

TRAUMA E SUPERAÇÃO

**O que a Psicologia, a Neurociência
e a Espiritualidade Ensinam**

NOTA

A Editora e o Autor não se responsabilizam por quaisquer consequências advindas do uso das informações contidas neste livro. É responsabilidade do profissional, com base em sua experiência, determinar a melhor aplicação do conteúdo desta obra.

A Editora

TRAUMA E SUPERAÇÃO

O que a Psicologia, a Neurociência
e a Espiritualidade Ensinam

Julio Peres

*Psicólogo Clínico e Doutor em Neurociências e Comportamento
pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
Pós-doutorado no Center for Spirituality and the Mind,
University of Pennsylvania*

ROCA

Copyright © 2009 da 1ª Edição pela Editora Roca Ltda.

ISBN: 978-85-7241-811-9

Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida, guardada pelo sistema “retrieval” ou transmitida de qualquer modo ou por qualquer outro meio, seja este eletrônico, mecânico, de fotocópia, de gravação, ou outros, sem prévia autorização escrita da Editora.

Nota: Edição publicada de acordo com o novo Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa.

**CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO-NA-FONTE
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ.**

P51t

Peres, Julio

Trauma e superação : o que a psicologia, a neurociência e a espiritualidade ensinam / Julio Peres – São Paulo : Roca, 2009.

Inclui bibliografia e índice

ISBN: 978-85-7241-811-9

1. Trauma psíquico. 2. Psicanálise. I. Título.

09-2247.

CDD 150.195

CDU 159.964.2

2009

Todos os direitos para a língua portuguesa são reservados pela

EDITORA ROCA LTDA.

Rua Dr. Cesário Mota Jr., 73

CEP 01221-020 – São Paulo – SP

Tel.: (11) 3331-4478 – Fax: (11) 3331-8653

E-mail: vendas@editoraroca.com.br – www.editoraroca.com.br

Impresso no Brasil

Printed in Brazil

Dedicatória

Este livro é dedicado a todos que já viveram traumas psicológicos e possam ser beneficiados pelos estudos e exemplos de superação mostrados aqui, bem como aos colegas profissionais e pesquisadores da área.

Agradecimentos

Agradeço aos queridos pacientes que acreditaram em minhas propostas terapêuticas e de pesquisa, pela oportunidade que tive de compartilhar de seus processos de superação e também por aprender muito com todos eles.

Agradeço profundamente o suporte afetivo de minha esposa Valéria e de minha filha Nicole, que souberam compreender minha dedicação à Psicologia, escolhida também por amor.

Quero agradecer à minha mãe, Maria Julia, e ao meu pai, Ney, por seus exemplos de ética, bondade e seriedade, que tiveram grande influência em meu trabalho. Aos meus irmãos Juliane, Ney e Mario, pelo carinho e apoio incondicional de sempre. Agradeço aos meus segundos pais, Tio Fernando e Tia Lu, por seus exemplos de vida, especialmente o de como viver em harmonia.

Finalmente agradeço a Deus, pela oportunidade de aprender com a vida os caminhos do Bem.

Apresentação

Foi com grande satisfação que recebi o convite do psicólogo e pesquisador Julio Peres para ler uma versão preliminar de seu livro e fazer comentários tendo em vista o aprimoramento da obra. Sendo amigo e parceiro de pesquisas do Julio há vários anos, tinha certeza de encontrar um livro arrojado e inovador. Não me decepcionei. Agora que o livro está terminado, é com enorme prazer que escrevo a apresentação de *Trauma e Superação: o que a Psicologia, a Neurociência e a Espiritualidade Ensinam*.

Coerente com o perfil de seu autor, este livro apresenta uma abordagem atual, leve e inovadora. Não se restringe apenas a apresentar dados frios de pesquisa, mas busca o significado destes para a vida real das pessoas. Há um genuíno interesse em colaborar para o aumento da felicidade e do bem-estar humanos. Esses deveriam ser sempre os objetivos finais de todos os profissionais e pesquisadores envolvidos com a saúde humana, mas, infelizmente, não é sempre o caso.

Com o intuito de gerar uma real contribuição para o entendimento e manejo do trauma psicológico, o livro busca uma abordagem integradora de várias propostas teóricas e terapêuticas e também discute implicações éticas para os profissionais e, mesmo, para todos nós, membros da humanidade, em busca de uma convivência harmônica. Há uma interessante ênfase em achados recentes de pesquisas que salientam o papel crucial dos aspectos cognitivos, que envolvem a atribuição de significados, o ponto de vista sob o qual percebemos e interpretamos o mundo, nós mesmos e o evento traumático.

Em sintonia com o que de mais recente tem sido produzido na literatura científica mundial, Julio Peres

não se limita ao tradicional enfoque que habitualmente se concentra no trauma, na dor, no sofrimento, nas limitações e na doença. O autor, embora também trate desses aspectos, dá grande ênfase aos fatores promotores de saúde, bem-estar e felicidade. Os conceitos de resiliência e de crescimento pós-traumático recebem o merecido destaque. Ainda nessa linha, são abordados fatores ligados à espiritualidade, um recurso fundamental para grande parte da humanidade em termos de atribuição de significados e repertório para lidar com situações adversas. Ainda dentro de sua abordagem arrojada, discute a personalidade, seus fatores constituintes e a controversa relação entre cérebro e consciência.

Entre os vários outros aspectos que merecem destaque nesta obra, está a defesa de uma psicoterapia verdadeiramente centrada no paciente e não em dogmas de escolas ou nos pressupostos assumidos pelo terapeuta. É lamentável o quanto o progresso na teoria e prática das psicoterapias, bem como o bem-estar dos pacientes, é comprometido por disputas, dogmatismos e vaidades. Para que nossa prática psicoterápica traga o máximo de frutos salutares ao seu principal interessado, o paciente, faz-se mister ter habilidade e sensibilidade para usar o que for mais eficaz para uma dada situação e mais adequado ao indivíduo. Ou seja, é preciso adequar o tratamento que oferecemos ao paciente, e não o inverso, como ocorre tantas vezes. Para isso, são cruciais o desenvolvimento de empatia e buscar compreender o contexto cultural específico de cada paciente. Ter como meta uma prática livre de preconceitos (filosóficos, religiosos ou científicos) e estar ciente deles com o intuito de evitar ao máximo que atrapalhem o bom atendimento às reais necessidades das pessoas que nos procuram e nos confiam suas vidas, suas dores e esperanças.

Por fim, Julio Peres nos fala da Cultura da Paz, destacando nosso papel real e ativo na construção de um mundo melhor. Atualmente, falar do Bem ou de virtudes pode parecer piegas ou retrógrado, mas como bem escreveu o filósofo André Comte-Sponville (1999):

Das virtudes quase não se fala mais. Isso não significa que não precisemos mais delas, nem nos autoriza a renunciar a elas. É melhor ensinar as virtudes, dizia Spinoza, do que condenar os vícios. (...) Não se trata de dar lições de moral, mas de ajudar cada um a se tornar seu próprio mestre (...).

Para todos nós, diante da violência e conflitos no mundo como cidadãos, pacientes ou terapeutas, os desafios são enormes, mas, de acordo com o grande exemplo de Gandhi, é preciso fazer a parte que nos toca: “Devemos ser a mudança que gostaríamos de ver no

mundo”. Nesse aspecto, esta obra que o caro leitor tem em mãos se constitui numa importante ferramenta para todos aqueles interessados em entender e lidar melhor com os eventos traumáticos aos quais todos nós somos suscetíveis. Bom proveito!

ALEXANDER MOREIRA-ALMEIDA

Doutorado em Psiquiatria pela Universidade de São Paulo

Pós-doutorado em Psiquiatria pela Duke University (EUA)

Professor Adjunto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Diretor do NUPES – Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde da UFJF

Prefácio

Uma das forças ocultas em uma sociedade vem das memórias traumáticas de eventos extremos, que tanto influenciam o indivíduo como a sociedade. Tais memórias são capazes de perturbar expressivamente o dia a dia sem que as pessoas tenham a clara consciência da dimensão do prejuízo na qualidade de suas vidas. Este livro é um trunfo inestimável para aqueles que desejam compreender a natureza das experiências traumáticas, seu impacto no estado psicológico e os métodos eficazes de intervenção terapêutica. A compilação dos estudos científicos aqui reunidos representa uma valiosa contribuição para esta importantíssima área de conhecimento, ainda frequentemente ignorada no campo da saúde mental.

É fundamental entender a diferença entre eventos traumáticos e estresses diários. A diferenciação entre eventos que provocam terror ou impotência e outros eventos estressores da vida diária pode parecer óbvia ao senso comum, todavia não tem sido devidamente conhecida e divulgada com precisão. Os eventos traumáticos não só dificultam a adaptação das pessoas porque se tornam gravados na mente do indivíduo e levam a uma profunda desorganização psicofisiológica, como também desafiam alguns dos mais básicos pressupostos sobre a segurança e a natureza do mundo.

Os capítulos introdutórios deste livro exploram persuasivamente a importância do significado e do uso da linguagem para dar suporte ao ajustamento e à superação do trauma. Esse domínio abre uma série de perguntas intrigantes sobre o que impulsiona e organiza a percepção de indivíduos sobre sua vulnerabilidade perante o mundo exterior. As janelas que a Neurociência começa a abrir para a formulação e elaboração da experiência traumática são discutidas

XIV ■ Prefácio

de maneira desafiadora e bem embasada em relação ao conhecimento científico que temos sobre a natureza do pensamento.

Uma outra dimensão envolvida na atribuição de significados é o temperamento que o indivíduo traz para seu mundo, tanto no que diz respeito a como ele classifica e elabora suas experiências em um sentido ativo de engajamento, quanto à propensão para respostas emitidas diante do perigo. Os estudos que investigam essa questão em relação à experiência traumática revelam corretamente que os comportamentos de risco estão associados a algumas características. Contudo, esta obra não confina a personalidade como um traço imutável, mas o vê permeável ao aprendizado. A despeito da ocorrência de eventos traumáticos imprevisíveis, uma das principais maneiras em que a personalidade cria riscos para o desenvolvimento do estresse pós-traumático está no modo como os indivíduos constroem seu mundo e se colocam em circunstâncias de vulnerabilidade ao trauma. Uma vez que o indivíduo está traumatizado, a interação entre seus sintomas e seu temperamento impacta criticamente a maneira como ele se ajustará a suas circunstâncias.

Outro importante capítulo deste livro tem foco no tratamento, que introduz uma articulação fascinante dos *insights* que estudos de neuroimagem nos têm revelado sobre a natureza das reações traumáticas. Tal compreensão neurofisiológica amplia o escopo das teorias e respectivas estratégias clínicas. Significativas observações sobre os sistemas neurais relacionados à modulação da experiência traumática são explanadas nesta obra com clareza e simplicidade, assim como os substratos neurais envolvidos na superação por meio da psicoterapia. Esses *insights* proporcionam modelos valiosos aos terapeutas para formulação e entendimento dos mecanismos de ação dos potenciais e mais eficazes tratamentos psicoterapêuticos e farmacológicos. Ao contrário da perspectiva reducionista do comportamento humano, este livro apresenta ao leitor o entendimento de como os traumas são desafios profundos para a identidade do indivíduo. A terapêutica deve abordar com amplitude o ser subjetivo e seus valores de vida, permitindo a reintegração ao presente e o envolvimento saudável com o futuro.

A resiliência, um importante conceito que obtém destaque cada vez maior no século XXI, ganha um lugar especial no livro. A literatura sobre estresse traumático conta com numerosos relatos de incidentes que revelaram vulnerabilidade e falhas em oferecer proteção efetiva contra a traumatização psicológica. Resiliência não se trata de um mantra ou um desejado “envelope de segurança” implacável para situações de riscos que envolvem a surpresa. Este livro define a resiliência coerentemente como mecanismos e possibili-

dades de proteção e recuperação do trauma. Valiosos exemplos de superação mostram com clareza o aprendizado e o uso prático desses mecanismos no processo de superação do trauma de maneira realística. A resiliência também é abordada como conceito que pode ser aprendido e operacionalizado em estratégias saudáveis para gerir os extremos de violência e abusos que a civilização, infelizmente, inflige às sociedades.

Por fim, é apresentada uma conclusão com foco na necessidade da contemplação de caminhos exequíveis à Paz. Os caminhos apontados podem permitir que a civilização progressivamente reduza o ciclo de violência, em vez de promover conflitos de cada vez maior intensidade. Em última instância, isso depende de uma cultura de respeito mútuo e de uma disposição para perdoar. Tais princípios começam dentro do consultório e da relação terapêutica, mas têm muita relevância para a sociedade em geral.

Abrangendo essa ampla gama de tópicos, o livro apresenta um significativo salto para o futuro, com melhor qualidade no domínio da saúde mental quanto à assertiva interpretação e eficaz manejo das respostas ao estresse traumático.

ALEXANDER C. MCFARLANE

*Professor of Psychiatry, MB. BS. (Hons), MD., Dip. Psychother., FRANZCP
Head CMVH University of Adelaide Node
The Centre of Military and Veterans' Health*

Breve Introdução

Esta obra é fruto da motivação e persistência em aprofundar conhecimentos para ajudar as vítimas de traumas psicológicos. Ameaças reais ou subjetivas à própria vida, à vida de pessoas amadas ou à integridade do corpo frequentemente desencadeiam traumas psicológicos. Eventos potencialmente traumáticos afetam grande parte da população mundial. Perdas de pessoas queridas, acidentes, enfermidades, assaltos, sequestros, abusos sexuais, catástrofes naturais, entre outros eventos, podem precipitar sentimentos de desamparo, impotência e sofrimento com intensidade e duração variáveis. O trauma psicológico é um evento complexo e ocorre em indivíduos das mais variadas faixas etárias e classes sociais.

Nas últimas décadas, episódios potencialmente traumáticos têm se intensificado. As estatísticas indicam um crescente número de fatores violentos, que, somados aos altos níveis de estresse e solidão nas metrópoles, tendem a gerar respostas de sofrimento mais exacerbadas e evoluir ao trauma psicológico, que se pode atenuar e do qual é possível se libertar com intervenção terapêutica especializada. Apesar dessa incidência cada vez maior, ainda são poucas as informações científicas disponíveis sobre o assunto no Brasil.

Dentro das universidades, o número de pesquisas ainda é escasso, e a bibliografia provém em grande parte do exterior. A constatação dessa realidade também motivou o surgimento deste livro, que visa compartilhar os mais recentes achados da Neurociência a respeito do trauma psicológico com o intuito de prover ferramentas advindas de nossos estudos e prática clínica para superação do sofrimento decorrente de eventos profundamente dolorosos.

Estranhamente, a dor humana tem sido negligenciada em nossa sociedade. O sofrimento, a tristeza e

o trauma psicológico são contemporaneamente considerados “inimigos” do Homem. Observamos uma tendência atual de rechaçar essas expressões naturais como se fossem doenças aversivas e contagiosas. Esses ditames culturais depreciam com grande impacto a vida e suas possibilidades, geralmente de maneira inconsciente. Nos capítulos a seguir você verá que, na verdade, o sofrimento desperta muitas pessoas para buscas e reflexões que configuram qualidades de vida geralmente superiores àquelas vivenciadas antes do evento estressor. Por isso, não apresentarei neste livro técnicas curativas, rápidas ou milagrosas, mas sim convites ao aprendizado mais íntimo por meio de reflexões sobre a natureza humana, sobre exemplos de vida, sobre a maneira como percebemos e criamos o mundo no qual vivemos, sobre as contribuições da Psicologia, da Neurociência, e especialmente sobre a própria vivência.

Abordarei conceitos de trauma, percepção, memória, personalidade, espiritualidade e religiosidade, saúde, psicoterapia especializada e superação. Serão respondidas aqui questões cruciais, como: a magnitude do acontecimento é por si só responsável pelo trauma? Quais os fatores que levam à caracterização do trauma psicológico e quais aqueles capazes de promover superação? As diretrizes do 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, recebem maior atenção.

Trarei exemplos práticos de alguns pacientes que cresceram e se desenvolveram psicologicamente com base nos aprendizados adquiridos em suas experiências dolorosas. Esses exemplos figuram entre os principais eventos capazes de desencadear o trauma. O objetivo da inclusão desses casos clínicos é trazer aos profissionais da saúde mental e às pessoas que atravessam situações parecidas, por meio da vivência de outros, a oportunidade de obter subsídios para seu próprio processo de superação. Esses exemplos de vida ensinam por si só possíveis caminhos para significar e ressignificar a dor, além de reescrever os eventos traumáticos como aprendizados que desenvolvem e fortalecem a personalidade.

Esta obra expande os limites do consultório e vislumbra caminhos possíveis para a minimização de eventos potencialmente traumáticos de modo global, isto é, o que cada um de nós pode fazer para tornar o mundo um lugar menos traumatizante e melhor de se viver. Assim como o terapeuta que ampara seu paciente facilita um processo natural de transformação do sofrimento em aprendizado, ao assumirmos a nossa responsabilidade pela construção de um planeta mais saudável estaremos contribuindo para uma existência digna e com qualidade para todos. A construção de um mundo

pacífico e atenuador de traumas gerados pelos próprios homens já está em curso e podemos fazer muito mais nesse sentido.

Faremos esse caminho juntos, para que esta obra cumpra, ao final, o objetivo de trazer novos horizontes para a compreensão, o tratamento e a prevenção do trauma psicológico.

Índice

1. O que É o Trauma Psicológico?	1
2. Trauma sem Palavras	25
3. Como Percebemos o Mundo?	33
4. Neurônios-espelho: para Olhar e Superar	53
5. Personalidade e Trauma	63
6. Dar a Volta por Cima	93
7. Esquecer ou Extinguir?	111
8. Traumas Inconscientes Iluminados	119
9. Outras Intervenções	125
10. Neurociência e Psicoterapia Eficaz	137
11. Exemplos de Superação	171
12. A Terapia É o Terapeuta	223
13. Religiosidade, Espiritualidade e Saúde ...	237
14. Bem-estar e Felicidade	263
15. A Cultura da Paz	279
Bibliografia	299
Índice Remissivo	313

O que É o Trauma Psicológico?

Do ponto de vista biológico, nós não somos muito diferentes uns dos outros; do ponto de vista histórico e das narrativas, cada um de nós é único.

OLIVER SACKS

O trauma psicológico é resultante de uma situação experimentada, testemunhada ou confrontada pelo indivíduo, na qual houve ameaça à vida ou à integridade física e/ou psicológica de si próprio ou de pessoas a ele ligadas. Assaltos, sequestros, estupros, acidentes naturais, confrontos de guerra, acidentes automobilísticos e perdas de entes queridos são considerados, entre outros, eventos potencialmente traumáticos.

O interesse pelo trauma psicológico vem aumentando substancialmente e evidencia-se pelo crescimento do número de publicações e estudos controlados em andamento, pelo surgimento de periódicos e congressos dedicados ao tema e pela atividade associativa entre profissionais e pesquisadores.

“Trauma”, em sua raiz etimológica grega, significa lesão causada por um agente externo. Esse conceito migrou para o campo psicológico com Freud e Breuer¹ em seus primeiros escritos sobre as raízes da neurose. Hoje, trauma continua ligado ao significado *ferida* – considera-se ocorrência de um trauma uma vez que as defesas psicológicas naturais são transgredidas – porém, não exclusivamente causada por um agente externo.

978-85-7241-811-9

¹ Para conhecer mais, ver a referência de Freud (1895).

2 ■ O que É o Trauma Psicológico?



Foto: Julio Peres

Figura 1.1 – Em 1920, Freud considerou que o trauma psicológico caracteriza-se por um afluxo de excitações que é excessivo em relação à tolerância do indivíduo e à sua capacidade de dominar e de elaborar tais excitações.

978-85-7241-811-9

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. Estudos epidemiológicos (em população global de países) estimaram que a prevalência ao longo da vida para ocorrência de eventos potencialmente traumáticos pode alcançar de 50 a 90%, enquanto a prevalência do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) na população geral é estimada entre 8 e 10%.

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 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 um grau de variedade individual em processar os eventos ocorridos durante a vida e as emoções básicas. Muitas vítimas de eventos estressores procuram apoio profissional, literatura, apoio de amigos, enquanto outras enfatizam o silêncio, o isolamento, o colapso e/ou a vitimização.

É crescente o número de estudos epidemiológicos que apontam a relação entre a exposição a eventos traumáticos e a maior utilização de instituições de saúde, assim como a manifestação de doenças e morte prematura. Uma investigação de 3.982 gêmeos conduzida pelo psiquiatra e epidemiologista americano Joseph Boscarino mostrou relações significativas entre nove condições (síndrome de fadiga crônica, dor lombar, síndrome de intestino irritável, cefaleia crônica, fibromialgia, desordem da articulação temporomandibular, depressão, ataques de pânico e TEPT), sugerindo que elas compartilham a etiologia de eventos traumáticos. Ainda que novos estudos sejam necessários para especificar precisamente o inter-relacionamento entre essas condições, o impacto traumático foi observado como um fator crítico subjacente nos enfermos estudados.

