

Segundo estudos epidemiológicos, de 8% a 10% da população apresenta o Transtorno de Estresse Pós-Traumático. **Porém, a detecção e o tratamento precoce implicam no sofrimento abreviado dos pacientes**

**Julio Peres** é psicólogo clínico, doutor em Neurociências e Comportamento pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e pós-doutorado pelo *Center for Spirituality and the Mind, University of Pennsylvania*



# Após o trauma, A SUPERACÃO

**A** exposição a situações traumáticas tem sido constante ao longo de toda a História da humanidade. Na literatura, na arte e nas mais diversas áreas é incontável o número de indivíduos que, em algum momento, registraram um quadro de sofrimento traumático. Entre as principais sequelas psicológicas causadas pelo impacto de experiências traumáticas estão os medos específicos, que se tornam condicionados a qualquer aproximação semelhante ao trauma.

Recordações aflitivas, revivescência do trauma (pesadelos, pensamentos intrusivos, memórias traumáticas recorrentes), esquiva/entorpecimento emocional (distanciamento afetivo, anestesia emocional) e hiperestimulação autonômica (irritabilidade, insônia, hipervigilância), entre outros

sintomas, podem ser indicadores do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).

Estudos epidemiológicos estimaram que a prevalência ao longo da vida para ocorrência de eventos potencialmente traumáticos pode alcançar de 50% a 90%, e que a prevalência do TEPT na população geral é estimada de 8% a 10%. Um número maior de pessoas traumatizadas não preenche os critérios diagnósticos do TEPT ou de outros transtornos psiquiátricos. Essas pessoas podem apresentar o TEPT parcial (ou subsindrômico) – correspondentes a 30% da população.

Na prática, isso significa que a maioria de nós vivenciou ou vivenciará pelo menos uma experiência passível de causar trauma psicológico. Sem dúvida, trata-se de um número



IMAGENS SHUTTERSTOCK

**Os Transtornos de Estresse Pós-Traumático podem desenvolver outros transtornos em médio prazo, como fobias e pânico. Quanto mais cedo detectados, maior é o sucesso do tratamento**

bastante expressivo, mas é importante lembrar que eventos estressores em si não levam obrigatoriamente à manifestação de traumas psicológicos. Experiências intensas e devastadoras podem disparar efeitos variáveis.

A teoria da “reação universal ao trauma” foi relativizada a partir de estudos que mostraram a grande variedade de processamentos individuais ante os episódios dolorosos ocorridos durante a vida e as emoções básicas. Muitas vítimas de eventos estressores procuram ajuda profissional, literatura, apoio de amigos, enquanto outras enfatizam o silêncio, o isolamento, o colapso e/ou a vitimização.

## PECULIARIDADES

O TEPT reúne aspectos diferentes da maioria dos outros transtornos: como ocorre sempre após um ou mais eventos estressores, se for diagnosticado a tempo, existe uma grande probabilidade de não se tornar crônico. Após três meses da ocorrência traumática os sintomas do TEPT são mais facilmente reconhecíveis. Por outro lado, quanto maior o tempo decorrido, mais difícil se torna o diagnóstico preciso aos profissionais da saúde devido aos aspectos evolutivos do transtorno.

A manifestação de pelo menos um transtorno, secundário ao trauma, foi observada em 88% dos homens e 79% das mulheres, sendo mais comuns abuso de substâncias (álcool, maconha, cocaína, estimulantes), depressão, transtornos de ansiedade, transtorno de pânico, fobias e quadros de mania.

Outros estudos na população americana revelam que entre as patologias comórbidas ao TEPT mais frequentes destacam-se: transtorno de humor, especialmente depressão (de 46% a 51%); transtorno de ansiedade, (de 29% a 56%); abuso/dependência de substâncias psicoativas (de 27% a 80%); transtorno obsessivo-compulsivo (13%). Pacientes com TEPT têm probabilidade três vezes maior de apresentar sintomas de somatização e dissociação (desagregação temporária das funções psíquicas).

