



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS
CURSO DE PSICOLOGIA

**O TRAUMA PSÍQUICO NO ENFOQUE DA NEUROCIÊNCIA
E DA GESTALT TERAPIA**

VIVIANE RESENDE DA COSTA MELO

BRASÍLIA-DF
NOVEMBRO / 2007.

VIVIANE RESENDE DA COSTA MELO

**O TRAUMA PSÍQUICO NO ENFOQUE DA
NEUROCIÊNCIA E DA GESTALT TERAPIA**

Monografia apresentada ao Centro
Universitário de Brasília - UniCEUB como
requisito básico para conclusão do curso de
Psicologia da Faculdade de Ciências da
Saúde. Professora-orientadora: Dra. Carlene
Maria Dias Tenório.

Brasília-DF, Novembro de 2007.



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS
CURSO: PSICOLOGIA

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora
composta por:

Miriam May Philippi

Otávio Abreu Leite

Carlene Maria Dias Tenório

A Menção Final obtida foi:

Brasília-DF, Novembro de 2007.

Agradecimento

Agradeço à minha amada família por todo apoio e carinho que me ofertaram na forma de um amor incondicional.

Agradeço à minha amada amiga Luciana, por ter me ajudado nas traduções, as quais foram essenciais para a bem feitoria deste trabalho. Agradeço ao Kaique por ter me ajudado nas correções e por ter me orientado no aperfeiçoamento desta monografia.

Agradeço à minha amada orientadora Carlene pela orientação sábia e carinhosa que permitiu que eu me sentisse segura com o sentimento de que eu realmente estava seguindo meu próprio caminho.

Agradeço ao meu amado Mark, que mesmo tão longe de mim me deu tanta força e bençãos, quando batia um pouco de desânimo e preocupação no meu coração. Ele sempre utilizando poucas palavras e um simples olhar me entregava o que eu realmente precisava naquele momento.

Agradeço aos meus amigos do curso de psicologia, em especial à Lia e à Leyland, por estarem tão presente na minha vida neste momento, no qual ocorreu tantas mudanças, descobertas, recaídas, alegrias. A presença de vocês foi fundamental para eu ter certeza do meu amor pela psicologia nesta etapa final.

Agradeço à minha terapeuta Sílvia, pela astuta, sábia e amorosa facilitação no meu processo terapêutico, o qual me fez vivenciar e sentir o desabrochar de um Ser, no qual algumas feridas traumáticas ainda estavam presentes e sem o devido cuidado. Vivi atenciosamente, cuidadosamente e amorosamente cada palavra que está escrita nesta monografia, pois este foi um momento de encontro entre a história de outros encantadores e brilhantes autores e a minha história. Ainda tenho um longo caminho de descobertas, mas este é um abençoado começo.

Agradeço a Deus que abençoou cada momento da minha vida, e mesmo em alguns momentos, quando me deixou tão distante de mim mesma, ele estava comigo me ensinando algo. Eu sou grata pelo amor e a paz que preenche o meu Ser e por me deixar tão pertinho da minha amada alma, quando eu peço a benção de Deus.

Agradeço a cada cliente que de alguma forma me ensinou a compreender o que eu escrevia na minha monografia e, também por gerar dúvidas e dúvidas e destas gerarem surpreendentes perguntas, para as quais estarei sempre procurando respostas e criando mais perguntas, pois estas são infinitas.

*Multipliquei-me para me sentir
Para me sentir, precisei sentir tudo
Desnudei-me, entreguei-me,
Não fiz, se não extravasar
E ai, em cada canto da minha alma,
Um altar com um Deus diferente.*

Fernando Pessoa

SUMÁRIO

RESUMO	vii
INTRODUÇÃO	09
CAPÍTULO 1: O CONCEITO DE TRAUMA PSÍQUICO NO ENFOQUE DA NEUROCIÊNCIA	13
CAPÍTULO 2: O CONCEITO DE TRAUMA PSÍQUICO NO ENFOQUE DA GESTALT TERAPIA	26
CAPÍTULO 3: OS EFEITOS DO TRAUMA PSÍQUICO NO ENFOQUE DA NEUROCIÊNCIA	34
CAPÍTULO 4: OS EFEITOS DO TRAUMA PSÍQUICO NO ENFOQUE DA GESTALT TERAPIA	45
4.1 - Introjeção.....	51
4.2 – Projeção.....	52
4.3 - Confluência.....	54
4.4 - Egotismo.....	55
4.5 - Retroflexão.....	56
4.6 - Proflexão.....	57
4.7 – Deflexão.....	58
4.8 – Dessensibilização.....	59
4.9 – Fixação.....	59
4.10 – Distúrbios de personalidade.....	60
CAPÍTULO 5: O TRATAMENTO DO TRAUMA PSÍQUICO NO ENFOQUE DA NEUROCIÊNCIA	61
CAPÍTULO 6: O TRATAMENTO DO TRAUMA PSÍQUICO NO ENFOQUE DA GESTALT TERAPIA	69
CAPÍTULO 7: DIÁLOGO ENTRE NEUROCIÊNCIA E GESTALT-TERAPIA	76
CONCLUSÃO	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87

RESUMO

Esta monografia teve como objetivo compreender o trauma psíquico no enfoque da neurociência e da Gestalt Terapia. No enfoque da neurociência, o trauma psíquico é definido como uma experiência interpretada pelo organismo como ameaçadora à sobrevivência do indivíduo, desencadeando a atuação do sistema límbico e de outras áreas do sistema nervoso no condicionamento do organismo para a resposta de luta ou fuga. E também, inclui como essencial, o entendimento da terceira resposta de defesa, a qual se refere ao congelamento (imobilidade do organismo) associada à dissociação decorrente, a qual consiste na cisão entre o conteúdo do fato traumático e a emocionalidade deste e que, juntamente, ocorre a amnésia de partes ou da totalidade do conteúdo da experiência traumática. A realidade orgânica singular estabelecida durante e após a experiência traumática, devido, principalmente, à resposta de congelamento, responsável pelo aprisionamento da memória da vivência traumática, pode desencadear diversas conseqüências no funcionamento neurofisiológico como a dissociação, a memória traumática não-processada completamente e o kindling, ocasionando o surgimento de doenças físicas crônicas, transtorno de estresse pós-traumático agudo e crônico e distúrbios de personalidade. Como forma de tratamento do trauma psíquico proposta pela neurociência, foram abordadas neste trabalho diversas técnicas terapêuticas baseadas na acupuntura (Roger Callahan e Tapas Fleming) e na sensopercepção (Levine), que consistem em uma nova maneira de facilitar o processo recuperação de pessoas que sofreram uma experiência traumática. No enfoque da Gestalt Terapia, o trauma psíquico é compreendido com sendo o resultado da vivência de uma experiência intolerável e inevitável, que foi internalizada passivamente, se tornando um microcampo introjetado que deve ser reprimido pelo Self e funções ego do Self no sentido de impedir que este seja revivido no presente. Esta repressão vista pela Gestalt Terapia como uma interrupção de contato com os conteúdos existentes no mundo interno, torna-se necessária devido ao fracasso da função ego em evitar ou transformar a experiência intolerável, que uma vez introjetada, desencadeia outros bloqueios de contato consigo e com o meio, gerando as neuroses ou distúrbios de personalidade. A visão da Gestalt Terapia proporciona uma compreensão ampliada a respeito das relações do indivíduo com o outro e com o si mesmo, quando este, ao introjetar experiências tóxicas impostas pelo meio, desenvolve padrões rígidos e repetitivos de comportamentos, caracterizados por mecanismos de bloqueio do contato cristalizados, como forma de manter seu equilíbrio no campo organismo-meio próprio do funcionamento neurótico. Nesta perspectiva, o tratamento busca fazer com que a pessoa traumatizada se fortaleça e comece a contactar o introjeto tóxico, para poder assimilá-lo e integrá-lo ao Self, ou seja, promovendo o resgate de sua capacidade de utilizar suas resistências orais, que são habilidades para morder, mastigar e assimilar as experiências intoleráveis ou o alimento mental intragável. Como conclusão, percebe-se que os conhecimentos provenientes dos dois enfoques são complementares, proporcionando o aprofundamento da compreensão do trauma psíquico, como também contribuindo para uma maior eficácia do tratamento.

Palavras-chaves: Neurociência, Gestalt Terapia e trauma psíquico.

INTRODUÇÃO

Este trabalho consiste de um estudo teórico sobre a formação, o efeito e o tratamento do trauma psíquico no enfoque da neurociência e da Gestalt Terapia, esclarecendo, inicialmente, a definição de trauma psíquico nestas duas abordagens. E, por último, é feito um diálogo entre as duas abordagens, buscando pontos de encontro que se complementam na compreensão do trauma psíquico.

No campo de conhecimento da psicologia, a expressão trauma é usada desde o início da psicanálise, e nesta teoria sofreu diversas mudanças de significado. Primeiramente, com os estudos da histeria, Freud supôs a existência do trauma devido à existência de pelo menos dois acontecimentos: o primeiro acontecimento seria a sedução, quando a criança sofre uma tentativa de abuso sexual por parte do adulto, porém devido à incompreensão da criança a respeito do fato ocorrido, ela não tem qualquer excitação sexual. Na segunda cena, a qual ocorre depois da puberdade, há a evocação do primeiro acontecimento devido algum traço associativo, desencadeando um afluxo de excitação sexual, que excede a capacidade do ego de defesa e elaboração, gerando assim o trauma (Laplanche & Pontalis, 1970).

Porém esta explicação foi descartada, posteriormente, por Freud. A partir de 1920, com os decorrentes estudos a respeito do princípio do prazer, a psicanálise começa a definir trauma a partir de uma concepção econômica, a qual é descrita desta forma: “Chamamos assim a uma vivência que no espaço de pouco tempo, traz um tal aumento de excitação à vida psíquica, que a sua liquidação ou a sua elaboração pelos meios normais e habituais fracassa, o que não pode deixar de acarretar perturbações duradouras no funcionamento energético(Laplanche & Pontalis, 1970, p. 679).

Bohleber (2007) em seu artigo “Recordação, Trauma e Memória Coletiva: a luta pela recordação em psicanálise” relata que:

A violência dessas grandes quantidades de energia é tanta que torna impossível lidar com ela e atá-la psiquicamente. No sentido de dominar a tarefa de atar psiquicamente essa energia, mesmo nessas circunstâncias, o aparelho psíquico regride para uma maneira de reagir mais primitiva. Freud introduz então o conceito de compulsão à repetição para descrever a especificidade desta vivência que se dá em um campo externo à dinâmica prazer-desprazer. Através da compulsão à repetição, a vivência traumática é atualizada, na esperança de assim atar psiquicamente a excitação e a colocar novamente em funcionamento o princípio do prazer bem como todas as formas de reação psíquicas ligadas a ele (acesso em: www.rbp.org.br/vol41_1.asp).

É importante considerar que Freud (1920) durante suas pesquisas constatou que o que uma pessoa vivenciava como trauma dependia da sua suscetibilidade a esta experiência, ou seja, para que esta fosse qualificada como traumática, deveriam estar presentes questões específicas subjetivas relacionadas com sua história de vida. Ele também criou uma representação figurada que denominou de “vesícula viva”, a qual tinha como função proteger o organismo, deixando passar através desta camada apenas excitações toleráveis e quando esta era quebrada, devido à intensidade das excitações, o trauma ocorria (Laplanche e Pontalis, 1970).

Mesmo com esta abertura da psicanálise em relação ao estudo e importância do trauma na vida humana, durante muitos anos houve um real descaso em relação a este tema. Porém, devido a Guerra do Vietnã (1960-1975) e suas avassaladoras conseqüências, começaram a surgir pesquisas de cunho científico aspirando uma compreensão mais consistente em relação às experiências traumáticas. Com isto, surgiu na quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV), um grupo de sintomas formalmente definidos denominado como Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), o qual se desenvolve

quando uma pessoa é exposta a um evento traumático, onde ela vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou grave ferimento, reais ou ameaçadores, ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros. E a resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror.

Contudo, esta classificação traz uma nova visão sobre o trauma, mostrando-o como algo real e atuante na sociedade e que deve ser devidamente compreendido, tratado e superado para o resgate da saúde humana. Certamente, estes estudos trouxeram um novo olhar para as conseqüências advindas do evento traumático. Porém, é importante visualizar o trauma como além de uma simples classificação em um manual da sociedade psiquiátrica, pois com a complexidade e acentuada dinâmica das experiências humanas, os sintomas decorrentes do trauma e a forma como as pessoas tentam lidar com seus pequenos ou grandes traumas, ou mesmo, tentam represá-los como fatos separados da sua existência, mudam de acordo com a subjetividade de cada indivíduo.

Robert Scaer (2005) relata suas observações em sua clínica, na qual ele já tratou de 5.000 a 10.000 vítimas de acidentes automobilísticos, que a severidade das dores e a debilidade destas pessoas, freqüentemente, excediam o grau do dano físico constatado pelos exames e estudos. E que as fortes dores quase sempre resistiam às terapias comportamentais e físicas, como também às medicações. Este exemplo demonstra que o sofrimento psíquico gerado no evento traumático, provavelmente, se reflete na dificuldade de recuperação, tendo como sintoma preponderante e evidente as dores acentuadas e a debilidade desproporcional à realidade física em que a pessoa se encontra.

A necessidade de ver o trauma com além de uma classificação formalizada, fica evidente quando entendemos o ponto de vista de Robert Scaer: “Eu argumento que experiências acumulativas traumatizantes, na verdade, formatam cada aspecto da nossa existência - nossa personalidade, escolhas de parceiros, profissão, roupas, apetite,

comportamentos sociais, postura e mais especificamente, nosso estado de saúde física e mental, e de doença” (2005, p.3). Com este olhar, percebe-se como o acúmulo de pequenos ou grandes traumas pode atuar significativamente em como nós “estamos” sem que haja consciência.

A abordagem Gestáltica pode demonstrar por meio de seu corpo teórico e prático, uma compreensão humanizada a respeito do trauma psíquico e as diversas implicações dos efeitos da experiência traumática em relação à qualidade do contato, o qual está sempre presente na vida de qualquer pessoa e como afirma Ribeiro, a natureza deste possui: “valores, desejos, negações, memórias, antecipações, que operam no momento em que o encontro se dá, e que estão operando sempre, num nível não consciente, por uma matriz mental, interna, subjetiva, como uma antecâmara onde o encontro eu-mundo ocorre primeiro”(1997, p.33).

Devido à necessidade de se obter uma compreensão ampla a respeito do trauma psíquico, a autora considera fundamental que, por um lado, o trauma psíquico seja estudado pelo olhar humanista da Gestalt Terapia, considerando as possibilidades de efeitos, com também as formas de tratamento que esta abordagem oferece para a recuperação da pessoa traumatizada. E por outro lado, com a função de complementação, é importante que o trauma psíquico seja definido e entendido a partir de uma visão neurofisiológica, a qual explica a complexa relação entre processos fisiológicos internos envolvidos na vivência de um trauma, que são responsáveis pela sobrevivência física e psíquica do organismo, mesmo que este não consiga funcionar de forma integralmente saudável, após o evento traumático.

No primeiro capítulo deste trabalho é abordado o conceito de trauma psíquico no enfoque da neurociência, incluindo a neurofisiologia do trauma, o papel da memória traumática e os mecanismos de defesa que o indivíduo pode utilizar perante a experiência traumática. No segundo capítulo, o conceito de trauma psíquico é elaborado com base nos pressupostos da Gestalt Terapia, considerando a importância das resistências orais e de outras

formas de resistência criadas como alternativas de relação do indivíduo consigo e com o meio, que impedem ou geram o introjeto tóxico, resultante de uma experiência traumática, a qual compromete o equilíbrio e a totalidade organismo/meio.

No terceiro capítulo, o efeito do trauma psíquico é explicado na perspectiva da neurociência, incluindo o esclarecimento sobre o papel da dissociação decorrente da experiência traumática, a descrição do transtorno de estresse pós-traumático agudo e crônico, bem como dos sintomas físicos crônicos e dos transtornos de personalidade decorrentes da experiência traumática. No quarto capítulo, o efeito do trauma psíquico é compreendido segundo a Abordagem Gestáltica, englobando o processo de formação da neurose e de outros distúrbios de personalidade, desencadeados pelas formas de bloqueios de contato devido à presença do introjeto tóxico.

O tratamento do trauma psíquico no enfoque da neurociência é apresentado no quinto capítulo, no qual é esclarecida a importância das técnicas imaginativas, TAT, TFT e SE. O sexto capítulo refere-se ao tratamento do trauma psíquico no enfoque da Gestalt Terapia, considerando a importância de técnicas de visualização e também demonstra como a relação terapêutica deve ser constituída no sentido de propiciar no cliente a consciência a respeito das suas formas de interrupções de contato, as quais impedem a assimilação do introjeto tóxico. No sétimo capítulo, são feitas as possíveis correlações entre a neurociência e a Gestalt Terapia a respeito do trauma psíquico, com o propósito de aprofundar a compreensão a respeito do tema em questão, como também para encontrar novos meios apropriados e mais eficazes para o tratamento de pessoas traumatizadas.

Capítulo 1

O CONCEITO DE TRAUMA PSÍQUICO NO ENFOQUE DA NEUROCIÊNCIA

Neste tópico, serão abordados vários aspectos que englobam o campo de conhecimento e pesquisas da neurofisiologia com o objetivo de compreender o trauma psíquico. De acordo com estudos da neurociência, o funcionamento e a relação entre mente, cérebro e corpo existem como um contínuo. As informações sensoriais do corpo formatam e alteram a estrutura e função do cérebro e este, posteriormente, altera todas as funções do corpo necessárias para uma resposta compatível com a elaboração efetuada nos centros cerebrais, considerando suas respectivas funções (Scaer, 2005).

E a mente considerada como uma continuidade da relação cérebro e corpo, é definida como “um receptáculo para a formação da experiência perceptiva incluindo sensações corporais, sentimentos, emoções positivas ou negativas que estão relacionadas à determinada informação. A mente está baseada na atividade cerebral, e ela é a manifestação consciente do que nós sentimos baseada na dinâmica interação corpo e cérebro” (Scaer, 2005, p.11).

Portanto, nesta concepção, em que mente, corpo e cérebro são considerados interdependentes, na qual uma parte está sempre influenciando às demais e vice-versa, a mente é entendida como uma entidade física mensurável, intrinsecamente ligada ao estado de funcionamento do cérebro e às informações sensoriais enviadas pelo corpo e processadas pelo cérebro, em um dado momento.