Memória traumática é um dos sintomas centrais decorrentes do trauma psicológico e, por isso, ao longo deste livro, aprofundaremos o tema. Inicialmente, é importante ter em mente que memória pode ser entendida como a capacidade de organizar e reconstruir as experiências e impressões passadas a serviço de necessidades, temores e interesses atuais. Uma simples e objetiva definição de memória de que, particularmente, gosto muito, foi traduzida pelo pesquisador Gilberto Xavier como “a capacidade de alterar o comportamento em função de experiências anteriores”. Embora as memórias traumáticas sejam em maior parte associadas ao TEPT, na literatura, um grande número de pessoas traumatizadas não preenche os critérios diagnósticos do TEPT ou de outros transtornos psiquiátricos. Essas pessoas podem apresentar TEPT parcial (ou subsindrômico) – correspondentes a 30% da população – e com maior frequência procuram a psicoterapia.

A maioria das queixas trazidas por indivíduos à clínica psicoterápica tem em sua raiz eventos traumáticos ou carregados de emoções dolorosas que influenciam o momento atual. De fato, essas experiências podem alterar o equilíbrio psicológico, biológico e social de um indivíduo, matizando suas futuras experiências com o desenvolvimento dificultoso de processos cognitivos.

A lembrança específica de episódios ocorridos em condições extremas de estresse pode disparar a formação de padrões defensivos de comportamento (por exemplo, medos exacerbados em situações que não mais oferecem riscos), que se tornam inapropriados ao momento atual, trazendo desajustes significativos à vida cotidiana. Pesquisadores em todo o mundo estabeleceram uma forte relação entre o trauma psicológico e o desenvolvimento de TEPT, transtorno depressivo, transtorno de personalidade, transtor-

4 ■ O que É o Trauma Psicológico?

no somatoforme (antigamente chamado de doenças psicossomáticas), dores crônicas, fobias específicas e fobia social, automutilação, suicídio, comportamentos de alto risco e abuso de substâncias (como drogas e álcool). Traumas psicológicos podem também exercer significativa influência em comportamentos com isolamento social, distorções de percepção da identidade pessoal e alterações da crítica e do julgamento, sem necessariamente caracterizar um transtorno.

Estresse ou *Stress*?

978-85-7241-811-9

Algumas palavras que traduzem conceitos psicológicos e médicos são usadas pelo senso comum para designar significados equivocados, distintos dos originais. Por exemplo, ouvimos com frequência “estou neurótico” para expressar “estou nervoso” ou “surtei” para comunicar “exagerei emocionalmente”. O mesmo acontece com a palavra *stress*, derivada de *distress* pela perda dos fonemas iniciais, empregada comumente com distorções conceituais.

Stress apresenta algumas diferentes raízes etimológicas. O termo anglo-normando *distress*, correspondente ao termo francês



Foto: Julio Peres

Figura 1.2 – Mudanças ambientais causam estresse adaptativo para proteção do equilíbrio interno às novas condições.

destrece (século XII) significa estreiteza. As raízes do latim *districtus* “importunado, ocupado” e *strictus* “apertar, comprimir” foram incorporadas à medicina a partir dos trabalhos de Walter Cannon (1871-1945) e de Hans Selye (1907-1982). *Estresse* (também oriunda do latim *strictus*), adotado pelo francês, enfatizou o significado estreitamento, que por sua vez vem de *estrição*: pressão interna e externa, que influi nas síndromes de adaptação.

O médico austríaco Hans Selye empregou em 1936, como termo médico, a palavra inglesa *stress* para definir os mecanismos neuro-endócrinos adaptativos do organismo a estímulos exteriores, sejam positivos ou negativos. Em 1950, Selye publicou a obra que o consagrou, na qual expôs a *síndrome geral de adaptação*.

Apesar de o termo inicialmente ser definido como uma resposta necessária e saudável, hoje o conceito está associado à sobrecarga e ao prejuízo da qualidade de vida. A cultura metropolitana cada vez mais estimula o sobrepeso do alto desempenho, da competitividade e de metas desafiadoras, às vezes impossíveis de serem alcançadas. Esse contexto de excessiva competitividade favorece tensões, conflitos, depreciação do relacionamento interpessoal, além de baixa autoestima e solidão, que certamente influenciaram a contaminação do termo original.

Observo também algumas imprecisões em alguns artigos científicos sobre trauma psicológico. Às vezes o termo “estresse” é usado como o causador de um transtorno ou como resposta ao agente traumático externo. Na realidade, o evento estressor pode provocar, entre outros fatores, o transtorno, e o estresse é uma resposta que busca adaptação ao evento estressor. Diante de um evento ameaçador, reagimos adaptativamente em busca da preservação da vida. Tais respostas geradas tendem a atenuar com a ausência do evento estressor. Resumindo, a reação do indivíduo e o evento potencialmente estressor são as duas condições necessárias para que o estresse aconteça. Contudo, as mesmas respostas agudas de sobrevivência podem continuar por mais de seis meses e, se ocorrer tal cronicidade, o indivíduo pode ser diagnosticado como portador do TEPT.

Uma versão atual do termo está no dicionário da língua portuguesa Houaiss (2001), que traduziu a palavra *stress* por estresse, com o conceito de perturbação da homeostase (equilíbrio entre interior e exterior) que provoca no organismo a busca pela adaptação. Usarei esse significado para estresse e, assim, o TEPT será entendido como as dificuldades adaptativas apresentadas pelo indivíduo após a(s) ocorrência(s) traumática(s).

Transtorno de Estresse Pós-traumático

Dentre as principais sequelas psicológicas causadas pelo impacto de experiências traumáticas estão os medos específicos, que se tornam condicionados a qualquer “dica” do ambiente semelhante ao trauma. Os traumas psicológicos podem afetar a qualidade de vida com grande expressão, caracterizando o TEPT, uma desordem psíquica precipitada por um ou mais eventos estressores de magnitude psicológica ao indivíduo. O TEPT é considerado como um transtorno de ansiedade, cuja etiologia (causa) é tida como multifatorial. Fatores genéticos, socioculturais, tipo de personalidade e eventos de vida (dificuldades financeiras, morte súbita de entes queridos, demissão, divórcio) estão envolvidos no surgimento dos transtornos ansiosos.

Recordações aflitivas, revivescência do trauma (pesadelos, pensamentos intrusivos/indesejados, *flashbacks* recorrentes de memórias do trauma e sentimentos incontroláveis), esquiva/entorpecimento emocional (distanciamento afetivo, anestesia emocional) e hipersensibilização autonômica (irritabilidade, insônia, hipervigilância), entre outros sintomas, podem ser indicadores de TEPT.

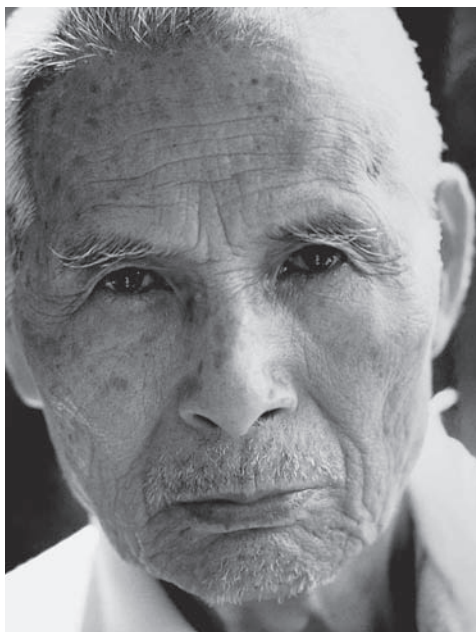


Foto: Julio Peres

Figura 1.3 – “Essa dor queima minha alma como fogo!”, assim um paciente definiu a sua dor decorrente da perda de um filho.

Esse conceito de transtorno e estresse surgiu em 1980, com base nos estudos feitos com veteranos de guerra e sobreviventes civis, e foi publicado na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico para Transtornos Mentais, da Associação Psiquiátrica Americana. No século XIX, diversos psicólogos, psiquiatras e neurologistas já reconheciam os sintomas característicos do atual TEPT, mas foi somente a partir da classificação internacional norte-americana que se conseguiu unificar o diagnóstico.

Porque os sintomas que originalmente levaram à formulação do atual diagnóstico do TEPT foram observados em soldados e civis com experiências avassaladoras de guerra, ênfase foi dada aos acontecimentos excepcionais de confronto com a morte. A noção de traumatização de guerra foi alargada a outros eventos de importante magnitude, tais como catástrofes, agressões físicas, estupros, espancamento de filhos e abusos sexuais. Contudo, os acontecimentos que podem provocar o TEPT são significativamente mais numerosos.

Estudos têm mostrado que o TEPT pode emergir de eventos como parto, aborto, ataque cardíaco, hospitalização seguida a ressuscitação, amputações, câncer, AIDS, perda de entes queridos, separação conjugal, entre outros episódios traumáticos, porém não catastróficos. Além disso, as pessoas que experimentam períodos prolongados de angústia podem igualmente desenvolver a síndrome pós-traumática, sem que um evento particular tenha ocorrido. Uma série de condições estressoras pode favorecer o acúmulo de resíduos capazes de afetar o equilíbrio psíquico de indivíduos que passam a manifestar sintomas pós-traumáticos descritos no TEPT, sem que um evento traumático tenha, de fato, ocorrido. A existência do Critério A1 (experiência e/ou testemunho de evento traumático que ameaça a vida) não é, portanto, condição indispensável para os sintomas do TEPT emergirem. Alguns casos em que um evento objetivo não ocorre e os sintomas pós-trauma se manifestam podem fazer interface com o quadro que chamamos de *Burnout* (combustão completa), que se dá após um período de esforço excessivo com intervalos insuficientes para recuperação. O *Burnout* pode ser decorrente de estresse profissional contínuo e/ou exaustão emocional, levando à avaliação negativa de si mesmo, à depressão e à insensibilidade com relação a quase tudo e todos.

É realmente difícil prever todos os acontecimentos que poderiam causar o TEPT, especialmente porque os aspectos subjetivos (Critério A2: experiência subjetiva de desamparo, medo, horror) contam decisivamente para a configuração do trauma tanto quanto os aspectos objetivos. A angústia profunda, a sensação de estar preso, a perda de controle, o colapso das crenças básicas, a percep-

ção de que a vida está em perigo e a integridade física (objetiva ou subjetivamente) é ameaçada, bem como o desamparo, são pistas para um possível diagnóstico do TEPT. Além disso, a descrição “pura” do DSM-IV, que agrupa reexperiência traumática, anestesia emocional e hiperestimulação autonômica, é rara na expressão crônica de indivíduos com traumas psicológicos.

Os critérios diagnósticos DSM-IV a seguir são usados para identificação de TEPT².

978-85-7241-811-9

- Exposição a um evento traumático em que os seguintes fatos ocorreram:
 1. Vivenciou, testemunhou ou confrontou-se com um ou mais eventos que envolveram óbito ou ameaça de morte ou sério ferimento, ou ameaça à sua integridade física ou de terceiros.
 2. A sua resposta deve implicar medo intenso, impotência ou horror. Observação: em crianças, a resposta manifestada pode expressar comportamento desorganizado ou agitado.

- Lembrança constante do evento traumático por meio de uma ou mais das manifestações a seguir:
 1. Memórias aflitivas recorrentes e intrusivas a respeito do acontecimento, incluindo imagens, pensamentos e percepções. Observação: em crianças, podem ocorrer brincadeiras repetitivas, nas quais o tema ou aspectos do trauma são expressados.
 2. Sonhos aflitivos recorrentes, durante os quais o evento estressor é reencenado. Observação: em crianças, pode haver sonhos assustadores sem conteúdo inteligível.
 3. Estados dissociativos (desagregados) que duram de alguns segundos a várias horas, ou mesmo dias, durante os quais o indivíduo se comporta como se o evento traumático estivesse se repetindo. Incluem ilusões, alucinações e episódios dissociativos com alteração do estado de consciência (como aqueles que ocorrem ao despertar ou em estado de embriaguez).
 4. Sofrimento psicológico intenso sempre que há exposição a eventos ativadores que lembram ou simbolizam um aspecto do evento traumático.
 5. Reação fisiológica sempre que há exposição a eventos ativadores que lembram ou simbolizam um aspecto do evento traumático.

² Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2002.

- Afastamento persistente de estímulos associados ao trauma e diminuição da responsividade geral em relação ao mundo externo. São caracterizados por três ou mais dos seguintes comportamentos:
 1. Esforços deliberados no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas sobre o evento estressor.
 2. Desviar-se de atividades, situações, lugares e pessoas que provoquem recordações do episódio traumático.
 3. Incapacidade de lembrar (amnésia) um aspecto importante do ocorrido.
 4. Diminuição do interesse ou da participação em atividades anteriormente prazerosas.
 5. Sentimento de deslocamento, inadequação ou estranhamento em relação às outras pessoas.
 6. Redução significativa da capacidade de manifestar emoções (especialmente aquelas associadas à intimidade, ternura e sexualidade).
 7. Sensação de futuro abreviado (por exemplo, o indivíduo não espera ter carreira, casamento, filhos ou um tempo normal de vida).

- Persistência de sintomas de excitação aumentada (não existentes antes do trauma), evidenciada por dois ou mais dos seguintes sinais:
 1. Dificuldade de conciliar ou manter o sono, possivelmente devido a pesadelos recorrentes durante os quais o evento traumático é revivido.
 2. Irritabilidade ou ataques de raiva.
 3. Dificuldade de concentrar-se ou completar tarefas.
 4. Hipervigilância.
 5. Resposta de sobressalto exagerada.

- Significativa perturbação no desempenho social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Especificadores dos tipos de transtorno de estresse pós-traumático

São três os principais tipos de TEPT: agudo (duração dos sintomas inferior a 3 meses); crônico (continuidade dos sintomas por mais de 3 meses); com manifestação tardia (o início dos sintomas se dá 6 meses – ou mais tempo – após a ocorrência do evento estressor).

Como um Acontecimento se Transforma em Trauma?

A maior parte das reações do organismo perante uma alteração do meio ambiente, mesmo aquelas que causam dor, mal-estar ou sofrimento, têm um princípio adaptativo de proteção e sobrevivência (ler mais sobre homeostase no Cap. 10). Por exemplo, a tosse, o vômito e a dor são defesas do organismo: ajudam a expelir um material que se encontra numa via errada, ou um alimento nocivo, ou um corpo estranho como farpa, que poderiam prejudicar o organismo. A ansiedade é um estado emocional comum e provavelmente tenha sido selecionada como um importante fator para a preservação da espécie humana. O estado ansioso é definido como um comportamento de alterações físicas (taquicardia, sudorese, hiperventilação, aumento da pressão arterial) e psíquicas (apreensão, inquietude, alerta). Assim como a dor evoluiu para nos proteger de danos imediatos ou futuros, a ansiedade talvez tenha evoluído para nos proteger contra futuros perigos ou outros tipos de ameaças.

978-85-7241-811-9

Foto: Julio Peres



Figura 1.4 – Os bebês apresentam limiares menores de tolerância a estressores ambientais (níveis de ruídos, frio, calor etc.) e são mais vulneráveis aos traumas psicológicos (às vezes não lembrados na vida adulta).

De fato, a ansiedade pode variar em intensidade e expressão conforme a importância que se atribui ao risco iminente. Quanto mais ameaçador um evento, maior seria a intensidade de expressão da ansiedade. Como um sinalizador antecipatório de possíveis ameaças ou mesmo diante da ameaça, a ansiedade altera de forma vantajosa o pensamento, a fisiologia e o comportamento humano com ajustes para sobrevivência.

Nossos ancestrais provavelmente tenham antecipado riscos reais durante a caça e a vida diária, exercendo algum controle sobre a incidência de ameaças letais por intermédio da ansiedade. É possível que o superdimensionamento das ameaças tenha sido selecionado como recurso de preservação por estabelecer margens de segurança em relação à avaliação dos perigos reais. Apesar de a ansiedade estar presente em todos os seres humanos, alguns indivíduos a manifestam com intensidade e duração exacerbadas, impedindo a continuidade equilibrada da vida. É o caso de boa parte das pessoas que sofreram traumas: um acontecimento se transforma em trauma quando o “sistema é sobrecarregado cronicamente”.

Foto: Julio Peres

978-85-7241-8111-9



Figura 1.5 – Quando o sistema se sobrecarrega pelo confronto com um evento assustador, respostas como tremores, respiração ofegante e taquicardia são naturais, e isso é parte esperada do processo adaptativo para recuperação do controle perante o mundo.

Costumo dizer aos meus pacientes com TEPT, nas primeiras sessões, que “o seu sistema nervoso trabalhou ‘bem demais’ com o objetivo de proteção e assim foi sobrecarregado...”. Prossigo, dizendo: “agora vamos aliviar o sistema ensinando a ‘esse amigo’ que ele pode ser mais bem aproveitado de outras maneiras” (ver Cap. 6).

Números assustadores

Segundo dados do IBGE (2003), do total de indivíduos que integram a população brasileira (176.876.251), 40.114.051 (22,7%) residem em capitais, onde a incidência de eventos estressores ligados à violência urbana, conforme ocorrências registradas pelas polícias civis, é significativamente maior. As principais ocorrências potencialmente traumáticas notificadas foram: tentativa de homicídio, lesão corporal, estupro, atentado violento ao pudor, sequestro, roubo e furto.

A probabilidade de o TEPT ser desenvolvido está diretamente relacionada a uma série de fatores, entre eles: características específicas do acontecimento, grau de exposição (tempo ou vezes em que a situação ocorreu), fatores socioeconômicos, qualidade do apoio social recebido, fatores biológicos (como a diminuição do volume hipocampal), traços de personalidade e percepção do indivíduo perante o evento. Enfatizo que a maneira como as pessoas processam a situação estressora após sua ocorrência é determinante para que o trauma seja configurado ou não.

Infelizmente, é muito comum os pacientes com trauma psicológico serem atendidos em pronto-socorros e ambulatórios de clínica médica apenas com queixas somáticas (sintomas físicos). Podem ainda ir a um neurologista, queixando-se de dor de cabeça; a um gastroenterologista, por conta de uma gastrite, ou a um cardiologista, devido a palpitações. Com frequência, tais indivíduos são subdiagnosticados pela desinformação sobre o TEPT. Se as causas não forem tratadas nesses casos, as queixas em geral se mantêm ou pode haver deslocamento de sintomas. Por isso, durante uma avaliação clínica, é necessário perguntar de modo rotineiro às pessoas se sofreram situações traumáticas anteriores aos sintomas que apresentam.

O trauma psicológico pode ser especialmente grave ou duradouro quando o agente causador é humano: ataque sexual ou físico, assalto à mão armada, roubo, sequestro, violência moral e/ou física, atentado terrorista, confinamento como prisioneiro(a) de guerra ou em campo de concentração, desastres provocados pelo homem, acidentes automobilísticos graves, ser tomado(a) como refém, tortura etc.

Quero ilustrar tal situação com o caso clínico de um paciente que sofreu assalto traumático com a família, em casa, por quatro horas. Os assaltantes ameaçaram filha e esposa enquanto exigiam mais e mais dinheiro. O paciente vivenciou extrema ansiedade diante da situação. Depois de alguns dias, passou a apresentar “dores de barriga” que perduraram por meses, até que procurou um gastroenterologista. O profissional o medicou e as dores cessaram. Pouco tempo depois, apresentou crises de asma com espasmos brônquicos (tosses até perder o ar) com causas idiopáticas (desconhecidas); o paciente procurou outro médico, agora alergista, e nenhum fator alérgico foi detectado como causa das crises. O máximo que conseguiu foi controlar paliativamente as crises agudas com dilatadores dos brônquios. Contudo, as crises asmáticas e o padrão de ansiedade pós-assalto continuavam depois de 8 meses e então esse paciente chegou à psicoterapia, preenchendo todos os critérios de TEPT.

Ficou evidente o deslocamento do sintoma desse paciente: inicialmente somatizou uma inflamação gástrica e, em seguida, com o aparente bloqueio dessa via pelo tratamento gastroenterológico, somatizou uma inflamação nos brônquios. Atenuado o padrão de hiperestimulação e ansiedade com a psicoterapia, as crises asmáticas também se atenuaram. Ao final do processo, o paciente não apresentava mais o quadro asmático ou sintoma somatoforme (característico de origem psicológica), tampouco preenchia os critérios do TEPT.

978-85-7241-811-9

Sintoma pode ser entendido como um sinal. Imagine que os nervos aferentes e eferentes, que lhe permitem sentir dor ao encostar a mão no fogo, fossem cortados. Você perderia a mão por não perceber o sinal de perigo iminente. O sintoma, metaforicamente, é um sinalizador e permite a checagem e a remoção das causas que o provocam e ameaçam a integridade da vida.

Resumindo, o sintoma é um sinal de que algo não vai bem e reflete causas às vezes não aparentes. Por exemplo, o sintoma febre pode ser provocado por uma infecção na garganta. Até que a infecção específica seja tratada, o sintoma permanecerá. Por isso, existem vários tipos de antibióticos, com diferentes espectros de atuação. Traumas psicológicos podem ser causas de sintomas somáticos e, da mesma forma, o sintoma permanecerá, se ampliará ou se deslocará até que a causa psicológica seja tratada. Conhecer os sintomas frequentemente apresentados após situações traumáticas abreviará a chegada ao tratamento adequado, evitando os riscos de cronicidade.

Como o Trauma se Apresenta?