As comorbidades podem diminuir as chances de que se realize o diagnóstico do TEPT. Muitas vezes, quadros mais conhecidos, como o transtorno depressivo, são diagnosticados primeiramente. A detecção e o tratamento precoce do TEPT implicam no sofrimento abreviado de indivíduos que sofreram trauma. Assim, a Psicoterapia tem sido indicada como a primeira linha de tratamento ao trauma por ser a estratégia mais importante para a diminuição do risco de cronificação do TEPT.

## VIA DE COMUNICAÇÃO

A maioria das Psicoterapias faz uso das palavras como veículo para a comunicação. Ainda que a palavra não seja a única via, certamente é uma das mais usadas no contexto terapêutico.

Uma corrente de psicólogos e filósofos analíticos acredita que o pensamento é completamente verbal, como se sempre fosse realizado por meio de palavras. Esta ideia fortaleceu-se com o surgimento de estudos de Linguística contrapondo a concepção alternativa segundo a qual os pensamentos são imagens incorpóreas que flutuam na mente.

De todas as maneiras, aprender a falar é aprender a traduzir pensamentos mediante as palavras. Indivíduos com TEPT ou TEPT parcial apresentam dificuldade em comunicar verbalmente seus traumas.

Um de nossos estudos com neuroimagem publicado no periódico *Psychological Medicine* em 2007, mostrou uma atenuação da atividade na área de Broca envolvida na expressão verbal durante a evocação do trauma antes da Psicoterapia. As pessoas traumatizadas podem também evitar tocar no “assunto”, com o objetivo de se manter “a salvo” e não reviver a situação dolorosa. Paradoxalmente, ficar em silêncio não impede que as lembranças e as emoções causadas pelo evento estressor se manifestem com toda a sua potência e, mais grave ainda, não permite o processamento do trauma, a reestruturação do fato pelo indivíduo e a sua superação.

Um dos focos do tratamento terapêutico de indivíduos traumatizados consiste justamente na tradução da experiência buscando palavras que a sintetizem. À medida que traduzimos a ocorrência em sínteses (representações narrativas), conseguimos atribuir significados à vivência pessoal, equacioná-la e, finalmente, superá-la.

Elie Wiesel, sobrevivente do Holocausto, Prêmio Nobel da Paz em 1986, escreveu e reescreveu suas experiências e pode significar e ressignificar seus traumas por meio de sua obra. Esse exemplo de superação nos deixa uma importante lição: “... nós devemos falar. Ainda que não consigamos expressar nossos sentimentos e memórias da maneira mais adequada, devemos tentar. Precisamos contar nossa história tão bem quanto pudermos. Eu aprendi que o silêncio nunca ajuda a vítima, apenas o vitimizador... Se eu ficar em silêncio, enveneno minha alma.”

## Efeitos do trauma

Eventos traumáticos podem afetar o funcionamento cognitivo, a saúde física e as relações interpessoais. Veja as respostas mais frequentes (isoladas ou conjuntas) após o trauma:

### Efeitos cognitivos

- ◆ Confusão mental
- ◆ Desorientação temporal (cronológica)
- ◆ Dificuldade de concentração e de tomada de decisão
- ◆ Dificuldade em expressar pensamentos
- ◆ Estreitamento perceptual
- ◆ Incredulidade (descrença)
- ◆ Pensamentos intrusivos (indesejados)
- ◆ Perturbações de memória
- ◆ Pesadelos
- ◆ Preocupações exacerbadas

### Efeitos físicos

- ◆ Abuso de álcool ou drogas
- ◆ Alterações cardiovasculares (aumento ou diminuição da frequência cardíaca)
- ◆ Arrepios
- ◆ Excitação, estado de alerta e hiperatividade
- ◆ Fadiga
- ◆ Fraqueza
- ◆ Insônia
- ◆ Perda da energia sexual
- ◆ Perda do apetite (ou alimentação compulsiva)
- ◆ Tonturas
- ◆ Transpiração intensa
- ◆ Tremores

- ◆ Problemas de saúde (somatizações. Exemplos: dor de cabeça, desconfortos gástricos, dor de estômago, náusea, etc.)
- ◆ Transtorno Somatoforme (caracteriza-se por múltiplas, recorrentes, mutáveis e prolongadas queixas de sintomas físicos sem uma base médica constatável)