Em relação à elaboração das experiências perceptivas que constituem a mente, podemos encontrar funções singulares da capacidade humana como pensamento lógico e abstrato, capacidade para criação, inovação, solução de problemas, julgamentos e insight, além da habilidade para aprender com as diversas experiências e criando novos conceitos, comportamentos, incluindo o desenvolvimento da linguagem verbal, simbólica e escrita.

No entanto, estes aspectos atuantes e complexos da função cerebral ocorrem, principalmente, devido ao alargamento do lobo frontal na espécie humana. Esta região que pode receber o nome de córtex pré-frontal, realiza conexões neuronais com praticamente todo o encéfalo (áreas corticais, núcleos talâmicos e núcleos da base, o cerebelo, a amígdala, o hipocampo e o tronco encefálico). Esta capacidade ampliada e complexa de estabelecer ligações com diversas outras áreas encefálicas, faz com que o córtex pré-frontal seja responsável e capaz de executar atividades de controle e coordenação geral das funções mentais e do comportamento (Lent, 2001).

Outro ponto fundamental da atuação desta região do córtex pré-frontal seria sua participação na modulação da energia límbica, possibilitando que as emoções tenham uma orientação adequada evitando a falta de controle destas. Porém, dependendo das circunstâncias, o sistema límbico poderá atuar impedindo que as funções de controle do córtex pré-frontal sejam efetivadas, situação esta que será abordada posteriormente no mesmo capítulo.

Diferente do olhar cartesiano, no qual a mente e o corpo são considerados como entidades separadas, a visão da neurociência traz a mente como uma entidade intrinsecamente relacionada e significativamente dependente do estado e funcionamento cerebral. À primeira vista, este posicionamento pode nos parecer reducionista quanto ao significado e implicações deste conceito de mente para o campo da psicologia. No entanto, com os presentes conhecimentos relativos à neurociência, poderemos ampliar a compreensão desse conceito e o porquê de utilizá-lo desta forma.

Para entendermos o funcionamento do sistema nervoso, e principalmente as funções e as atividades envolvidas na formação do trauma psíquico, é importante a compreensão do papel da memória na aquisição de informações durante o evento traumático. Há dois tipos de

memória (relativo à natureza desta) que são importantes neste contexto: a memória declarativa ou explícita e a memória implícita.

A memória declarativa ou explícita está relacionada a informações que apenas podem ser evocadas por meio de palavras. Ela pode ser episódica, quando envolve eventos datados ou como orientação para atividades ou comportamentos no curso da experiência pessoal ou pode ser semântica, a qual é usada intencionalmente para adquirir informações e aprendizados (Lent, 2001). A qualidade da memória declarativa pode ser influenciada pela distração, por stress emocional, pelo prejuízo da atenção ou pela passagem do tempo, podendo até assumir características de memória inconsciente. E o tipo desta memória está relacionado com o sistema sensorio específico (visual, cinestésico, auditivo, verbal, entre outros) utilizado para a aquisição desta (Scaer, 2005).

A memória implícita se refere a informações obtidas que não seja necessário à descrição por palavras. Ela pode ser adquirida e utilizada inconscientemente sem intenção ou esforço, como exemplo, os movimentos utilizados para dirigir um carro ou ter a imagem de um evento sem a compreensão do seu significado.

Considerando o tema deste trabalho nos interessa, primeiramente, o tipo de memória implícita denominada como memória de procedimentos, a qual se caracteriza de acordo com Scaer como:

(...) o processo de aquisição de habilidades sensorio-motoras e que emprega os centros do cérebro que nós utilizamos para obtenção destas habilidades. Estas podem ser atléticas, musicais, ou relacionadas ao uso de ferramentas ou maquinários (tal como dirigir), ou seja, todas as atividades que nós desenvolvemos sem a necessidade de muito esforço. Pois, se estas atividades não forem automáticas e relativamente inconscientes, nós seríamos cognitivamente oprimidos por elas e incapazes de replicá-las (2005 p. 41).

Para Scaer (2005), todas as informações, que a pessoa experimentou durante o evento traumático, ficam permanentemente retidas como memórias de procedimentos, pois esta guarda cada informação das sensações corporais e emocionais experienciadas e também todas respostas motoras produzidas pelo organismo, no exato momento. E estas informações são armazenadas inconscientemente sem necessidade de esforço e permanecem como uma habilidade atuante, pois como será visto posteriormente devido o processamento desta memória não ter sido completamente elaborado durante o evento traumático, esta memória traumática continuará atuando posteriormente sem a intenção da pessoa traumatizada até o momento em que o indivíduo consiga realizar o re-processamento completo da memória, obtendo uma re-significação desta.

Um aspecto importante relacionado à memória de procedimentos se caracteriza pela sua potencialidade ao condicionamento, ou seja, sua capacidade de ampliação para adquirir novos estímulos condicionados capazes de eliciar sensações corporais, emocionais e as respostas aprendidas que foram adquiridas durante alguma experiência do passado, por exemplo. Isto ocorre, devido o emparelhamento com situações ligadas a estímulos incondicionados – que ameaçam a integridade física do sujeito- ou com anteriores experiências traumáticas de significativa relevância. Para compreendermos melhor esta implicação, abordaremos os estudos de Pavlov que apesar de terem sido realizados com animais, podem ser considerados um substrato deste entendimento do funcionamento humano. Pois, como cita LeDoux (2001), em decorrência destas pesquisas foram realizados estudos de significativo grau de semelhança com seres humanos.

Com os experimentos de Pavlov houve a descoberta do que ele denominou de condicionamento clássico, o qual se caracteriza pela apresentação de um estímulo neutro paralelamente com um estímulo incondicionado (intrínsecos na eliciação de respostas) como fome ou dor. Conseqüentemente, o primeiro estímulo citado se torna condicionado e capaz de

eliciar as mesmas respostas do estímulo incondicionado. Como exemplo, temos o experimento com cachorros, no qual estes começaram a salivar, sempre, que ouviam o som de um sino (estímulo condicionado), considerando que este era tocado simultaneamente quando os cachorros recebiam o alimento durante o período de condicionamento (Scaer, 2005).

Decorrentes desta descoberta, surgiram diversos outros experimentos com animais e humanos que se relacionam com o funcionamento da memória de procedimentos. Entre as diversas pesquisas, surgiu o que é denominado como condicionamento do medo. Este consiste em uma experiência que envolve estímulos externos e / ou internos – em consequência de eventos anteriores que tenham semelhança com o momento presente -que são interpretados pelo cérebro como ameaçadores à sobrevivência do indivíduo, eliciando emoções como medo. É importante complementar que devido à subjetividade e à capacidade humana diferenciada de elaboração da experiência, alguns estímulos que normalmente se caracterizariam como neutros na experiência presente, tornam-se condicionados, criando uma nova memória de procedimentos ou ampliando-a com recentes informações e eliciando, novamente, respostas sensório-motoras e emoções correlacionadas com a memória adquirida da experiência do passado. Esta forma de memória quando associada a um estado emocional intenso pode continuar permanente e os caminhos cerebrais, que a concretizam, ocorrem em parte inconscientemente. Este armazenamento diferenciado da memória traumática é explicado por Naparstek:

Pela sua natureza, é claro que memórias traumáticas são processadas e estocadas diferentemente das nossas memórias de eventos cotidianos. Memórias normais são codificadas verbalmente e são facilmente traduzidas em uma linguagem comunicativa. Mas memórias traumáticas são experimentadas como emoções, sensações e estados físicos. Elas são como um carço indigesto da história pessoal,

estocada separadamente em um compartimento primitivo e não-integrado do entendimento verbal e cognitivo de si próprio (2004 p. 83).

Como exemplo, para demonstrar como a memória traumática pode se manifestar de forma variada e em momentos, que aparentemente parecem não ter a mínima relação com algum trauma do passado: Uma mulher, que foi molestada aos sete anos, começou a ter ataques de depressão, após o aniversário do primeiro filho e cinco anos depois, no aniversário do segundo filho, ela começou a ter dores de cabeça recorrentes e dores físicas crônicas, esta última foi diagnosticada como fibromialgia. Porém, nos resultados de exames médicos não eram constatados causas orgânicas que explicassem estes sintomas e o médico explicou que estes sintomas poderiam estar relacionados com alguma experiência dolorosa do passado (Naparstek, 2004).

De acordo com LeDoux (2001), pode se deduzir, a partir de observações em seres humanos com medos patológicos, que apesar da psicoterapia manter sob controle, durante um longo período de tempo, o medo do estímulo fóbico não desaparece. Se a pessoa vivencia uma experiência estressante ou traumática, a resposta de medo pode surgir novamente com significativa força. Ou seja, as memórias relacionadas aos estímulos eliciadores do medo não são extintas e podem ser ampliadas para outras formas de vivência. Tal característica é importante para arquivar situações de perigo, e conseqüentemente construir habilidades de defesa relacionadas com as informações adquiridas pela experiência. Porém, esta habilidade da memória também pode ter seu lado negativo, pois esta pode surgir em situações da vida diária, apresentando incompatibilidade com estas, que se caracteriza como um distúrbio do funcionamento normal da mente.

Com base nas informações apresentadas anteriormente, pode-se compreender mais profundamente como a memória de procedimentos é formada e como ela pode atuar em experiências posteriores. Durante uma situação de ameaça, fica evidente que a memória de

procedimentos arquiva todas as sensações corporais, emocionais e respostas motoras de defesa experienciadas durante o evento.

Muitos estudos demonstram que estas situações vivenciadas como ameaçadoras, podem gerar três formas de respostas instintivas imediatamente acionadas, as quais são denominadas como fuga, luta ou congelamento. A resposta de fuga ou luta começa devido a atuação do sistema nervoso autônomo, acionando primeiramente o sistema nervoso simpático que mobiliza, com a liberação de epinefrina (adrenalina), o sistema motor e cardiovascular do corpo, proporcionando o aumento da circulação sanguínea, dilatação dos vasos, a distribuição da glicose para os músculos e para o cérebro, entre outras mudanças corporais, que possibilitam condições à pessoa para fugir ou lutar.

Porém, quando a fuga ou luta é impossibilitada de ocorrer ou não obtém sucesso, existe a terceira opção denominada de congelamento, a qual se caracteriza por um estado de imobilidade com duração de tempo relativa. Alguns autores defendem a opinião de que independente da resposta instintiva de defesa se caracterizar como luta ou fuga, pode ocorrer, pelos menos parcialmente, o congelamento (Levine, 1999; Naparstek, 2004; Scaer, 2005).

Para compreendermos claramente a importância das respostas de fuga ou luta e, principalmente, de congelamento na formação do trauma psíquico e suas conseqüências no funcionamento e atuação da mente, do cérebro e do corpo, é prioritário a descrição do percurso corporal-cerebral e vice-versa realizado pelas informações da experiência traumática durante e após a sua ocorrência.

Primeiramente, é necessário apresentar algumas estruturas e funções. As partes frontal e central do hemisfério direito cuidam do processamento das informações relacionadas à situação de ameaça. É importante ressaltar que em tal situação não é necessário que regiões cerebrais responsáveis pelo pensamento racional como planejamento, raciocínio e comunicação sejam acionados, ou seja, as áreas central e frontal do hemisfério esquerdo

(discurso organizado, uso de símbolos, processo de pensamento superior) não são ativadas. O hipocampo possui uma importante função, a qual se caracteriza em analisar, comparar, associar o evento presente com experiências passadas e, também, está relacionado à formação da memória declarativa (Scaer, 2005; Naparstek, 2004).

Portanto, o caminho se inicia pelas informações recebidas pelo sistema sensorial – cinestésico, audição, paladar, visão, olfato – que serão enviadas, primeiramente, para um grupo de células chamado locus ceruleus, o qual enviará mensagens através de neurotransmissores norepinefrina, para alguns centros cerebrais e, principalmente, para a amígdala , a qual se caracteriza como o centro para memória de informações carregadas de emocionalidade. Esta é responsável pelo envio de mensagens para outras regiões do cérebro, que atuarão de acordo com o conteúdo emocional elaborado pela amígdala, ou seja, esta estrutura tem a função de diagnosticar o grau de ameaça à sobrevivência do indivíduo e orientar uma resposta de preparação do organismo compatível com esta interpretação.

A amígdala tem a função de transmitir informações para o hipocampo, o qual é encarregado de processá-las, tornando as mensagens como uma estrutura consciente, incluindo sua importância emocional e enviando-as, posteriormente, para o orbito frontal córtex, Este, por sua vez, envia informações para diversas partes do cérebro responsáveis por organizar e iniciar os comportamentos necessários de defesa perante a situação de ameaça. É também função do orbito frontal córtex enviar mensagens para o hipotálamo, as quais ativarão o sistema nervoso autônomo (sistema nervoso simpático) para liberar os neurotransmissores adrenalina (epinefrina) e norepinefrina e também a glândula pituitária e adrenal, responsável pela ativação do sistema endócrino do corpo, estimulando a liberação do hormônio estressor cortisol (Scaer, 2005).

Esta complexa relação entre as regiões nervosas, as glândulas e os neurotransmissores, nos permite visualizar uma realidade ativa dentro do sistema humano, tendo como propósito

prepará-lo para a situação emergente, que traz como real a presença de ameaça à integridade do sujeito. Como ressalta LeDoux, a ativação da amígdala ocorre quando o estímulo é interpretado como perigoso e, conseqüentemente, a excitação provocada pela amígdala nos diversos centros cerebrais será diferenciada (2001).

Portanto, quando a resposta de luta ou fuga ocorre, a quantidade de energia e tensão produzida no corpo, durante a preparação deste, é liberada. E posteriormente, o sistema nervoso parassimpático atuará liberando o neurotransmissor acetilcolina, responsável pela diminuição da pressão sanguínea e batimento cardíaco, reativação do sistema visceral ao estado normal, entre outras mudanças que possibilitam o restabelecimento da homeostase no organismo (Lent, 2001).

Esta preparação do sujeito perante momentos de ameaça, também poderá trazer conseqüências que propiciam relevantes mudanças na realidade interna do indivíduo, as quais estão relacionadas ao fato de que quando o elemento estressante persiste ou a memória deste permanece vívida, a amígdala continua exercendo sua função, porém ocorrendo um choque com a atuação do hipocampo. Este conflito ocorre quando o hormônio (cortisol) liberado na corrente sanguínea pela glândula supra-renal, durante a resposta de alarme à ameaça, atinge os receptores deste no hipocampo, a recepção deste hormônio é interpretada como necessidade de acionar a redução da liberação de hormônios da glândula pituitária e supra-renal (retroalimentação negativa), gerando assim falhas na capacidade do hipocampo de coordenar a liberação de hormônios. Pois, a amígdala continua com seu comando para liberação de tais hormônios.

E como cita Naparstek “Nos dias imediatos e semanas seguidas, após evento traumático, quando as condições externas retornaram ao normal, o corpo continua em alerta, reagindo a sugestões relativamente neutras do ambiente como se elas estivessem advertindo a continuação de ameaça de destruição”(2004, p.69).

Desse modo, o hipocampo é afetado significativamente por esta confusão de informações, gerando mudanças na execução de suas funções durante e após o evento traumático, como na coordenação de liberação de hormônios estressores. Podemos considerar, que como ele exerce uma função essencial na formação da memória declarativa, esta provavelmente é elaborada apresentando falhas. E, também como o hipocampo tem função de comparar, analisar a relação da experiência presente com as memórias das experiências do passado, esta função também poderá ser prejudicada.

Graeff (2003) mostra, também, em seu artigo diversas outras conseqüências que demonstram como a memória pode continuar atuando, devido à perpetuação consistente do estímulo estressor, ou mesmo, a interpretação interna que este ainda está presente.

No TEPT há alterações cognitivas importantes, sobretudo no campo da memória. As memórias traumáticas tornam-se indelévels, sendo resistentes à extinção. Podem ser intrusas, interrompendo o sono e os pensamentos, e são evocadas por estímulos remotamente ligados à situação original, levando a pensar em dois defeitos nos processos psicobiológicos da memória: consolidação excessiva e falsa rotulação. Pesquisas em animais de laboratório e em seres humanos têm mostrado que memórias dotadas de conteúdo emocional são mais facilmente lembradas que as neutras - (vide Quevedo et al, neste suplemento), devido à ação de hormônios e neurotransmissores, que são liberados por ocasião das emoções e que promovem a consolidação dos traços de memória (Graeff, 2003, acesso em: www.scielo.br).

Com estas descobertas, podemos perceber que uma memória traumática pode persistir atuante e muitos autores defendem que isto acontece devido a não-elaboração desta memória, ou seja, esta existe como experiência aprisionada sem ter sido processada completamente (Levine, 1993; Scaer, 2005, Naparstek, 2004). E quando o próprio Graeff cita a respeito da falsa rotulação e da consolidação excessiva da memória traumática, esta pode ser

compreendida como uma interpretação da própria memória, devido o não processamento completo, de que o perigo ainda está presente e como a memória está sempre sendo condicionada a outros estímulos arbitrários é gerado, conseqüentemente, múltiplas revivências consecutivas da memória traumática. Os sintomas e as diversas conseqüências mentais e emocionais decorrentes desta conseqüência serão abordados no capítulo seguinte.

É prioritário que esta compreensão apresentada em relação à memória traumática seja relacionada com a interpretação de Levine sobre a função do estado de congelamento presente durante o evento traumático. Como explica Naparstek (2004), este estado é devidamente visualizado em animais, principalmente quando ameaçados pelos predadores. Pois, as presas quando impedidas de fugir ou lutar apresentam uma resposta de total imobilidade caracterizando como se estivessem mortas, inclusive ocorrem mudanças orgânicas significativas para alcançarem tal objetivo, como o colapso dos músculos, diminuição relevante do batimento cardíaco, pressão sanguínea atua a nível mais interno e a liberação de endorfinas pain-killing. A atuação destas endorfinas é fundamental para inibição das sensações de dores físicas e emocionais durante o evento traumático, ou mesmo, se a morte for inevitável, questão esta que será abordada no próximo capítulo.

Quando a resposta de congelamento é cessada, é essencial que a memória da experiência traumática - inclusive todas as memórias das sensações corporais, emocionais e respostas motoras - seja completada e descarregada com toda a energia retida durante as estimulações neurais do trauma. Portanto, para cumprir tal propósito, os animais realizam tremores por todo corpo, depois usualmente realizam respirações profundas durante alguns minutos, recuperam sua habilidade de andar, cambaleiam um pouco, se balançam e correm. Com esta estranha atuação, ocorre a liberação da energia das estimulações que ocorreram durante o congelamento, as quais foram essenciais para a sobrevivência do animal (Naparstek, 2004).