As lembranças do trauma geralmente estão fragmentadas em imagens, sons, odores, sensações físicas (náuseas, tonturas e outras) ou emoções (aversão/nojo, medo, pavor, raiva, tristeza) não integradas a outras memórias autobiográficas. Estímulos relacionados ao evento traumático, específicos e/ou genéricos, podem reavivar as memórias que retornam muito mais fortes que uma simples recordação, com nitidez visual e forte expressão emocional, provocando a revivência do evento traumático.

Eventos traumáticos podem afetar o funcionamento cognitivo, a saúde física e as relações interpessoais. A seguir, as reações 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 e descrença.
 - Pensamentos intrusivos (indesejados).
 - Perturbações de memória.
 - Pesadelos.
 - Preocupações exacerbadas.

- Efeitos emocionais
 - Amortecimento e anestesiamiento.
 - Ansiedade.
 - Apreensão.
 - Culpa.
 - Desamparo.
 - Desesperança.
 - Desespero.
 - Irritabilidade.
 - Negação.
 - Pânico.
 - Raiva.
 - Tristeza.

- 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).
 - Problemas de saúde (somatizações como, por exemplo, dor de cabeça, desconfortos gástricos, diarreia, dor de estômago, náusea etc.).
 - Tonturas.
 - Transpiração intensa.
 - Tremores.
- Efeitos interpessoais
 - Conflitos de relacionamentos sociais.
 - Isolamento.
 - Perturbações familiares.
 - Prejuízo do desempenho profissional.
 - Recusa de seguir regras ou ordens.

978-85-7241-811-9

Subtipos do Trauma: Duas Vias Independentes ao Desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-traumático

Em situações fatais, os mamíferos tendem a reagir de duas formas: (1) luta ou fuga; (2) congelamento. À luz da teoria evolutiva, os dois tipos de resposta conduzem a ganhos adaptativos alinhados à sobrevivência. A Cascata Defensiva do Modelo Animal mostra que muitos fogem de seus predadores ou os enfrentam, enquanto outros “fingem” (não voluntariamente) estarem mortos quando capturados. Algo similar pode ocorrer em humanos que se confrontam com a eminência de morte. A literatura recente fornece uma descrição mais completa de respostas agudas ao estresse em comparação aos relatos anteriores, apontando para dois principais sistemas biocomportamentais envolvidos no TEPT: (1) hiperestimulação da reatividade simpática com expressiva atividade do sistema adrenérgico, normalmente envolvido nas respostas de luta ou fuga; (2) dissociação com reatividade parassimpática envolvida em respostas de congelamento. Mais de uma centena de estudos tem apontado para uma distinção entre o TEPT simples e o TEPT complexo, e vários pesquisadores liderados pelo psiquiatra Bessel van der Kolk, da Universidade de Boston, procuram incluir tais distinções, como o

subtipo dissociativo, na nova versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V).

Os dois subtipos são apoiados por um modelo de fatores de risco para o TEPT mostrado em vários estudos, como o que envolveu um grupo de pessoas severamente queimadas. Duas vias para o TEPT foram observadas: (1) o tamanho da queimadura e a intensidade da dor seguida de ansiedade aguda e TEPT; (2) o tamanho da queimadura e o nível de dissociação após a queimadura seguida do TEPT. Juntas, essas vias representaram quase 60% da variância em sintomas dos voluntários com TEPT. Esses achados apoiam um modelo mais complexo para diagnóstico do TEPT em que duas vias independentes com distintos sistemas biocomportamentais podem mediar o desenvolvimento do transtorno. Resultados semelhantes foram encontrados em uma amostra de crianças sexualmente abusadas: as duas vias independentes com aproximadamente 57% da variância em sintomas (ansiedade/excitação e dissociação) foram observadas nas crianças abusadas que apresentaram o TEPT. Altos níveis de sintomas dissociativos podem estar relacionados com a supressão das respostas autonômicas, diferindo dos sintomas subsequentes ao trauma de indivíduos que apresentam predominantemente ansiedade, respostas intrusivas e hiperestimulação³. Estudos com neuroimagem funcional encontraram também reciprocidades neurais distintas para os dois tipos de respostas. O primeiro padrão de excitabilidade simpática envolveu a atenuação da atividade do córtex pré-frontal e maior atividade da amígdala, levando à contínua excitação autonômica e ao estado de alerta. O segundo tipo de resposta (dissociativa) correspondeu ao aumento da atividade do córtex pré-frontal, com inibição da atividade da amígdala e embotamento da resposta simpática, levando ao entorpecimento emocional⁴.

Imobilidade tônica (IT) é um possível componente da resposta de medo caracterizada pelo congelamento ou imobilidade em situações traumáticas extremas, sendo observada em 40% das vítimas de estupro. A experiência clínica mostra que relatos referindo esse tipo de situação – *“O meu corpo ficou frio e imobilizado... Eu era incapaz de me mover ou gritar... Eu parecia ser uma morta-viva... Fiquei paralisada durante o estupro”* – são frequentemente ouvidos de pacientes traumatizados. Relatos de IT podem ser típicos não só em vítimas de estupro e abuso sexual, mas também outros tipos de traumas severos. Respostas dissociativas em certos casos de trauma

³ Para mais informações, ver os estudos de Saxe e colegas (2005) e de Kaplow e colegas (2005).

⁴ Ver os estudos de Shin e colegas (2001) e de Lanius e colegas, publicados em 2003 e 2004.

nos quais os indivíduos reportam inescapabilidade assemelham-se à IT observada em animais. De fato, para além do modelo de hiperestimulação do TEPT, a IT pode ser parte marcante da via pela qual os sobreviventes de traumas graves desenvolvem sintomas de entorpecimento emocional.

Indivíduos com altos escores de dissociação peritraumática (logo após a ocorrência do trauma) mostraram uma diferença significativa no padrão das respostas fisiológicas comparadas ao grupo com sintomas de hiperestimulação. Um belo estudo publicado em 1997 conduzido pelo psicólogo Michael G. Griffin e colegas chamou a atenção para a supressão de respostas fisiológicas em parte dos indivíduos traumatizados. Os resultados mostraram baixa frequência cardíaca e condutância da pele, concomitantes aos altos escores de sofrimento subjetivo enquanto o trauma é lembrado. Por outro lado, o grupo com baixa dissociação revelou aumento da resposta do sistema simpático (frequência cardíaca e condutância da pele) durante a mesma tarefa. Esses achados reforçam a hipótese de que para além do subtipo que envolve a ansiedade e a excitação autonômica, há um subtipo dissociativo que apresenta sintomas de TEPT e reduzida reatividade fisiológica.

O estudo da diversidade de reações após a ocorrência de eventos estressores indica duas grandes categorias: hiperestimulação e dissociação.

A *hiperestimulação* tem como condutor principal a ansiedade, sendo caracterizada pelo excesso de excitação e estimulação dos sentidos (taquicardia, sudorese etc.), muito comum em situações de perigo ou ameaça iminente.

Na *dissociação* o indivíduo reage como se estivesse anestesiado, paralisado, ou seja, involuntariamente “finge-se de morto” diante de uma experiência terrível. Uma reação semelhante é observada em tubarões, que costumam entrar num estado natural de paralisia quando colocados em posição invertida (de cabeça para baixo). Esse estado é chamado de “imobilidade tônica”, e alguns animais podem permanecer assim por mais de 15 minutos. No caso dos seres humanos, é um comportamento bastante comum em sobreviventes de assaltos, que alegam ter permanecido paralisados durante a ação violenta.

A reação do tipo dissociativo também ocorre entre vítimas de abuso sexual infantil, quando a figura do agressor se confunde com a do pai ou a de um familiar próximo.

Apesar da aparente mansidão, a reação de dissociação esconde um sofrimento subjetivo ainda maior do que a resposta de hiperestimulação.



Foto: Julio Peres

978-85-7241-811-9

Figura 1.6 – A memória do acidente me invade e não posso evitar que isso volte e volte... Achei que fosse uma rocha impermeável, agora sei que não sou! Preciso de ajuda... – dizeres de um paciente traumatizado em sua primeira sessão de psicoterapia.

Comorbidades: Reconhecendo as Várias Faces do Trauma

Comorbidades são outras expressões patológicas desenvolvidas pelo indivíduo e que passam a coexistir com um núcleo central psicopatológico (trauma). Uma vez caracterizado o trauma psicológico, é alta a probabilidade de ocorrência de outros transtornos psiquiátricos.



Foto: Julio Peres

Figura 1.7 – São várias as possibilidades de ramificações sintomatológicas que um mesmo núcleo traumático pode desenvolver. É preciso ir além dos caules e das folhagens mais aparentes (sintomas) e chegar ao tronco e às raízes que deram origem e que suportam os sintomas.

Um belo estudo conduzido pela norte-americana Kathleen Brady, em 1997, mostrou que a manifestação de pelo menos um outro transtorno, secundário ao trauma, foi observada em 88% dos homens e 79% das mulheres, sendo mais comuns alcoolismo e abuso de outras substâncias (maconha, cocaína, estimulantes), depressão, transtornos de conduta, 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 (entre 46 e 51%); transtorno de ansiedade (29 a 56%); abuso/dependência de substâncias psicoativas (27 a 80%); transtorno obsessivo-compulsivo (13%). Além destas comorbidades, pacientes com TEPT têm probabilidade três vezes maior de apresentar sintomas de somatização (doenças psicossomáticas) e dissociação (desagregação temporária ou permanente das funções psíquicas).

Chamo a atenção para as comorbidades porque elas 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 comorbidade depressiva merece uma atenção especial, considerando-se que:

- Grande número de pessoas apresenta depressão (alguns estudos a apontam em quatro entre cada dez pessoas).
- Conforme a Organização Mundial de Saúde, é a segunda causa de incapacidade no trabalho (a projeção é que, até 2020, seja a primeira da lista).
- Apenas 10% das pessoas deprimidas recebem tratamento adequado.

Em outras palavras, depressão é a doença mental mais comum no mundo. Os critérios diagnósticos envolvem a presença de cinco ou mais dos seguintes sintomas por duas semanas (todos os dias ou quase todos os dias), incluindo humor deprimido ou perda do interesse ou prazer:

978-85-7241-811-9

- Interesse ou prazer acentuadamente reduzidos.
- Humor deprimido (tristeza).
- Perda ou ganho significativo de peso (apetite) sem estar em dieta.
- Insônia ou hipersonia.
- Agitação ou retardo psicomotor.
- Fadiga ou perda de energia.

- Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva.
- Capacidade reduzida de pensar ou concentrar-se.
- Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida.

Muitas vezes esses critérios são preenchidos também por indivíduos que atravessaram ocorrências traumáticas há mais de 6 meses e que também preenchem os critérios de TEPT. Por isso, é muito importante que os profissionais de saúde, ao entrevistarem pessoas com sintomas depressivos, considerem a inclusão de perguntas sobre eventos traumáticos ao coletar o histórico clínico do paciente (anamnese). Quando um diagnóstico explica parcialmente o sofrimento do paciente, uma investigação mais criteriosa, que evidenciaria um quadro traumático anterior, pode ser retardada ou nunca feita. O adequado reconhecimento do TEPT é fundamental pelo comprometimento que ele acarreta ao indivíduo e, por consequência, à sociedade. Felizmente, o reconhecimento da condição clínica derivada do trauma psicológico tem mobilizado pesquisas e decorrentes avanços na terapêutica do TEPT.

Alguns sintomas merecem também atenção quando manifestados, especialmente por crianças e adolescentes. Quase sempre observamos pais levando seus filhos para avaliação neurológica, esperando a confirmação de um diagnóstico como dislexia ou déficit de atenção, para que então os filhos sejam medicados e, assim, melhorem o desempenho escolar. Neurologistas costumam encaminhar ao meu consultório esses jovens que não preenchem diagnóstico algum, mas respondem adaptativamente à fragmentação, desatenção ou violência familiar. Isolamento e aparente anestesiamiento emocional podem esconder um importante sofrimento, que muitas vezes notifica desafios de mudanças na dinâmica familiar para que uma melhor qualidade de vida seja gradualmente construída.

Saliento que o trauma psicológico pode também ocorrer sem que o indivíduo tenha consciência da magnitude de certos eventos por ele vivenciados, os quais desencadeiam sintomas similares à depressão ou a hiperatividade. As crianças, em especial, podem desenvolver alterações comportamentais decorrentes de situações que os próprios pais consideram “normais”, como uma rotina de muitas atividades, pouco contato com os pais em casa, um susto em que a criança vivenciou extremo desamparo, surras severas, entre outros eventos. Nesses casos, as alterações abruptas de comportamento destoantes da dinâmica saudável anterior comunicam que está acontecendo uma dificuldade emocional. Deve-se atentar, por exemplo, à perda ou ao ganho de peso acentuado sem motivo aparente, à agressividade, à enurese noturna (voltar a fazer xixi na cama), à encoprese (evacuar sem controle do esfíncter), à introver-

são (quando a criança apresentava alegria e espontaneidade), à tristeza, ao isolamento, ao desânimo para realizar atividades que antes eram prazerosas etc. Objetivando descobrir o que desencadeou a depressão, é muito importante que os pais observem o comportamento da criança durante o relacionamento interpessoal na escola, com os amigos e familiares. A depressão decorrente de traumas não tratados, imperceptíveis à criança e aos pais, pode prejudicar o desenvolvimento cognitivo e emocional expressos no desajuste global ao longo da vida (social, familiar e profissional). A superação do trauma pela criança depende diretamente do tipo de apoio que a família provê com a orientação de especialistas.

978-85-7241-811-9

Tipos de Trauma e quando Recorrer a um Tratamento

Geralmente o trauma envolve o efeito-surpresa e o desamparo diante de uma ameaça física ou subjetiva à própria vida, ou à vida de pessoas amadas. Entre os traumas mais frequentes das pessoas que buscam psicoterapia podem-se citar:

- Perda de entes queridos (especialmente familiares).
- Abortos.
- Acidentes.
- Separação conjugal (infidelidade, conflitos etc.).
- Assalto.
- Sequestro (com cativo, relâmpago, domiciliar).
- Violência sexual.
- Decepções (quebra de confiança, enganos etc.).
- Mudanças drásticas de vida (cirurgias, enfermidades, perda de emprego etc.).
- Testemunho ou sofrimento pessoal de violência.
- Conflitos familiares (discussões graves, brigas etc.).

Deve-se recorrer à psicoterapia quando o sofrimento for expressivo a ponto de limitar a vida diária, ou quando perdurarem sintomas como memórias recorrentes do trauma, distanciamento afetivo, pensamentos indesejáveis, insônia e irritação.

Cada vez que contamos e recontamos uma história estamos inserindo novos elementos cognitivos e a modificando. A psicoterapia direciona essa “conversa orientada” no sentido da superação. As pessoas que não têm acesso à psicoterapia devem falar com familiares, amigos, religiosos (respeitando seus sistemas de crenças) confiáveis, que possam simplesmente ouvir num primeiro momento. Em seguida, é importante que a conversa tenha uma orientação ao aprendizado e à superação da dificuldade.



Foto: Julio Peres

Figura 1.8 – Falar, contar e recontar o acontecimento ameniza gradativamente a expressão emocional. Por outro lado, o silêncio traz maior dimensão ao sofrimento.

978-85-7241-811-9

Particularidades do Transtorno de Estresse Pós-traumático

O TEPT reúne aspectos diferentes da maioria dos outros transtornos: como ocorre sempre após um evento estressor, se for diagnosticado a tempo, existe uma grande probabilidade de não se tornar crônico. Por outro lado, a desinformação e o subdiagnóstico podem levar à proliferação de outras patologias, já que os indivíduos com TEPT têm maior risco de manifestar outros transtornos e/ou comorbidades, como já mencionado. Os sintomas pós-traumáticos não tratados evoluem com o tempo e podem apresentar novas expressões que, igualmente, são observadas em outros critérios diagnósticos. É importante ter em mente que a detecção precoce do TEPT (quando os sintomas são mais facilmente reconhecíveis) é fundamental, uma vez que, quanto maior o tempo decorrido, mais difícil se torna o diagnóstico devido aos aspectos evolutivos do transtorno. As consequências do não reconhecimento do TEPT são graves e afetam tanto o indivíduo quanto sua família, seu trabalho e amigos, configurando níveis mais críticos de sofrimento e limitação. Portanto, investigar o histórico de ocorrências traumáticas anteriores às queixas e às enfermidades atuais pode ser uma van-

tagem preciosa para uma relação terapêutica assertiva com muitos pacientes. O profissional da saúde deve ter o cuidado de explorar o modo como o paciente experimentou as circunstâncias e os eventos de vida que potencialmente se relacionam com suas queixas somáticas e/ou sofrimentos psíquicos. A psicoterapia tem sido indicada como a primeira linha de tratamento ao trauma, por ser a estratégia mais relevante para diminuição do risco de cronicidade.

Contudo, é importante considerar que a maioria dos indivíduos se recupera de uma experiência traumática sem vivenciar psicopatologias significativas. Em torno de 10% da população geral apresenta TEPT e 30%, TEPT parcial ou subclínico (alguns sintomas e não todos são manifestados).

É necessária a continuidade dos estudos para que se entendam melhor os mecanismos de processamento da experiência traumática alinhada à recuperação. As palavras são os veículos do processamento terapêutico, que está relacionado à atribuição de significados para o que ocorreu. Vejamos a seguir...

Trauma sem Palavras

*As palavras são pequenas formas no
maravilhoso caos que é o mundo.
Formas que focalizam e prendem ideias,
que afiam os pensamentos, que conseguem
pintar aquarelas de percepção.*

DIANE ACKERMAN

Aprender a falar é aprender a traduzir. Talvez, o que aprendemos nos primeiros dois anos de vida seja mais importante que todo o conhecimento reunido ao longo de uma extensa formação acadêmica. A maioria das psicoterapias faz uso das palavras como veículo para a comunicação. Ainda que a palavra não seja a única via para comunicação, certamente é uma das mais usadas no contexto terapêutico. A musicoterapia, por exemplo, leva em conta outras estratégias de comunicação. Sons, melodias, ritmos e harmonia são outros componentes da linguagem para comunicação terapêutica.

Muitos psicólogos e filósofos analíticos acreditam que o pensamento é completamente verbal, como sempre realizado por meio de palavras. Essa ideia fortaleceu-se com o surgimento de estudos de Linguística, contrapondo-se à concepção alternativa segundo a qual os pensamentos são imagens incorpóreas que flutuam na mente. Independentemente de assegurar que todos os pensamentos se realizam mediante palavras ou não, certamente muitos assim ocorrem.

No entanto, é interessante considerar que a diferença entre aquilo que pensamos e aquilo que expressamos mediante palavras pode parecer com a relação entre o que pensamos e aquilo que falamos.

Isto é, por meio das palavras traduzimos sínteses do que pensamos; entretanto, os pensamentos têm amplitude e refinamento muito maiores do que a capacidade de “tradução” das palavras.

Exercício

Tente traduzir em palavras as suas percepções e sensações experimentadas no momento... Observe que as palavras sintetizam significados e restringem o universo da experiência pessoal...

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

978-85-7241-811-9

Pensando sobre Palavras

A linguagem reúne processos neurais complexos e sofisticados. A representação mental de uma simples palavra envolve códigos visuais, fonológicos e semânticos. Há várias décadas pesquisadores investigam a forma como as capacidades linguísticas são adquiridas e organizadas no cérebro humano.

Indivíduos com certas lesões que influenciam o uso da linguagem, causadas por doenças ou acidentes – normalmente trombozes, que afetam determinadas áreas do cérebro – contribuíram para o entendimento das representações neurais da linguagem e da fala. O médico e antropólogo francês Pierre Paul Broca apresentou, em 18 de abril de 1861, na Sociedade de Antropologia de Paris, relatório sobre um paciente chamado Le Borgne, que havia perdido a capacidade de falar. Tudo o que o paciente conseguia pronunciar era a palavra “tan”; por conta disso, os integrantes da equipe hospitalar apelidaram-no com esse nome. Depois da morte da “Tan”, Broca descobriu uma lesão no seu lobo frontal esquerdo, que constituía a causa quase certa dos sintomas de Le Borgne. Broca revelou essa descoberta histórica e chamou a área lesada de *circonvolution du language*. Essa região, hoje, é reconhecida como “área de Broca”.

Em 1874, o neurologista alemão Carl Wernicke publicou um importante livro sobre afasia (impossibilidade de falar), com base na observação de seus pacientes. Os indivíduos estudados apresentavam uma profunda dificuldade de entender a linguagem falada,

e não propriamente de se expressar. Wernicke verificou que tais indivíduos apresentam esse distúrbio como resultado de uma trombose que lesava uma área específica do cérebro, situada no lado esquerdo, no ponto de encontro dos lobos parietal e temporal. Essa região, relacionada à compreensão da linguagem falada, é hoje reconhecida como “área de Wernicke”.

Esses dois investigadores marcaram o início dos estudos sobre as reciprocidades neurais da fala. As pesquisas mais recentes, por sua vez, reconhecem circuitos que abrangem várias outras áreas, além das citadas, como o córtex motor e a área visual primária.

Significados Atribuídos

978-85-7241-811-9

Uma palavra pode desencadear vários processos associativos, incluindo as memórias de tal vocábulo. Os primeiros estudos cognitivos desse processo chamado de “acesso lexical” foram realizados pelos psicólogos David Laberge e Jay Samuels, em 1974, os quais deixaram contribuições significativas sobre as categorias gerais de representações ou códigos mentais pertinentes ao processo da fala e da escrita.