### Efeitos Emocionais

- ◆ Anestesiamento
- ◆ Ansiedade
- ◆ Apreensão
- ◆ Culpa
- ◆ Desamparo
- ◆ Desesperança
- ◆ Desespero
- ◆ Irritabilidade
- ◆ Pânico
- ◆ Raiva
- ◆ Tristeza

### Efeitos Interpessoais

- ◆ Conflitos de relacionamentos sociais
- ◆ Isolamento
- ◆ Perturbações familiares
- ◆ Prejuízo do desempenho profissional
- ◆ Recusa de seguir regras ou ordens



## MEMÓRIAS ESTADO-DEPENDENTES

A memória traumática é um dos principais sintomas apresentados por indivíduos traumatizados e as contribuições neurocientíficas a respeito dessa vital faculdade são valiosas à Psicoterapia. A memória apresenta o interessante fenômeno estado-dependência, isto é, podemos nos recordar de experiências e aprendizados mediante a apresentação de “dicas” alinhadas a esses conteúdos.

Por isso, ao jantar com amigos num restaurante, outros restaurantes e jantares são lembrados frequentemente. Um bom exemplo do fenômeno estado-dependência da memória nos traz Marcel Proust em sua obra *O tempo reencontrado*. O narrador recua no tempo das suas memórias em episódios desencadeados por recordações de cheiros, sons, paisagens ou mesmo sensações tácteis, que exacerbam a vivacidade do que ocorreu. O mesmo acontece, porém de maneira mais intensa, com indivíduos traumatizados. Lugares, circunstâncias, odores, etc. associados ao trauma, podem disparar a memória do evento e mecanismos de alerta como se a ameaça estivesse por acontecer.

Muitas vezes, tais dicas se tornam distantes do que de fato ocorreu e, mesmo assim, como num processo de generalização, as memórias do trauma são disparadas. Por outro lado, as memórias emocionais e sensoriais agradáveis estão associadas a contextos geralmente não lembrados por indivíduos matizados pelo trauma.

Resgatar esses repertórios pode mobilizar novas associações para construção dos aprendizados terapêuticos. Um indivíduo que sofre um acidente de carro em um dia chuvoso e desenvolve um trauma psicológico não deve, em seu processo terapêutico, esquecer dessa experiência, e sim associá-la a outros aprendizados adaptativos ao momento atual. Certamente, em dias chuvosos, esse indivíduo tomará os cuidados necessários para que um acidente similar não venha a ocorrer.

Os efeitos terapêuticos podem ser, em boa parte, decorrentes do *aprendizado de*



DIVULGAÇÃO

### Lançamento

◆ Recém-lançado pela editora Roca, o livro *Trauma e Superação - O que a Psicologia, a Neurociência e a Espiritualidade Ensinam* faz uma minuciosa reunião de contribuições científicas atuais sobre o tema e >> >> ensina o que fazer, na prática, para evitar a caracterização do trauma, assim como as estratégias de superação que facilitam significativamente a melhora da qualidade de vida. A obra também mostra depoimentos de pessoas que cresceram e se desenvolveram com base nos aprendizados adquiridos em suas experiências dolorosas, além de relatar o tratamento e a prevenção do trauma psicológico

*extinção*, que estabelece uma nova hierarquia de respostas em vez de provocar o esquecimento da resposta original de temor. A extinção não consiste em uma perda da experiência (esquecimento), mas num processo ativo de aprendizado pelo qual o indivíduo organiza uma nova associação em detrimento da anterior.

A nova associação envolve expressão gênica e síntese proteica, assim como ocorre com a consolidação ou formação de qualquer aprendizado associativo. A transmissão nervosa glutamatérgica – principal forma de transmissão excitatória – tem coparticipação na fase inicial da consolidação de um aprendizado, entre outras várias cascatas bioquímicas no hipocampo. Os processos moleculares subjacentes à extinção são simi-



SHUTTERSTOCK

lares, mas não idênticos aos da consolidação das memórias originais.

É certo que, do ponto de vista adaptativo, a extinção cumpre um papel superior ao do esquecimento. A Psicoterapia então busca dissecar e trabalhar as associações estabelecidas entre o evento traumático e os respectivos sistemas de crenças e comportamentos disfuncionais. A identificação de tais processos associativos nem sempre é imediata, especialmente quando memórias complexas que abrangem outras memórias e, portanto, outras redes associativas, estão envolvidas.