Levine considera que durante o estado de congelamento nos seres humanos, a “energia” que evolve todas as estimulações neurais – principalmente no sistema límbico - relacionadas ao trauma permanecem armazenadas e aprisionadas no corpo e no cérebro. Ele também percebeu que eventos repetitivos estressantes sem descarga tornam-se acumulativos, adicionando-se ao progressivo agravamento dos sintomas pós- traumático e contribuindo para o desenvolvimento do estado de fragilidade diante de situações ameaçadoras. Portanto, ele considera primordial que haja a descarga da “energia” aprisionada destas estimulações neurais que ocorrem durante o estado de congelamento, possibilitando que esta memória seja re-processada completamente e descarregada, gerando uma re-significação da memória traumática (citado Scaer, 2005).

Porém, por motivos que ainda são bastante pesquisados, o organismo humano não apresenta a habilidade espontânea para efetuar esta descarga como ocorre com os animais. É importante argumentar hipóteses a respeito desta atitude diferenciada do indivíduo. Como, por exemplo, devido o desenvolvimento do néo-cortex e do pensamento humano ser estruturado significativamente com uma base social, ele pode interpretar esta simples habilidade utilizada pelos animais de “curar” os possíveis resíduos da experiência como deficitária e inapropriada. Mas, também, podemos complementar que devido à complexidade da maioria dos eventos traumáticos que perpassam a dimensão da experiência humana, torna-se ineficaz e insustentável, apenas, a utilização de tal habilidade (Naparstek, 2004).

Principalmente, devido à existência das funções mentais e outras complexas atividades cerebrais, como por exemplo, as regiões responsáveis pelas informações memorizadas durante a experiência traumática, surge como essencial, a necessidade humana de compreender e significar cada evento significativo da sua existência. Portanto, entende-se que devidas circunstâncias peculiares e complexas da experiência – como casos de abuso, incesto, guerras, entre outros – é impossível que esta descarga da “energia” aprisionada e a elaboração

completa da memória traumática sejam efetuadas imediatamente com os recursos que o indivíduo possui no dado momento, principalmente devido diversas conseqüências decorrentes do evento traumático que serão abordadas no próximo capítulo.

Portanto, partindo do ponto de vista de Levine é prioritário que juntamente com esta capacidade de elaboração complexa e singular do universo humano (participação das funções mentais), haja também atuação sobre a liberação do aprisionamento das estimulações da memória traumática não processada completamente. A forma como ele e Naparstek atuam para a liberação deste; e o tratamento dos sintomas e efeitos mentais e emocionais do transtorno do estresse pós-traumático agudo e crônico, partindo deste princípio será abordado no terceiro capítulo.

Capítulo 2

O CONCEITO DE TRAUMA PSÍQUICO NO ENFOQUE DA GESTALT TERAPIA

Nesta seção, abordaremos como os conhecimentos gerados por alguns autores da Gestalt Terapia podem alicerçar um entendimento significativo a respeito do trauma psíquico nesta abordagem. Um aspecto essencial do campo teórico e prático da Gestalt Terapia é sua visão a respeito do desenvolvimento do indivíduo desde o seu nascimento. Este olhar singular desenvolvido, primeiramente por Perls, será considerado como base de orientação para a compreensão de eventos traumáticos e suas possíveis conseqüências.

Apesar da singularidade de cada ser humano, Perls (1947/2001) acredita que todas as pessoas passam por fases de desenvolvimento relacionadas ao surgimento dos dentes. A primeira, que ocorre imediatamente após o nascimento, é denominada como pré-dental (amamentação). Esta se caracteriza por um período em que o bebê apenas é capaz de ser nutrido com alimentos líquidos e fáceis de serem digeridos pelo trato digestivo, momento este designado como morder dependente, pois o bebê precisa de alimento já mastigado para ser integrado ao organismo. Nesta fase, ele ainda não possui consciência da diferenciação do mundo interno e externo, ou seja, tudo que ele percebe, sente e vivencia faz parte de uma única realidade intrinsecamente pertencente ao seu ser.

Este aspecto é prioritário para a compreensão das fases posteriores, considerando que esta realidade de simbiose eu e mundo apenas mudará quando a criança começar a desenvolver a percepção da separação eu/outro. Pois, no decorrer do crescimento do bebê, inicia-se o crescimento dos dentes e estes se tornam um novo instrumento de contato e conhecimento do ambiente em que se encontra, utilizando, principalmente, os mamilos da mãe como objeto para morder. A partir desta experiência de morder, ele pode vivenciar o medo de machucar e ser machucado, produzido pela mãe, quando ela repetidas vezes tenta impedir a ação do bebê de morder através de tapas, ou da sua retirada brusca do peito. Desse

modo, a criança começa a inibir este ato natural e compatível com suas necessidades de se relacionar com o mundo, através de sua agressividade oral, no sentido de transformar o que é oferecido pelo meio e de difícil digestão e assimilação pelo organismo. O ato de morder e mastigar, considerado por Perls como resistência oral é utilizado como forma de impedir experiências que lhe trazem sentimentos e sensações de não-gratificação, na medida em que a criança desenvolve a capacidade de selecionar e transformar situações, com o objetivo de favorecer seu desenvolvimento saudável. Como explica Perls a respeito da inibição da agressividade oral:

O trauma do castigo, entretanto, não é tão freqüentemente encontrado, quanto à frustração traumática da retirada do seio (desmame prematuro ou abrupto). Quanto mais a atividade de morder é inibida, menos a criança desenvolverá a habilidade de enfrentar um objeto, se e quando a situação exigir (1947, p.167).

Com esta conclusão, percebemos claramente que as fases pré-dental (amamentação) e incisiva (morder) envolvem uma necessidade essencial do bebê, que é o ato de morder bem sucedido e gratificado. Porém, quando este é significativamente frustrado ou impedido, atingirá a qualidade da próxima fase chamada molar (morder e mastigar), afetando conseqüentemente a forma do indivíduo de lidar com o meio, diminuindo sua capacidade de controlar a sua vida, questão esta que será melhor abordada posteriormente e no próximo capítulo.

A habilidade natural de morder é vista como uma habilidade para tornar o alimento liquefeito e facilmente digerido, podendo conseqüentemente integrá-lo harmonicamente com o organismo, ou seja, o indivíduo desenvolve habilidades (agressão) para ter contato pleno com a experiência e discernir a respeito da possibilidade de assimilação. Porém, quando esta capacidade de resistência oral é impedida, o organismo encontra outras formas de resistir ao alimento. Uma destas seria a repugnância, como explica Tenório.

O ato de repugnar, por exemplo, é uma dessas resistências orais, é a rejeição emocional do alimento no momento em que este entra na boca e no estômago, ou quando este contato é apenas imaginado. Na ausência da resistência oral pela mordida ou mastigação, como consequência de uma imaturidade ou inibição, a criança não encontra outra saída a não ser resistir pela repugnância, ou seja, vomitando. O repugnar significa, portanto uma oposição ao alimento, uma interrupção do contato com algo que vem de fora, antes que este se converta em parte de nós mesmos, é uma alienação ou evitação daquilo que pode ser nocivo ao organismo e que não foi possível ser desestruturado pela agressão ou pelo contato (2003, p.37).

Quando esta experiência de liberação de algo que é interpretado como intragável é obtida, o indivíduo consegue evitar a introjeção de algo que provavelmente não seria digerido ou integrado imediatamente pelo organismo. Porém, nas experiências cotidianas podem haver, ainda, circunstâncias que impedem o ser humano, tanto de morder ou mastigar o alimento, como de repugná-lo, gerando apenas uma alternativa perante um objeto intolerável e inevitável, que é introjetar ou engolir o mesmo por inteiro sem mastigar.

Esta forma de introjeção pode ocorrer parcialmente ou totalmente, no entanto, nos dois tipos, ela se caracterizará pela consequente presença de um objeto estranho no organismo, que propiciará uma perda da unidade do Self e mudanças das funções ego do Self. Na mudança das funções ego do Self, predomina as interrupções de contato, questões estas que serão abordadas detalhadamente no próximo capítulo.

De acordo com Perls, os processos mentais e físicos possuem semelhança estrutural, ou seja, a realidade que atua e se desenvolve em um dos sistemas simultaneamente ocorre no outro, considerando, é claro, a peculiaridade de cada instância de funcionar

(1947/2001). Considerando esta interdependência entre mente e corpo para, é importante fazer referências às palavras de Perls.

Quero dizer que o alimento psicológico que nos oferece o mundo externo – o alimento de fato e atitudes sobre as quais se constroem as personalidades – tem que ser assimilado exatamente da mesma forma que nosso alimento real. Tem que ser desestruturado, analisado, separado e, de novo, reunido sob a forma que nos será mais valiosa. Se for meramente engolido inteiro não contribui para o desenvolvimento de nossas personalidades. Pelo contrário, nos torna algo semelhante a uma casa tão superlotada com coisas de outras pessoas que não sobra lugar para as coisas do dono (1973/88, p.47).

A Gestalt Terapia traz como pressuposto básico a idéia de que toda experiência existe como uma totalidade que envolve o organismo/meio e se concretiza através do contato, pois como cita Ribeiro:

O contato não surge de uma elaboração intrapsíquica, tipo pensamento-vontade. É uma elaboração fruto da relação dinâmica existente na relação pessoa-mundo, em um dado espaço vital. O surgimento de um modo de ser, que se faz visível no modo como fazemos contato, é operacionalizado pelos três sistemas básicos de nossa estrutura vital: o sensorio, o cognitivo e o motor, os quais em íntima relação com os diversos campos em que nos movemos, somos e existimos, fazem surgir nosso self, visível através do nosso eu, que é a instância manifesta do contato (1997, p.24).

Dentro do campo organismo/meio, quando no contato que se estabelece, a pessoa se depara com algo que representa um risco ou ameaça para sua integridade, ela imediatamente aciona as formas possíveis de lidar com a situação, de maneira rápida e econômica (Ribeiro, 1997). Estas formas encontradas pelo indivíduo para enfrentar tais experiências estão

intrinsecamente relacionadas com as resistências orais citadas anteriormente, ou com as resistências criadas como alternativas diante da impossibilidade de resistir oralmente, agredindo o meio através da mordida ou mastigação.

Essas resistências alternativas são interrupções de contato, consideradas por Perls como resistências contra a resistência oral, pois engolir sem mastigar ou introjetar é uma interrupção de contato e também uma resistência contra o ato de morder ou mastigar, por causa do medo de machucar ou ser machucado. Estes são caminhos de sobrevivência e auto-regulação encontrados pelo indivíduo perante eventos traumáticos, que a possibilidade de assimilação é impossível, pelo menos de imediato.

Como podemos perceber a dinâmica do Self e das funções de ego do Self em relação aos introjetos tóxicos consiste em tentar mantê-los reprimidos como ausentes da realidade do sujeito, através das interrupções do contato. Porém, como eles se tornaram parte da constituição do indivíduo, mesmo estando “separados” e no fundo, eles estarão atuando na tentativa de solucionar uma situação inacabada. De acordo com a subjetividade de cada ser, o conteúdo inassimilável possui uma carga de significados e de afeto diferenciada para cada pessoa, ocasionando diversas formas de expressar essa realidade interna e de estabelecer a configuração das interrupções de contato.

E esta atuação do objeto introjetado internamente estará sempre modificando a percepção da realidade presente, pois esta terá aspectos que serão, pelos menos, remotamente, relacionados com as situações inacabadas do passado. Isto faz com que:

(...) as próximas figuras serão inevitavelmente pouco definidas e intensamente permeadas de significados e aspectos referentes às figuras não completadas anteriormente. Esse fenômeno de contaminação e perturbação do campo pode ser compreendido em outros termos como sendo o resultado de mecanismos de projeção ou de transferência, onde a pessoa traz para o presente os significados

referentes às situações do passado e percebe o outro, a relação com este ou a realidade atual, de maneira deformada pelos conteúdos próprios do seu mundo interno e subjetivo (Tenório, 2003, p.42).

Neste sentido, uma experiência traumática pode ser entendida como uma experiência de impasse existencial, vivenciada pela pessoa como sendo ao mesmo tempo intolerável e inevitável. Nestas circunstâncias, a única saída da pessoa é dessensibilizar-se para poder suportar essa experiência, sem se desestruturar. Este processo se assemelha ao que acontece quando a pessoa é obrigada a ingerir um alimento que lhe é intolerável, no sentido de garantir a sua sobrevivência. Desse modo, para não sentir o gosto intolerável do alimento, que lhe causaria náusea e repugnância, a pessoa resolve engolir inteiro sem mastigar. O problema é que, ao engolir inteiro o organismo não consegue digerir nem metabolizar completamente o alimento intolerável, o qual permanece em seu interior, produzindo mal-estar. Para Gestalt Terapia, esse processo de engolir sem mastigar o que é intolerável, é denominado introjeção tóxica, que é a base de todas as neuroses.

Quando uma pessoa, ao sair de um banco com todo o seu salário no bolso é surpreendida por um assaltante que pede seu salário, apontando uma arma para sua cabeça, ela vivencia uma experiência de impasse existencial. Ao mesmo tempo em que é intolerável entregar seu salário para o assaltante, isto é inevitável e indispensável para preservar sua vida. Nesta situação, sua única saída é se submeter ao assaltante, fazendo o que ele quer, passivamente, em vez de lutar contra ele, que era sua necessidade. Desse modo, ao entregar seu salário para o assaltante de forma passiva, sua capacidade agressiva para lutar, morder e mastigar, é bloqueada ou inibida, possibilitando a submissão ou a introjeção.

A Gestalt Terapia explica que a situação de impasse existencial gera os microcampos introjetados. Isto é, a experiência de ter sido assaltada, na qual a pessoa se sentiu impotente e dominada pelo assaltante, não é digerida nem assimilada pelo organismo psíquico,

permanecendo no fundo de forma desintegrada da totalidade do Self. Isto faz com que esta experiência permaneça na memória como uma situação mal resolvida ou inacabada, funcionando como um microcampo introjetado que contamina as vivências do presente e gera percepções distorcidas da realidade atual.

Este pressuposto teórico explica os resultados da experiência traumática no comportamento e na personalidade do indivíduo. A pessoa assaltada pode desenvolver um transtorno de ansiedade (fobia de assalto) com ataques de pânico, sempre que sai para a rua e encontra pessoas suspeitas de serem assaltantes. A sensação de impotência, insegurança e fragilidade com incapacidade para reagir e se defender, vivenciada quando foi assaltada no passado e desencadeada no presente, pela interferência do microcampo introjetado (imagens internalizadas carregadas de emoções intensas de caráter negativo), fazendo com que a pessoa interprete a situação atual como sendo ameaçadora. Essa percepção distorcida da realidade acontece porque as imagens internalizadas são projetadas ou transferidas para o presente. As imagens internalizadas que formam os microcampos introjetado são, portanto, figuras que não foram completadas, ou gestalts que não foram fechadas no passado, por isso, elas não desaparecem completamente do campo perceptivo, perturbando o surgimento nítido de novas figuras, uma vez que as anteriores são misturadas às novas.

Para a Gestalt Terapia, portanto, vivenciar uma experiência traumática é como engolir um alimento intolerável por inteiro, ocasionando conseqüências como a perda da unidade Self/eu e das funções ego do Self, com propósito de manter as interrupções de contato, e conseqüentemente podendo gerar tanto a neurose como distúrbios de personalidade graves. Como cita Perls, devido à intolerância do conteúdo traumático, o organismo poderá se defender da mesma forma como na melancolia:

O uso destrutivo dos dentes na melancolia (e outros exemplos de introjeção total) é tão inibido que a agressão não empregada se transforma em autodestruição do

indivíduo. O contato com qualquer material introjetado é, em geral, impotentemente agressivo, e se manifesta como rancor, resmungo, censura, preocupação, lamentação, irritação, “transferência negativa” ou hostilidade (1947, p. 198).

Com base nos pressupostos da Gestalt Terapia, percebe-se que as formas que um organismo encontra para expressar e também tentar completar a gestalt referente às vivências traumáticas não-solucionadas podem ter diversas facetas, e cada uma terá um espectro diferenciado de efeitos na qualidade do contato consigo mesma, com o outro e com a realidade, ou seja, haverá sempre conseqüências na dinâmica funcional do ciclo de contato, o qual passa a ser interrompido em suas várias etapas. Nestas circunstâncias, a interrupção do contato torna-se o instrumento essencial que o indivíduo utiliza para se proteger de aspectos internos ou externos, quando estes se tornam ameaçadores à sua sobrevivência física e/ou psíquica.

Capítulo 3

OS EFEITOS DO TRAUMA PSÍQUICO NO ENFOQUE DA NEUROCIÊNCIA

Antes de abordarmos as conseqüências decorrentes de um ou vários eventos traumáticos que possuem uma base de explicação neurofisiológica, consideramos essencial explicitar, primeiramente, a respeito de transformações que podem ocorrer no mundo interno do sujeito em relação ao sentimento de pertencimento no mundo físico, familiar e social, devido a vivência de uma experiência traumática.

Considerando este aspecto, a história humana é perpassada desde o nascimento por experiências que possibilitam ao sujeito, o desenvolvimento da auto-estima, da sua capacidade de controlar e atuar no mundo e a conquista da idéia de que vivemos em um ambiente que traz segurança e justiça, no qual os acontecimentos podem ser previstos. E também, que cada ser humano é capaz de agir com dignidade, moral e respeito perante o outro e a si mesmo. No entanto, durante um evento traumático todas estas crenças e aquisições podem ser perdidas e, inclusive, pode ocorrer um efeito significativo sobre a constituição do autoconceito, ou seja, a pessoa pode adquirir uma identidade distorcida de si própria. Esta realidade pode ser melhor compreendida com o depoimento de Valerie, adulta sobrevivente de prolongado abuso sexual na infância:

Pessoas como eu, tem vivido na escuridão tanto tempo que a luz parece errada; nós conhecemos a miséria por tanto tempo que a bondade e a felicidade produzem sentimentos esmagadores de vergonha e indignação... Eu continuo lutando com minhas questões, mas (com ajuda) eu agora tenho a visão de onde eu posso estar... e o que eu mereço desejar (Naparastek, 2004, p. 40).

E o testemunho de Frannie, vítima de estupro, que evidencia claramente o estado da identidade de uma pessoa após a vivência de um ou mais eventos traumáticos (citado Naparstek, 2004).