De acordo com os pesquisadores, para atribuímos significado e compreendermos uma palavra, além de nossas memórias, também estão envolvidos nesse processo códigos visuais, fonéticos e semânticos.



Foto: Julio Peres

Figura 2.1 – O trauma deixa traços sensoriais e emocionais. Isso se dá sem uma compreensão narrativa ou uma representação completa do que ocorreu.



Foto: Julio Peres

Figura 2.2 – Indivíduos traumatizados geralmente evitam falar sobre suas experiências e, assim, a fragmentação dessas ocorrências tende a permanecer.

Exercício

Leia em voz alta a palavra “carro” e observe os componentes visuais, fonológicos e semânticos associados à sua memória do que vem a ser esse tal “carro”. Seguramente, o significado que você atribuiu a tal palavra pode ser parecido com o de outras pessoas, mas jamais será idêntico. Por exemplo, quando penso em carro me vem à mente um Fusca, mais especificamente um Fusca azul claro que meus pais tiveram por vários anos. Já meus irmãos, mesmo tendo conhecido o mesmo carro, possivelmente apresentariam outras memórias associadas a essa palavra.

As palavras frequentemente são o veículo dos nossos pensamentos. Atribuir palavras às nossas experiências é criar significado e representação para elas.

O processamento de nossas experiências pessoais é bastante peculiar e, por tal razão, eventos comuns ou importantes são percebidos, codificados e processados de maneira muito particular. Quando alguém fala sobre a sua experiência pessoal, está representando códigos associados à memória do que ocorreu. Nesse

processo, construímos, reconstruímos significados e descobrimos novas versões do episódio ao qual nos referimos.

Apesar dos avanços nas pesquisas, ainda há muitos questionamentos sem respostas quando se trata de compreender o funcionamento do cérebro humano, particularmente no que diz respeito ao processamento da linguagem. Existem discrepâncias entre as conclusões apontadas por estudos do âmbito neurológico e cognitivo. Enquanto os primeiros atestam a necessidade de representação fonológica das palavras para a formação do seu significado, a suposição dos modelos cognitivos e dos neurocientistas é a de que os códigos semânticos estão situados em redes mais complexas de áreas pulverizadas do cérebro, que incluem a percepção de palavras, a produção da fala e o acesso semântico.

Estudos com neuroimagem realizados por Michael Posner e colegas mostraram o que acontece no nosso cérebro quando interpretamos o significado de uma palavra e o expressamos verbalmente. A emissão de palavras foi analisada em três condições distintas, partindo da hipótese da existência de vias neurais diferentes para respostas automáticas e não automáticas. A comparação foi feita entre indivíduos sem prática da tarefa, indivíduos com prática da tarefa e outros com uma nova tarefa de emissão de palavras. Aqueles que não praticaram tiveram atividade no córtex cingulado anterior, nos lobos frontais temporais e no cerebelo, enquanto os indivíduos com prática realizaram a tarefa sem ativação dessas áreas. A introdução de uma nova lista de palavras anulou as alterações induzidas pela prática. A atividade do córtex insular mostrou-se reduzida quando os indivíduos sem prática desempenharam a tarefa de geração de palavras. É interessante observar que indivíduos com memórias traumáticas têm redução da atividade do córtex pré-frontal, ao passo que, no estudo citado sobre palavras, indivíduos saudáveis sem prática da tarefa, ao trabalhar para gerar palavras, ativaram o córtex pré-frontal. O córtex pré-frontal, entre outras atividades, está relacionado à classificação, atribuição de significado e categorização das experiências. Os indivíduos traumatizados têm, portanto, dificuldade de atribuir significado e apresentação às suas experiências traumáticas.

Muitas pessoas traumatizadas evitam falar sobre o trauma para evitar um retorno ao horror experimentado, proliferando assim efeitos ainda piores dos sintomas (ver mais no Cap. 6). A supressão dos pensamentos – tentativa deliberada de evitar certos pensamentos – é uma estratégia de enfrentamento frequentemente associada a sintomas de indivíduos com TEPT. A psicóloga clínica Iris Engelhard e colegas examinaram (1) os preditivos para dissociação peritraumática, (2) suas relações com os sintomas agudos e crônicos do TEPT, e (3) as relações entre esses preditivos e as respostas decorrentes do

abortamento espontâneo. A dissociação peritraumática foi relacionada aos sintomas de TEPT agudo e à memória fragmentada, e a supressão dos pensamentos relacionados à perda mediou essa relação. Outro estudo avaliou 967 sobreviventes de acidentes graves atendidos em clínicas de emergência, considerando dois prazos: três meses e um ano após o ocorrido. A prevalência do TEPT foi de 23,1% aos três meses e de 16,5% em um ano. O TEPT crônico foi relacionado a determinadas medidas objetivas de gravidade, ameaça e dissociação durante o acidente. Outros fatores como a interpretação negativa das intrusões (pensamentos e memórias) e a supressão forçada dos pensamentos estiveram correlacionados à severidade do TEPT. Os mesmos autores, liderados pelo psicólogo Anke Ehlers, do Instituto de Psiquiatria do King's College de Londres, investigaram correlações idênticas em uma distinta amostra de crianças acidentadas após duas semanas, três e seis meses. A interpretação negativa de memórias intrusivas, a alienação em relação às outras pessoas e a tentativa persistente de supressão dos pensamentos foram os preditivos da dissociação e da severidade dos sintomas de TEPT após o terceiro e o sexto mês do acidente.

Elie Wiesel, sobrevivente do Holocausto, escritor e vencedor do Prêmio Nobel da Paz em 1986, escreveu e reescreveu suas experiências e certamente pode significar e ressignificar seus traumas por meio da 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".

Atualmente, a Semiótica (teoria geral e da produção dos signos) de Charles Peirce é um campo de grande amplitude em várias áreas do conhecimento e a Semiologia, que estuda os signos (significante + significado) e os fenômenos de significação, nos trazem contribuições interessantes a respeito dos processos de compreensão e interação com o mundo por intermédio da palavra. Semiótica e Semiologia têm o mesmo radical, *semeion*, que se pode traduzir por "sinal" ou "sinal". Em síntese, usamos "códigos" para emitir e receber informações durante a comunicação. O emissor faz uma codificação quando transmite uma mensagem por meio de um sinal, e o receptor faz uma decodificação quando recebe esse sinal. Como exemplo prático de como utilizamos códigos e decodificação durante a comunicação, leia os textos seguintes:

- Não ipomtra em qaul odrem as Lteras de uma plravaa etãso, a úncia csioa iprotmatne é que a piremria e útmlia Lteras

978-85-7241-811-9



Figura 2.3 – Elie Wiesel, Prêmio Nobel da Paz em 1986, influenciou positivamente muitas pessoas que atravessaram traumas similares.

etejasm no lgaur crteo. O rseto pdoe ser uma bçguana ttaol, que vcoê anida pdoe ler sem pobrlmea. Itso é poqrue nós não lmeos cdaa Ltera isladoa, mas a plravaa cmoo um tdo.

- 35T3 P3QU3N0 T3XTO 53RV3 4P3N45 P4R4 M05TR4R COMO CONS3GU1M03 F4Z3R CO1545 1MPR3551ON4ANT35! R3P4R3 N155O! NO COM3ÇO 35T4V4 M310 COMPL1C4DO, M45 N3ST4 LINH4 VOC3 V41 D3C1FR4NDO O CÓD1GO QU453 4UTOM4T1C4M3NT3, S3M PR3C1S4R P3N54R, C3RTO? POD3 F1C4R B3M ORGULHO50 D155O!

A leitura dos dois textos, amplamente divulgados na internet, também explica na prática a natureza projetiva da percepção. Não compreendemos os fragmentos (números e letras) isolados, mas a união dos sinais a partir de sínteses que reconhecemos (palavras). Durante a alfabetização, a criança aprende a reconhecer símbolos, atribuir significados a eles e, então, passa a projetar essas referências até conseguir ler. O trauma psicológico está relacionado à ausência de significado semântico. Assim como as crianças, as pessoas traumatizadas precisam atribuir significados para então conseguirem explicar o que ocorreu. É necessário decifrar (interpretar as cifras ou o que está mal escrito) o trauma para superá-lo. O não reconhecimento dos sinais sensoriais e emocionais (ver os

ícones japoneses, búlgaros e chineses) implicará na não atribuição de significados e, conseqüentemente, na impossibilidade de ressignificar o evento traumático.

- この記事を読むことですか？ (Japonês)
- можете да прочетете това? (Búlgaro)
- 您可以閱讀這本呢？ (Chinês)
- Você pode ler isso? (Português)

978-85-7241-811-9

Um dos focos do tratamento terapêutico de indivíduos traumatizados consiste justamente na tradução da experiência buscando palavras que a sintetizem, em lugar de suprimir os pensamentos. O desafio das abordagens terapêuticas é levar o paciente para fora desse “mundo indescritível” (sem representações) por meio da atribuição de significado aos conteúdos emocionais e sensoriais dispersos.

A terapêutica do trauma não está simplesmente em contar a história, mas em como fazê-lo. Conforme Wiesel orienta, vítimas de traumas devem relatar suas experiências tão bem quanto possível. Assim, as percepções sobre o acontecimento modificam e novas categorizações são traduzidas. Para compreender um pouco melhor o processo de classificação da experiência, serão vistas algumas contribuições das neurociências para o estudo da percepção e suas implicações na superação do trauma.

Como Percebemos o Mundo?

Assim é, se lhe parece.

LUIGI PIRANDELLO

A percepção do indivíduo é decisiva na qualidade de sua interação com o ambiente e, por essa razão, estudos sobre os processos perceptivos são de extremo interesse à compreensão de como o trauma é configurado.

Estudos com macacos revelam que o sistema nervoso gera continuamente predições com mapas mentais adquiridos com as experiências, suficientemente confiáveis para antecipar o que ocorrerá no futuro próximo como consequência de uma ação conhecida. Os humanos traçam também mapas de comportamentos com base em experiências. Os bancos de memórias, constituídos mediante experiências objetivas e subjetivas são referência fundamental à capacidade humana de gerar predições de futuro que afetam diretamente os comportamentos. O papel das memórias carregadas de emoção é relevante como direcionamento do processo perceptivo, e as consequências de cada ato promovem uma confirmação ou não das predições da percepção em que a ação se baseou. Especialmente as experiências carregadas de emoção influenciam os comportamentos por meio das previsões de futuro que fazemos com base nessas memórias.

978-85-7241-811-9

Exercício

Imagine uma situação ilustrativa: qualquer um de nós aprendeu (MEMÓRIA) que, ao atravessar uma rua movimentada, se deve ir à faixa de pedestres,

esperar a indicação da luz verde no semáforo de pedestre para, então, atravessar. Se não fizermos isso, poderemos ter problemas (PREVISÃO DE FUTURO)... Conclusão: atravessamos a rua na faixa de pedestres com a luz verde para nós (COMPORTAMENTO). Faça o mesmo exercício para outra situação do dia a dia, como ser apresentado para alguém. As previsões de futuro com base nas memórias de situações similares que vivenciou com pessoas que desconhecia afetarão o seu comportamento na situação presente.

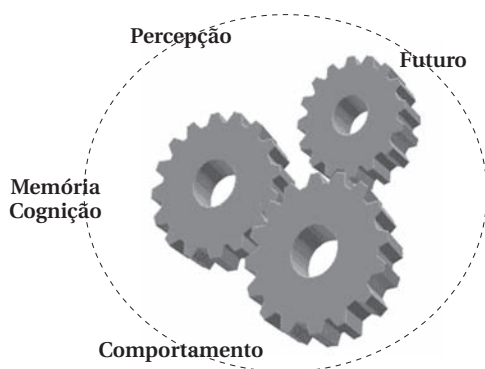


Figura 3.1 – Estímulo percebido → Associação à memória → Previsão de futuro → Emissão do comportamento.

Eventos traumáticos também afetam comportamentos por meio das previsões de futuro baseadas na memória do trauma. Por exemplo, uma pessoa que sofreu um assalto enquanto estava no carro aguardando o sinal abrir pode desenvolver um estado de alerta e apreensão exacerbada ao parar o carro em outros sinais vermelhos.

Certa vez estava com um colega que recentemente passara por essa situação. Dois dias depois do assalto, um garoto veio oferecer chicletes enquanto estávamos aguardando o sinal abrir, e esse colega levou um grande susto, como se novamente o trauma estivesse acontecendo. O sistema nervoso central (SNC) desse amigo reagiu defensivamente, desencadeando uma resposta conhecida como adrenérgica. Tal comportamento se manifestou pelas previsões de futuro com base na memória do assalto. Isto é: “quando estiver nessas condições num carro e alguém se aproximar, serei assaltado”. Daí o comportamento de alerta a uma situação que configurou “dicas” parecidas com o que ocorrera.

O SNC fica sobrecarregado por descargas adrenérgicas que reconsolidam a memória do trauma e dificultam a atualização de percepções distintas. Diante de uma situação imponderada de risco, alterações

978-85-7241-811-9

cardíacas e viscerais apontam para níveis de hiperatividade do sistema nervoso autônomo (SNA), enquanto o estado subjetivo de apreensão e alerta potencializa a busca imediata de sínteses e parâmetros para a geração de comportamentos. Assim, a ansiedade tem um papel funcional no comportamento interativo com o meio ambiente, sendo um sistema de alarme e um sinalizador de possíveis ameaças, especialmente quando riscos conhecidos são percebidos. Essa é uma resposta adaptativa e, com o passar do tempo, novas memórias, como a do garoto vendendo chicletes, vão sendo atualizadas e, conseqüentemente, novas previsões de futuro são geradas. A experiência, então, modifica o comportamento também adaptativamente e aos poucos substitui o estado agudo de alerta. Entretanto, nem sempre a rápida configuração de uma síntese gera comportamentos que permanecem adaptativos com o tempo. Indivíduos com transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) manifestam dificuldade em desenvolver sínteses diante de eventos estressores e, quando desenvolvem, estas parecem resistir a atualizações funcionais por novas informações recebidas.

O estado de alerta envolve a formação reticular, o sistema límbico e o córtex cerebral. As alterações periféricas (taquicardia, suor, entre outras) e metabólicas refletem a hiperatividade do SNA simpático e do eixo neuro-hormonal hipotálamo-hipófise-adrenal, proporcionando a emissão de uma resposta imediata de preservação.

Foto: Julio Peres

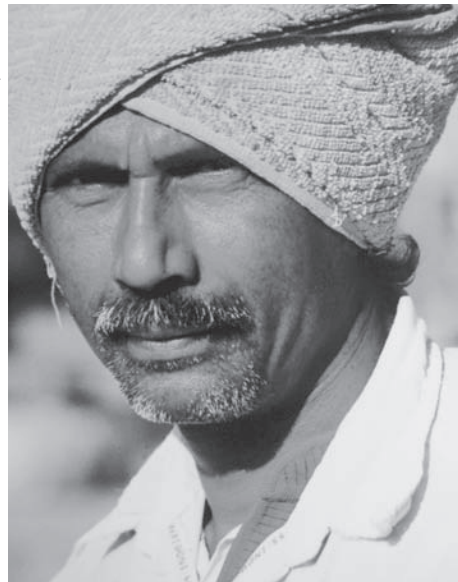


Figura 3.2 – Ansiedade e desempenho encontram um ponto de equilíbrio saudável que, se ultrapassado, pode gerar malefícios.

A relação *ansiedade* × *desempenho* deixa de ser vantajosa quando a geração de informações do próprio encéfalo “inunda” as vias sensoriais com prejuízo do processamento perceptual dos dados gerados pelo mundo físico, impedindo a formulação de novas hipóteses e sínteses. Em situações extremas e inesperadas de estresse, em geral não temos representações constituídas que permitam codificação e processamento do evento. Nessas condições, a memória do evento tende a permanecer fragmentada em traços sensoriais, não completamente processada em relação aos significados atribuídos. Por outro lado, tal como no exemplo de meu colega, quando a predição de futuro com base em memórias gerar um comportamento disfuncional, a percepção será atualizada com as novas experiências para geração de um novo comportamento corrigido adaptativamente.

O novo comportamento, caso bem-sucedido, estará no banco de memória também atualizado, para então gerar predições funcionais. Portanto, um dos desafios da psicoterapia nesses casos é favorecer o processamento e a atualização de novas informações provedoras da libertação do trauma. Assimilar referências preditivas de sobrevivência certamente permitiu que nossos ancestrais chegassem à maturidade. O mecanismo de extração de sinais do meio e geração de comportamentos eficazes diante de perigos imponderados provavelmente tenha sido selecionado também por sua velocidade de processamento.

Os eventos diários são em grande parte resultantes probabilísticas de nossos processamentos computacionais. Tais referências são memorizadas como sínteses úteis para lidarmos agilmente com as situações diárias similares. Buscamos prioritariamente o controle do meio ambiente e, quando isso não ocorre, o estado de alerta favorece o processamento mais veloz de sínteses que nos permitam “re-conhecer” e interagir com o meio.

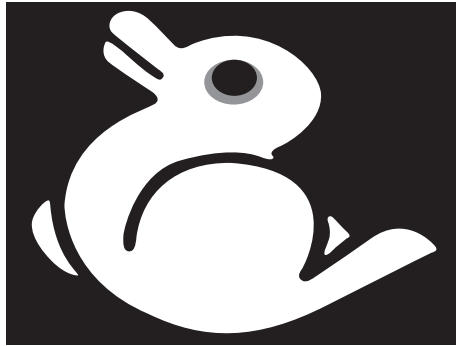
Para ilustrar: ao dormir fora de casa, em um local estranho ou pouco conhecido, não raro acordamos assustados; afinal todos aqueles referenciais que nos acostumamos a processar mudaram de repente. A sensação de desconforto faz com que procuremos imediatamente uma síntese: “Onde estou? O que é isso? Uma janela, a cortina, a viagem de ontem...”. Seguimos assim, juntando os fragmentos, até que surja a síntese de controle do ambiente (“Ah, já sei onde estou! No hotel...”), acompanhada de uma sensação de alívio/conforto.

Esse tipo de situação, assim como inúmeras outras experimentadas por indivíduos das mais diferentes culturas, sugere a procura natural de um padrão adaptativo. A geração de uma síntese imediata é absolutamente crítica para a sobrevivência humana, pois representa uma forma de conhecer e controlar o ambiente à nossa volta.

Nos casos de trauma psicológico, mesmo tendo uma função protetora, as sínteses se tornam compactas (vítimas de acidentes: “Eu não posso entrar em automóveis”; vítimas de abuso sexual: “Não devo me aproximar de figuras masculinas”), dificultando a permeabilidade de outras informações para atualização adaptativa da percepção.

Exercício

Outro exemplo prático da natureza projetiva de nossas percepções, fundamentadas em nossas memórias, vem com a seguinte proposta: Teste você mesmo...
O que vê nessa imagem?



Nesta imagem, você pode observar, entre outras possibilidades, a figura de um coelho ou a de um pato...

Se, por acaso, você deixou de ver o coelho (ou o pato), quando obtém a informação de que existe um coelho (ou um pato), naturalmente o seu banco de memória projeta os referenciais de coelho na figura ainda não percebida e, no momento em que a vê, uma síntese se estabelece. Assim fazemos em nosso dia a dia: projetamos nossos conhecimentos com base nos bancos de memória para perceber e compreender o meio ambiente, para então lidarmos com ele. Os indivíduos traumatizados, por sua vez, tendem a perceber eventos potencialmente traumáticos porque já se encontram previamente sensibilizados para esse tipo de situação. Se você percebeu primeiro o coelho, isso significa que o seu banco de memórias “de coelho” está mais sensibilizado que o seu banco de memórias “de pato”. Após a ocorrência de um evento estressor, é natural que o banco de memórias traumáticas esteja mais fortalecido que o banco de memórias resilientes e de autoeficácia. Assim,

a percepção será enfiada por essas memórias e facilmente o indivíduo verá, mesmo onde não se apresenta o trauma, a situação traumática. Certa ocasião, em meu consultório, mostrei a figura a seguir para uma família (de seis pessoas), que sofrera um evento traumático com tiroteio e risco iminente de morte. Todos eles viram um projétil de revólver no local onde outras pessoas, não traumatizadas pelo



978-85-7241-811-9

Figura 3.3

mesmo evento, observam o olho esquerdo de uma mulher (Fig. 3.3).

Vale a pena ir além nessa compreensão. Volte à figura do coelho e do pato (ou outras imagens que você enxergar). Observe como apenas conseguimos perceber uma figura de cada vez; nunca duas simultaneamente. Ou seja, podemos *escolher* ver o coelho ou o pato.

O mesmo princípio está presente no processo psicoterápico do trauma. O indivíduo pode *escolher* enxergar o episódio estressor de várias maneiras. À medida que o trabalho se desenvolve, a percepção é modificada a partir do resgate dos bancos positivos de memória. Assim, em determinada fase o indivíduo pode *decidir* qual a percepção que deseja fortalecer em relação ao mesmo evento.