### REPRESENTAÇÕES INTERNAS

A dinâmica cerebral nos permite ver ou perceber o que conhecemos e acreditamos ser possível. A partir de nossas experiências construímos associações e padrões perceptivos. Quando nos deparamos com algo que não faz parte de nosso

## A PARTIR DAS MEMÓRIAS NÃO TRAUMÁTICAS PODEMOS REPRESENTAR O TRAUMA POR MEIO DAS REDES ASSOCIATIVAS

repertório aprendido, podemos não perceber ou saber o que significa tal informação.

Por exemplo, os esquimós percebem vários tons de branco, enquanto os ocidentais percebem apenas poucos tons. Isso ocorre porque os vários outros tons não fazem parte do nosso “banco de significados”, ou seja, não podemos enxergar aquilo que desconhecemos. Da mesma maneira, um esquimó certamente não conseguiria perceber muitos estímulos familiares à nossa cultura (tonalidades quentes como variações de vermelho, laranja, amarelo, etc.) por não fazerem parte do seu repertório de associações.

Outro bom exemplo da importância de unificar o que vemos ou percebemos em conceitos aprendidos é o caso, mundialmente conhecido entre os oftalmologistas, do indivíduo que sofria de cataratas congênicas. Ele não podia enxergar até a idade adulta, quando fez uma cirurgia que lhe reabilitou a visão. Após a operação, não conseguia ainda ver o que as células recebiam como informações sensoriais do mundo exterior, pois os “conceitos” não estavam devidamente formados e, por essa razão, não compreendia o que seus olhos podiam enxergar.

Contudo, se começarmos a aprender e atribuir significados a novos estímulos, por meio de nossos padrões associativos de memória, passaremos a aprender e conhecer o que não éramos capazes de compreender antes. Entretanto, se a informação tiver expressiva magnitude tal como um trauma, que quase sempre é imprevisível e imponderável, tal informação será percebida, mas não compreendida e associada a outras memórias autobiográficas.

Em síntese: nossa percepção do mundo busca uma reflexão no espelho de nossas memórias. A partir das nossas memórias não traumáticas podemos representar o trauma. A Psicoterapia pode facilitar o acesso a outras redes de padrões associativos e o processo de aprendizado e significação do trauma a partir



Mesmo que os indivíduos com TEPT possam dificuldade de se comunicar, os psicoterapeutas acreditam e usam da fala como forma de tratamento de pessoas com esse quadro. Para os especialistas, a fala é a melhor forma de traduzir os pensamentos



IMAGENS SHUTTERSTOCK

O tratamento para este tipo de transtorno caracteriza-se não pelo esquecimento de nosso temor ante a lembrança do trauma (como alagamentos, batidas de carros, etc.), mas sim por provocar uma nova resposta para esta lembrança, que seja menos dolorosa

processos projetivos de desconstrução e construção, viés subjetivo de interpretação e outras funções cognitivas como a imaginação.

Uma das ferramentas terapêuticas, trazida pela Neurociência, mostra que ao visualizar uma situação com riqueza de detalhes e “colorido emocional”, o indivíduo fortalece redes neurais que propiciam a manifestação objetiva daquelas imagens criadas em sua mente. Tais “construções psíquicas” afetam o processamento, a atribuição de significado e a superação do trauma.

As abordagens mais eficazes ao tratamento de indivíduos com pesadelos pós-trauma utilizam justamente a criação de uma narrativa imaginária com um final agradável para o conteúdo interrompido ao acordar. O uso de visualizações durante a construção de narrati-

vas imaginárias possivelmente promove a integração dos fragmentos emocionais e sensoriais do trauma no sistema declarativo de memória (envolve o córtex pré-frontal e o hipocampo) permitindo o processamento de novas sínteses cognitivas atenuadoras do sofrimento.

Costumo dizer aos meus pacientes que “visualizar o caminho antecipadamente é um passo fundamental para percorrê-lo”. A observação e a simulação de comportamentos de superação podem trazer referenciais ainda não apreendidos por indivíduos que continuam manifestando os sintomas do transtorno, sensibilizando a própria experiência de superação.