Eu não tenho certeza se eu poderia dizer o que meu ser era... meu senso de mim mesma estava incoerente – apenas um monte de déficits elétricos, conexões misturadas, e interferência constante. Mas, agora eu tenho o senso de mim mesma. O estupro foi algo que aconteceu comigo, mas não sou eu (p.42).

Através destes relatos, podemos perceber singelamente como a vida de um indivíduo que teve como parte de sua existência, uma ou mais experiências traumáticas, pode sofrer significativas alterações, repercutindo na saúde física, mental e emocional e na qualidade dos seus relacionamentos com o meio social. E considerando este olhar, é necessário aprofundar nosso entendimento em relação aos efeitos e conseqüências de um trauma.

Como argumenta Levine (1993), é impraticável relatar todos os sintomas que podem surgir após uma experiência traumática, devido à subjetividade da vivência do trauma de cada um. Porém, podemos, ao menos, relatar os que são mais freqüentes em relação à maioria das pessoas, como hipervigilância, insônia, irritabilidade excessiva, dores de cabeça e nas costas, inquietação, pesadelos, amnésia, pensamentos e imagens intrusivas relacionadas ao trauma, problemas de pele, fadiga, atividade sexual diminuída ou exagerada, dificuldade em lidar com situações estressantes, respostas emocionais exageradas, dificuldades na concentração e em focar a atenção, afeto restrito, sentimentos de solidão e medo intenso, fuga de estímulos relacionados ao evento traumático, entre outros.

É importante ressaltar que, na maioria dos casos, estes sintomas apenas permanecem, no máximo durante alguns meses, caracterizando como transtorno de estresse pós-traumático agudo. E apesar destes sintomas, neste curto período de tempo, gerarem significativas mudanças na predisposição do indivíduo perante suas atuações no trabalho, no relacionamento familiar e social e em relação a si mesmo, a pessoa traumatizada, normalmente, busca meios alternativos para lidar com as dificuldades presentes, mesmo

havendo relevante prejuízo no seu desempenho e na sua capacidade de atuação perante o mundo social.

Segundo Naparstek (2004), se a pessoa tem um amparo social e experiências posteriores ao evento traumático, que propiciem um ambiente saudável e estruturante, ela consegue estabelecer, novamente, seu equilíbrio físico, emocional e mental, e conseqüentemente os sintomas desaparecem. Como é caso de um jovem estudante e outro colega que estavam passeando em um parque e foi surpreendido por um grupo de garotos, os quais o atacaram violentamente. E após este episódio, este jovem apresentou vários sintomas do estresse pós-traumático como dificuldade de ficar em ambientes públicos com colegas, insônia, dificuldade de concentração, sentimentos de solidão e medo intenso, pesadelos, agitação. Porém após algumas semanas, devido o apoio dos amigos e os ensaios de teatro, nos quais ele conseguia focar a atenção, os pesadelos e o medo excessivo começaram a diminuir, o senso de humor estava melhor. E também, ele teve uma experiência que foi significativa para o seu restabelecimento saudável, a qual ocorreu na corte quando ele foi testemunhar, pois ele reviu o grupo de jovens que o violentou. E neste momento, ele teve outra percepção destes garotos, a qual ele relata como:

Quando os garotos entraram na sala da corte, vestidos com suas melhores camisas brancas, parecendo tão jovens e assustados- arrastados pelas severas mães ou avós, as quais ordenavam que eles o desculpassem pessoalmente – eu estava em choque. No parque, eles pareciam tão grandes, poderosos e ameaçadores. Na sala da corte, eles são apenas crianças amedrontadas- assustadas por estar na corte, e eu penso que eles estão com mais medo das mães deles. Eu me percebi tendo pena deles. Vendo aquelas vulneráveis faces definitivamente mudou alguma coisa. Depois disso, não existiam mais pesadelos (Naparstek, 2004, p.34).

Porém, a vivência de um evento traumático pode gerar outras diversas conseqüências que não parecem ser facilmente solucionáveis, como quando o (TEPT) Transtorno de Estresse Pós- Traumático se torna crônico, no qual os sintomas podem persistir durante anos. Pesquisas demonstram, que além dos sintomas anteriormente citados ou inclusive como substituto destes, podem surgir doenças como síndrome da fadiga crônica, fibromialgia, sensibilidade química crônica, doenças gástricas, dores miofaciais, depressão pós-parto, psicose, cistite intersticial, dor pélvica crônica, doenças auto imune, ADDH, distúrbios de personalidade, síndrome do pânico, depressão, transtorno bipolar, entre outras (Scaer 2005; Naparstek, 2004).

Apenas atualmente, os distúrbios de personalidade (DSM-IV) ou estas doenças relacionadas começaram a ser relacionados como possíveis formas de resolução da memória traumática, no qual o organismo encontra um meio de adaptação, que aparentemente é experienciado com “menos sofrimento” do que a revivência recorrente de imagens e pensamentos intrusivos, como também de emoções devastadoras relativas a cenas traumáticas, ou seja, a revivência de sintomas que possuem conexão direta com o trauma. Com esta mudança de auto-regulação fisiológica do indivíduo para manter a sobrevivência, ele pode interpretá-la como uma doença que não possui a mínima relação com o evento traumático vivenciado.

Um aspecto essencial que pode explicar esta diferenciada forma de ajustamento do organismo, principalmente, quando ocorrem experiências como abuso sexual, seqüestro, incesto, guerras, as quais se caracterizam como eventos repetitivos ou com elevado nível de ameaça à integridade do indivíduo em um ambiente em que o perigo persiste a cada momento, seria a dissociação, uma reação de defesa da pessoa que ocorre durante o estado de congelamento, quando esta se encontra impossibilitada de fugir ou lutar . Naparstek define a dissociação como:

Quando pessoas congelam, elas também dissociam. Na verdade, dissociação a qual você pode recordar é o mais forte e singular preditor do eventual desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático... Pessoas fogem da cena psicologicamente, tornando-se distante, separada, e emocionalmente desconectada da realidade que está ocorrendo. O foco e a mente alerta tornam-se entorpecidas, possivelmente devido à liberação de endorfinas removedoras de dor. O acesso e estoque da memória são prejudicados e a amnésia ocorre, provavelmente, de algumas partes dos eventos que aconteceram durante este período (2004, p.76).

Para compreendermos vividamente este processo de dissociação, descreveremos o relato de uma mulher que experienciou severo abuso da mãe quando criança:

A primeira memória atual que eu tenho, quando o arco-íris veio até mim, e eu tinha mais ou menos seis anos. Minha mãe estava em surto psicótico e estava gritando no meu rosto quando ela me jogou sobre o pé da minha cama. Ela me bateu, de novo, com a fivela do cinto, e o corpo dela estava exatamente em cima de mim. O rosto dela estava vermelho, e ela continuava gritando. Eu virei a minha cabeça para evitar isto e, através da janela do quarto, eu vi cores inundando o quarto. Eu senti as cores e, de fato, eu vi as cores nas minhas mãos, quando eu as senti para me proteger da raiva da minha mãe. A luz do arco íris entrou pela janela, e eu vi muitas cores nas paredes do meu quarto. De repente, eu senti como se eu fosse banhada pelas cores- e isso foi como se eu estivesse assistindo minha mãe me machucando de cima e eu estava dentro destas cores. Quando a raiva da minha mãe, finalmente, acabou, eu via de cima e de dentro do arco-íris que eu tinha cortes no meu pulso esquerdo e algumas feridas na minha pele. Eu não sentia nada. Eu não me lembro de qualquer sensação de dor física, novamente, depois que eu era capaz de “ir para o arco-íris” por segurança. Eu não tinha idéia de quanto

tempo passava, mas eu sei que era escuro quando eu finalmente estava “presente” de novo (Naparstek, 2004, p.89).

Como mostram vários estudos e relatos, a dissociação se caracteriza pela ausência da consciência do conteúdo emocional e das sensações corporais do fato traumático em si durante o seu acontecimento, gerando a percepção de o que está acontecendo não é real e a pessoa apenas se torna observadora do evento traumático presente sem senti-lo, ou seja, a pessoa cria mecanismos de defesa que a impede de sentir inteiramente a experiência traumática, apesar de todo o conteúdo desta estar sendo memorizado inconscientemente. Porém, com as repetições da experiência traumática, a dissociação poderá tornar-se um mecanismo de freqüente defesa, evitando um sofrimento interno intolerável. No entanto, esta estratégia traz como risco, o desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático crônico, ou também, de doenças físicas crônicas e outros distúrbios de personalidade como os citados anteriormente.

A amnésia, parcial ou total gerada na dissociação, dos fatos traumáticos poderá perdurar durante anos ou décadas, devido à persistência de estados de dissociação, o qual tornará mais e mais freqüente nas experiências traumáticas. Porém, mesmo com a amnésia, a memória traumática localizada no sistema límbico persiste ativa no organismo, mas esta atuação ocorre de forma inconsciente e podendo se expressar de diversas formas como distúrbios de personalidade, depressão profunda, transtorno bipolar, transtornos de ansiedade, síndrome do pânico, doenças físicas crônicas e, conseqüentemente, devido ao nível de significação e gravidade para o sujeito, o conteúdo mnêmico da experiência traumática apenas será revivido inteiramente, anos ou até décadas após o evento traumático (Scaer, 2005). Em alguns casos, ocorre também que estas formas de expressão de sintomas desencadeadas pela memória traumática citadas anteriormente surgem apenas anos ou décadas após a experiência traumática, devido ao grau de intensidade acentuado de dissociação que ainda prevalece.

Pois, apesar de alguns efeitos ocorrerem, pelo menos temporariamente, como prejuízo na atenção, no raciocínio, resolução de problemas, entorpecimento das emoções, entre outros como os já citados anteriormente, o conteúdo da memória traumática intolerável para o indivíduo, permanece intocável pela consciência e distanciada da percepção do sujeito em relação ao que está verdadeiramente ocorrendo na sua realidade interna e externa.

Pela sua natureza, a dissociação pode ser vista como uma forma de defesa perante uma situação inassimilável, pois o sujeito não tinha saídas alternativas que impedissem o acontecimento do fato traumático. Porém, esta atitude não apaga ou completa a memória traumática -contendo todas as sensações corporais, emocionais e motoras -e esta buscando um caminho para se expressar e ser resolvida pode atuar de diversas formas, como já citado anteriormente, e talvez encontrando, apenas, como ponto final da sua trajetória, o reprocessamento completo da memória traumática, na qual estará presente cada detalhe das sensações físicas e emocionais experienciadas no passado. Este tipo de lembrança tem uma natureza diferente da recordação do trauma quando a pessoa ainda permanece dissociada no decorrer dos anos, ou seja, ela tem um conhecimento cognitivo precário da experiência traumática, e este está totalmente desprovido do conteúdo afetivo dos eventos, portanto a pessoa pode ter uma compreensão reducionista de que esta experiência passada não afeta sua saúde física, emocional e mental no momento atual.

A descoberta por cientistas do processo chamado neurosensitization ou Kindling, também pode ser vista como uma ferramenta para a compreensão amplificada e consistente das conseqüências de uma memória traumática não elaborada. Pois, este novo conceito se refere: “(...) ao processo de neurosensibilização com trajetórias neurais que conduzem à atividade espontânea, independentemente da estimulação sensorial externa” (Scaer, 2005, p. 62).

E pesquisas realizadas com ratos recém-nascidos por Goddard e colegas (1969, citado em Scaer, 2005) revelam que a amígdala foi a região do cérebro, na qual a indução do Kindling no cérebro ocorreu mais facilmente. E, no entanto muitas pesquisas posteriores relacionadas ao trauma, acreditam que “...TEPT crônico representa um exemplo deste tipo de neurosensibilização. No TEPT, a consciência e a memória de procedimentos do evento traumático serve como sugestão interna espontânea que causa a emergência de sintomas igualmente, mesmo com a ausência de sugestões externas do ambiente” (Scaer, 2005, p. 63).

Portanto, estes estudos podem ser visualizados como uma fonte para o entendimento de diversas conseqüências decorrentes do evento traumático, como a explicação do agravamento do TEPT e também o surgimento de outras doenças físicas e distúrbios de personalidade. Como também, o desenvolvimento de uma sensibilidade excessiva ao ambiente externo e ao relacionamento social, os quais se tornam gatilhos instantâneos para acionar respostas de alarme defensivas.

Para tornar estes diversos sintomas, anteriormente relatados, mais vívidos de conteúdo emocional, é prioritário tornar presente alguns sentimentos que estão freqüentemente presentes na vida de pessoas que sofreram uma experiência traumática e devido à singularidade de sua história, estes se tornaram diários e atuantes na sua forma de constituição como pessoa e da compreensão de si mesmo. E conseqüentemente, influenciando na sua relação social e com o mundo.

Damásio (1999, citado em Scaer, 2005, p. 24) compreendeu, através, de muitos estudos, que o que denominamos como sentimento é, na verdade, uma interpretação consciente das sensações corporais. E estas são submetidas a um processo de elaboração complexo até se tornarem conscientes como sentimentos e emoções, no qual a memória traumática está intrinsecamente relacionada e como esta está armazenada em modalidades

sensorio-motoras, sensações somáticas e imagens sensoriais, para este autor, a percepção da emoção reflete o estado da configuração destas memórias traumáticas .

Considerando este aspecto e a riqueza de testemunhos de diversas formas de experiência traumática presentes no livro de Naparstek, os efeitos emocionais do trauma serão explicitados neste trabalho por meio de relatos das próprias vítimas. Ele Wiesel, sobrevivente do holocausto declara:

Nunca eu esquecerei aquelas chamas que consumiram a minha fé para sempre. Nunca esquecerei aquele silêncio noturno que me privou, por toda a eternidade, do desejo de viver. Nunca esquecerei aqueles momentos que assassinaram o meu Deus e a minha alma e transformaram meus sonhos em pó. Nunca esquecerei essas coisas, mesmo estando condenado a viver tanto quanto o próprio Deus. Nunca (Naparstek, 2004, p.98)

Com o depoimento de uma mãe, a qual sofreu abuso na infância, percebemos o sentimento de tristeza e confusão em relação à sua experiência interna.

A emoção mais próxima seria sobrecarga e perda de tudo, principalmente meu corpo. Com o transtorno de estresse pós-traumático as sensações corporais podem sobrecarregar completamente qualquer tipo de lógica – mente e *self* desaparecem, parecendo nunca mais voltar. Nada me pertence, nem mesmo o meu corpo. Tudo está perdido - não há âncora, não há mãe, não há protetor, não há lugar seguro que contenham esses sentimentos, assim eles desaparecerão mais rápidos. Eu me pergunto quando esse assalto indesejado (sim, é um assalto, pois toma conta do seu corpo) irá embora e porque eu não posso controlá-lo? Porque fica se repetindo sempre? Eu tenho de experimentar, tão implacavelmente, uma aniquilação da minha alma. A dor é insuportável e não há nada que eu ou qualquer outra pessoa possa fazer para que eu escape dela (Nparstek, 2004, p.97/98).

Vítima de um acidente automobilístico relata. Sobre sua percepção a respeito dos ataques de pânico, que ela experienciou:

(..) é como se a sua própria mente te atacasse. Essa sensação de ser insistentemente ameaçado pelos seus próprios pensamentos é apavorante - não há lugar onde se esconder. Você está preso em uma armadilha com e pela a sua mente. Pelo menos para mim, essa é a parte mais assustadora de todas... realmente intensifica a claustrofobia”(Naparstek, 2004, p. 101/102).

Sobrevivente de acidente automobilístico relata como o sentimento de raiva o invade apenas alguns anos após o evento traumático:

Eu agora me irrita e me aborreço com qualquer coisa, qualquer coisa mesmo. Vem crescendo dentro de mim como uma enorme onda de calor. Eu acho que me encharco de suor. Às vezes eu me permito fantasiar um surto completo, apenas para fazer esses sentimentos se moverem através de mim e saírem, e isso funciona de alguma maneira. Imagino que estou destruindo as coisas a minha volta – batendo nas janelas, abrindo todos os compartimentos, empurrando e esmagando pessoas, derramando, quebrando e jogando objetos... enfim, coisas desse tipo (Naparstek, 2004, p. 105).

Uma pesquisa realizada pelo Dr. Bruce D. Perry demonstra que pessoas que foram traumatizadas são “compelidas a treinar seu foco de atenção longe da percepção da linguagem e conteúdo verbal, e desenvolvem o direcionamento da sua atenção em direção às sugestões de perigo não verbais – movimentos corporais, expressões faciais, tom da voz, procurando informações relacionadas à ameaças. Cognição e comportamento são mediadas por partes mais primitivas do cérebro, à custa do pensamento abstrato e absorção da linguagem e idéias” (Naparstek, 2004, p.85).

Muitas pessoas diagnosticadas como ADDH, por exemplo, podem, na verdade, serem sobreviventes de trauma como abuso ou negligência e em consequência, estão apenas alertas para se prevenirem de futuros possíveis traumas. No entanto, se a ameaça não está mais presente, eles realmente necessitam de serem tratados em relação ao trauma, pois o distúrbio de atenção e hiperatividade são “sintomas” que a pessoa elabora, inclusive, fisiologicamente como uma forma de defesa.

Outras pesquisas atuais demonstram que experiências traumáticas severas como abuso sexual infantil, podem provocar mudanças em algumas estruturas cerebrais irreversíveis como a diminuição anatômica no hipocampo e do hemisfério direito. E também, que durante o transtorno de estresse pós- traumático crônico, ocorre a diminuição da liberação dos níveis de cortisol e aumento da liberação de norepinefrina (Teicher, 2002; Scaer, 2005; Naparstek, 2004).

Capítulo 4

OS EFEITOS DO TRAUMA PSÍQUICO NO ENFOQUE DA GESTALT TERAPIA

Nesta seção será ampliado o assunto abordado no capítulo anterior, incluindo as possíveis conseqüências e efeitos de experiências vividas quando o sujeito se depara com uma realidade intolerável e inevitável, e encontra como única forma de restabelecer o equilíbrio organismo/meio, ao introjetá-la ou submeter-se a ela, impedindo que ocorra um contato com esta através da agressão (morder e mastigar) ou impossibilitando uma fuga ou evitação da mesma. Quando a introjeção ocorre, não significa que este “alimento” engolido por inteiro terá uma porta de saída imediata sem que haja sua digestão completa.

Ele fica alojado dentro do organismo, uma vez que este objeto introjetado se refere a um conteúdo inassimilável, o qual o indivíduo não é capaz de digerir, impedindo sua integração à totalidade orgânica.