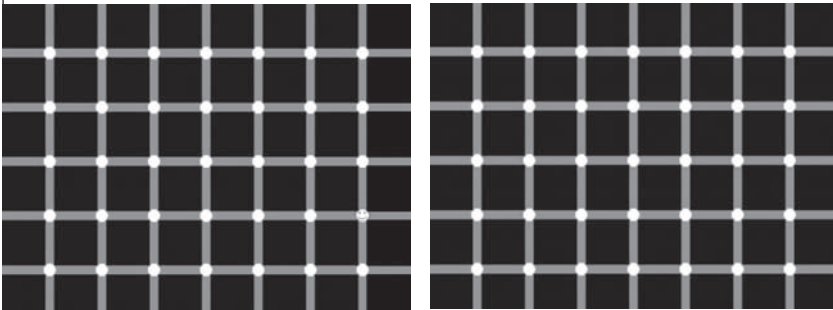
Tal como ocorre com a figura do coelho ou do pato, a percepção resiliente (de superação) exclui a traumática, e o contrário também é verdadeiro. Ou seja, o indivíduo não percebe, simultaneamente, no mesmo evento, a superação e o trauma. Mas, à medida que fortalece a percepção resiliente durante a psicoterapia, sua escolha de permanecer com esse foco positivo, por consequência, também se consolida.

Resiliência é a capacidade desenvolvida pelo indivíduo de atravessar dificuldades (eventos estressores) e voltar a ter uma qualidade satisfatória de vida (ver mais no Cap. 6).

O mundo nos traz um número imenso de informações em todos os momentos. Entretanto, nossa percepção é seletiva conforme ao que estamos prestando atenção. Como mudar, então, uma percepção traumática? As neurociências mostram que assim como precisamos olhar em outra direção para enxergar algo diferente, precisaremos prestar atenção a outros campos para podermos perceber possibilidades distintas.

Exercício

Faça o teste a seguir. Posso garantir que as duas figuras são distintas. Você consegue localizar a diferença entre elas?



Se você não conseguiu localizar a diferença, preste atenção agora na primeira imagem, justamente no cruzamento entre a última linha vertical e a quarta linha horizontal, você perceberá a diferença sorrindo para você.

Agora que você enxergou o que não conseguia ver anteriormente, lembre-se de que para perceber algo diferente é preciso prestar atenção a outras informações. Assim trabalha a psicoterapia, mobilizando a atenção para outras possibilidades de ver e se relacionar com a situação. Na verdade, nenhuma situação é idêntica à outra, e em todos os momentos o mundo nos fornece novas informações.

Estudos com neuroimagem também mostraram que a dimensão subjetiva atribuída a um acontecimento pode ter impacto fisiológico tal qual uma experiência objetiva. Pesquisadores da Universidade de Montreal estudaram, com ressonância magnética funcional, um grupo de voluntários convidados a submergir as mãos em água quente (47°C). Solicitaram aos participantes que

se autossugestionassem, imaginando que a água estivesse com uma temperatura morna e agradável (35°C) tal como fizeram “realmente” na tarefa controle.

Os resultados revelaram que as representações corticais da dor registraram uma diminuição nessa condição imaginária em comparação com a condição 47°C sem imaginação. A água a 47°C foi percebida como morna conforme a crença dos voluntários. Ou seja, uma situação tão palpável e concreta envolvendo dor física foi modulada pela dimensão subjetiva atribuída à experiência.

Um outro estudo interessante foi realizado na Universidade de Stanford, com o mesmo método de neuroimagem e estímulos visuais. David Spiegel e colegas trabalharam com estímulos visuais coloridos e em escalas de cor cinza (Fig. 3.4).

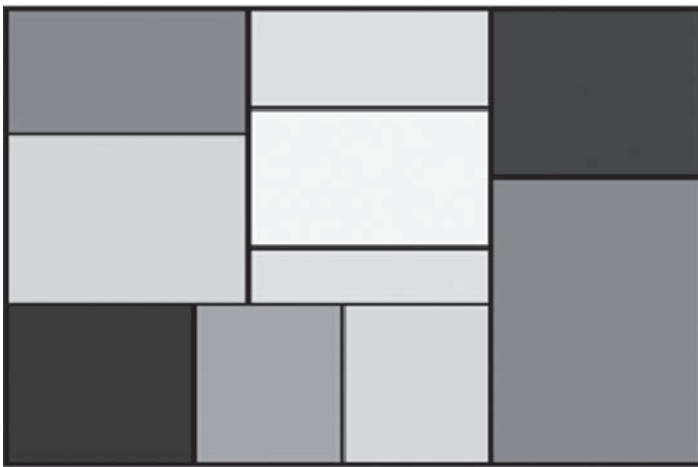


Figura 3.4

978-85-7241-811-9

Os participantes foram orientados, enquanto viam o estímulo com tons cinza, a imaginar as cores, tal como no experimento anterior. O resultado mostrou que as mesmas áreas foram ativadas nessa condição em comparação com a condição em que os participantes “realmente” viam tonalidades coloridas. A discussão desse estudo pontua que esses indivíduos, ainda que o estímulo fosse preto e branco, estavam enxergando cores. Isto é, a dimensão subjetiva modificou a percepção do “evento” com reciprocidades neurais.

Ortopedistas, fisiatras e fisioterapeutas, que trabalham com reabilitação, conhecem bem o dimensionamento subjetivo que os pacientes atribuem aos traumas físicos e as respectivas implicações nos processos

de recuperação. Não é verdade que uma pessoa que amputou uma falange sofra menos que aquela que amputou as duas pernas. Muitas vezes, a disposição e o humor são variáveis que influenciam significativamente a continuidade ou a abreviação do sofrimento.

A caracterização de um evento como traumático depende também do processamento perceptual do indivíduo, que é influenciado sensivelmente pela subjetividade.

978-85-7241-811-9

Percepção e Filosofia

O estudo da percepção tem sido fortemente influenciado pela Filosofia, que inspira diversas linhas de investigação ao longo da história da Ciência. Em seu influente estudo sobre aquisição, limites e possibilidades do conhecimento humano, “A Crítica da Razão Pura”, Immanuel Kant lançou as bases fundamentais das modernas teorias do conhecimento nessa área. Em vez de consistir simplesmente no registro passivo do real, a aquisição de experiências passou a ser

Foto: Julio Peres



Figura 3.5 – Todo nosso conhecimento nasce no sentido, passa pelo entendimento e termina na razão (Immanuel Kant).

concebida como um processo intrinsecamente ativo. Recentemente, alguns filósofos da mente levaram adiante essa ideia, ressaltando o papel essencialmente ativo do observador no processo perceptivo.

De acordo com a influente abordagem proposta por Daniel Dennet, “Modelo de Múltiplos Rascunhos” (*The Multiple Drafts Model*), a percepção seria um processo dinâmico em constante construção e reconstrução; não seria empiricamente possível determinar o ponto exato, no sistema nervoso, em que um determinado percepto (ou representação) seria definitivamente formado.

De fato, o mundo de cada indivíduo parece ser criado tanto por ações mentais como por ações explícitas. Há várias décadas reconhece-se a distinção entre o espaço da percepção e o espaço físico, assim como as diferenças entre os objetos fenomênicos (processados pelo indivíduo) e os objetos físicos. De acordo com essa linha de pesquisa, o espaço fenomênico (onde ocorre a experiência) e o espaço físico são diferentes, como universos paralelos cujos conteúdos estão causalmente relacionados. Ambos os espaços são reais e topograficamente externos um ao outro. Em poucas palavras, pode-se dizer que cada indivíduo cria para si mesmo o mundo no qual suas experiências de vida acontecem. Seria tudo, então, apenas uma ilusão autoproduzida? Evidentemente não! Se os indivíduos percebessem um mundo inteiramente diferente de cada um, seria difícil imaginar como qualquer norma social pudesse existir. Certamente, a vida em sociedade se mostrou mais eficaz para garantia da sobrevivência. Por isso, perceber o mundo de maneira, pelo menos, similar e assertiva provavelmente tenha sido um importante crivo seletivo na evolução da espécie humana.

Percepção e Neurociências

Considero percepção como um processo de desconstrução e reconstrução do mundo exterior a partir dos padrões de estimulação que sensibilizam nossos receptores sensoriais. Quer dizer: as informações sensoriais recolhidas do mundo exterior (visão, olfato, tato, audição) são desconstruídas e utilizadas para a construção de representações do mundo.

No caso do sistema visual, por exemplo, da retina as imagens são fragmentadas pelas células fotorreceptoras e codificadas por circuitos retinianos. Esse código é enviado pelo nervo óptico ao tálamo, e de lá para o córtex visual primário. Ali se inicia um processo de construção sensorial, que resultará no que enxergamos. Ao contrário de uma construção linear e sequencial, o processo é essencialmente paralelo e repleto de alças de realimentação que abrangem movimento, profundidade, cor e forma.

Foto: Julio Peres



Figura 3.6 – Mesmo com acuidade visual, somente enxergamos aquilo que conhecemos, e sobre o que reconhecemos construímos nossos aprendizados.

978-85-7241-811-9

Para gerar comportamentos adaptativos a partir dessas informações, é necessário que o sistema nervoso as reúna em um percepto unitário. Esse processo de construção de uma representação (conhecido como *binding problem*) dá origem a uma unidade perceptiva: uma síntese. Por outro lado, convém ressaltar que podem ser geradas sínteses diversas. Um padrão de estimulação sensorial pode gerar uma síntese em determinada situação neutra, e outras em situações em que esses estímulos são acompanhados de eventos emocionais.

As formações de sínteses perceptivas atípicas associadas a eventos de grande conteúdo emocional podem estar relacionadas a vários distúrbios perceptivos envolvidos no trauma psicológico. O *binding* perceptivo de indivíduos traumatizados pode ocorrer de maneira disfuncional: o sistema nervoso do indivíduo não estaria conseguindo agrupar e sintetizar de modo coerente e funcional as informações sensoriais colhidas do ambiente. De fato, a memória traumática, fragmentada sensorialmente em imagens, sons, odores, sensações físicas e emoções não integradas a outras memórias, parece permanecer assim até que uma síntese narrativa de superação seja processada.

O problema a respeito de qual representação será gerada a partir dos estímulos sensoriais recebidos (conhecido como “problema inverso”) possui uma longa história de investigação nos

estudos acerca da percepção. No século XIX, o médico e físico alemão Hermann von Helmholtz defendeu a ideia de que a percepção seria construída por meio de inferências que, inconscientemente, fazemos sobre o mundo à nossa volta. Essas inferências contrastariam com informações que o organismo colhe do ambiente. Assim, a formação de um determinado percepto dependeria tanto do padrão de informação sensorial recebido quanto das “expectativas” daquele que percebe. Por isso, nossas expectativas tendem a confirmar as nossas percepções, legitimadas pelo sistema nervoso central.

Exercício

Os elefantes são mamíferos com memória extraordinária. Na Índia, domadores de elefantes observam também uma expressiva afetividade desses animais desde o nascimento. Alguns elefantes bebês manifestam expressiva inteligência. Observe a figura seguinte e confira.



Foto: Julio Peres

Você viu o elefante? Na “verdade”, se é que podemos dizer isso, aqui está a fotografia de uma ave. Entretanto, porque você esperava ver um elefante, sua expectativa foi confirmada por sua percepção. É provável que, sem as “dicas” do enunciado, você percebesse primeiro o flamingo que se aquece entre as penas. Faça o teste com amigos/familiares, ocultando as dicas.

No século XX, essa abordagem acerca da percepção ficou conhecida como *construtivista*, e foi defendida por psicólogos experimentais como Irving Rock e Richard Gregory. Os experimentos atuais sugerem que a percepção engloba a extração de correlações estatísticas do mundo para a criação de modelos temporariamente úteis à inter-relação adaptativa com o meio.

Um 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 congênitas. 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.

Um evento traumático, semelhantemente, pode ser indescritível, uma vez que não existem no banco de memórias autobiográficas as representações daquela ocorrência imponderada, nunca “aprendida” antes e, por isso, não reconhecível.

A Neurociência mostrou, recentemente, que o imaginário pode ter uma representação similar em termos neurais aos eventos objetivos. Além disso, o cérebro não diferencia exatamente o que se vê no ambiente e o que se lembra dele. Estudos sobre ilusões visuais revelam alguns mecanismos neurofisiológicos da percepção. A natureza de nossas percepções é imensamente projetiva. Percebemos muito mais o que já conhecemos e lembramos que as inúmeras informações novas do ambiente, que desconhecemos.

978-85-7241-811-9

Foto: Julio Peres



Figura 3.7 – O cérebro processa 400 bilhões de *bits* de informação por segundo e só tomamos consciência de aproximadamente dois mil *bits*. Isso significa que absorvemos uma pequena parte das informações que estão sendo processadas, enquanto a maior parte não é consciente.

Nossa Natureza Subjetiva

É importante ressaltar que o funcionamento do cérebro 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 repertório aprendido, podemos simplesmente não perceber ou saber o que significa tal informação. Por exemplo, os esquimós percebem vários tons de branco, enquanto os ocidentais percebem apenas alguns. 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 forma, 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.

Todavia, 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 perceber antes. O mesmo se aplica a qualquer cultura. Entretanto, se a informação tiver grande magnitude, como um trauma, quase sempre imprevisível e imponderável, tal informação será percebida, mas não compreendida e associada a outras memórias.

978-85-7241-811-9



Foto: Julio Peres

Figura 3.8 – A cultura tem importante influência na maneira como os indivíduos percebem, interpretam e se relacionam com os eventos de vida. Muitos soldados americanos morreram no Vietnã também por picadas de insetos e de répteis desconhecidos pela cultura americana.



Foto: Julio Peres

978-85-7241-811-9

Figura 3.9 – Stonehenge (3.500 a.C.), um dos mais importantes monumentos pré-históricos da Grã-Bretanha, é formado por monolitos que pesam entre 4 e 50 toneladas. Durante o pôr do sol os monolitos podem causar miragens que algumas pessoas enxergam nitidamente e outras não conseguem ver em hipótese alguma.

É natural que os sobreviventes de traumas psicológicos tenham dificuldades em expressar verbalmente um evento traumático. Costumo dizer que *construímos sobre os valores e capacidades que temos e não sobre o que nos falta*. Em outras palavras: nossa percepção do mundo busca uma reflexão no espelho de nossas memórias. A partir das nossas outras memórias não traumáticas podemos representar o trauma. Portanto, a psicoterapia pode facilitar o processo de aprendizado e significação do trauma, a começar do repertório já conhecido de memórias de que o indivíduo traumatizado dispõe. O terapeuta pode facilitar o acesso a outras redes de padrões associativos com base nas memórias já existentes, para que então possa significar suas experiências e aprender com elas.

Fomos condicionados a acreditar que o mundo externo é mais real que o interno. Estudos contemporâneos apontam outras perspectivas. O que acontece dentro de nós é que vai criar o que acontece fora. Podemos acreditar que a experiência de pisar em um prego que nos machuca é real, é vívida e nos faz “sentir dor”. Porém, a experiência individual não é necessariamente a mesma para todos; é a percepção do indivíduo que traz o referencial de realidade, e não a experiência em si. Por exemplo, os orientais em geral suportam mais estímulos dolorosos que seriam insuportáveis aos latinos.

Pesquisas com neuroimagem revelam que, quando indivíduos observam um objeto ou escutam uma música, as mesmas áreas são



Foto: Julio Peres

Figura 3.10 – O passado é maleável e flexível, modifica-se com novas interpretações das recordações e reexplicações do que aconteceu (Berger, 1963).

ativadas ao fecharem os olhos e imaginarem o mesmo objeto ou a mesma música¹. Na verdade, não distinguimos o que está acontecendo fora, no mundo exterior e o que acontece dentro, no mundo subjetivo. Ainda que aparentemente os eventos sejam externos, eles não ocorrem para nós independentemente do que está acontecendo internamente.

Os eventos diários não se dão exclusiva e independentemente à experiência dos indivíduos, e cada experiência pessoal pode ser aprendida, interpretada e considerada de maneira peculiar. Estudos sobre eventos traumáticos massivos confirmam o grau de intervariabilidade de processamento dos episódios potencialmente estressores.

Exercício

Atribua uma ordem hierárquica para o valor estressor de cada situação:

- Socorrer uma pessoa que caiu, com fratura exposta no cotovelo.
- Ser assaltado(a) por ladrão com uma arma.
- Bater o carro e machucar alguém gravemente.
- Submeter-se a uma cirurgia no cérebro preservando a consciência.
- Ver um familiar próximo sofrer pela perda de um filho.

Compare a sua sequência com as sequências atribuídas por colegas ou familiares. Esses exemplos foram extraídos de casos reais em que os pacientes consideraram uma única situação entre essas como a mais estressora.

¹ Ler mais sobre o assunto em Kraemer e colegas (2005).

Figura 3.11 – Ao evocar uma memória, as pessoas incorrem em erros criativos, desconsiderando ou apagando algumas partes da história, fabricando outras partes e, em geral, tentam reconstruir a informação de modo que faça sentido.



Foto: Julio Peres

O terremoto de 1985 na cidade do México, o ataque terrorista às Torres Gêmeas, em 2001; o *tsunami*, na Ásia, em 2005, entre outros, são exemplos de eventos que mostraram respostas independentes e particulares. Nem todas as pessoas que passam por experiências traumáticas se tornam psicologicamente traumatizadas. Algumas sucumbem à vitimização, ao isolamento; outras procuram ajuda, amigos, literatura; outras desenvolvem transtornos de ansiedade, como pânico, TEPT; outras, depressão; outras são resilientes. Podemos decidir por nossas representações de realidade. O indivíduo traumatizado, diante dessa consciência, pode escolher novos significados, aprendizados e representação para o que houve no passado.

Mesmo que inconscientemente, uma “escolha” foi feita por cada indivíduo que sofreu o mesmo evento estressor. Tal escolha reflete o modo como ele vai se relacionar com o acontecimento. Muitas vezes, a experiência é tão devastadora que o referencial para um posicionamento ainda precisa ser encontrado. Depressão, isolamento, amortecimento podem ser estratégias adaptativas para o encontro de uma posição, ainda não definida, diante do evento.

O trauma psicológico é um exemplo evidente do impacto da memória traumática subjetiva na maneira como o mundo é percebido, porém com sequelas desadaptativas.

Os neurocientistas Eric Kandel e Larry Squire mostraram que lembrar implica reconstrução de uma trama coerente por meio de fragmentos disponíveis². Quase sempre a memória funciona pela

² Ler mais sobre o tema no livro de Squire e Kandel (2003).

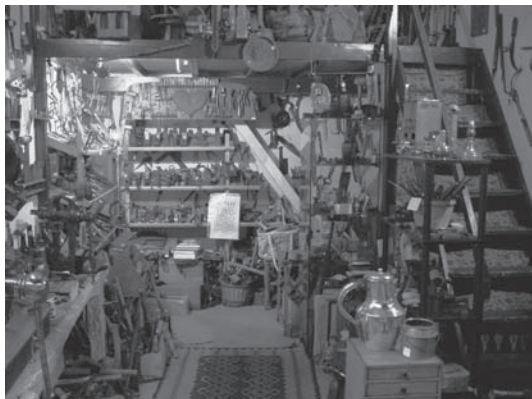


Foto: Julio Peres

Figura 3.12 – Os bancos de memória reúnem uma miríade incontável de fragmentos usados na construção de representações e interpretações do mundo.

extração de um significado, não mediante a retenção de um registro literal do que aconteceu.

A semelhança entre a dinâmica do perceber e a 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. Pode-se 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 neurociências³, temos de reavaliar a nossa compreensão sobre a memória episódica, que abrange processos projetivos de desconstrução e construção, viés subjetivo de interpretação (ou dinâmicas psicológicas) e outras funções cognitivas como a imaginação.

As dinâmicas psicológicas podem ser compreendidas como uma tendência interpretativa emocional que afeta o diálogo interno e as representações dos eventos de vida: são, metaforicamente, “códigos de percepção” que o indivíduo cria com base nas suas experiências, os quais, por sua vez, influenciarão decisivamente a sua maneira de lidar também com os episódios traumáticos. Assim como várias pessoas no mesmo ambiente podem experimentar e perceber distintas

³ Para saber mais, ver Hassabis e Maguire (2007).

situações e vivenciar aspectos comuns, as memórias emocionais sob as mesmas circunstâncias podem ser similares, mas nunca idênticas.

Exercício

Faça o teste criando uma breve história com as palavras *dia*, *amor* e *pai*.

Agora, preste atenção a estes dois exemplos de histórias, com as mesmas palavras, elaboradas por dois pacientes em consultório:

1. “Está acabando o dia. Meu pai está esperando por mim. Ele quer me dar um abraço. Eu não vou até ele; recuso seu amor.”
2. “Num dia escuro, relâmpagos e trovões. O Pai Maior me retira das trevas com seu amor luminoso.”

Os mesmos elementos (dia, amor e pai) foram fornecidos aos dois indivíduos para construírem uma história, com ou sem conteúdo emocional, e os enredos apresentaram circunstâncias peculiares a cada indivíduo, certamente distintas da narrativa que você contou. Considero que a narração da memória traumática também seja enviesada pelo repertório individual de representações da realidade e dinâmicas psicológicas, que configuram padrões interpretativos do evento. Durante a psicoterapia, o profissional sensibiliza novas leituras ou enquadres cognitivos do paciente, que por sua vez pode recontar o que aconteceu com novos elementos terapêuticos. Exemplos de superação também podem influenciar entendimentos e comportamentos saudáveis, especialmente para aqueles que não encontram outras sínteses adaptativas ou representações para o acontecimento traumático. Os neurônios-espelho, descobertos recentemente, participam ativamente desse processo em que experimentamos a empatia, reconhecemos os referenciais cognitivos de outros indivíduos e fundimos tais referências às nossas, permitindo a geração de comportamentos similares. A seguir, será aprofundado o conhecimento sobre a classe de neurônios-espelho.