Embora os pacientes traumatizados apresentem uma constelação de sintomas e reportem com frequência sua inabilidade de agir diferentemente, “observar” exemplos bem-sucedidos de lidar com o trauma pode sensibilizar o “agir”, uma vez que os novos comportamentos sejam “conhecidos” pelo indivíduo e seus neurônios-espelho. É importante que a Psicoterapia aplicada a vítimas de traumas facilite a percepção dessas novas possibilidades para a geração de comportamentos adaptativos.

do repertório já conhecido de memórias que o indivíduo traumatizado dispõe.

A semelhança entre a dinâmica do perceber e do lembrar não é surpresa, uma vez que esses processos são complementares e interdependentes. As redes neurais envolvidas na recordação de situações do passado (memórias episódicas) são compartilhadas quando pensamos em situações futuras. Podemos dizer que temos memórias episódicas de situações que ainda não ocorreram e talvez nem venham a acontecer, mas que para o nosso cérebro já existem.

Os mesmos circuitos neurais relacionados à memória foram encontrados durante a imaginação de experiências fictícias não explicitamente ligadas a um contexto temporal (passado, presente ou futuro). A projeção dos referenciais internos na construção dessas “cenas” parece ser o elemento comum no largo leque de funções cognitivas.

Em virtude desses achados recentes das neurociências, temos de reavaliar a nossa compreensão sobre a memória episódica, que abrange



SHUTTERSTOCK

## Sete fatores

◆ Segundo especialistas, a resiliência psicológica apresenta sete fatores:

- 1) Administração das Emoções,
  - 2) Controle dos Impulsos,
  - 3) Empatia,
  - 4) Otimismo,
  - 5) Análise Causal,
  - 6) Auto Eficácia
  - e 7) Alcance de Pessoas.
- Para ler detalhes de cada fator acesse: <http://www.eca.usp.br/njr/espiral/papiro35b.htm>

## RESILIÊNCIA

O termo resiliência vem da Física e refere-se à capacidade que um corpo tem de sofrer uma deformação pela ação de um agente externo e voltar à sua forma natural. Assim, também, quando um indivíduo se depara com um evento estressor, vivencia o seu impacto, mas não vem a desenvolver sintomas crônicos e volta à qualidade satisfatória de vida, o que significa que ele possui resiliência. A percepção de si e das capacidades de lidar com o trauma são os mais importantes preditivos de resultados satisfatórios. Resiliência envolve flexibilidade, otimismo, ousadia, autoestima e autoconfiança para resignificar o que ocorreu a favor do crescimento humano. A resiliência não é um estado específico, mas uma qualidade dinâmica de autorrenovação diretamente ligada aos princípios naturais de adaptação à vida. Todos têm a possibilidade da autorrenovação por meio do desenvolvimento de habilidades adaptativas ao enfrentamento. Onde há uma vontade, haverá um caminho para a resiliência. Para isso, é importante seguir alguns passos: o primeiro é ver os problemas como oportunidades de crescimento; o segundo consiste em integrar (do latim *integrare*: tornar-se inteiro) as capacidades e recursos pessoais ao enfrentamento; o terceiro envolve a autoproposição de um objetivo desafiador; o quarto é trilhar o caminho com o foco no novo objetivo (*veja quadro Sentido de coerência interna*)

## Sentido de coerência interna

Baseado em observações de sobreviventes de campos de concentração nazistas que foram capazes de se manter saudáveis e levar uma vida normal (apesar do que tinham vivido), Aaron Antonovsky desenvolveu o conceito de “sentido de coerência interna” (SCI), que está fundamentado em três componentes:

1) Compreensibilidade (a vida e seus acontecimentos têm sentido em termos cognitivos; é a habilidade de com-

preender a situação como um todo);

2) Significabilidade (a vida faz sentido do ponto de vista emocional; os problemas são vistos como desafios e não como fardos);

3) Maneabilidade (habilidade para usar os recursos disponíveis para lidar com os acontecimentos da vida).

Esse conceito procura fornecer alguns indicadores dos motivos pelos quais algumas pessoas conseguem per-

manecer bem, apesar de vivenciarem situações severamente estressoras. O SCI foi investigado em mais de 500 estudos e esteve fortemente associado a uma melhor percepção da saúde, particularmente da saúde mental. Pessoas com alto SCI mostraram-se mais resilientes sob condições de estresse.