Para a Gestalt Terapia, a situação intolerável ou o alimento intragável deve ser enfrentado e transformado através da agressividade oral, ou utilização dos dentes. No entanto, quando isto não é possível, o organismo cria outras formas de defesa que é a evitação do contato. A repugnância é um desses tipos de defesa alternativa, para não ter que engolir o que é indesejável.

Assim como a inibição do ato de morder pode gerar o ato de repugnar, a inibição da repugnância pode gerar o ato de introjetar ou engolir inteiro. Neste sentido, quando uma resistência natural é inibida pelo meio, o organismo, imediatamente, cria outro tipo de resistência, ou de defesa, como forma de sobreviver ou manter seu equilíbrio diante de uma situação extremamente ameaçadora, que não pode ser enfrentada diretamente. Por exemplo, se a criança é castigada por ter recusado um alimento e é obrigada a comer aquilo de que não gosta, para resolver este conflito, ela o engole inteiro e rapidamente sem sentir seu péssimo sabor. A introjeção é,

portanto, uma forma alternativa de resistência criada pelo organismo, depois de ter fracassado na luta contra a imposição pelo outro de algo nocivo e repugnante (Tenório, 2003, p. 37)

A introjeção, parcial ou total, como forma de resistência contra resistência, é essencial como estratégia de defesa perante situações que exigem uma atitude do sujeito. Porém, este corpo estranho introjetado permanece interferindo significativamente na realidade interna e externa do indivíduo. Pois, apesar de não ter sido assimilado, ele possui substancialidade suficiente para atuar de diversas formas no funcionamento intrapsíquico e, como parte de sua ação, ele demanda a desintegração da unidade Self/ego e também altera significativamente as funções ego do Self.

Portanto, devido à impossibilidade do sujeito de fazer contato com este “alimento” intragável ou esta experiência intolerável, para que esta seja digerida e vivenciada inteiramente e, conseqüentemente elaborada e integrada à personalidade, ela se torna um microcampo introjetado que ameaça a integridade do Self, por ser uma coisa mal resolvida que continua viva dentro do organismo, com possibilidade de vir à tona a qualquer momento, fazendo com que a pessoa reviva, no presente, a situação de impasse existencial do passado. E para se proteger e preservar sua integridade, é fundamental que o Self se organize e se mobilize com o objetivo de manter o microcampo introjetado reprimido, permanecendo como fundo e distante da awareness. Esta atuação do Self é explicada por Deslisle, mostrando como esta dinâmica pode ocorrer desde o nascimento.

O Self unitário, porém embrionário, do bebê introjeta os aspectos malignos ou tóxicos da experiência, porque ele não pode contactá-los (estes são inassimiláveis) e nem rejeitá-los (eles são indispensáveis dentro desta configuração). Quando introjetados, estas experiências devem ser retidas dentro de Self para que elas não reemerjam no curso dos ciclos de contato subseqüentes e ativem, portanto, a

repetição daquilo que já foi considerado como sendo muito intolerável para ser contactado e assimilado. O processo pelo qual estas introjeções são mantidas dentro do Self, mas fora da awareness é chamado de repressão. A repressão afeta não somente os objetos introjetados, mas também as partes do Self que procuram manter um relacionamento com estes objetos, porque eles são essenciais á sua sobrevivência. Este ponto de vista implica que deve haver um processo de separação (split) do Self para que ocorra a repressão (Delisle, 1999, p.48)

Considerando que o Self é definido como “a pessoa total de um indivíduo na realidade, incluído o corpo e a organização psíquica” (Moore e Fine, 1990 citado em Delisle, 1999, p. 47) e o ego é a estrutura mediadora da interação Self e meio, estas duas estruturas se tornam responsáveis pela repressão do objeto introjetado, atuando de forma compatível com suas possibilidades e capacidades. O Self trabalhando para tornar eficaz sua função necessária de repressão utiliza as funções ego do Self nas interrupções do ciclo de contato.

Como traz Smith (1988 citado em Tenório, 2003) , a criança desde seus primeiros anos de desenvolvimento demonstra naturalmente suas necessidades e sentimentos, porém estas atitudes espontâneas podem ser inibidas pelos pais, devido posicionamentos repressivos perante ela. Estas mensagens proibitivas em relação ao comportamento natural da criança serão internalizadas sem questionamento, ou seja, esta, por não ter o poder de escolha, deverá engolir por inteiro o desejo dos pais. Portanto, no decorrer da história do indivíduo, esta internalização passiva de mensagens proibitivas pode ser uma realidade recorrente, ou, mesmo que aconteça poucas vezes, mas se tiver um significado relevante para o sujeito com forte carga emocional, podem ser armazenadas, gerando um acúmulo de objetos introjetados.

O introjeto tóxico carrega consigo um “deveria” ou “não deveria” associado a uma expectativa de catástrofe. Quanto maior for o número e a variedade de introjetos tóxicos, mais fóbica a pessoa se tornará e menos vitalidade ela terá, tornando-se

cada vez mais neurótica. A interrupção do contato, segundo Smith (1988), é, portanto, a essência da diminuição da vitalidade e a introjeção é o processo que permite a criação da neurose, é o processo pelo qual as mensagens tóxicas são incorporadas sem serem assimiladas ou integradas devidamente ao Self (Tenório, 2003, p.39).

A presença do introjeto tóxico no organismo atuará criando duas realidades internas opostas no organismo, e como cita Tenório (2003) existirá a parte dominadora (o que eu deveria ser) e a parte dominada (o que eu sou). Este conflito interno, gera a necessidade de repressão ou alienação da parte dominada, a qual corresponde ao eu desejanste e autêntico, por ser considerado inadequado pelo olhar do dominador internalizado. Desse modo, não apenas o microcampo introjetado permanece “adormecido” para a consciência, mas também, as reais e verdadeiras necessidades do indivíduo ficam obscurecidas pela necessidade de impedir que o introjeto tóxico seja revivido. Ao explicar como acontece a introjeção tóxica, que promove o conflito interno dominador x dominado, Tenório (2003) ressalta que no decorrer da vida da criança, ocorre, primeiramente, uma resistência às imposições do mundo externo, mas posteriormente, esta resistência é feita também contra as questões advindas do seu próprio mundo interno, devido ao fracasso da resistência saudável, pela qual deveria ter sido evitada ou transformada a situação intolerável imposta pelo meio. São estas interrupções do contato com as dimensões internas, que geram as neuroses.

Com a internalização passiva de mensagens proibitivas transmitidas pelo outro dominador no mundo externo, as necessidades e desejos próprios do Self se tornam ameaçadores por serem incompatíveis com as mensagens bio-negativas introjetadas que constituem o eu dominador, o qual tem a tarefa de impedir a realização desses desejos e necessidades. Por isso, a resistência, que antes era feita contra o que vinha de fora, agora é feita contra o que vem de dentro do próprio Self.

Na infância, um paciente fez o ajustamento criativo de aprender a não tomar consciência da raiva em relação a seus pais. Isto foi necessário, porque ele seria seriamente punido pelos pais, caso desse qualquer sinal de sua raiva contra eles. A experiência de sentir raiva dos pais e não poder expressá-la foi intolerável. Sentir a raiva e ter que contê-la era uma interrupção forçada da auto-regulação orgânica. Por isto, nesta situação, a coisa mais adaptativa a fazer era não ficar com raiva e evitar a 'awareness' da raiva. Para que isto pudesse ser mantido, foi necessário a introjeção das atitudes paternas – sentir raiva dos pais é uma coisa má – e a retroflexão, tensionando os músculos para segurar a raiva e, provavelmente, direcionando esta agressão de volta para si mesmo (Breshgold, 1989 citado em Tenório, 2003, p.40).

É importante salientar, que as mensagens bio-negativas podem ter conotações variadas como de insulto, negligência, violência física e verbal, ausência de afeto, abuso sexual, entre outras. E também que elas podem estar relacionadas a outros eventos que ocorrem durante a vida, vivenciados em outros contextos, como acidentes, incestos, presenciar tragédias, perdas, assaltos, estupro, seqüestro e outras experiências que podem ser traumáticas. Eventos como estes, normalmente, além de serem engolidos por inteiro, possuem um conteúdo emocional ou significação intolerável para o sujeito, que ao continuar presente de forma intacta no fundo ou no inconsciente, precisa continuar lá como um corpo estranho que é reprimido e mantido fora da consciência. No entanto, isto não quer dizer que, por ser mantido no fundo, de forma reprimida ou inconsciente, que este material tóxico que foi engolido inteiro, não tenha poder para perturbar o equilíbrio do Self e desestabilizar a vida do indivíduo e produzir transtornos de personalidade, caracterizados por padrões rígidos de comportamento.

As neuroses traumáticas são essencialmente padrões de defesa que se originam numa tentativa de o indivíduo de se proteger contra uma intromissão

completamente apavorante da sociedade ou de choque com o meio. Por exemplo, a criança de dois anos, cujos pais a trancam num quarto escuro durante a noite, fica submetida a uma tensão quase insuportável. Fica reduzida a um nada – na verdade, a menos que nada, a um objeto de manipulação, com nenhum direito ou poder próprios. Não há mais “ele”, há apenas “eles” e o que “eles” podem fazer. Para se defender desta situação, a criança deve desenvolver rígidos padrões de comportamento. E estes podem persistir muito depois que o perigo haja passado. São postos em ação por um trauma, mas continuam a atuar mesmo quando o trauma deixou de existir. (1973/88, p.45)

Contudo, estas experiências que são consideradas como traumáticas, trazem como conseqüência a desintegração do Self, gerando a perturbação da função ego do Self, que passa a atuar basicamente no sentido de manter o objeto introjetado reprimido, gerando o surgimento de diversas formas de neuroses. A singularidade destas dependerão do modo como as interrupções de contato se configuram e se relacionam. As formas existentes de interrupção de contato podem ser a introjeção, deflexão, projeção, egotismo, confluência, retroflexão, fixação, proflexão e dessensibilização. Portanto, quando cada uma destas se torna bastante recorrente na vida da pessoa, promove o desenvolvimento de traços peculiares de personalidade e uma forma específica de percepção de si mesma, de relacionar com o outro e com a realidade.

A Gestalt Terapia é uma abordagem que busca essencialmente traçar um conhecimento aprofundado da dinâmica psíquica humana decorrente de suas vivências internas e externas e o efeito destas na fixação de formas de interromper o contato com o mundo e com o si mesmo. De acordo com Perls:

Quando, por outro lado, a busca de equilíbrio do homem o leva a retirar-se mais e mais, a permitir que a sociedade o influencie demais, a subjugá-lo com suas

exigências, ao mesmo tempo a separá-lo do convívio social, a pressioná-lo e moldá-lo passivamente, nós o chamamos de neurótico. O neurótico não pode ver claramente suas próprias necessidades e, portanto, não pode satisfazê-las. Não pode distinguir adequadamente entre si e o resto mundo e tende a ver a sociedade como maior que a vida e a si mesmo como menor (1973/88, p. 41).

Os estudos sobre as neuroses não têm como propósito encontrar diagnósticos exatos para cada pessoa, mas sim ampliar a compreensão dos processos de interrupções de contato. As nove formas de bloqueio de contato agem de diversas maneiras, podendo atuar, na maioria das vezes, conjuntamente. Devido, a conseqüente inviabilidade do sujeito realizar o contato agressivo com o corpo estranho, para promover a sua assimilação, estes mecanismos de interrupção de contato se tornam repetitivos, mecânicos e obsoletos, perdendo a função de ajustamento criativo. Portanto, como o indivíduo não percebe conscientemente que há uma presença indesejada em seu organismo, ele utilizará várias interrupções de contato, para tentar resolver seus impasses existenciais, e que normalmente parecem eficazes.

4.1 - Introjeção

A introjeção se caracteriza pelo recebimento por inteiro de um objeto oferecido pelo meio, o qual é engolido sem ter sido mordido ou mastigado, tornando-se um alimento indigesto e desintegrado da personalidade do Self. Esta forma de internalização passiva pode se tornar repetitiva e mecânica, impedindo o organismo de utilizar a sua agressividade para discernir o que é realmente necessário para satisfazer os seus desejos e necessidades ou o que pode ser descartado e devolvido para o meio.

De acordo com Ribeiro (1997), o introjetor se constitui pela expressão “Ele existe, eu não “ e ele se caracteriza por obedecer e aceitar opiniões arbitrárias, normas e valores que pertencem a outros, engolindo coisas sem querer e sem conseguir defender seus direitos por

medo da própria agressividade e da dos outros. Ele deseja mudar, mas teme a própria mudança. Preferindo a rotina, simplificações e situações que são facilmente controláveis. Ele acredita que as pessoas sabem o que é melhor para ele do que ele mesmo.

Portanto uma pessoa que introjeta busca mecanismos para aceitar, inclusive afetivamente, o que está sendo engolido por inteiro, pois o meio é quem decide o que é importante e melhor para “satisfazer” suas necessidades. Porém, de acordo com Perls, o uso da introjeção pode gerar duas conseqüências:

Os perigos da introjeção são, pois, duplos. Em primeiro lugar, o homem que introjeta nunca tem oportunidade de desenvolver sua própria personalidade porque está muito ocupado em ficar com os corpos estranhos alojados em seu sistema. Quanto mais se sobrecarrega com introjeções, menos lugar há para que expresse ou mesmo descubra o que é de fato. Em segundo lugar, a introjeção contribui para a desintegração da personalidade. Se alguém traga inteiros dois conceitos incompatíveis, pode se achar tragado em pedaços no processo de tentar reconciliá-los. E esta é uma experiência bastante comum hoje em dia (1973/1988, p. 48).

4.2 - Projeção

Na projeção, segundo Polster e Polster (1973/79 citado em Tenório, 2003), o indivíduo não aceita seus próprios sentimentos, ações, pois ele tem como regra introjetada a ordem do “não deveria” sentir e agir desta maneira. No entanto, para escapar do contato com as ordens indigestas, difíceis e desagradáveis introjetadas, que, agora, fazem parte da sua personalidade, mas não consegue assumi-las, o indivíduo as atribui como sendo pertencente a outras pessoas. Ou seja, como ele não aceita a experiência presente como semelhante a experiência intolerável e inevitável do passado que ele teve que engolir por inteiro, ele

escolhe vivenciar tal acontecimento presente como provocado pelo externo ou pelo outro. De acordo com Perls:

Na projeção, pois, deslocamos a barreira entre nós e o resto do mundo exageradamente a nosso favor – de modo que nos seja possível negar e não aceitar as partes de nossa personalidade que consideramos difíceis, ou ofensivas, ou sem atrativos. A propósito são nossas introjeções que nos levam ao sentimento de autodesvalorização e auto-alienção que produz a projeção (1973/1988, p.50).

Perls, Hefferline e Godman (1951/97 citado em Tenório, 2003) esclarecem que o que o projetor deseja profundamente é a aproximação e o contato, mas como ele tem medo e não consegue fazer nada, procura induzir as outras pessoas a fazerem isso por ele. Ele não se move, mas fica intranquilo, comunica-se em silêncio; fica de mau humor, meditando, planejando, mas se o “outro” capta seus sinais e se aproxima, emerge uma ansiedade intensa.

Para se proteger, o projetor cria mecanismos de defesa que o afastam do contato consigo e com o outro, e estes foram pesquisados por Dias (1994 citado em Tenório, 2003, p.51/52) e podem ser descritos como:

- procurar resolver sozinho e silenciosamente as questões de interesse próprio, que podem despertar cobiça e inveja nas outras pessoas;
- sente que o mundo é perigoso e traiçoeiro;
- em geral, fica com um pé atrás nos seus relacionamentos com as pessoas;
- acha difícil descobrir em si mesmo os defeitos que aponta nos outros;
- tem uma tendência para desconfiar da maioria das pessoas;
- acha mais fácil culpar os outros pelos seus erros e derrotas;
- pensa que os outros por inveja, lhe impedem de conquistar seus objetivos;
- tem uma tendência para desvalorizar e afastar as pessoas que julga ameaçadoras e/ou inferiores a ele;

- em geral, sente-se perseguido e prejudicado pelos outros;
- nas questões de interesse grupal, procura induzir as outras pessoas a tomarem as decisões, no sentido de se livrar de qualquer responsabilidade;
- sente que tem facilidade em perceber as intenções, planos e necessidades das outras pessoas, utilizando suas intuições para se defender;
- em situações de conflito, costuma achar que ele está certo e os outros estão errados;
- quer ter amigos, mas tem dificuldade de se aproximar e confiar nas pessoas.

4.3 - Confluência

A confluência, segundo Ribeiro (1997) pode ser visualizada como sinônimo da frase “Nós existimos, eu não” e caracteriza-se pelo:

Processo em que a pessoa se liga fortemente aos outros, sem diferenciar o que é seu do que é deles, diminui as diferenças para sentir-se melhor e semelhante aos demais e, embora com sofrimento, termina obedecendo a valores e atitudes da sociedade ou dos pais. Gosta de agradar aos outros, mesmo não tendo sido solicitada e, temendo o isolamento, ama estar em grupo, agarrando-se firmemente aos outros, ao antigo, aceitando até que decidam por ela coisas que lhe desagradam (Ribeiro, 1997, p.49)

Segundo Polster e Polster (1973/1979 citado em Tenório, 2003), a confluência é utilizada com o propósito de minimizar ao máximo a diferença entre a experiência presente e os aspectos que esta traz como novidade e diversidade, ou seja, é um mecanismo que busca inviabilizar que o indivíduo possa enxergar a si mesmo, o outro e, principalmente, o que há de novo na sua experiência, tornando a sua ação perante o meio sempre repetitiva. E como cita Perls (1951/97 citado em Tenório, 2003, p.53) :

Culturalmente, as respostas confluentes são as mais rudimentares possíveis, semelhantes à de um bebê. O objetivo é ganhar o outro para que este faça todo o esforço por ele. Neuroticamente, o confluyente não reconhece a nova tarefa no todo, ele se agarra à satisfação de algum comportamento já realizado e a nova excitação vai embora. Sua atitude em relação ao ambiente é de impedir que o comportamento realizado seja abandonado para evitar assumir uma nova tarefa.

4.4 - Egotismo

O egotismo caracteriza-se como uma autopercepção acentuada e possui todos os seus objetivos claramente definidos e sabe tudo o que é necessário fazer para concretizá-los. O egotista considera que a melhor maneira para realizar as atividades seria realizá-las sozinho, ele tem muita dificuldade de aceitar a colaboração do outro e de perceber que o outro também é capaz de produzir com eficácia e com qualidade. Portanto, ele busca focar sua atenção apenas em si mesmo e ignora os que estão à sua volta. Como é explicado por Tenório:

O egotista tem medo de entrar em confluência com o outro, de perder seus próprios limites e desse modo, perder sua identidade e individualidade, fracassando na realização de suas próprias metas, desejos e necessidades. Ele esquece que para satisfazer suas metas ele precisa do contato verdadeiro com o outro e não apenas utilizá-lo como instrumento de realização de seus desejos; como também esquece que a constituição de sua própria individualidade depende da relação com o outro, do diálogo entre as diferenças (2003, p.54/55).

