o paciente de emoções que não podem ser devidamente metabolizadas.

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, conseqüentemente, 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.

SITES E ENDEREÇOS PERTINENTES AO TEMA

Centro de Estudos Internacionais sobre o Trauma: www.traumacenter.org

Somatic Experiencing: www.traumahealing.com; www.traumatemcura.com.br

Exercícios de Liberação do Trauma (David Bercei): www.traumaprevention.com;
www.consciousmedianetwork.com/members/dberceli.htm

Análise Bioenergética: www.bioenergetic-therapy.com; www.bioenergetica.com.br;
www.analisebioenergetica.com; www.analisebioenergetica.com.br

Guy Tonella: www.cfab-analyse-bioenergetique.com

Luiz Gonçalves Boggio: www.clinicabioenergetica.com

Robert Lewis: www.bodymindcentral.com

Psicologia Formativa: www.centerpress.com; www.formative-psychology-eu.com;
www.laboratoriodoprocessoformativo.com.br; www.psicologiaformativa.com.br

Biossíntese: www.biosynthesis.org; www.biossintese.psc.br; www.ibbiossintese.com.br

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VAN DER KOLK, B. The Body Keeps the Score: Memory and Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress. *Harvard Rev Psychiatry* 1; 253 – 265, 1994.
2. SCAER, R. The Neurophysiology of Dissociation and Chronic Disease. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 26(1), 73-91, 2001.
3. 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.
4. 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.
5. DAMASIO, A. *O mistério da consciência*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.
6. 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.
7. ARANTES, M.A. e VIEIRA, M.J. *Estresse: Coleção clínica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
8. LIPOVETSKY, G. *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Barcarolla, 2004.
9. BAUMAN, Z. *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.
10. REICH, W. *Análise do caráter*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
11. _____. *A função do orgasmo*. São Paulo: Companhia do Livro, 1995.
12. _____. *Éter, Deus e o Diabo*. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
13. LOWEN, A. *O corpo em terapia: a abordagem bioenergética*. São Paulo: Summus, 1990.
14. _____. *A espiritualidade do corpo: bioenergética para a saúde e harmonia*. São Paulo: Cultrix, 1995.
15. _____. *Alegria: a entrega ao corpo e à vida*. São Paulo: Summus, 1998.
16. KLOPSTECH, A. Catharsis and Self-Regulation revisited: Scientific and Clinical Considerations. *Clinical Journal of the International Institute of Bioenergetic Analysis*, Volume 15, 2005
17. KOEMEDA-LUTZ, M. Is there Healing Power in Rage? The relative contribution of cognition, affect and movement to psychotherapeutic processes. *Clinical Journal of the International Institute of Bioenergetic Analysis*, Volume 16, 2006.
18. LEWIS, R. The Trauma of Cephalic Shock: Clinical Case Study in which a Portuguese Man-of-War Faces the Jaws of Death and thereby Reclaims his Bodily Self. *Clinical Journal of the International Institute of Bioenergetic Analysis*, Volume 8, 1998.
19. _____. Getting the head to reality sit on one's shoulders: A first step in grounding the false self. *Clinical Journal of the International Institute of Bioenergetic Analysis*, Volume 2, 1986.