Neurônios-espelho: para Olhar e Superar

Os espelhos fariam bem em refletir um pouco antes de nos devolverem as imagens.

JEAN COCTEAU

A propriedade-espelho de certos neurônios foi descoberta em 1996, na Universidade de Parma, quando o acaso novamente “conspirou” a favor da Ciência. O investigador Leonardo Fogassi entrou no laboratório e, no campo de visão de um macaco submetido a um estudo de monitoramento de um grupo de neurônios, fez um gesto ao acaso para alcançar uma fruta, similar ao que o animal desempenhava durante certas tarefas. Os colegas de Fogassi observaram, nesse ins-

978-85-7241-811-9

Foto: Julio Peres



Figura 4.1 – Os faraós maquiavam o Olho de Hórus e acreditavam que esse símbolo de poder e indestrutibilidade poderia auxiliar em seus renascimentos.

tante, a ativação dos mesmos neurônios no cérebro do macaco, sem que ele fizesse a sua conhecida tarefa motora. *Eureka!* Entre os méritos dos pesquisadores italianos, estão o registro do fenômeno e a capacidade de identificá-lo, uma vez que este não estava entre os objetivos do estudo original e pesquisas similares (monitoramento de disparos de neurônios durante tarefas motoras) eram realizadas simultaneamente em muitos outros laboratórios do mundo.

Depois dessa observação surpreendente, pesquisas neurofisiológicas conduzidas por Rizzolatti e colegas, na Itália, “retrataram” a existência de uma classe ainda desconhecida de neurônios em macacos, chamados de neurônios-espelho. Esses neurônios são ativados quando uma ação particular é executada e também quando o macaco observa a mesma ação sendo executada por outro indivíduo. A comparação entre a observação e o desempenho de uma ação envolve não somente o córtex pré-motor, mas vias que se estendem ao lobo parietal posterior. O processo da integração do movimento abrange a rede frontoparietal, a qual fornece uma cópia interna das ações observadas como meios para geração explícita das mesmas ações.

A partir dessas descobertas de 1996, neurocientistas europeus e americanos, em laboratórios separados e com técnicas diferentes, observaram a propriedade-espelho nos neurônios humanos distribuídos em diversas outras áreas, como a de Broca, relacionada à expressão verbal.

O interesse de neurocientistas, psicólogos, enfermeiros, filósofos, antropólogos e de outras áreas das ciências a respeito dos neurônios-espelho é cada vez mais expressivo. Prova disso é o crescente número de publicações, além da organização de simpósios, congressos e eventos específicos sobre o tema.

Há poucos anos, os neurônios-espelho foram estudados durante a observação de outro indivíduo executando uma ação e durante a execução da mesma atividade pelo próprio observador, com uma variedade de estratégias bastante interessantes. Por exemplo, em 2005, um estudo com ressonância magnética funcional (fMRI) foi realizado com 23 indivíduos saudáveis enquanto observavam estímulos visuais, como ações de agarrar com a mão sem um contexto e o contexto em si (apenas cenas que contêm objetos) e ações de intenção de agarrar. Além de localizar circuitos associados à imitação e à intenção, as discussões desses estudos incluem as teorias de cognição social – como interpretamos o mundo ao nosso redor e, conseqüentemente, como nos relacionamos com os eventos de vida.

Autismo e Empatia

A propriedade-espelho foi observada também nos neurônios implicados na tarefa de simulação da leitura da mente. A “teoria da mente” trata da habilidade de compreender o que passa pelas mentes de outras pessoas e está relacionada à empatia (do grego *empathia*, isto é, sentir-se dentro de). Esses substratos neurais parecem facilitar determinados aspectos da habilidade de representar os estados mentais de outros num sistema conceitual. Os neurônios-espelho foram notados em processos cognitivos de interação social subjetiva, na imitação, no aprendizado, na empatia e no contágio de comportamentos como bocejo e risos. Uma corrente das neurociências entende que os neurônios-espelho provavelmente tenham influenciado habilidades sociais, o uso de ferramentas e a linguagem.

A dificuldade notória de interação social dos indivíduos com autismo, a escassez de achados sobre as raízes dessa desordem e as recentes descobertas pertinentes à propriedade-espelho de certos neurônios motivaram investigações pontuais sobre crianças autistas. Vários pesquisadores verificaram que crianças com desenvolvimento normal ativam os neurônios-espelho do sistema límbico via ínsula (uma das estruturas que compõem o cérebro emocional) quando o significado emocional da imitação é experimentado e compreendido. Entretanto, os neurônios-espelho desse mesmo circuito neural não são ativados em crianças autistas. Esses estudos sugerem que o autismo esteja associado a padrões de atividade neural alterados durante a imitação.

Entre os divulgadores do conceito dos neurônios-espelho nas comunidades científica e leiga está o médico neurocientista nascido na Índia e naturalizado norte-americano Vilayanur Ramachandran, para quem “os neurônios-espelho dissolvem a barreira entre o *eu* e o *outro*”. Ramachandran apelidou os neurônios-espelho de “neurônios da empatia” e defende que a descoberta está para a Psicologia como a do DNA está para a Biologia, abrindo amplas perspectivas para pesquisas. Similaridades interessantes com relação à participação da ínsula, do cíngulo, do tálamo e do cerebelo foram vistas no fenômeno da empatia. Essas áreas são ativadas quando um indivíduo observa uma outra pessoa sentir um estímulo doloroso. Entretanto, somente as estruturas envolvidas nas respostas afetivas são ativadas, e não os circuitos sensoriais. As propriedades-espelho desse circuito abrangem a consciência de experiências da pessoa e uma compreensão emocional delas, embora sem uma réplica precisa sensorial, uma vez que o observador não experimenta a dor do observado.

O conjunto de investigações neurofuncionais em humanos permite hoje à Neurociência descrever a atividade dos neurônios-espelho como um mecanismo por meio do qual experimentamos a empatia, reconhecemos as intenções de outros indivíduos observando seus comportamentos e espelhamos essa referência para a geração de comportamentos similares.

978-85-7241-811-9

Espelho e Psicoterapia

Estudos neurofuncionais com paradigmas de provocação de sintomas (geralmente resgate de memórias traumáticas) têm elucidado alguns mecanismos neurais deficientes do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). A dificuldade de sintetizar, categorizar e integrar a memória traumática em uma narrativa pode estar ligada à relativa redução do volume e ativação do hipocampo, à diminuição na atividade do córtex pré-frontal, do cíngulo anterior, da ínsula e da área de Broca (ler mais no Cap. 10).

Curiosamente, cíngulo, ínsula e área de Broca já foram identificados como regiões ricas em neurônios-espelho. O mecanismo deficiente de extinção da resposta ao medo e a desregulação emocional possivelmente estejam associados à menor atividade



Foto: Julio Peres

Figura 4.2 – A atenção é seletiva e podemos orientar a direção do nosso olhar para ver caminhos ainda não reconhecidos como possíveis.

pré-frontal, implicada na diminuição da atividade da amígdala, estrutura envolvida na expressão do medo. Contudo, o sistema de memórias não traumáticas, assim como a área de Wernicke – relacionada à compreensão verbal –, estão preservados em indivíduos com TEPT e, portanto, teoricamente manifestam potencial para compreensão narrativa de exemplos de superação.

Considero que as propriedades-espelho também podem ser aplicadas em psicoterapia de pacientes traumatizados com a apresentação de comportamentos de indivíduos que superaram traumas similares àqueles que estão em tratamento. Sob essa hipótese, um novo desenho experimental foi utilizado em recente estudo com fMRI em indivíduos traumatizados. Treze pacientes foram examinados enquanto realizavam três tarefas que abrangeram: especulação da intenção de outra pessoa, empatia e julgamentos de perdão do outro, sendo cada tarefa comparada com a linha de base envolvendo julgamentos sociais.

Os indivíduos com TEPT foram submetidos a uma derivação da terapia cognitiva comportamental e foi encontrada a mesma ativação nas regiões do cérebro indicadas em trabalhos antecedentes em sujeitos saudáveis. Estas incluíram a ativação médio-temporal esquerda, em resposta à empatia, e o cíngulo posterior, em resposta a julgamentos de perdão nos exames pós-terapia. Tais regiões estiveram correlacionadas à diminuição dos sintomas do TEPT. Os autores supõem que o tempo e a terapia provavelmente tenham sido os fatores responsáveis pela “normalização” neural referente a essas tarefas sociais cognitivas, para as quais os indivíduos com TEPT costumam apresentar dificuldades. Compreender as intenções de outras pessoas durante o prestar atenção às suas ações é um dos fatores fundamentais do comportamento social e, de fato, o amortecimento emocional (*numbing*) e o isolamento social são sintomas expressivos em TEPT.

Estudos revelaram que um certo tipo de terapia em grupo (*Debriefing*, em que as vivências traumáticas são recontadas pouco depois de ocorrerem) não é indicada a pacientes com traumas, uma vez que não demonstram melhora, e até por vezes há piora dos sintomas. Considerando as propriedades-espelho, é compreensível que compartilhar as experiências dolorosas sem referenciais positivos de superação possa refletir e enfatizar apenas o sofrimento em vez de aliviá-lo. Por outro lado, grupos como Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos, que reúnem pessoas que desejam deixar a dependência química, em uma outra perspectiva, com exemplos constantes de superação, têm contribuído para a recuperação desses indivíduos. Assim, os participantes desses grupos são beneficiados pelas rotas explícitas de enfrentamento e superação que os depoentes percorreram passo a passo até o presente momento.



Foto: Julio Peres

Figura 4.3 – A terapia em grupo com pessoas traumatizadas deve enfatizar caminhos de superação, para que o sofrimento não piore com o compartilhamento dos traumas.

978-85-7241-811-9

Um ponto importante para psicoterapia aplicada a vítimas de traumas é sensibilizar o reforço de traços resilientes do indivíduo traumatizado, sendo que os neurônios-espelho podem envolver este processo. 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 com TEPT apresentem uma constelação de sintomas e em geral verbalizem sua incapacidade de agir diferentemente, “observar” exemplos bem-sucedidos de lidar com o trauma pode sensibilizar o “agir”, uma vez que os novos comportamentos estejam “copiados”, isto é, compreendidos. É importante que a psicoterapia aplicada a vítimas de traumas facilite a percepção dessas novas possibilidades para a geração de comportamentos adaptativos. Costumo dizer aos meus pacientes que *visualizar o caminho antecipadamente é um passo fundamental para percorrê-lo*. Contudo, você deve se perguntar: seria tão simples assim?

É evidente que a complexidade dos processamentos humanos vai além de um simples condicionamento. Algumas teorias especularam que compreender outras mentes, em especial os julgamentos e as intenções dos outros, era um pré-requisito para a imitação e o aprendizado. Atualmente, há um consenso crescente



Foto: Julio Peres

Figura 4.4 – As águas serenas são os mais antigos espelhos da humanidade. Na tradição budista, o espelho é considerado um instrumento de iluminação e simboliza a revelação da verdade, da sabedoria e do autoconhecimento.

entre psicólogos e neurocientistas quanto à tese de que a imitação e o aprendizado estão conectados à percepção do outro “como eu”. Imitação e aprendizado ocorrem quando três circunstâncias são encontradas:

978-85-7241-811-9

1. O observador produz comportamento similar àquele do modelo.
2. A percepção de um ato causa a resposta do observador.
3. A equivalência entre os atos do *eu* e do *outro* exerce um papel na geração da resposta.

Nesse sentido, a imitação se dá a partir do repertório do observador, que se identifica com o modelo observado. Portanto, a observação dos exemplos de pessoas que aprenderam com suas experiências traumáticas e se desenvolveram nessas bases pode ser mais fácil depois de o indivíduo reconhecer seus valores, talentos e capacidade de recuperação, mas ainda não dispuser de referências para superar o trauma atual. Assim como observar comportamentos de jogadores profissionais de tênis, futebol ou qualquer outro esporte não vai conferir a cópia exata dos movimentos, mas os fundamentos que serão incorporados ao repertório do observador não profissional, os exemplos de superação serão superpostos às

próprias referências de superação do indivíduo em tratamento. A verbalização é apenas uma das possibilidades para expressão da linguagem, e os neurônios-espelho estão relacionados a várias outras linguagens que viabilizam atribuição de significados. É conveniente que as psicoterapias de escolha para tratamento das pessoas traumatizadas tragam outras expressões de linguagem às intervenções, para maior benefício dos pacientes submetidos a elas. As terapias com base em exposição e reestruturação cognitiva podem inserir filmes com metáforas e/ou histórias de superação e expressões artísticas (composição musical, pintura, escultura, teatro) com o objetivo de facilitar o processo de significação e ressignificação do evento traumático. Tais recursos podem otimizar o processo terapêutico, pois os indivíduos em psicoterapia terão outras vias para classificar a experiência dispersa em fragmentos sensoriais.

A descoberta dos neurônios-espelho é um marco para as neurociências e abre amplas perspectivas para pesquisas com implicações clínicas que nortearão intervenções dos profissionais da saúde. Os estudos revelam, até o momento, que tais neurônios desempenham um papel fundamental para que os indivíduos compreendam o outro e suas intenções, sintam empatia e construam relacionamentos sociais. A identificação com o semelhante (teoria do “como eu”) parece ser um pré-requisito para a manifestação da propriedade-espelho. Ou seja, a despeito de o macaco da Universidade de Parma ter se identificado com o gesto do pesquisador italiano, não reconhecemos tão bem quanto em humanos todas as nuances de gestos e expressões provenientes de outros animais e o que comunicam, respectivamente.

Também é importante lembrar que a propriedade-espelho é uma via de mão dupla! Assim como observamos e espelhamos comportamentos de nossos semelhantes, o mesmo ocorre em re-

978-85-7241-811-9



Foto: Julio Peres

Figura 4.5 – Não existe cópia idêntica e nunca existirá. Mesclamos nossas referências ao modelo que observamos.

lação aos que nos observam. Nossos próprios exemplos pacíficos de superação podem sensibilizar nossos filhos, colegas, pacientes e amigos. Nesse sentido, um bom exemplo nos deixou Galileu Galilei para a inspiração de nossos “espelhos”, ao afirmar: “Não é possível ensinar nada a ninguém mas podemos, sim, sensibilizar alguém ao aprendizado”.

Portanto, mostrarei no Capítulo 11 exemplos de superação para que indivíduos traumatizados possam, por meio da vivência de outros, sensibilizar a sua própria experiência de superação e crescimento pessoal.

É natural que façamos agora a pergunta: o que favorece as boas respostas de indivíduos que não caracterizaram o trauma após eventos similares àqueles que foram traumatizados?

Vários estudos que acompanharam por determinado tempo (meses ou anos) o desenvolvimento de um grupo de pessoas após o mesmo evento traumático revelam que alguns traços de personalidade agem como “protetores” e outros, como “facilitadores” à caracterização do trauma. Contudo, uma vez identificados, podemos modificar os traços de personalidade que promovem o sofrimento e fortalecer outros traços alinhados à superação? É o que veremos no próximo capítulo, que trata de personalidade e trauma.

Personalidade e Trauma

*Existe alguma coisa de nossa consciência,
de nossa personalidade moral, de nossa inteligência,
de nosso eu, que sobreviva à decomposição
do nosso invólucro material?*

LEÓN DENIS

978-85-7241-811-9

A experiência reconstruída como uma memória que provoca tristeza ou qualquer outra emoção reflete as genuínas características psicológicas e traços de personalidade do indivíduo. A busca de compreender as respostas ao trauma está também voltada para a contribuição dos traços de personalidade. Podem-se identificar, entre os integrantes de uma população, aqueles indivíduos que apresentam maior propensão ao desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). O conhecimento dos fatores que compõem a personalidade, para que possamos então trabalhar terapêuticamente as pessoas que mantêm o sofrimento traumático, é um desejo natural dos pesquisadores da área da saúde mental. Abordar essa questão desafiadora é uma necessidade: não há como se falar em Psicologia ou Psiquiatria sem falar sobre a personalidade, e esse tema não pode ser deixado à margem da prática clínica. A visão do homem e da natureza que o constitui são esteios que norteiam as intervenções terapêuticas. A compreensão ampla da manifestação do sofrimento humano certamente influenciará terapêuticas mais eficazes. Portanto, pesquisas sobre a natureza da personalidade são justificáveis e imprescindíveis aos profissionais que se ocupam de tratar a dor psíquica, em sua miríade de expressões.

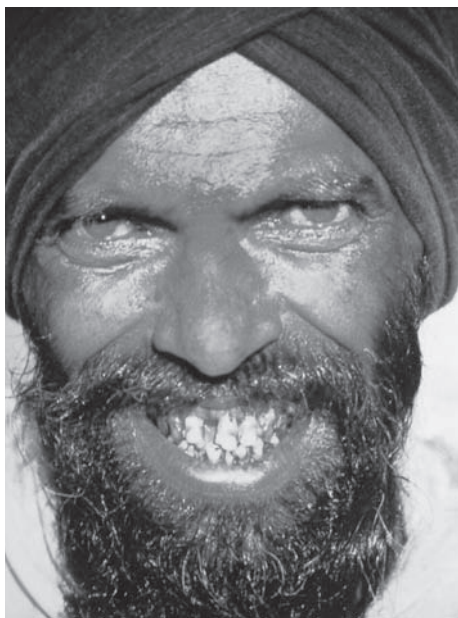


Foto: Julio Peres

Figura 5.1 – O romancista francês Charles Schwob traduziu em uma metáfora o que o senso comum considera personalidade: “A personalidade é para o homem o que o perfume é para a flor”.

Voltando às raízes etimológicas, o termo personalidade deriva do grego *persona*, que significa máscara utilizada na Grécia para designar o “personagem” representado pelos atores no palco. Estendendo a compreensão sobre a origem das palavras, “sinceridade” significa “sem cera”. A cera era justamente utilizada para confecção das antigas máscaras. Contudo, definir personalidade é até hoje um desafio, uma vez que a ciência ainda não esclareceu conclusivamente o mosaico de variáveis e suas participações interativas na constituição da singularidade de nossas identidades. A unicidade do indivíduo, isto é, aquilo que o distingue de todos os outros, é recorrente na maioria das teorias postuladas sobre a personalidade. Mesmo sem a compreensão conclusiva dos elementos que determinam a personalidade, o modelo tridimensional, influenciado por fatores biopsicossociais, é aceito até agora por boa parte dos profissionais da saúde. Abordarei parte relevante das contribuições efetivas da Neurociência e de outras linhas de pesquisa relativas ao conhecimento da personalidade. Discutirei os dados que considero pertinentes ao amadurecimento, tanto quanto possível, da demarcação de referências sobre a personalidade e de como podemos favorecer seu desenvolvimento em indivíduos traumatizados.

Em geral, as múltiplas concepções de homem embasadas em distintos pressupostos epistemológicos espelham referenciais

sócio-histórico-culturais, muitas vezes distantes dos achados científicos. Por um lado, a Ciência não trouxe ainda esclarecimentos definitivos a respeito das variáveis que constituem a personalidade e, assim sendo, diferentes hipóteses e abordagens terapêuticas são bem-vindas. Por outro lado, tal multiplicidade – teórica, metodológica e prática – encontrada na Psicologia e na Psiquiatria pode ser questionada quanto à cientificidade das abordagens adotadas, pois a natureza humana em si é a mesma, a despeito das diversas definições encontradas nas teorias.

978-85-7241-811-9

Reciprocidades Funcionais Anatômicas

A ideia de existirem relações funcionais/anatômicas no encéfalo, ainda hipotética em meados do século XIX, começou a se fortalecer com investigações controladas como as de Broca (1861), Jackson (1931) e Penfield (1953). Nesse período, a maioria das informações disponíveis sobre o cérebro humano procedeu da observação de indivíduos que apresentavam lesões com prejuízo de funções e comportamentos. As limitações de tal conhecimento influenciaram a remoção de certas regiões do cérebro como estratégias de tratamento de indivíduos com desordens neurológicas.

O famoso caso Phineas Gage, sobrevivente de um grave acidente que resultou na perda de uma porção frontal do cérebro, em 1848, fortaleceu a hipótese de que o cérebro determina os comportamentos. A parte pré-frontal do cérebro que perdera passou a ser associada às funções mentais e emocionais alteradas. De funcionário tímido, cordato e responsável, Gage passou a ser irresponsável em relação à assiduidade ao trabalho, namorador, arrojado em seu temperamento com brigas e confusões interpessoais frequentes. John Harlow, o médico que o atendeu, considerou em seu artigo “Recuperação da passagem de uma barra de ferro pela cabeça” que o equilíbrio entre as faculdades intelectuais e as propensões animais fora destruído. A despeito das falhas e imprecisões do relato original¹, vários neurocientistas referem que o caso clínico de Gage foi o início histórico dos estudos relativos às bases biológicas do comportamento. Assim, o olhar científico sobre a personalidade foi em grande parte voltado aos casos clínicos de pacientes com lesões cerebrais, fortalecendo a hipótese de as funções encefálicas serem responsáveis pela origem dos comportamentos. Curiosamente, as alterações surpreendentes na personalidade e no humor descritas na época também hoje são observadas em algumas pessoas que se

¹ Ver o artigo a respeito em Macmillan (2000).

confrontam com a morte em acidentes graves, porém sem perda de massa encefálica². O confronto com a morte pode também modificar radicalmente comportamentos e traços de personalidade. Tenho alguns exemplos em minha clínica, concordantes com a literatura, de pessoas cordatas e tímidas que revalorizaram a vida após a iminência da morte e não mais se submeteram a situações de passividade que as subjugavam. É possível que a experiência traumática tenha também influenciado o distinto olhar de Gage em relação ao mundo e aos respectivos comportamentos.