Uma das conseqüências do egotismo que impedem o organismo de se entregar as possibilidades que o meio poderá propiciar a sua vida, é explicitada por Perls et al.(1951/ 97 citado em Tenório, 2003, p.55), pois ele cita que:

(...) o egotismo como um mecanismo que interrompe o processo de ajustamento criativo no momento do contato final. Quando tudo está preparado para o contato final, a liberação do autocontrole é bloqueada e a manifestação espontânea da ação, apropriada às demandas do organismo e do meio, é interrompida. Desse modo, o egotista está sempre mais voltado para si do que para o outro e sua espontaneidade é inibida por uma maior deliberação da introspecção.

4.5 - Retroflexão

Para Perls (1973/1988), a retroflexão significa que o indivíduo traçou uma linha divisória entre ele e o mundo, porém esta linha fica situada exatamente no meio de si próprio.

Quando uma pessoa retroflexiona um comportamento, trata a si mesma como originalmente quis tratar as outras pessoas ou objetos. Deixa de dirigir suas energias para fora, na tentativa de manipular e provocar mudanças no meio que satisfaçam suas necessidades, ao invés disso, redirige sua atividade para dentro e se coloca no lugar do meio como alvo de seu comportamento. Na medida em que faz isto, cinde sua personalidade em agente e paciente da ação. (Perls, 1973/88, p. 54)

De acordo com Ribeiro (1997), a retroflexão se expressa pela frase “Ele existe em mim” e se caracteriza pelo processo em que a pessoa deseja ser como os outros desejam que ela seja, ou deseja que ela seja como eles próprios são, dirigindo para si mesma a energia que deveria dirigir a outrem. Arrepende-se com facilidade por se considerar inadequada nas coisas que faz, por isso as faz e refaz várias vezes, para não se sentir culpada depois

A retroflexão somente se torna caracterológica quando se torna um distanciamento crônico entre forças mutuamente opostas dentro do indivíduo. O ritmo natural entre a espontaneidade e a auto-observação é perdido e a perda deste ritmo divide

o homem em forças auto-limitantes (...) Quando uma pessoa retroflete repetidamente, ela bloqueia as suas saídas para o mundo e permanece sob o controle de forças opostas, mas estagnadas.(Polster e Polster, 1973/79 citado em Tenório, 2003, P.58).

4.6 - Proflexão

Na proflexão, a pessoa se comporta em relação ao outro, da mesma maneira que ela gostaria de se comportar em relação a si própria ou que o outro fizesse para ela, ou seja, ele entrega ao outro, o que ela gostaria de dar para si ou de receber do outro. De acordo com Tenório (2003, p. 59/60):

Na proflexão, a energia não é adequadamente empregada na manifestação direta de um pedido ou desejo, pelo contrário, a pessoa que proflete utiliza sua energia para manipular o outro e fazer com que este lhe dê o que ela precisa. Essa manipulação pode ser ativa ou passiva. Na manipulação ativa, o profletor procura descobrir as necessidades e preferências do outro e trabalha duro para poder atendê-las da melhor maneira possível. Em contra partida, ele espera que o outro lhe faça o mesmo e atenda às suas expectativas de forma análoga. Na forma passiva de manipulação, o profletor se submete passivamente ao outro. Seu esforço é feito, principalmente, no sentido de aceitar, resignadamente, tudo o que o outro lhe faz esperar, pacientemente, que um dia o outro se sinta culpado ou devedor e resolva lhe recompensar fazendo o que é esperado que ele faça. Tanto profletor ativo quanto o passivo buscam satisfazer as expectativas do outro para que estes também satisfaçam as suas que, como aquelas, nunca foram diretamente espessas. As expectativas do outro imaginadas pelo profletor são, portanto, apenas meras projeções das expectativas dele próprio que estão inconscientes. O profletor,

inconscientemente, acredita na seguinte suposição: “Se eu fizer isso por ele, finalmente ele também terá de fazer o mesmo por mim”.

4.7 – Deflexão

A pessoa que deflete, se caracteriza por direcionar o contato consigo e com o outro de uma maneira muito vaga e indireta. Ela não consegue estabelecer um diálogo, no qual as questões podem ser diretamente expostas e claras e também busca, apenas, expressar opiniões e posicionamentos superficiais. Ela tenta, sempre, evitar este aprofundamento na relação com o outro, principalmente, quando envolve afeto. O contato é estabelecido friamente e resistente a uma aproximação mais íntima.

Segundo Ribeiro (1997), os sintomas das pessoas que defletem podem ser sintetizados como: “As pessoas se comportam como se nada estivesse acontecendo. Mantêm, com naturalidade, comportamentos autodestrutivos. Não deixam os verdadeiros sentimentos aflorarem. A organização fica com medo de olhar para dentro de si mesma, se reconhecer e não saber o que fazer com aquilo.” (Ribeiro, 1997, p. 85)

Como traz Smith (1988 citado em Tenório, 2003), a deflexão é essencialmente um processo de ofuscamento da “awareness”, é o processo pelo qual o Self, através de suas funções de ego, faz a alienação, negação ou repressão das experiências ou dos estímulos considerados nocivos e ameaçadores à preservação de sua integridade e equilíbrio, provenientes tanto de fora, quanto de dentro do próprio organismo. Nos estágios do ciclo de contato e retraimento, onde o sistema organísmico básico envolvido é o sensorial, isto é, nos estágios de necessidades, emoção, satisfação e retraimento, a deflexão atua como um processo de evitação da “awareness”.

4.8 – Dessensibilização

Segundo Ribeiro (1997), a dessensibilização é sinônimo de “ Não sei se existo” e se caracteriza pelo processo pelo qual se sente entorpecido, frio diante de um contato, com dificuldade para se estimular, e sente uma diminuição sensorial no seu corpo, não diferenciando estímulos externos e perdendo interesse por sensações novas e mais intensas.

A dessensibilização se trata da diminuição significativa da capacidade de vivenciar as sensações corporais de maneira compatível com a substancialidade proporcionada pela respectiva experiência e também de experimentar a emocionalidade e os sentimentos decorrentes desta, com intensidade reduzida ao máximo. Como traz Zinker (1977/79 citado em Tenório, 2003, p. 64):

(...) quando descreve a interrupção de retraimento e sensação do ciclo de contato, menciona um certo tipo de distúrbio onde a pessoa não se dá conta dos estímulos provenientes do próprio corpo ou do ambiente. Embora, ele não dê um nome para esse distúrbio, que segundo sua descrição, se trata de uma espécie de evitação do contato e da “awareness” de sensações e experiências que perturbam o Self, fica claro que, nessa ocasião, ele está falando de um processo de dessensibilização ou deflexão.

4.9 – Fixação

Perls (1947 citado em Tenório, 2003), descreve a fixação como um dos vinte e dois mecanismos de evitação envolvidos na neurose, onde se pode observar um excessivo apego a um pessoa ou situação. A este tipo de fixação, sempre se apresenta o seu oposto que é evitação do contato com o novo ou o ato de agarrar-se a situações familiares.

Segundo Ribeiro (1997), a fixação é visualizada pela frase “Parei de existir” e se caracteriza pelo processo, no qual a pessoa se apega excessivamente às pessoas, idéias ou

coisas e, temendo surpresas diante do novo e da realidade, sente-se incapaz de explorar situações que flutuam rapidamente, permanecendo fixado em coisas e emoções, sem verificar as vantagens de tal situação.

4.10 – Distúrbios de personalidade

Além de estudos que buscam entender a neuroses, Delisle dedicou-se a amplificar o conhecimento em relação aos distúrbios de personalidade, pois ele compreendeu que estes são desencadeados, também, devido a presença de introjetos tóxicos, os quais geram a perda da unidade Self/eu e mudanças das funções ego do Self, promovendo as interrupções de contato que caracterizam estes distúrbios, os quais são explicados por ele, como :

Os distúrbios de personalidade podem ser definidos como uma constelação de comportamentos e atitudes conservadoras cuja função é preservar o Campo Introjetado, através da busca e da geração – nos vários campos experiências – de contato e configurações de relações capazes de manter elos dinâmicos com as situações inacabadas. Estas maneiras costumeiras de funcionamento são confinadas, inflexíveis, crônicas e caracterizadas mais pelo ajuste conservador do que criativo. Todas as funções do Self estão envolvidas nesta maneira de ser (Delisle. 19 , p.49).

Contudo, tanto as neuroses quanto os distúrbios de personalidade podem ser compreendidos como conseqüências de uma experiência traumática introjetada e não-solucionada. E decorrente da presença desta no mundo interno da pessoa, esta se torna um impasse existencial que buscará formas de se expressar, a quantidade de vezes necessárias, até que consiga se definir como uma experiência elaborada e assimilada pelo organismo.

Capítulo 5

O TRATAMENTO DO TRAUMA PSÍQUICO NO ENFOQUE DA NEUROCIÊNCIA

Todos os conhecimentos e técnicas abordados nesta seção, foram criados e são utilizados por profissionais que compartilham a visão de trauma explicada no primeiro capítulo. Estas técnicas já são praticadas em outros países como USA, Inglaterra, Irlanda, entre outros, e nestes lugares há uma forte dedicação em pesquisas e estudos nesta área. Porém, no Brasil, ainda é muito pequena a quantidade de profissionais que as estão utilizando com o propósito de orientar o processamento de conteúdos traumáticos. É importante ressaltar que a maioria do conhecimento abordado neste capítulo, tem como fonte o livro *Invisible Heroes – Survivors of trauma and how they heal-* de Belleruth Naparstek, pois esta autora foca exclusivamente todos os aspectos que envolvem o desenvolvimento do trauma e os sintomas decorrentes, como também todos os tratamentos atuais que visam o cuidado com uma pessoa traumatizada.

Atualmente, no acompanhamento psicoterapêutico, realizado por tais profissionais, é utilizado como parte do processo para tratar o trauma e seus diversos sintomas decorrentes, formas de imaginações guiadas, as quais são feitas com propósitos específicos, como por exemplo: imaginário para focar no coração; imaginário para suporte e proteção; imaginário para diminuir ansiedade; imaginário para raiva e perdão, entre outras. Elas são utilizadas em momentos apropriados, de acordo com os objetivos do processo terapêutico da pessoa. A utilização desta técnica, é considerada prioritária, pois ela tem peculiaridades que são essências para ativar os recursos saudáveis da pessoa, os quais podem mobilizar as mudanças internas necessárias, gerando a “cura” dos sintomas e facilitando o processo de elaboração do evento traumático. Como cita Naparstek:

Na verdade, a imaginação é um dom que mantém a pessoa a continuar. Um apelo, um caminho rápido para relaxamento, ela cria um estado de sonho altamente

maleável que permite o surgimento de imagens saudáveis, onde elas aparecem com uma profunda incumbência, profundamente abaixo da superfície mente-corpo, onde elas podem reverberar de novo e de novo, entregando múltiplas camadas de mensagens saudáveis, complexas e codificadas por meio de simples símbolos e metáforas. Frases e imagens chaves, entram pela mente inconsciente misteriosamente, porém realiza todo o processo necessário (2004, p. 150).

A capacidade diferenciada das imaginações guiadas se deve a alguns aspectos que esta possui e que garantem o acesso aos recursos que o indivíduo necessita para seu fortalecimento orgânico e psicoemocional e, conseqüentemente obter condições para entrar em contato com as cenas do evento traumático.

Como demonstrado no primeiro capítulo, a memória traumática ocorre no sistema límbico e também envolve, significativamente, a participação do hemisfério direito no processamento de informações relativas ao evento traumático, memorizando as cenas do trauma como sensações corporais e imagens carregadas de emocionalidade. Decorrente deste aspecto, as pessoas que experienciaram um trauma desenvolvem uma sensibilidade acentuada e uma reatividade elevada, nas regiões que processam as sensações, imagens e emoções. Devido o fato destas regiões se encontrarem ativas, atuando, repetitivamente, com o propósito de tornarem a memória traumática completamente elaborada, a pessoa traumatizada se encontra amplamente responsiva a sugestões de sensações, de emoções e de percepções. Portanto, como as imaginações guiadas têm como característica intrínseca à mobilização destas formas de sugestões, esta ferramenta é significativamente vantajosa para acessar um diferenciado contato consigo e gerar mudanças nas sensações e emoções, na auto- percepção e no auto-conceito. (Naparstek, 2004)

Outra questão importante é que as pesquisas têm demonstrado que a área de broca, responsável pelo pensamento que traduz a experiência pessoal em linguagem, não consegue

transformar integralmente o conteúdo da experiência traumática em conteúdo verbal. Isto ocorre, porque as pessoas que estão vivenciando os efeitos do trauma, conseguem experienciar melhor suas emoções como estados físicos do que como fatos codificados verbalmente. A pessoa vê, ouve e sente elementos sensoriais fragmentados do evento traumático, mas são dificilmente traduzidos em linguagem comunicativa. Esta questão é explicada pela psicoterapeuta Linda Gould (2001, p.158/59):

Muitas vezes no trauma, a cura não pode ser total, pois a experiência traumática fica presa em várias áreas do cérebro. Não se trabalha o trauma apenas se falando sobre ele. O falar é uma atividade do hemisfério esquerdo, primariamente. Para se completar o processo de cura, uma pessoa traumatizada precisa acessar o sistema límbico e o hemisfério direito do cérebro, onde estão estocadas as imagens, as sensações corporais e os sentimentos. Ativando essa área do cérebro e acessando esses conteúdos, uma pessoa está apta a dar significado a eles e mudar esse material traumático para uma resolução mais adaptável.

Outra questão importante se refere ao fato de que durante as imaginações guiadas, a atuação do hemisfério esquerdo é reduzida e como esta região é responsável pelo pensamento lógico e linear, a sua função de julgamento, análise e decisão do processo que está ocorrendo durante as imaginações guiadas permanece significativamente diminuída. E como a técnica de imaginação guiada é dirigida primariamente através do hemisfério direito, responsável pela elaboração do conteúdo simbólico - envolvendo as habilidades sensoriais, perceptivas e imaginativas na formação deste- e pela criatividade, a imaginação guiada atua utilizando a capacidade sensorial, perceptiva e de apreensão do hemisfério direito, criando a experiência imaginária sem interrupções de julgamentos do pensamento analítico (Naparstek, 2004).

Uma outra vantagem da utilização da técnica imaginativa guiada se refere ao fato que esta pode proporcionar o re-equilíbrio da bioquímica do organismo, esta questão é

demonstrada por Naparstek: “Um estudo com sobreviventes de traumas, pacientes pré e pós-operatórios, e geralmente adultos saudáveis mostram que o imaginário, quando guiado, pode ajudar a regular o cortisol e a rebalancear a ação bioquímica do corpo mais frequentemente em tempos curtos e em muitos casos continuando por várias semanas” (2004, p.160).

Como visto no capítulo anterior, durante o evento traumático ocorre, frequentemente, a dissociação, a qual poderá causar conseqüências que impeçam recuperação da pessoa, porém a técnica imaginativa guiada poderá atuar nestes conteúdos dissociativos, como é explicado por Naparstek:

Conseqüentemente, é seguro dizer que pessoas que são traumatizadas podem dissociar pelo simples cair de um chapéu. A boa notícia é que: imaginação guiada é uma forma benéfica de dissociação estratégica e focada – dissociação conscientemente usada com um propósito – e sobreviventes de trauma são altamente qualificados nisso. A imaginação curativa é um meio de implantar o estado de transe de uma forma positiva e consciente – um meio do fogo lutar com o próprio fogo. O conteúdo curativo do imaginário encontra o feio material do trauma exatamente aonde ele reside, no mundo de devaneios, fragmentos sensoriais e sentimentais, no lado direito do cérebro. Usando o imaginário, podemos confrontar pesadelos com belos sonhos. (2004, p.162).

A técnica de imaginação guiada possui, dentre estas características citadas, outras como reiniciar o processo de conscientização corporal, ou seja, a pessoa volta a entrar em contato com o que está sentindo, com as suas sensações corporais, mesmo que para fazê-lo necessite utilizar uma linguagem simbólica como o caso da Franie, que não conseguia falar de seus sentimentos, porém ela falava de uma rocha que os representava:

Ela pensou que poderia falar sobre a pedra de uma maneira que ela não falaria sobre seus sentimentos. Ela poderia examinar a pedra, descrevê-la, conectar-se

a ela, entrar nela, e falar com ela. Algumas vezes a pedra representava a sua dor, e tudo que ela podia fazer era praticar a respiração dentro e fora dela. As vezes estaria quente, queimando, cheia de vergonha, repulsa e nojo. Outras vezes era mais leve, menos ameaçadora, mais maleável – como se tivesse com remorso - e assim, ela poderia ser mais amigável. Algumas vezes ela sentia pena da pedra e a consolava (Naparstek, 2004, p.167).

Outro exemplo de utilização da imaginação guiada por uma terapeuta com duas clientes que presenciaram o ataque ao World Trade Center, demonstra como esta técnica pode propiciar a experiência, na qual a pessoa vivencia o fato traumático, porém como uma observadora:

Duas das pessoas com quem trabalhei estavam trabalhando juntas em um prédio das redondezas na época do ataque de 11 de setembro de 2001 e ficaram traumatizadas de ver corpos caindo e explodindo no chão. Essa visão particular provou ser o maior horror para aqueles que não foram diretamente ameaçados pela perda de suas próprias vidas e de seus entes-queridos. Meu método foi permitir que elas, lentamente, processassem o horror, criassem uma linguagem para isso e finalmente as ajudava a integrá-la em suas vidas, pois assim poderiam ir adiante. Em um primeiro momento, elas não conseguiram falar. Uma mulher ficou com náuseas ao tentar. A outra teve uma enxaqueca imediatamente após a tentativa. Então eu pedi a elas que imaginassem que estavam vendo TV juntos e que estavam segurando o controle remoto e que poderiam desligar quando sentissem vontade (Naparstek, 2004, p.165).

Portanto, as técnicas de imaginações guiadas podem ser criadas de diversas maneiras e com propósitos diferentes, porém existem outras técnicas que estão sendo utilizadas para o

tratamento do trauma e que integrada a esta, se tornaram bastante eficazes. Neste trabalho serão citadas três destas técnicas: TAT, TFT e SE.