“ A RESILIÊNCIA É UMA QUALIDADE DINÂMICA DE AUTORRENOVAÇÃO LIGADA AOS PRINCÍPIOS NATURAIS DE ADAPTAÇÃO À VIDA ”

Durante a ocorrência do trauma, identificar e atribuir significados ao que está acontecendo pode ser um preditor de boas respostas após o evento traumático.

Um bom exemplo de superação nos traz um paciente que foi sequestrado e passou 15 dias sem ouvir voz alguma. Mesmo isolado absolutamente, o paciente pediu caneta e papel para escrever sobre suas experiências, amigos e família. A escrita o ajudou a elaborar o que estava acontecendo e contribuiu para sua recuperação após o sequestro.

Outro exemplo de bom processamento durante a ocorrência traumática nos traz um casal que sofreu um sequestro relâmpago. Carina permaneceu apavorada durante as 3 horas que durou o sequestro. Diego ficou da mesma maneira, porém apenas na primeira meia hora. Enquanto Carina vivenciava o desespero, Diego procurou dialogar internamente com perguntas e respostas para si mesmo:

Imagem do campo de concentração Auschwitz II (Birkenau), localizado no sul da Polônia, onde morreram aproximadamente 1 milhão de judeus e perto de 19 mil ciganos





IMAGENS SHUTTERSTOCK

**Pessoas resilientes têm maior capacidade de lidar com os traumas. Resiliência envolve flexibilidade, otimismo, ousadia, autoestima e autoconfiança para ressignificar o que ocorreu a favor do crescimento pessoal**

“Meu Deus, isso não parece real, o que está acontecendo aqui? É real sim, estamos correndo risco de vida e eles não estão brincando! O que eles esperam de nós, como devo agir? Droga... nunca pensei nisso antes, nunca achei que fosse acontecer... Como devo agir? O que devo fazer para eu e minha mulher sairmos vivos? Reagir, nem pensar! Acho que devo tentar conversar... Falar o quê? E se eu falar alguma coisa que eles não gostem? Acho melhor só responder o que eles perguntarem. Ah, o tom de voz! Acho que se eu passar calma eles também ficarão calmos. É isso, vou tentar!”

## QUANDO ESTAMOS PERDIDOS NO LABIRINTO DA DOR, PRECISAMOS TER REFERÊNCIAS PARA CHEGAR AO 'BEM-ESTAR'

Criar uma referência mais clara sobre o que acontecia e alguma estratégia de conduta trouxe ao marido um sentimento subjetivo de certo controle sobre a situação, mesmo que a variável determinante do risco de morte não estivesse “nas mãos do casal”. Diego teve os sintomas pós-trauma atenuados mais cedo que Carina.

## A TERAPIA DE EXPOSIÇÃO

A ciência psicológica tem dado maior atenção às terapias de exposição (imaginária e *in vivo*) para a reestruturação cognitiva de eventos passados sob uma nova perspectiva de compreensão e aprendizagem. O componente essencial do tratamento de exposição envolve repetidos confrontos com as memórias do evento estressor (exposição às memórias e imagens traumáticas) para propiciar a reescrita do trauma alinhada à superação.

Em particular, a Terapia de Exposição e Reestruturação Cognitiva é indicada como a abordagem de escolha ao tratamento de indivíduos com memórias traumáticas. Ao integrar as contribuições das neurociências, desenvolvi um programa psicoterápico, que tem se mostrado eficaz à superação de traumas psicológicos. Durante o processo, o paciente é submetido a uma minuciosa anamnese (histórico clínico) e, em seguida, a sessões de reestruturação cognitiva, intercaladas por sessões integrativas, nas quais o exercício com as novas sínteses terapêuticas é avaliado e orientado.