978-85-7241-811-9

O que as Crianças nos Ensinam sobre a Personalidade?

Estudos sobre o aprendizado infantil têm documentado a existência de um conjunto de etapas específicas – períodos críticos – ao desenvolvimento psicológico normal. Antes de os estudos formais sobre a ausência materna serem realizados, alguns exemplos de isolamento social foram relatados, como o de crianças mantidas



Foto: Julio Peres

Figura 5.2 – Jean Piaget estudou o desenvolvimento infantil e afirmou que, desde o nascimento, os seres humanos aprendem ativamente, mesmo sem incentivos externos.

² Ver o artigo de Allen e colegas (1997).

com o mínimo contato social (isoladas em sótão³, quartos fechados, florestas etc.). Por exemplo, o filme “O Enigma de Kaspar Hauser”, de Werner Herzog (1974), retrata a história de Kaspar, provavelmente nascido em 1812 e assassinado em 17 de dezembro de 1833 em Ansbach, Mittelfranken, Alemanha. Kaspar passou sua vida aprisionado num porão até aproximadamente os 15 anos de idade, não tendo contato com pessoa alguma. Foi encontrado na praça Unschlittplatz em Nuremberg, Alemanha do século XIX, como um “garoto selvagem”. A sua exclusão social não o privou apenas da fala, mas de uma série de raciocínios, como por exemplo a não distinção entre sonhos e realidade durante o período que passou isolado. Apresentava várias idiossincrasias originadas dos seus anos de solidão: repulsa de comer carne e beber álcool (fora alimentado basicamente com pão e água), medo de galinhas e perturbações com o silêncio. Contudo, logo lhe foram ensinadas as primeiras palavras e, com o seu posterior contato com a sociedade, ele pôde paulatinamente aprender a falar e, anos depois, se desenvolveu no campo da música. Um outro menino com aproximadamente 12 anos de idade, encontrado em setembro de 1799 perto da floresta de Aveyron, sul da França, não mostrou progressos na socialização. Aparentemente fora abandonado pelos pais e crescera na floresta, sem contato humano. O menino, a quem deram o nome de Victor, foi levado para Paris, onde ficou aos cuidados do médico Jean-Marc-Gaspar Itard. Durante 5 anos o Dr. Itard dedicou-se a ensinar Victor a falar, a ler, a se comportar como um ser humano, mas houve poucos avanços. Victor nunca falou, mas aprendeu a ler somente uma palavra (leite). Amala e Kamala, conhecidas como meninas-lobo, são exemplos curiosos e também trazem reflexões sobre a personalidade e a natureza humanas. Viveram entre lobos e foram encontradas em uma caverna na Índia, em 1920, pelo reverendo Singh. Suas idades presumíveis eram 2 e 8 anos e, após encontrá-las, Singh levou-as ao orfanato que mantinha na cidade de Midnapore, iniciando assim o processo de socialização das duas garotinhas. Apesar de estarem fisicamente saudáveis, elas não falavam, não sorriam, demonstravam poucas expressões faciais, não andavam eretas, uivavam e mostravam destacada acuidade visual à noite. Comiam e bebiam como lobos, lançando a cabeça à frente e lambendo os líquidos. Amala, a mais jovem, morreu um ano após ser encontrada.

978-85-7241-811-9

³ O austríaco Josef Fritzl, 73 anos, admitiu em 2007 ter trancado sua filha no porão por 24 anos. As repercussões psicológicas de sua filha, assim como de Natascha Kampusch, sequestrada aos 10 anos e mantida em cativeiro por oito anos até conseguir escapar, em agosto de 2006, ainda não foram estudadas.

Kamala viveu por mais oito anos sem, contudo, aprender a falar, ler, usar o banheiro, tendo conseguido ficar em pé após seis anos. Chorou pela primeira vez por ocasião da morte de Amala e se vinculou lentamente às pessoas que cuidaram dela bem como às outras crianças com as quais conviveu. Sua inteligência permitiu-lhe comunicar-se por gestos, inicialmente, e depois por palavras rudimentares, aprendendo a executar ordens simples (Leymond, 1965).

Esses exemplos reforçam a importância decisiva do ambiente e estímulos no processo de formação da personalidade. É difícil, no entanto, avaliar o que correu exatamente com essas crianças; não se sabe se elas apresentavam, a princípio, um retardo mental e tampouco se conhece a natureza, o início ou grau de isolamento social. No entanto, mais informações sobre a privação do contato social/materno foram obtidas a partir de estudos com crianças que cresceram em instituições públicas.

René Spitz comparou o desenvolvimento de crianças mantidas em instituições para menores abandonados com o de crianças criadas em um lar ligado a mulheres detentas. Ambas as instituições eram razoavelmente limpas e forneceram alimentação adequada, bem como cuidados médicos similares. Os bebês no lar foram tratados pelas mães detentas, que dedicavam afeto e cuidados aos seus filhos durante o tempo atribuído cada dia. Na instituição para menores abandonados as crianças foram tratadas por enfermeiros, cada um responsável por sete crianças isoladas em seus berços cobertos na lateral – com muito menos contato com outros seres humanos e em condições de privação sensorial e social comparadas com as outras crianças assistidas pelas mães na prisão. No final do primeiro ano, as crianças com privação sensorial e social apresentaram índices de depressão e retardo mental significativos em comparação com as crianças estimuladas pelas mães. Outros estudos com o controle da privação materna foram realizados com primatas em laboratórios e o conjunto dos resultados sugere existir um período crítico ao desenvolvimento de habilidades sociais, tanto em macacos como em seres humanos. A partir dos métodos de mapeamento das conexões entre os neurônios, foi possível demonstrar prejuízos anatômicos decorrentes de algumas privações sensoriais.

Estudos celulares e cognitivos sobre períodos críticos de aprendizagem mostram que a interação com o ambiente modifica a eficácia das redes neurais preexistentes, sensibilizando expressões distintas de comportamentos. As interações mãe-filho durante a vida neonatal seriam fundamentais ao desenvolvimento de comportamentos sugestivos de traços de personalidade. Em linha com esses resultados, os pesquisadores russos Lev Vygotsky e Alexander Luria relataram que

não apenas o sistema perceptual, mas as estruturas mentais e a própria linguagem são resultantes da prática social, ou seja, as interfaces culturais “modelam” a percepção da realidade e o conhecimento por parte do sujeito. A não exposição a essa “modelagem” cultural pode gerar déficits nas faculdades cognitivas, isto é, a interação com o meio opera no sistema perceptual. Por intermédio da socialização, o indivíduo se integra no grupo em que nasceu, assimilando o conjunto de hábitos, costumes e traços de personalidade característicos desse grupo. Estímulos ambientais e fatores socioculturais seriam, nesse sentido, ingredientes decisivos da constituição da personalidade. Assim, as escolhas individuais aparentemente autênticas estariam confinadas ao leque de opções que o entorno fornece. Contudo, exemplos de personalidades destacadas como a de Leonardo da Vinci, Michelangelo di Ludovico Buonarroti Simoni, Johann Sebastian Bach, entre muitos outros que transcenderam o condicionamento cultural-sociológico, desafiam esse enfoque.

978-85-7241-811-9



Foto: Julio Peres

Figura 5.3 – A Mansão do Caminho, fundada por Divaldo Franco em 1952, é um admirável complexo educacional e atende gratuitamente cerca de 3.200 crianças e adolescentes por dia, além de adultos e idosos carentes. Na década de 1960 iniciou a construção de escolas-oficinas profissionalizantes e atendimento médico. Educou mais de 600 “filhos”, hoje emancipados, a maioria com família constituída e a própria profissão (magistério, contabilidade, serviços administrativos, medicina etc.).

Genes e Personalidade

A origem do conceito de individualidade genética foi marcada pelo artigo *The incidence of alkaptonuria: a study in chemical individuality* (A incidência da alcaptonúria: um estudo em individualidade química), publicado em 1902 na revista *The Lancet* pelo médico inglês Archibald Garrod. O artigo discute a alcaptonúria, o albinismo e a cistinúria e postula que os indivíduos de uma espécie não são semelhantes e os processos químicos não se desenvolvem de maneira idêntica.

A partir de 1980, a engenharia genética passou a estudar as variações de combinações no DNA. Por intermédio de distintos marcadores, como minissatélites, microsatélites, polimorfismos de sequência (SNP), polimorfismos de inserção-deleção (*indels*), foi possível caracterizar a individualidade genômica humana e aplicar esse conhecimento em testes de paternidade, estudos de ancestralidade e investigações de doenças genéticas. Contudo, dada a complexidade da expressão genética, as possíveis conclusões sobre as bases genômicas da personalidade permanecem esparsas.

Nos últimos anos, a genética molecular começou a identificar a codificação de genes específicos, tais como os sistemas de neurotransmissores dopaminérgicos e serotoninérgicos⁴ que, de fato, estiveram associados a características comportamentais. Novas abordagens que associam métodos de neuroimagem funcional e imagem genômica reforçaram a ligação entre as variações do gene (longa e curta dos alelos) que codifica o transportador da serotonina (5-HTT) e a suscetibilidade para depressão. Curiosamente, outros estudos apontaram outros traços de personalidade ligados ao mesmo gene. As pessoas com uma ou duas cópias da versão curta do 5-HTT reagem com mais intensidade a expressões de fúria e ansiedade.

Alguns autores, como Avshalom Caspi, chegam a afirmar que a versão longa do 5-HTT aparentemente oferece proteção contra transtornos depressivos após situações estressoras. Pesquisas semelhantes, que procuram encontrar correlações estatísticas significativas entre genes e traços de personalidade, foram conduzidas com o gene que codifica o receptor do neurotransmissor dopamina, conhecido como *DRD4*. Alguns indícios sugerem que diferentes versões do *DRD4* podem estimular o interesse das pessoas por novidades e desafios.

⁴ Dopamina e serotonina são mensageiros químicos do sistema nervoso e podem ser, em parte, responsabilizados por nosso temperamento.



Foto: Julio Peres

Figura 5.4 – O foco de parte dos investigadores tem sido o estudo probabilístico das variações de um único gene sobre um ou mais traços de temperamento. Porém, as complexas expressões da personalidade são influenciadas pelas interações de inúmeros genes.

978-85-7241-811-9

O modelo poligênico (múltiplos genes) fornece uma explicação mais razoável sobre a inequívoca participação genética na personalidade. Vale lembrar que a expressão “base genética do comportamento”, cada vez mais usada nesse campo, não reduz os genes como determinantes exclusivos da personalidade. Por exemplo, estudos mais refinados quanto a outras variáveis críticas a serem controladas mostraram que uma variação do gene que codifica a enzima monoaminoxidase A (MAO-A) foi encontrada com significativa frequência em indivíduos violentos. Contudo, a maioria deles também havia sofrido maus-tratos na infância, reforçando o binômio experiência pessoal/predisposição genética como participante da formação de traços violentos de personalidade. A separação entre o que é influência genética e o que é a ambiental atualmente sofre questionamentos, pois ambas podem organizar as vias neuroanatômicas cerebrais. Como exemplo: o estresse crônico pode afetar a transcrição e a ação de fatores neurotróficos (que alimentam as células), sugerindo a experiência como causa da alteração de sistemas neurais e funções cognitivas complexas. Atualmente, milhares

de indivíduos têm sido estudados para o esclarecimento das relações entre os polimorfismos genéticos e os traços de personalidade. Até agora, é consenso que herança genética se caracteriza por mecanismos complexos de transmissão envolvendo múltiplos genes sob influência de variáveis fatores relativos à experiência no ambiente. Além disso, a heterogeneidade dos traços e desordens de personalidade impõe dificuldades na identificação dos genes associados à personalidade. Essa linha de pesquisa promete que a continuidade dos estudos permitirá a compreensão de como polimorfismos genéticos e a complexa arquitetura molecular modulam o comportamento humano. Porém, objetivamente, a revisão dos resultados dos estudos genéticos de comportamento foi largamente inconclusiva e com falhas quanto a replicabilidade dos achados. Pode-se, por enquanto, apenas reconhecer a influência probabilística e não “determinística” da genética sobre a personalidade.

978-85-7241-811-9

Medicamentos e Personalidade

Estudos sobre a psicofarmacoterapia (medicamentos psiquiátricos) também trazem questionamentos interessantes sobre a natureza da personalidade. Na década de 1950, a descoberta da propriedade antipsicótica da clorpromazina foi um marco na história do tratamento de pacientes esquizofrênicos.

Os antipsicóticos trouxeram benefícios decisivos, proporcionando remissão completa de sintomas em cerca de 25% dos casos, reduziram internações, facilitaram a reintegração dos pacientes às famílias, à sociedade e ao trabalho. Esquizofrênicos em primeiro episódio podem ter melhora acentuada; entretanto, ao prolongar-se o tratamento, verifica-se que a resposta se torna menos favorável em número elevado de casos, ficando os pacientes sujeitos a recidivas. Os antipsicóticos de nova geração ainda não demonstraram capacidade de modificar o fenômeno chamado de taquifilaxia (redução do efeito terapêutico dos medicamentos), observado em condições psiquiátricas. As dinâmicas mentais retornam, e prevalecem, aos efeitos paliativos de neuromodulação dos traços de temperamento. De acordo com a minha experiência clínica, um grupo de pacientes com depressão precisa de tempos em tempos modificar a estratégia medicamentosa a partir da taquifilaxia e do retorno do sofrimento. Outros pacientes conseguem a remissão dos sintomas depressivos e a continuidade do equilíbrio, permitindo a retirada gradativa do fármaco administrado. Ainda que os benefícios sejam similares nos dois grupos no início do tratamento medicamentoso, ocorrem algumas diferenças acentuadas quanto às

respostas sintomatológicas após poucos meses. O primeiro grupo em geral apresenta uma postura mais passiva perante o tratamento, enquanto o segundo mostra maior engajamento, modificando e fortalecendo as dinâmicas mentais saudáveis que continuam depois da retirada do medicamento.

A combinação entre a farmacoterapia e a psicoterapia para vários transtornos, como a depressão, tem se mostrado vantajosa, quando comparados os resultados obtidos em um grupo que só recebeu psicoterapia e outro que só recebeu medicamentos. Entre outras possibilidades, é convidativo pensar que, se as expressões da personalidade fossem exclusivamente neuroquímicas, o fenômeno taquifilaxia não ocorreria e a condição mental/psicológica não se modificaria com a continuidade da administração farmacoterápica.

Inteligência Artificial

978-85-7241-811-9

O desafio maior de uma parte considerável das neurociências é decifrar como tempestades de pulsos elétricos e químicos, varrendo o sistema nervoso central são, de alguma maneira, traduzidas em consciência, pensamentos e emoções. A possibilidade da leitura computacional da linguagem neural não esclarece a questão da criação ou mediação cerebral em relação aos fenômenos mentais. Isto é: conhecem-se hoje alguns códigos de transmissão de impulsos elétricos e químicos no SNC sem, todavia, se explicar como a consciência pode emergir dessa interação neuronal.



Foto: Julio Peres

Figura 5.5 – A hipótese de que a mente seja exclusivamente produzida pela atividade neural motivou pesquisadores a reproduzirem artificialmente as redes computacionais visando, em última instância, à criação do “Eu”.

Estudos sobre comportamentos mediados por processos neurais inconscientes (por exemplo, memórias de procedimento, tratamento de estímulos sensoriais e ações/respostas automáticas) apoiam o funcionamento cerebral como um refinado sistema computacional. Algumas abordagens neurocientíficas postulam, não conclusivamente, que a consciência seja uma propriedade emergente de interações complexas entre os neurônios.

Se fosse possível realmente reproduzir um sistema nervoso, neurônio por neurônio, numa bancada computacional, a consciência e a personalidade se manifestariam? Estudiosos da inteligência artificial (IA) como Christof Koch, Terry Winograd e Hans Moravec respondem que sim e inferem que as propriedades físicas do cérebro e do sistema nervoso criam a mente. Uma significativa parcela de investigadores acredita ser possível construir algoritmicamente a alma humana.

Nos últimos 15 anos observam-se linhas de pesquisas sobre personalidade, psicologia/psiquiatria transcultural, ciência cognitiva, física, engenharia e neurociências combinadas em um número crescente de investigações sobre sistemas computacionais que procuram imitar o tratamento humano de informações. Grande esforço tem sido feito para dissecar e reproduzir o número de variáveis (personalidade, temperamento, emoções, representação e a articulação simbólica do conhecimento, inclinações idiossincráticas, coerência situacional, flexibilidade

978-85-7241-811-9



Foto: Julio Peres

Figura 5.6 – A personalidade e as expressões emocionais são os principais atributos diferenciais entre os humanos e humanoides controlados por redes computacionais.

adaptativa etc.) que compõem a humanidade. Inúmeros investigadores justificam que o desenvolvimento de inteligências artificiais em robôs andróides pode trazer maior compreensão da própria natureza humana.

Na tentativa de dissecar os elementos constituintes da personalidade para então combiná-los computacionalmente, algumas definições objetivas, porém parciais, foram adotadas como referenciais de partida. Segundo investigadores de IA, os sistemas mais avançados (por exemplo, ACT-R/PM, COGNET/iGEN®, EPIC/GLEAN, KISMET, OMAR, Repliee, Soar) compartilham diversos princípios válidos para a compreensão dos elementos que aproximam máquinas de humanos. Por exemplo, Kismet é uma expressiva “criatura” robótica com modalidades perceptuais e motoras adaptadas aos canais de comunicação natural aos humanos. O robô é equipado com dispositivos visuais, auditivos, sensoriais e proprioceptivos, além de recursos que permitem vocalizações, expressões faciais, sinais comunicativos motores e capacidade para ajustar o olhar na direção dos olhos da pessoa com quem interage. Porém, o refinamento da chamada “arquitetura personalizada de cognição”, que supostamente permitiria a criação de representações do comportamento humano com variabilidade sobre a personalidade, a emoção e, até certo ponto, dimensões culturais não alcançou expressão individual do Eu, tal como ocorre em humanos. Ainda que algumas crianças identifiquem um robô humanoide como agente e não como um objeto, os ingredientes dinâmicos constituintes da personalidade, que tornam um ser único, não foram ainda encontrados pelos investigadores. Em suma, tais robôs se comportam mais como autômatos inteligentes do que como pessoas reais com bases motivacionais e emocionais que afetem a cognição e o comportamento.

Uma revisão recente dos avanços conceituais e empíricos nesse campo demonstrou que as variáveis interindividuais da personalidade são demasiadas para a modelagem de uma arquitetura da personalidade. A engenharia computacional não conseguiu criar o senso de individualidade carregado de emoções, temperamento, desejos e livre-arbítrio nos robôs, que assim se tornariam “criaturas”. A mais avançada complexidade computacional não contém os ingredientes da vida anímica ou da consciência. Assim postulam outros investigadores de IA: a dinâmica cerebral e seu funcionamento vão muito além das propriedades computacionais e não podem ser modelados como uma rede neural artificial, que obedece aos princípios da física clássica.



Figura 5.7 – Wilder Penfield, depois de seus estudos com estimulação elétrica do cérebro em pacientes acordados (com preservação da consciência) para mapear as funções corticais, afirmou: “a mente tem uma existência distinta do cérebro, embora esteja intimamente relacionada a ele... Não há local no córtex cerebral onde a estimulação elétrica fará o paciente decidir”.

978-85-7241-811-9

A Vontade Modifica a Personalidade?

Os resultados dos estudos neurofuncionais sobre autorregulação emocional evidenciam que a utilização consciente e voluntária de contextualização emocional dos estímulos percebidos altera a forma como o cérebro processa os estímulos emocionais. Um belo estudo de Kevin Ochsner mostrou a atividade da amígdala associada ao processamento de imagens com valências negativas de acordo com o objetivo de contextualização proposto (positiva, neutra ou negativa), ou seja: a autorregulação emocional ativou diferentes circuitos neurais conforme a vontade (ou desejo) dos participantes. De maneira semelhante, observo que as variáveis mentais como expectativas, crenças e aspirações são potenciais fatores de superação durante a psicoterapia. A vontade pode modificar respostas temperamentais bem como traços de personalidade. De fato, estudos neurofuncionais em indivíduos saudáveis e em pacientes com distintos transtornos demonstram que a opinião e as expectativas podem modificar as atividades neurofisiológica e neuroquímica nas regiões do cérebro implicadas em percepção, dor e expressões emocionais. O efeito placebo (ver quadro *O que É o Efeito Placebo?*) foi associado à liberação de dopamina em pacientes com Parkinson, resultando na melhora de sintomas. Em indivíduos com depressão, o placebo produziu alterações metabólicas nas regiões paralímbicas, que são relativamente semelhantes aos efeitos da fluoxetina, e atenuou as atividades neurais envolvidas na expressão da dor, como o cíngulo anterior e o tálamo.

O que é o efeito placebo?