O TFT (Thought Field Therapy) foi criado pelo psicólogo Roger Callaham, com base na medicina tradicional chinesa, que defende que problemas físicos e emocionais são provenientes do bloqueio de energia do corpo. De acordo com esta visão, existem vários meridianos que estão interligados e que estão ligados ao funcionamento dos órgãos e aos estados emocionais. Para cada meridiano, há vários pontos no corpo que podem ser ativados, com o propósito de restabelecer o fluxo de energia quando este está bloqueado em alguma região do corpo (Naparstek, 2004).

Esta técnica consiste na utilização de um protocolo, que possui diferentes algoritmos, onde cada um foi feito para trabalhar com um problema específico, como depressão, trauma, ansiedade, fobia. Para cada algoritmo, existem pontos específicos do corpo que são estimulados pelo dedo, enquanto a pessoa relata, visualiza ou sente o fato total ou fragmentado do evento traumático. Dependendo do caso, o algoritmo pode ser feito, apenas, uma vez ou várias vezes para produzir a transformação necessária, ou seja, restabelecendo o funcionamento saudável dos órgãos afetados e mudanças no estado emocional da pessoa (Naparstek, 2004).

O TAT (Tapas Fleming Acupressure Technique) foi criado por Tapas Fleming, especialista em medicina tradicional chinesa e acupuntura, o seu método é similar ao TFT, porém ela usa, apenas, pontos da acupuntura específicos na frente e atrás da cabeça, a qual é denominada posição de TAT. Primeiramente, enquanto a pessoa estimula estes pontos, ela visualiza a cena traumática, durante alguns minutos. Esta parte será repetida, até que a cliente juntamente com a orientação do terapeuta consiga compreender e processar completamente o evento traumático. Depois, desta fase alcançada, a cliente, repetirá a posição de TAT, focando sua atenção no que Fleming denominou de espaços de armazenagem, este se refere ao local

onde os sentimentos, dores relacionadas ao trauma estão guardados, e que, agora, a cliente irá visualizar como se estivesse limpando tudo que está presente nestes espaços. Uma variação desta técnica, seria acrescentar, posteriormente, a estes dois passos, a repetição da posição TAT, enquanto a cliente foca sua atenção em imagens e afirmações positivas e saudáveis (Naparstek, 2004).

O Somatic Experiencing (SE) foi criado pelo psicólogo Peter Levine, e este método de tratamento terapêutico consiste em diversos exercícios com o propósito de restabelecer a consciência corporal interna, pois ele acredita que:

Na vivência somática, você inicia a sua própria cura ao reintegrar partes perdidas ou fragmentadas de seu eu essencial. Para realizar esta tarefa, você precisa de um intenso desejo de se tornar inteiro de novo. Este desejo servirá como uma âncora, por meio da qual a sua alma pode se re-conectar ao seu corpo. A cura irá acontecer à medida que os elementos de sua experiência que estavam congelados (sob a forma de sintomas) forem liberados de suas funções relativas ao trauma, permitindo que você descongele gradualmente. Você tem a possibilidade de se tornar mais fluido e funcional, à medida que descongela (Levine, 1993, p. 64).

Portanto, Levine demonstra diversos exercícios em seu livro *O Despertar do Tigre* que são fundamentais para resgatar a relação que existe entre as sensações corporais e o conteúdo mental relacionado ao trauma, pois para ele o que o corpo vivencia é crucial para “curar” o trauma, porém devido a dissociação que ocorre, a consciência corporal é perdida ou se torna confusa.

As sensações corporais podem servir como um guia para refletir onde estamos experienciando o trauma, e para nos levar a nossos recursos instintivos. Esses recursos nos dão o poder de nos proteger dos predadores e de outras forças hostis. Cada um de nós possui estes recursos instintivos. Uma vez que tenhamos

aprendido a acessá-los, podemos criar nossos próprios escudos para refletir e curar nossos traumas (Levine, 1993, p.66).

Contudo, todas as técnicas abordadas nesta seção podem ser utilizadas de forma integrada e a maneira de utilização destas compatíveis com a história subjetiva de cada indivíduo, pois cada um vivencia o processo terapêutico de forma diferenciada, e conseqüentemente as necessidades de cada pessoa precisa ser re-significada com os recursos que o indivíduo consegue adquirir e construir a cada momento.

Capítulo 6

O TRATAMENTO DO TRAUMA PSÍQUICO NO ENFOQUE DA GESTALT TERAPIA

Uma pessoa procura tratamento psicoterapêutico quando ela se encontra em uma crise existencial, ou seja, ela “sente que as necessidades psicológicas com as quais se identificou, e que lhe eram vistas como o ar que respira, não estão sendo satisfeitas por seu modo de vida social (Perls, 1973/88, p.57)”. Estas necessidades psicológicas podem ter diversas formas de configuração, e não faz parte do papel do terapeuta julgar qual seria a melhor necessidade psicológica para determinada pessoa, e sim facilitar que a pessoa desenvolva a habilidade para encontrar suas necessidades verdadeiras e atue no sentido de supri-las, de uma forma madura (*Idem*).

Segundo Perls(*cop.cit.*), o neurótico busca o tratamento com a expectativa de encontrar no terapeuta o que não estava conseguindo adquirir por si mesmo ou através do meio social. E para alcançar tal objetivo, ele traz consigo todas as suas habilidades de manipulação e de mobilização de meios para obter do outro o que necessita para sua sobrevivência. E como explica Perls, todas estas manobras manipulativas são bastante inteligentes.

E não nos iludamos pensando que estas técnicas manipulatórias não são inteligentes. O neurótico não é um bobo. Tem que ser bastante astuto para sobreviver, uma vez que lhe está faltando, em alto grau, uma das qualidades essenciais que promovem a sobrevivência: a autoconfiança (...) Infelizmente, no entanto, todas as suas manobras são dirigidas para minimizar os efeitos de sua desvantagem ao invés de superá-los. As manobras podem ter sido deliberadas numa determinada época e agora serem tão habituais que o neurótico não mais tem

consciência delas, mas nem por isso deixam de ser manobras e inteligentes (Perls, 1973/88, p. 59).

Portanto, como podemos perceber a paciente enxerga, primeiramente, a terapia como um espaço de manutenção do modo de experienciar a realidade interna e externa, que ele acredita ser a forma mais adequada de sobrevivência, envolvendo todas as formas de interrupção do ciclo de contato, que ele utiliza para manter seu equilíbrio no campo organismo-meio.

A Gestalt- Terapia, com o pressuposto de que toda experiência faz parte do campo organismo-meio, ela procura fazer com que o paciente amplie a percepção da sua realidade, sem buscar como causa dos seus comportamentos uma única origem, mas sim compreender como ocorre o complexo processo de desenvolvimento desses comportamentos, desde uma primeira experiência até o momento atual. Como explica Delisle:

Quando trabalhamos com um paciente de 40 anos e tentamos dissolver o Microcampo Introjetado, que flui do dilema de contato que ocorreu quando ele tinha 5 anos, não estamos trabalhando na dissolução de algo que aconteceu há 35 anos atrás. Estamos trabalhando na dissolução de algo que vem sendo repetido nos últimos 35 anos (1999, p.54).

Complementando esta visão, Perls explica a importância do paciente não, apenas, perceber e compreender o que foi reprimido no passado, mas também buscar compreender quais as táticas desenvolvidas e que são ainda utilizadas por ele, para manter o objeto introjetado e, ao mesmo tempo, suprir as necessidades psicológicas, que ele tem como prioridade.

Se nosso paciente apreende o *como* de suas interrupções – passadas e presentes- se ele realmente chega a vivenciar o seu processo de auto-interrupção e sente os

modos pelos quais está fazendo isto, pode superar suas interrupções, atingindo seu si mesmo real e as atividades que quer levar a termo (1973/88, p.67).

Portanto, o objetivo essencial do processo terapêutico se encontra na tentativa de ajudar o paciente a enxergar como ele faz suas interrupções de contato e, principalmente, perceber que ele não assimila suas experiências, apenas as engole por inteiro, e que o seu modo de sobrevivência está sempre permeado de bloqueios de contato. Esta forma de lidar consigo e com o meio, o impede de discernir o que faz parte da sua necessidade real e de perceber a sua responsabilidade no modo de experienciar seu si mesmo e seu mundo.

De acordo com Perls (1947/2002), para transformar a atitude do sujeito perante o alimento mental ou aquilo que é oferecido pelo meio e que lhe parece intragável, é prioritário que ele exercite sua capacidade de morder e mastigar o alimento físico, desenvolvendo as suas habilidades de resistências. A pessoa deve começar tentando se manter totalmente concentrada no ato de comer. Ela precisa manter sua “aware” dedicada, exclusivamente, no morder, no mastigar e no saborear o alimento. No começo, este exercício pode parecer difícil, porém com tentativas gradualmente prolongadas, poderá se tornar um hábito natural e consciente, o qual foi perdido em decorrência das diversas introjeções. E depois, é necessário desenvolver a habilidade de se sentir satisfeito com o simples fato de estar atento e observando o morder e mastigar.

Quanto mais nos permitimos utilizar a crueldade e o desejo de destruição no lugar biologicamente correto – isto é, os dentes- menos perigo haverá de a agressão encontrar sua saída como um traço de caráter. Aqueles medos patológicos que podemos abrigar, também diminuirão muito; pois, quanto mais a agressão é investida em morder e mastigar, menos agressão restará para a projeção. O resultado será inevitavelmente uma redução na quantidade de medos (Perls, 1947/2002, p.277).

Segundo Perls (1947/2002), outra questão importante que envolve a habilidade de morder e mastigar, se refere à necessidade de desenvolver a atitude de esperar um intervalo de tempo, entre um “bocado” e outro:

Uma vez tenha começado a recondicionar seu modo de comer, há um pequeno exercício que é muito importante na cura da impaciência e do pensamento confuso. Treine-se em interromper o fluxo contínuo de alimento. Muitas pessoas empurram mais alimento na boca *antes* de terem engolido e liquefeito o bocado anterior. Esta atitude é outro sintoma de lidar com o alimento sólido como se fosse líquido. Se você exagerar a atitude saudável, se aprender a manter a boca vazia entre os bocados por alguns segundos, logo será capaz de encerrar todas as grandes e pequenas questões de sua vida; seu estômago mental – seu cérebro- ficará muito mais organizado. Assim, grande parte de seu pensamento desordenado e incoerente desaparecerá e você não encontrará dificuldade para compreender suas idéias e seus conceitos. Isto se aplica não apenas a seu pensamento, mas também, mas também às suas atividades em geral (p.278).

Outra habilidade de resistência que, normalmente, é inibida no neurótico, é a repugnância, ou seja, a experiência de sentir nojo por algo e, conseqüentemente, eliminá-lo. A repressão recorrente do nojo pode gerar a frigidez oral, a qual impede a pessoa de desenvolver a habilidade de perceber e recusar o alimento intragável na forma como ele se manifesta. O entorpecimento da capacidade de sentir e vivenciar a experiência podem ser tão relevantes, que a pessoa, apenas, conseguirá, perceber o significativo do que ela está experienciando, se os estímulos forem bastante intensos.

O sentido saudável do animal, que não tocará no alimento que estiver muito quente ou muito frio, está completamente perdido para muitas pessoas. Esta atitude é exibida não apenas em relação ao alimento, mas em relação a outras esferas de

prazer também, levando à degeneração em todos os sentidos. No salão de dança, a música deve ser quente, o parceiro excitante; no jogo as apostas devem ser altas; e no mundo do vestuário tudo o que não estiver na última moda é completamente sem valor (Perls, 1947/2002, p.280) .

Portanto, é essencial que a experiência do nojo inibida seja desvelada na consciência do sujeito, para que ele perceba e sinta o objeto reprimido, e como se sente em relação a este, pois, apenas, com a experiência real de percepção da presença de algo que está sendo tóxico para seu organismo, o neurótico poderá mobilizar energias para processar e digerir o que já está presente e promover as mudanças necessárias para alcançar tal propósito, como também restabelecer o fortalecimento das resistências orais e dos fatores de cura.

Como podemos perceber, é essencial o resgate das resistências orais da pessoa, para que ela possa fortalecer as funções ego do Self, ou seja, adquirir as habilidades necessárias para contactar com o conteúdo tóxico introjetado, para poder assimilá-lo, transformando os bloqueios de contato em fatores de cura. Como explica Ponciano:

Para nós: Fator de cura é um processo por meio do qual a pessoa experiência, em um momento dado, uma sensação de que algo novo, portador de mudança e de bem-estar, penetrou no seu universo cognitivo, e, através de uma consciência emocionada, provocada pela percepção de uma totalidade dinamicamente transformadora, se sente inclinada, motivada, fortalecida para mudar (1997, p.40).

Na prática, o tratamento do trauma psíquico no enfoque da Gestalt Terapia, consiste em se criar condições para que a pessoa consiga morder, mastigar, transformar, e assimilar os microcampos introjetados, estabelecendo um contato pleno, sem interrupções, com os introjetos tóxicos ou experiências intoleráveis, que tiveram que ser engolidas inteiras no passado. Isto é feito através de um psicodrama imaginário, no qual a pessoa revive no presente as situações mal resolvidas e traumáticas do passado, mas que continuam

perturbando seus contatos com a realidade atual. O objetivo é fazer com que a pessoa possa atuar diferente, de forma mais ativa e agressiva, diante daquela mesma situação, à qual ela teve que se submeter passivamente, por medo de ferir ou ser ferida. Ao fazer isto, quantas vezes forem necessárias, espera-se que os introjetos tóxicos e as situações que ficaram inacabadas e, por isto, não puderam ser superadas nem esquecidas, possam, finalmente, ser digeridas, assimiladas e integradas à totalidade do Self, promovendo, assim, a reorganização e crescimento da pessoa.

Perls (1947/2002) traz como significativo, o uso da visualização no processo terapêutico, pois ele relata que a mente funciona, principalmente, com palavras e imagens, considerando que a mente inconsciente possui mais afinidade com imagens, enquanto a consciência está mais familiarizada com as palavras, e ressalta que pessoas com grave distúrbio neurótico têm bastante dificuldade para exercitar a visualização. Porém, o desenvolvimento desta capacidade é essencial, pois como ele mesmo cita: “Se não criamos, ou melhor, recriamos o mundo com nossos olhos, a criação não pode ocorrer na personalidade” (Perls, 1947/2002, p.286).

O aprimoramento da utilização de visualização pode propiciar o contato com diversos aspectos da experiência que estavam encobertos, pois através desta técnica a pessoa poderá, mais facilmente, perceber a sua atitude emocional em relação às suas imagens internas, e conseqüentemente compreender a razão e propósito das resistências em relação a estas.

A terapia da concentração proporciona um caminho mais curto e superior para o “renascimento emocional” do que a conversa comum ou a técnica de associações livres. Um homem que, por exemplo, fala bastante depreciativamente de seu pai, quando solicitado a visualizá-lo e a se concentrar nos detalhes de sua aparência, poderia repentinamente desatar a chorar. Ficará surpreso com sua repentina explosão emocional e espantado de ainda ter sentimentos por ele. O valor catártico

de se concentrar na imagem de uma pessoa ou um evento com quem ou com o qual se tem um relacionamento emocional é quase aquele de hipno ou narcoanálise, com o benefício adicional de que fortalece a personalidade consciente (Perls, 1947/2002, p.289)

A descrição de detalhes destas imagens é vista como prioritário para o processo de mastigação da experiência traumática, pois, é através deste meio que a imagem é completada, assimilada e, finalmente, compreendida.

Contudo, todas as técnicas abordadas nesta seção têm, apenas, como função demonstrar caminhos que o terapeuta poderá seguir com seu cliente durante o processo terapêutico, para que esta fortaleça os seus recursos saudáveis e seja capaz de contactar os conteúdos introjetados, referentes às experiências traumáticas de impasse existencial, possibilitando que eles sejam compreendidos e integrados ao Self, dissolvendo as interrupções de contato com os mesmos. Pois como cita Perls, “(...) os problemas não são causados apenas pelo que reprimimos, mas pelas coisas dentro de nós, que nossas próprias interrupções nos impediram de apreender” (1973/88, p. 67).

Capítulo 7

DIÁLOGO ENTRE NEUROCIÊNCIA E GESTALT-TERAPIA

A Gestalt Terapia traz como pressuposto essencial que cada experiência é vivenciada como uma totalidade que envolve o organismo e seu meio. Quando uma pessoa se encontra diante de um evento traumático, aspectos nocivos desta experiência são introjetados, por esse motivo não são integrados à unidade do Self, permanecendo vivos, gerando conflitos internos, de uma forma peculiar. Portanto, para que este microcampo introjetado seja realmente assimilado e integrado, não será suficiente compreender apenas as configurações das relações organismo/meio estabelecidas durante o trauma, será essencial o entendimento da realidade interna inconsciente que foi construída a partir da vivência traumática. A existência dessa realidade interna faz a pessoa projetar no mundo externo as significações próprias dessa realidade, distorcendo a percepção da realidade presente no meio fora dela. Essa distorção alimentada pela projeção da realidade inerente do microcampo introjetado faz desencadear diversas formas de bloqueios de contato consigo e com o meio, realizadas pela função ego do Self, gerando impasses existenciais repetitivos e mecânicos.

Os distúrbios de personalidade são essencialmente uma repetição infinita de impasses experienciais. Tais impasses não podem ser tratados a menos que se compreenda o fator na experiência do paciente através dos quais eles são estabelecidos, formados e considerados. Os terapeutas que se confinam ao trabalho com situações acessíveis ao awareness comum, tais como problemas conjugais, dificuldades sexuais ou conflitos no trabalho, estão condenados aos trabalhos de Sisyphus. Os impasses experienciais e de relações que paralisam os pacientes devem ser vistos como a externalização e a incorporação- no campo de relação - das dinâmicas que vêm sendo internalizada e excluídas do campo do awareness comum (Delisle, 1999, p. 47).

Esta realidade interna inconsciente explicada por Deslisle (1999), que se tornou diária na vida do sujeito, pode ser, explicitamente compreendida, pelos estudos apresentados a respeito da neurofisiologia do trauma e demais conhecimentos. Nesta visão, a memória do evento traumático não foi processada completamente, desencadeando a ativação permanente do funcionamento neurofisiológico necessário como se a ameaça à integridade do indivíduo ainda estivesse presente. Pois, como já foi citado, anteriormente, de acordo com alguns autores, durante uma experiência traumática, que não há a possibilidade da resposta de fuga ou luta, a pessoa tem o congelamento da experiência, a qual conseqüentemente causa, como explica Levine (1993), o aprisionamento da “energia” das estimulações neurais presentes no momento traumático, tornando-se consolidadas como um conteúdo mnêmico não-elaborado.