O procedimento terapêutico inclui uma importante fase chamada de Psicoeducação, que abrange quatro etapas: (1) normalização, na qual o terapeuta demonstra continência e compreensão em relação aos sintomas manifestados, normalizando essas respostas na visão do paciente; (2) legitimação, na qual há um reforço da fase anterior para que o paciente entenda que o comportamento por ele manifestado pode ser esperado diante da magnitude e do impacto do evento traumático sofrido; (3) descrição das respostas, quando o terapeuta utiliza as referências do manual de diagnóstico DSM-IV e investiga se o paciente também apresenta outros sintomas, além dos citados; (4) procedimento terapêutico, quando o paciente recebe explicações sobre a natureza subjetiva do trauma, a dificuldade de tradução narrativa dos fragmentos sensoriais – um dos objetivos da terapia é ajudar o paciente a recontar essa história –, a importância do resgate dos bancos positivos de memória, autoeficácia e superação (influenciando o viés perceptivo sobre o evento), o papel dos “Cartões de Enfrentamento” – frases afirmativas que traduzem sínteses terapêuticas adaptativas para serem lembradas e cultivadas diariamente.

Com a ajuda do terapeuta, o paciente então delimita com precisão o “Estado Atual” em que se encontra e o “Estado Desejado” (como quer sair do processo terapêutico). Nesse momento, é importante que o terapeuta confira as expectativas do paciente em relação ao resultado do tratamento psicológico, inclusive se são exequíveis ou não. Não raro, os pacientes trazem expectativas milagrosas e inalcançáveis (exemplo: quero apagar isso da minha memória), que certamente causarão frustração.

Os dados de realidade devem ser esclarecidos para que o paciente compreenda desde o princípio o caminho que vai percorrer durante o processo para depois atingir os resultados esperados.

O “Estado Desejado” pode ser investigado com perguntas simples (exemplo: “Qual é o seu objetivo nesse processo terapêutico?”; “Como você deseja estar ao final da Psicoterapia?”) e deve ser resgatado em exercícios de visualização ao longo do processo. A consciência do objetivo resgata o sentido da jornada. Os objetivos definidos pelo paciente promovem a conexão com o desejo de mudança, como também a razão pela qual está trabalhando consigo mesmo.

## O BEM-ESTAR

O psiquiatra americano Robert Cloninger dedicou décadas de estudo à compreensão do bem-estar e afirmou que a negligência de métodos que valorizam as emoções positivas, o desenvolvimento da personalidade, a satisfação na vida e a espiritualidade, assim como o foco exclusivo na enfermidade e no sofrimento mental – explicam a dificuldade dos profissionais da saúde em melhorar o bem-estar geral dos pacientes.

É natural que os psicólogos e psiquiatras concentrem a atenção na remissão de sintomas que os pacientes apresentam. Contudo, quando o tratamento enfatiza apenas o sintoma (dor, sofrimento) é como se alguém orientasse um endereço para uma pessoa perdida, apenas com referências de caminhos que ele não deve seguir. Quando estamos perdidos no labirinto da dor, precisamos ter referências “para chegar ao bem-estar”. O trauma pode matizar a percepção de tal maneira que o repertório do prazer,

do sorriso e da vivência agradável se torna quase esquecido pelo distanciamento.

Portanto, a Psicoterapia deve igualmente abordar o sofrimento, a fragilidade e os temores, assim como as qualidades de experiências que tornam a vida mais saudável e interessante. É necessário um equilíbrio entre a atenção direcionada ao alívio do medo e o trabalho alinhado à construção da força. A honesti-



dade em relação às fraquezas e dificuldades é muito importante, assim como em relação aos êxitos, vitórias e atos de coragem. Essas considerações podem abrir as portas para a exploração consciente de crenças e pressupostos que norteiam comportamentos.

Finalmente, considero que construímos o processo de superação sobre os valores e capacidades que temos e não sobre o que nos falta. Lembrar das situações de superação anteriores ao trauma – sejam essas da infância, adolescência ou idade adulta – favorece a atenção para os valores e talentos que naturalmente fortalecem as capacidades de enfrentamento bem-sucedido. ■

**Durante a terapia, paciente e terapeuta chegam ao consenso de como o indivíduo deverá sair do processo terapêutico. Não é incomum pessoas chegarem com expectativas irreais, como a vontade de esquecer um acontecimento do passado, apagar algo da memória**

## Referências

- ◆ JULIO PERES (2009). *Trauma e Superação: o que a Psicologia, a Neurociência e a Espiritualidade ensinam*. Editora ROCA. [www.julioperes.com.br](http://www.julioperes.com.br)