20. BOADELLA, D. Depth-psychological roots of Biosynthesis. *Energy and Character: International Journal of Biosynthesis*. Vol. 34, 2007.
21. _____. Affect, attachment and attunement. *Energy and Character: International Journal of Biosynthesis*. Vol. 34, 2007.
22. KELEMAN, S. *Padrões de Distresse*. São Paulo: Summus, 1998.
23. _____. *Corporificando a experiência*. São Paulo: Summus, 1996.
24. _____. *Anatomia Emocional*. São Paulo: Summus, 1996.
25. FINLAY, D. Energetic Dimensions on Trauma Treatment. *Clinical Journal of the International Institute of Bioenergetic Analysis*, Volume 17, 2007.
26. _____. *Trauma desenvolvimental e Trauma de Choque*. Disponível em: www.cfab-analyse-bioenergetique.com. Acesso em 05 de fevereiro de 2008.
27. BOGGIO, L.G. *El cuerpo em la psicoterapia: nuevas estrategias clinicas para El abordaje de los sintomas contemporâneos*. Montevideo: Psicolibros, 2008.
28. LEWIS, R. *Trauma and the body*, 2000. Disponível em www.bodymindcentral.com. Acessado em 10 de fevereiro de 2009.
29. _____. *Human trauma*, 2004. Disponível em www.bodymindcentral.com. Acessado em 10 de fevereiro de 2009.
30. _____. 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.
31. TONELLA, G. *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.
32. BERCELI, D. *Pathway to healing: Trauma releasing exercises*. New York: Trauma recovery assessment and prevention services, 2003.
33. _____. *Exercícios para libertação do trauma*. Recife: Libertas Editora, 2008.
34. LEVINE, P. *O despertar do tigre: curando o trauma*. São Paulo: Summus, 2004.
35. 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.
36. ECKBERG, M. Treatment of shock trauma: a somatic perspective, *Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis*, volume 10, 1999.
37. UCHITEL, M. *Neurose Traumática: Coleção Clínica Psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

38. LOWEN, A. *Exercícios de Bioenergética: o caminho para uma saúde vibrante*. São Paulo: Ágora, 1992.
39. KOEMEDA-LUTZ, M. et al. *Preliminary Results Concerning the Effectiveness of Body-Psychotherapies in Outpatient Settings – A Multi-Centre Study in Germany and Switzerland*, 2003. Disponível em: www.eabp.org. Acessado em 20 de setembro de 2008.
40. _____. Evaluation of the Effectiveness of Body Psychotherapy on Outpatient Settings: A Multi-Centre Study in Germany and Switzerland. *German Resources in Psychotherapy, Psychology and Psychosomatic Medicine* (56), 2006.
41. NICKEL, M. et al.. Bioenergetic exercises in inpatient treatment of Turkish immigrants with chronic somatoform disorders: A randomized, controlled study. *Journal of Psychosomatic Research* 61, 2006.
42. GUDAT, U. Efficacy of Bioenergetic Therapies as a Method of Psychotherapy. *Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis*, volume 13, 2002.
43. VENTLING, C. Efficacy of Bioenergetic Therapies and Stability of the Therapeutic Result: A Retrospective Investigation. *Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis*, volume 13, 2002.
44. LOWEN, A. *Uma vida para o corpo: a autobiografia de Alexander Lowen*. São Paulo: Summus, 2006.
45. ORTIZ, F. *La relación cuerpo-mente: pasado, presente y futuro de la psicoterapia corporal*. Ciudad Del Mexico: Editorial Pax México, 1999.
46. ROCHA, B. *Brinkando com o corpo: técnicas de terapia corporal com crianças e adolescentes*. São Paulo: Arte e Ciência, 2005.
47. MCCARTHY, D. *If You Turned into a Monster: Transformation Through Play: A Body-Centered Approach to Play Therapy*. NY: Jessica Kingsley, 2007
48. HALSEN, A. Bioenergetic Work with Children: Experiences from a Child Psychiatric Unit, in: VENTLING, C. *Childhood Psychotherapy. A Bioenergetic Approach*. Basel: Karger, 2001.
49. ROYER, D. Passion: at the heart of adolescent's body. *Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis*, volume 8, 1998.
50. WEIGAND, O. *Grounding e autonomia: a terapia corporal Bioenergética revisitada*. SP: Plexus, 2006.
51. SHAPIRO, B. Bioenergetic Boundary-Building. *Clinical Journal of the Internacional Institute of Bioenergetic Analysis*, Volume 16, 2006.
52. NETO, O.V. A concepção psicanalítica da neurose e o TEPT, in: NETO, O.V. e VIEIRA, C.M. (org). *Transtorno de Estresse Pós-Traumático: uma neurose de guerra em tempos de paz*. SP: Vetor, 2005.