Pode-se considerar que em eventos traumáticos, quando ocorre o congelamento, também há a presença da dissociação, a qual de acordo com Levine (1993) pode acarretar diferentes tipos de cisão entre a pessoa e seu corpo, que se caracterizam como um rompimento entre: a) a consciência e o corpo; b) uma parte do corpo, como a cabeça ou os membros, e o resto do corpo; c) o eu e as emoções, pensamentos, ou sensações; c) o eu e a memória de parte ou de todo o acontecimento.

Como conseqüência dessa dissociação, fragmentos ou a totalidade da memória traumática- incluindo a presença das sensações corporais e emoções - permanecem ausentes da awareness comum, impedindo a possibilidade de re-elaborar a experiência traumática como um fato consumado, no qual o perigo não está mais presente. Portanto, como a memória traumática permanece não-elaborada, devido o congelamento e a dissociação decorrente, ela possui o poder de criar todos os mecanismos de funcionamento neurofisiológico – citados no primeiro capítulo - para que esta memória encontre uma forma de elaboração. Porém, como esta, em muitos casos, não consegue, facilmente completar o ciclo início-meio-fim, ela se torna gradualmente condicionada a diversos estímulos arbitrários presentes nas experiências

posteriores, e que conseqüentemente se tornam também parte da memória traumática. Portanto, além da memória permanecer não solucionada, ela aumenta a quantidade de estímulos capaz de eliciá-la, ou seja, todas as posteriores vivências que possuem alguma relação com a experiência traumática do sujeito serão consideradas ameaçadoras à sua integridade e também se tornarão parte da memória da primeira experiência traumática correlacionada. É importante salientar, que a relação da experiência presente com o trauma do passado é fundamentada de acordo com a significação subjetiva feita pelo sujeito, ou seja, a ligação entre as experiências está intrinsecamente relacionada à sua vivência pessoal de cada experiência.

Bergson estava anos à frente de seu tempo com sua afirmação de que a função do cérebro não é preservar o passado. Muitos teóricos nos dizem que a idéia de que “você pode saber o que aconteceu porque se lembra” é uma ilusão produzida por uma necessidade humana de criar significados a partir dos diversos elementos da experiência. Em *The Invention of Memory*, Israel Rosenfield vasculha eloqüentemente a praia da experiência consciente, e chega a várias conclusões espantosas – especialmente à de que a idéia de memória como normalmente a concebemos é inadequada e errônea. Ele raciocina que “nós não nos apoiamos em imagens fixas, mas em recriações – imaginações- pelas quais o passado é remodelado em formas apropriadas para o presente” (Citado em Levine, 2003, p. 180).

Esta visão pode ser claramente complementada com os conhecimentos da Abordagem Gestáltica, a qual traz que todo indivíduo diante de uma situação inevitável e intolerável – a qual pode ser vista como uma experiência traumática-, encontra como única solução, a introjeção, ou seja, a resistência alternativa que tem como base engolir o “alimento” por inteiro, sem morder e sem mastigar, o qual conseqüentemente não se torna assimilado como

parte integrante do Self, porém ele continua fazendo parte da realidade interna do sujeito, envolvendo o Self e as funções ego do Self. No entanto, esta atitude de defesa, no momento da experiência, é extremamente importante e válida para o indivíduo.

A fuga, evitação ou interrupção do contato, como já podemos perceber, é uma das principais características da neurose. Por outro lado, a destruição pela agressão do que é nocivo à integridade do Self, é característica do funcionamento saudável, pois envolve confronto e contato não interrompido. É importante esclarecer, no entanto, que nem sempre a fuga e a evitação são patológicas. No princípio, esse mecanismo pode ter sido a única saída encontrada pelo Self, no sentido de preservar a sua integridade e manter o seu equilíbrio com o meio. Desse modo, todos os tipos de interrupção do contato são potencialmente saudáveis, desde que sejam adequados à realidade do momento, que representem uma forma criativa de adaptar-se ao meio, que não sejam uma mera repetição automática e inconsciente de padrões arcaicos de comportamentos aprendidos no passado, por terem sido eficientes em algumas situações, mas que agora se tornaram inadequados e obsoletos (Tenório, 2003, p.42).

Como cita Tenório, a presença do corpo estranho começa a gerar conseqüências não-saudáveis para o indivíduo, quando o introjeto permanece não- assimilado pelo organismo, e conseqüentemente gerando os mecanismos de interrupções de contato necessários para a repressão deste introjeto tóxico e, também criando uma percepção da realidade distorcida. Esta compreensão da Gestalt-Terapia pode ser visualizada como a presença da memória traumática não solucionada, a qual permanece ampliando-se, devido às generalizações arbitrárias que ocorre quando uma nova experiência se assemelha com o evento traumático do passado.

A repetição da neurose é, portanto, a externalização ou projeção de microcampos introjetados no mundo externo e a reativação das mesmas respostas defensivas. Neste sentido, os transtornos da personalidade se caracterizam por seus paradoxos. Ao mesmo tempo em que existe um desejo de se livrar dos microcampos introjetados, eles são preservados; ao mesmo tempo em que eles emergem para serem assimilados através do contato, esse contato é novamente interrompido; ao mesmo tempo que as situações inacabadas são desviadas da consciência e empurradas para o fundo, elas retornam, contaminando o campo presente; ao mesmo tempo que os mecanismos de bloqueio de contato protegem o Self, eles impedem sua mudança e crescimento; ao mesmo tempo que a introjeção resolve um conflito externo, ela cria um conflito interno... e assim por diante (Tenório, 2003, p.43).

Com base nessas idéias, percebe-se que o conteúdo da memória traumática consciente e/ou inconsciente e suas posteriores associações condicionadas a outras experiências podem trazer diversas conseqüências para a qualidade da saúde psíquica, emocional e física humana. Esta relação pode ser, melhor compreendida, com a explicação do neurologista Robert Scaer:

Associações condicionadas enraizadas tão profundamente têm muito a ver com o modo como enxergamos o mundo - através das claras lentes da segurança ou através do horrível vidro do perigo. Das preferências fóbicas, nossas escolhas de vida são geralmente influenciadas por traumas de vida supostamente triviais, velhos e esquecidos. As chaves guardadas em nossa memória inconsciente modelam a nossa personalidade, nossas preferências e nossos comportamentos sociais. São hábitos profundamente adquiridos e aprendidos, tanto bons quanto maus hábitos, e mudá-los é extremamente difícil. Pelo lado negativo, eles limitam a amplitude das

nossas opções comportamentais e podem não ser apenas auto-perpetuantes, mas podem também levar a mais outros sintomas. Nesses casos, as sensações corporais que representam a antiga memória de procedimentos traumática, podem servir como um sinal de ameaça, preparando o indivíduo em baixa escala para a luta ou fuga. Imagens, memórias explícitas e outras chaves internas do trauma de origem podem também desencadear um ciclo de conexões neurais que iniciam um ciclo de provocação neurofisiológica cerebral. A quantidade de mudança nas respostas endócrinas e imunes resultantes desses eventos “triviais” podem também plantar sementes de muitos distúrbios somáticos e emocionais ao longo da vida. (2005, p.62).

Este posicionamento de Scaer em relação as possíveis conseqüências de uma memória traumática, a qual continua perpetuando seu poder de ação ao desencadear o funcionamento neurofisiológico como se o perigo ainda estivesse presente pode ser ampliando com a compreensão da Gestalt Terapia a respeito dos bloqueios de contato que caracterizam a neurose e outros distúrbios de personalidade, a qual é detalhadamente explicitada no capítulo 3.

Pois, esta dificuldade singular de cada sujeito de contactar com o introjeto tóxico, pode ser complementada com o entendimento a respeito do congelamento da experiência traumática no momento desta e a conseqüente dissociação gerada. Nesta visão, o indivíduo se torna preso ao passado, por não conseguir processar a memória da experiência traumática e, ao mesmo tempo, devido à dissociação proveniente do congelamento, a pessoa por não estar suficientemente fortalecida e para manter a sua sobrevivência, não consegue desbloquear a amnésia e acessar completamente o conteúdo traumático, impedindo o re-processamento do trauma em sua íntegra (incluindo as sensações corporais e emocionais e as respostas motoras de defesa) e obtendo uma re-significação a respeito, não apenas da experiência traumática,

mas também de todo o processo histórico que ocorreu desde a experiência até o momento presente (condicionamento da memória traumática).

Portanto, os bloqueios de contato podem ser vistos como uma impossibilidade do sujeito de re-processar a experiência traumática devido suas condições atuais, pois além de fazer parte da sua realidade, uma experiência intolerável e inevitável, houve também um enfraquecimento dos seus próprios recursos de resgate da saúde física, mental, emocional e espiritual. Poderia se dizer que o indivíduo vive buscando a sobrevivência em função do seu passado, pois este permanece na visão de si mesmo e do mundo.

No entanto, os tratamentos abordados neste trabalho dedicam-se no fortalecimento da pessoa, no resgate do sentimento de segurança e proteção e da auto-estima, na transformação de emoções perturbadoras como medo, ansiedade, entre outras. Para conjuntamente, começar o processo de recuperação e processamento da memória traumática, possibilitando o sujeito de ter contato com a experiência de forma diferenciada e com suporte do terapeuta, e conseqüentemente, o indivíduo tem a oportunidade de re-significá-la e também de torná-la como um ponto de força para a abertura de novos caminhos e encontros consigo e com o meio. Esta experiência é relatada por alguns sobreviventes no Livro de Naparstek, como o caso do policial que vivenciou um bombardeio:

Antes da bomba em Oklahoma City, eu era casado, bem-sucedido e tinha uma família. Tinha uma casa boa, carros e um emprego maravilhoso. Agora estou sozinho em um apartamento de um quarto na Costa Oeste com muito pouca mobília e pouco dinheiro. Mas eu me encho de felicidade quando vejo um beija-flor no meu bebedouro. Sinto alegria em meu coração quando vejo as flores, quando vejo o pôr-do-sol, quando vejo crianças brincando e rindo. Amo meus filhos e gosto de conversar com minha ex-mulher e com meus pais ao telefone. Estou feliz e cheio de amor. O trauma pelo qual passei me tirou a minha

identidade, abalou quem eu era naquela época, mas na realidade, me ajudou a encontrar o meu verdadeiro eu – a criança dentro de mim, que ama e ri e adora brincar(2004, p.119).

Outro testemunho de uma sobrevivente de abuso infantil relata: “Minha cura foi intensa e profunda e minha vida é abundante e rica. Posso sentir as coisas profundamente, amor, alegria e compaixão, e o meu coração está aberto. Sinto-me abençoada como nunca pude imaginar.”(2004, p.120).

CONCLUSÃO

Considerando que no campo da psicologia não é suficiente apenas entendermos a definição de um fenômeno que afeta significativamente a qualidade da existência humana, a realização deste trabalho foi essencial, na medida em que propiciou uma reflexão teórica e uma compreensão mais profunda a respeito, tanto das conseqüências, quanto do tratamento do trauma psíquico, nas perspectivas da neurociência e da Gestalt Terapia.

Para a neurociência, o trauma psíquico é definido como uma experiência em que a pessoa a interpreta - papel essencial da amígdala para esta função - como ameaçadora à sua sobrevivência. E para se defender da ameaça, o organismo se prepara para lutar ou fugir. Porém, em muitos casos, as duas respostas são impedidas devido às circunstâncias, restando como resposta alternativa, o congelamento (imobilidade do organismo). Nesta forma de resposta, a memória traumática – formada principalmente por sensações corporais, emoções e respostas motoras - não é processada completamente, ou seja, é como se a pessoa, apenas, sentisse a experiência sem fazer um fechamento, o qual teria como parte integrante, a compreensão do fato vivenciado.

Para a Gestalt Terapia, o trauma psíquico é definido como a vivência de uma experiência intolerável e inevitável, na qual o indivíduo é impedido de utilizar as suas resistências orais para poder assimilá-la e integrá-la ao Self. E conseqüentemente, o indivíduo teve que introjetar (resistência alternativa) a experiência sem a possibilidade de experimentá-la, de senti-la para ter a oportunidade de discernir entre digerir ou eliminar o alimento mental, no caso a experiência traumática. Apesar do introjeto tóxico permanecer como parte do organismo, ele está desintegrado da personalidade. Pois, como este corpo estranho se caracteriza como algo que pode trazer muito sofrimento, o Self e as funções ego do Self mobilizam-se para reprimi-lo, o deixando distante da awareness.

Para a neurociência, conseqüências significativas do trauma psíquico acontecem quando a pessoa congela, pois ocorre o aprisionamento da “energia” das estimulações neurais relacionadas à memória traumática e das repostas neurofisiológicas eliciadas, ocorrendo, também, a dissociação, a qual tem seu lado positivo por impedir o sujeito de sentir o sofrimento que tal experiência poderia causar, devido à ação de endorfinas removedoras de dor. Porém, juntamente com a dissociação ocorre a amnésia de parte ou da totalidade da experiência traumática. Apesar da atuação positiva da dissociação e da amnésia como forma de manter a sobrevivência do indivíduo, o organismo permanece ativando os mecanismos neurofisiológicos como se o perigo ainda estivesse presente (kindling), o que gera uma consolidação repetitiva da memória e amplia o seu condicionamento a estímulos arbitrários. No entanto, a memória traumática desencadeia diversos meios de permanecer vívida através do transtorno de estresse pós-traumático agudo ou crônico e/ou doenças físicas crônicas e/ou outros transtornos de personalidade.

Para a Gestalt Terapia, as conseqüências do trauma psíquico advêm da presença do introjeto tóxico no organismo, porém desintegrado da totalidade do Self. O contato com este corpo estranho deve ser bloqueado pela deflexão e para alcançar tal propósito, as funções ego do Self se tornam responsáveis pelas interrupções de contato consigo e com meio, ou seja, o indivíduo age e reage em relação a si mesmo e ao mundo em alerta, para evitar que o introjeto tóxico venha à tona. Esta forma do organismo de adaptar-se para conseguir manter o introjeto tóxico profundo, se torna repetitiva e mecânica, gerando o surgimento das neuroses e outros distúrbios de personalidade, os quais estarão sempre baseados nas interrupções de contato.

Para os profissionais da psicologia que se referenciam com a visão de trauma psíquico abordada pela neurociência, o tratamento consiste na utilização da técnica de imaginações guiadas, as quais podem ser utilizadas com variados propósitos como fortalecimento emocional, diminuição da ansiedade, desenvolver a sensação de segurança e proteção, cuidar

da depressão. Como também a utilização de técnicas baseadas nos conhecimentos da acupuntura como o TFT (Roger Callahan) e o TAT (Tapas Fleming), pois nesta visão acredita-se que os meridianos estão relacionados ao funcionamento dos órgãos e aos estados emocionais e, como Damásio (1999) demonstra, a emoção representa o estado fisiológico do organismo. Portanto, quando se utiliza técnicas que estimulam tais meridianos, geram-se mudanças no estado emocional em busca do seu equilíbrio, ou seja, de emoções “positivas”, devido à estimulação dos meridianos, resgatando os poderes de auto-cura do corpo e atuando no funcionamento fisiológico. A outra técnica abordada se refere a sensopercepção (SE), a qual consiste na utilização de diversos exercícios elaborados por Levine no objetivo de restabelecer a consciência das sensações corporais e emoções e que, aos poucos, resgata a memória do trauma com o propósito de elaborá-lo.

Para a Gestalt Terapia, o tratamento consiste no fortalecimento das funções ego do Self, resgatando a utilização das resistências orais (morder e mastigar), desenvolvendo este que propiciará o indivíduo a contactar com o introjeto tóxico e, posteriormente, conseguindo assimilá-lo e integrá-lo à totalidade do Self. Ao estabelecer contato com o material introjetado que estava desintegrado da totalidade do Self, o indivíduo começa a ter consciência das suas interrupções de contato, compreendendo os seus propósitos e, conseqüentemente, descartando a utilidade delas, recuperando suas formas saudáveis de interação consigo e com o meio e utilizando as formas de fluidez do contato.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bohleber, W.(2007). *Recordação, trauma e memória coletiva: a luta pela recordação em psicanálise*. Disponível em: www.rbp.org.br/vol41_1.asp. Acesso em: 25 ago. 2007.
- Deslisle, G. (1999). As Relações Objetais na Gestalt-Terapia: Em Direção a uma Abordagem Integrada para o Tratamento dos Distúrbios de Personalidade. *Revista do V Encontro da Abordagem Gestáltica*. 5, maio, 45-62.
- Graeff, F. G. (2003). *Bases biológicas do transtorno de estresse pós-traumático*. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 5 set. 2007.
- Laplanche, J & Pontalis, J.B. (1970). *Vocabulário da Psicanálise*. Lisboa: Moraes Editores.
- Levine, P.A. (1999). *O Despertar do Tigre: curando o trauma*. São Paulo: Summus.
- LeDoux, J. (2001). *O Cérebro Emocional: os misteriosos alicerces da vida emocional*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Lent, R. (2001). *Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociência*. São Paulo: Atheneu.
- Naparstek, B. (2004). *Invisible Heroes: survivors of trauma and how they heal*. New York: Bantam Books. Naparstek, B. (2004). *Invisible Heroes: survivors of trauma and how they heal*. New York: Bantam Books.
- Perls, F. S. (1947/2002). *Ego fome e agressão: uma revisão da teoria e do método de Freud*. São Paulo: Summus.
- Perls, F.S. (1973/88). *A Abordagem Gestáltica e Testemunha Ocular da Terapia*. Rio de Janeiro: LTC.
- Ribeiro, J. P. (1997). *O Ciclo do Contato: temas básicos na abordagem gestáltica*. São Paulo: Summus.
- Scaer, R.C. (2005). *The Trauma Spectrum: hidden wounds and human resiliency*. New York: W.W. Norton & Company.

- Tenório, C. M. D. (2003). *Os Transtornos da Personalidade Histriônica e Obsessiva-Compulsiva na Perspectiva da Gestalt-Terapia e da Teoria de Fairbain*. Dissertação de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade de Brasília.
- Teicher, M. H. (2002). *Feridas que não cicatrizam: a neurobiologia do abuso infantil*. Disponível em: w.w.w2.uol.com.br/sciam/reportagens/. Acesso em: 15 ago. 2007.
- Graeff, F. G. (2003). *Bases biológicas do transtorno de estresse pós-traumático*. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 5 set. 2007.