É um dos fenômenos mais comuns em medicina e psicologia. Placebo deriva do latim *placere*, que significa “agradar”. O efeito placebo pode ser tido como efeitos mensuráveis no paciente a partir de um tratamento aparentemente inócuo. Esse efeito é tão comum e poderoso que passou a ser utilizado como controle em ensaios clínicos controlados para determinar a eficácia terapêutica e o impacto dos psicofármacos no sistema nervoso central. Mesmo sem conhecer precisamente as bases neurofisiológicas que causam o efeito placebo, os estudos mostraram que os placebos tinham muito mais efeitos sobre a doença estudada do que se podia esperar. Não raro, chegam a ultrapassar os efeitos dos medicamentos em pesquisa. Ficou evidente que a convicção do paciente pode provocar alterações (benéficas ou maléficas, a depender da crença) no paciente, e pode ser útil na prática clínica e em psicoterapia. Por exemplo, a Universidade de Harvard testou o efeito placebo em vários distúrbios somáticos (dor, hipertensão arterial e asma). Cerca de 40% dos pacientes estudados obtiveram melhoras significativas com o placebo. Um estudo mais ousado sobre o valor da cirurgia de ligação de uma artéria no tórax em pacientes com angina (dor no peito) usou simplesmente a anestesia e o corte superficial como placebo. Os pacientes “realmente” operados foram comparados com o grupo-Placebo, que mostrou 80% de melhora enquanto os primeiros (com cirurgia) melhoraram apenas 40%. Em artigo publicado na Science, pesquisadores da Universidade da Colúmbia Britânica afirmam que o simples ato de receber algum tipo de tratamento (seja ele ativo ou não) pode ser eficiente por conta da expectativa de benefício que ele cria.

Segundo o neurocientista Mario Beauregard, da Universidade de Montreal, a relação reducionista cérebro/mente e a desconsideração desses achados podem favorecer um enquadre determinista precário para o tratamento dos indivíduos com sofrimentos psicológicos, quando as dinâmicas mentais são classificadas como oriundas exclusivamente do cérebro. Deve-se ter cautela com as teorias extremadas que consideram mente, intencionalidade, consciência e personalidade como subprodutos cerebrais, abortando assim capacidades intrínsecas ao ser humano de autossuperação.

978-85-7241-811-9

O Cérebro Cria ou Medeia?

Uma das mais desafiadoras questões que a Ciência enfrenta continua sendo a compreensão da natureza da personalidade e da

mente, bem como a sua relação com o cérebro. Apesar do extremo interesse justificado em tal área de investigação, ainda não foi encontrado um mecanismo biológico plausível para explicar a forma como o cérebro pode dar origem à mente. Investigadores de diversos campos, incluindo neurocientistas, psicólogos, físicos, matemáticos e filósofos, manifestam opiniões e teorias relativas à consciência e, conseqüentemente, à natureza humana. As teorias formuladas podem ser amplamente divididas em pressupostos neurogênicos (a natureza da consciência seria neural) e metafísicos (a natureza da consciência seria transcendente ao cérebro). A primeira argumenta que os neurônios e suas sinapses químicas são as unidades fundamentais do processamento de informação no cérebro, e que a experiência consciente surge quando um nível crítico de complexidade e maturação é atingido nas redes neurais. Assim, do ponto de vista neurogênico, a consciência surge por intermédio das atividades de redes neurais e respectiva complexidade computacional. As principais evidências dessa teoria baseiam-se no conjunto de casos clínicos mencionados anteriormente (indivíduos que sofreram modificações em suas personalidades em função de lesões cerebrais específicas), em estudos neurofuncionais que revelam áreas específicas do cérebro metabolicamente ativas em resposta a um pensamento ou sentimento, além da observação das expressões neurais relativas a transtornos psiquiátricos. Contudo, embora tais estudos forneçam evidências robustas do papel das redes neurais como intermediárias para manifestação de pensamentos, emoções e comportamentos, há teorias que associam o cérebro à mediação de uma série de conceitos como alma, espírito, mente e consciência.

Uma imagem como metáfora: assim como as mãos podem executar diversas funções (escrever, agarrar, tocar um instrumento, segurar um talher etc.) recebendo informações de uma outra instância, o cérebro, similarmente, poderia executar e não necessariamente criar as expressões mentais.

O complexo mente-cérebro tem sido ainda enquadrado como um enigma sobre a relação entre as duas “substâncias” aparentemente distintas: o corpo e o espírito. O caráter sutil e não local da consciência dificulta sua redução a uma base exclusivamente física. Por outro lado, teorias e estudos restritos às propriedades físicas (como os mostrados sobre inteligência artificial) são compatíveis com a ausência de consciência.



Foto: Julio Peres

Figura 5.8 – A consciência seria um subproduto neural ou seria transcendente ao cérebro?

Consciência a despeito do Cérebro?

Espírito, tal como o professor e diplomata Antônio Houaiss define, pode ser considerado como parte imaterial ou imortal do ser humano, substância incorpórea e inteligente. Por ora, os aspectos sociológicos e o impacto das crenças espirituais na saúde têm sido o foco de grande parte dos estudos (ver estudos no Cap. 13). Outras linhas de pesquisa procuram responder com rigor científico à pergunta “há uma parte imortal do ser humano que persiste?” e sugerem indícios da continuidade da vida após a morte.

Nos últimos anos, vários estudos independentes levantaram a possibilidade de testar a hipótese de a consciência existir a despeito do funcionamento do cérebro, investigando a mente humana durante parada cardíaca. Imediatamente após a parada cardíaca, a pressão arterial média torna-se imensurável, e os sinais de sinapses elétricas nas regiões mais superficiais do cérebro, indicadoras da atividade neural, são nulos. A perda de reflexos e funções do tronco cerebral, que ativa as áreas corticais por intermédio do tálamo também são observadas nesse estado crítico. Pacientes que chegaram ao pronto-socorro com parada cardíaca

e recordaram lucidamente pensamentos bem estruturados, processos cognitivos de raciocínio e formação de memória, assim como a preservação da consciência durante a parada e o período de reanimação cardíaca, chamam contínua atenção de investigadores como Parnia, Schwaninger, Van Lommel e Greyson. Os estudos confirmaram que de 11 a 20% dos pacientes sobreviventes relataram experiências que supostamente não poderiam ocorrer sob a óptica neurogênica, chamadas de experiências de quase-morte. Por exemplo, experiências fora do corpo – sem aparente relação com alterações dos níveis de saturação do O₂ e do CO₂ – foram relatadas em aproximadamente 25% dos pacientes ressuscitados, e foram encontradas similaridades nos relatos, a despeito das variáveis culturais.

Os conteúdos experimentados variam entre imagens de luzes e túneis brilhantes e procedimentos reais dos médicos e enfermeiros (verificados assertivamente) que ocorreram durante a parada e a reanimação cardíacas. Embora essas experiências de início fossem anedóticas (contadas sem métodos controlados), recentemente quatro estudos com sobreviventes de parada cardíaca foram conduzidos com rigor científico. Os autores postulam que a preservação da lucidez, de processos cognitivos de raciocínio e de formação de memórias, bem como a capacidade de recordar episódios pormenorizados durante a parada cardíaca sem estímulos de reanimação, é um paradoxo científico, ou seja, os estudos neurofisiológicos

978-85-7241-811-9



Foto: Julio Peres

Figura 5.9 – Frequentemente as pessoas que atravessam a experiência de quase-morte relatam encontros com seres espirituais ou imagens luminosas que impactam a qualidade de suas vidas para melhor.

durante a parada cardíaca indicam a interrupção do fluxo sanguíneo cerebral e das funções cerebrais e, portanto, seria esperada ausência da manifestação da mente e de seus processos cognitivos.

Os achados desses estudos sugerem que as experiências ocorrem num momento em que as funções cerebrais cognitivas, na melhor das hipóteses, estariam gravemente prejudicadas. Contudo, não houve morte encefálica durante a parada cardíaca. Seriam os neurônios vivos responsáveis pelas complexas experiências relatadas pelos sobreviventes? Os estudos neurofuncionais mostram que a cognição é mediada pela atividade de circuitos que abrangem diversas áreas corticais, e as alterações do fluxo sanguíneo cerebral acarretam marcante prejuízo pela atenuação das funções cerebrais superiores. Atividades cognitivas envolvem a dinâmica funcional global do cérebro com caro dispêndio energético (glicose, oxigênio, respostas hemodinâmicas, neuromodulação etc.). Neurônios não comunicáveis em circuitos pela atenuação drástica do fluxo sanguíneo encefálico e não ativos nas regiões superiores próximas ao escalpo (monitoradas por eletroencefalograma) seriam inaptos ao processamento dessas experiências. Assim, os resultados dos estudos com sobreviventes de paradas cardíacas apoiam a hipótese de que a consciência é uma entidade distinta do cérebro e pode se manifestar a despeito dos processamentos neurais.

Sam Parnia, médico especialista no estudo da mente e da consciência durante a morte clínica, anunciou em setembro de 2008 um importante estudo internacional sob sua coordenação. O estudo multicêntrico nomeado *The Human Consciousness Project* compreende 25 hospitais europeus e norte-americanos e espera monitorar 1.500 sobreviventes de parada cardíaca.

Segundo Parnia, o aspecto que chama a atenção para essas experiências é que, embora os estudos sobre o encéfalo durante a parada cardíaca tenham consistentemente demonstrado não haver atividade cerebral mensurável, essas pessoas relatam detalhadas percepções que indicam o contrário, ou seja, um elevado nível de consciência na ausência de atividade cerebral detectável. O estudo tem como objetivo investigar relação entre a mente e o cérebro durante a morte clínica e verificar, confirmar ou desconfirmar de maneira controlada as percepções que os sobreviventes de paradas cardíacas relatam (11 a 20%, conforme mostrado anteriormente). Serão utilizadas tecnologias para o estudo da consciência e da atividade cerebral durante a parada cardíaca por meio não invasivo (monitores que medem variações nos níveis de oxigênio e proporcionam uma indicação do fluxo sanguíneo cerebral). Também será testada a validade das chamadas experiências fora do corpo, com

o uso de imagens ocultas ao paciente em parada cardíaca, mas que poderiam ser vistas de lugares mais altos nos ambientes dos hospitais onde os pacientes são atendidos em emergência. Tal método de investigação foi desenvolvido a partir dos relatos dos pacientes que observaram do alto o que ocorria durante o ressuscitar de seus “corpos mortos” pela equipe médica.

O percentual de indivíduos que atravessa tal confronto com a morte refere que a qualidade de suas vidas é relativamente superior à que tinham antes da parada cardíaca. A evolução, nesses casos, se deve ao impacto e aos significados atribuídos às experiências de quase-morte, que influenciam a valorização da vida e o fortalecimento de objetivos saudáveis. Os indivíduos tendem a mostrar maior apreciação dos momentos vividos e compaixão pelos outros seres humanos, assim como atenuação do interesse por *status* pessoal e posses materiais. Keneth Ring, professor de psicologia da Universidade de Connecticut, observou em 1982 que a maioria dos sobreviventes também declara que vive depois da ressuscitação com um sentido de finalidade espiritual ampliado e, em alguns casos, buscando um entendimento maior do significado essencial da vida.

O estudo neurocientífico das experiências religiosas e espirituais pode também fornecer novos *insights* sobre os mecanismos neurais implicados ou não nos estados específicos de consciência, como na mediunidade. Perguntas cruciais permanecem: a mente pode transcender as bases neurais? Se pode, em que medida? É a experiência de uma realidade transcendente apenas uma ilusão causada pelas ideias, ou se trata, efetivamente, da própria transcendência que pode afetar a atividade cerebral?

Outros Desafios

978-85-7241-811-9

Algumas tentativas do passado de definir a personalidade em termos essencialmente neurológicos já se mostraram equivocadas, por limitações conceituais e metodológicas da época, assim como por suas repercussões devastadoras quanto ao diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais. Franz Joseph Gall (1758–1820) acreditou que traços de personalidade, de acordo com a Frenologia, são controlados por áreas do cérebro que se expandem à medida que esses traços se desenvolvem. Diagnósticos frenológicos (palpação do escalpo) influenciaram a severidade das penas de detentos ingleses nas prisões da Austrália no final do século XIX.

Teorias contemporâneas referem que a personalidade é condicionada por uma combinação do patrimônio genético particular com influências ambientais experimentadas no curso da história de vida. Contudo, a singularidade genética e sua interface com o

meio não são suficientes para explicar totalmente a individualidade humana. Se assim fosse, duas pessoas com o mesmo genoma e as mesmas experiências de vida teriam personalidades idênticas. Gêmeos diencefálicos – duas cabeças em um só corpo – têm idênticas experiências de vida e constituição genética. Desafiando a “esperada” igualdade, ou no mínimo similaridade, dos traços de personalidade, as meninas Abigail e Brittany Hensel, entre outros exemplos, têm personalidades (gostos, temperamentos, opiniões, desejos) demasiadamente distintas.

As irmãs iranianas Laleh e Ladan Bijani são um outro exemplo desafiador da hipótese de que exclusivamente a interação entre fatores genéticos e ambientais constroem a personalidade. As gêmeas idênticas e siamesas, ligadas pela cabeça, tinham exatamente os mesmos genes e viveram necessariamente todas as experiências de vida conjuntas até os 29 anos de idade. Desde a infância mostraram temperamentos distintos: uma era bem-humorada, expansiva e mais graciosa; a outra, mais introspectiva e tímida. Morreram em 2003, na cirurgia que objetivava separá-las. Esperavam a oportunidade de viver separadas, mas conheciam os riscos do procedimento. Em uma entrevista concedida em rede nacional antes da cirurgia, Ladan disse: “Somos dois indivíduos completamente distintos que estão grudados um no outro..., temos visões de mundo diferentes, estilos de vida diferentes e pensamos de modo muito diferente”. Laleh queria se mudar para Teerã e se tornar jornalista, enquanto Ladan planejava ficar em sua cidade natal para advogar. Outros casos similares preferem continuar conjuntos, ainda que os traços de personalidade sejam categoricamente distintos.

978-85-7241-811-9



Figura 5.10 – (A e B) Abigail e Brittany Hensel aos 17 anos de idade, e Laleh e Ladan Bijani, aos 29. Desde a infância apresentaram traços de personalidade distintos.

Curiosamente, gêmeos monozigóticos (com genética idêntica) que cresceram juntos, compartilhando a mesma família, grupos e meio ambiente, mostraram correlações não decisivas à constituição da personalidade. Por exemplo, 40% dos gêmeos monozigóticos de um esquizofrênico podem ser mentalmente saudáveis. Em revisão de estudos genéticos, Francis Collins mostrou que as estimativas mais altas de herdabilidade de traços de personalidade em gêmeos idênticos giram em torno de 50%. Os autores cuidadosamente ressaltam que a herdabilidade não pode ser confundida com inevitabilidade, isto é, como determinante inevitável da personalidade. Além dos fatores genéticos e ambientais, outros devem constituir a personalidade.

Expressões Humanas e Paradoxos Científicos

Edward Kelly e colegas comentam que a psicologia necessita ampliar seus horizontes científicos, se quiser contribuir verdadeiramente com a compreensão da personalidade, da mente e do seu relacionamento com o corpo. O livro “Mente irreduzível” (*Irreducible Mind*) apresenta e discute as implicações de uma larga escala de fenômenos psicológicos importantes, mas negligenciados, que incluem as influências psicofisiológicas (psicossomática, placebo, distúrbios dissociativos, mudanças neurofisiológicas induzidas pela hipnose, influência mental a distância), a memória, automatismo mental (identidade, escrita automática/psicografia, estados de transe, mediunidade dissociativa), fenômenos de quase-morte e experiências similares (experiência de quase-morte, experiência fora do corpo, sonhos, aparições e visões lúcidas no leito de morte), genialidade (inspirações criativas) e experiências místicas.

A obra propõe que, à luz das evidências disponíveis, considerando a revisão detalhada sem limitar a análise apenas aos dados contemporâneos da neurociência cognitiva, as principais teorias atuais a respeito do complexo mente-corpo são seriamente falhas e incapazes de explicar uma larga escala de experiências humanas. Seguindo as propostas de William James e Frederic Myers, os autores postulam que o cérebro pode trabalhar como um filtro para manifestações da mente em nossa vida diária, em vez de produzir a mente, ou seja, o cérebro pode funcionar enquanto órgão que de algum modo confina, regula, restringe, limita, capacita ou permite a manifestação mental.

Outras expressões da natureza humana trazem desafios paradigmáticos à teoria da finitude da consciência com a morte física.

978-85-7241-811-9 Vários transtornos e comportamentos desadaptativos observados em medicina e em psicologia são difíceis de explicar apenas pela genética e/ou pelas influências ambientais: fobias específicas ou sintomas de TEPT não justificáveis por eventos estressores, brincadeiras e expressões incomuns de temperamento na infância, marcas de nascimento raras relacionadas a supostas lembranças de morte em vida pregressa, relatos de lembranças espontâneas (não induzidas) de crianças, sugestivas de vidas pregressas, relacionados a comportamentos desadaptativos, entre outros. A hipótese da reencarnação – segundo a qual a consciência sobreviveria à morte do corpo e poderia retornar à vida terrena com o nascimento de um novo corpo – pode contribuir para o entendimento desses fenômenos. Por exemplo, o garoto indiano chamado Sujith Jayarathne relatou detalhes de sua suposta vida anterior como Sammy, um trabalhador ferroviário e vendedor de álcool numa aldeia em Gorakana. Aos três anos de idade alegava lembrar-se de que brigou violentamente com sua esposa Maggie, ficou bêbado e foi atropelado e morto por um caminhão. Embora a mãe de Sujith não incentivasse tais relatos e não conhecesse Gorakana, investigadores certificaram a veracidade dessas e de mais de vinte outras declarações. Quando foi levado para a aldeia de Gorakana pelo pesquisador Ian Stevenson, da Universidade de Virgínia, a criança reconheceu várias pessoas, lugares e objetos pertinentes à vida de Sammy.

Sujith também mostrou semelhantes características psicológicas de Sammy Fernando (comportamentos agressivos, violência física, inusitado interesse precoce por cigarros e álcool, entre outros), que de fato viveu em Gorakana antes de Sujith nascer. Jacinta é outro caso ilustrativo de relatos espontâneos – fornecidos pela criança antes da investigação – confirmados com metodologia científica. Ela nasceu em Igbo, na Nigéria, em 1980, com uma rara cicatriz congênita (faixa de aproximadamente 3cm de largura em torno de sua cabeça) similar a uma cicatriz pós-cirúrgica. A criança alegava ter sido Nsude Agbo em sua vida pregressa – ferido gravemente na cabeça, em seguida levado ao Hospital Universitário em Enugu, onde sofrera uma incisão cirúrgica no escalpo em março de 1970, quando faleceu. Os relatórios *post-mortem* de Nsude Agbo, jamais acessados pela criança ou familiares, conferiam precisamente com as descrições fornecidas por Jacinta previamente ao confronto dos dados. Jacinta foi acompanhada até os 8 anos de idade e mostrou traços marcantes da personalidade masculina de Nsude Agbo. Além da Índia e da África, outros casos similares foram investigados com o mesmo rigor científico em crianças nascidas na Birmânia, no Brasil, na Europa, na Islândia, no Líbano, na Tailândia, na Turquia e nos Estados Unidos. Recomendo a obra



Foto: Julio Peres

Figura 5.11 – Há três décadas a hipótese da reencarnação passou das esferas religiosa e filosófica para o campo da investigação científica. Pesquisadores independentes como Ian Stevenson (Universidade de Virginia) e Erlendur Haraldsson (Universidade da Islândia) pesquisaram e confirmaram memórias de supostas vidas anteriores (não induzidas ou reforçadas pela família) relatadas por crianças de diferentes culturas.

978-85-7241-811-9

completa do médico Ian Stevenson, publicada pela Universidade de Virginia, nos Estados Unidos, para aprofundamento no tema, assim como as pesquisas mais recentes de seu sucessor, Jim Tucker, da mesma universidade. O psiquiatra Jonathan Davidson, da Universidade de Duke, mostrou que a crença na reencarnação também esteve associada a experiências traumáticas mais graves de indivíduos com TEPT, incluindo abuso sexual, estupro e perda de familiares por mortes violentas. Ian Stevenson e Erlendur Haraldsson, em seus estudos sobre crianças que espontaneamente lembravam de vidas pregressas, revelaram que 80% delas apresentaram sintomas do TEPT associados a memórias de mortes violentas como acidentes, guerras e assassinato. Traduzindo a opinião de muitos clínicos, o psiquiatra americano Collin Ross, que estuda trauma psicológico e dissociação, afirma que as experiências paranormais são tão comuns na população geral que nenhuma teoria da Psicologia pode ser considerada completa se não as levar em consideração.

O psiquiatra Alexander Moreira-Almeida e o geriatra Harald Koenig, ambos estudiosos da espiritualidade e religiosidade, nos lembram que marcos fundamentais na história da ciência ocorreram quando pesquisadores estudaram ou revisaram fenômenos considerados pelos paradigmas vigentes de suas épocas. Por exemplo, Galileu e Darwin recolheram expressivas evidências empíricas que não foram consideradas pela maioria dos cientistas do respectivo

período histórico. Suas descobertas refutavam conceitos “estabelecidos” por muito tempo, relacionados à astronomia e à biologia.

O historiador da ciência e filósofo Thomas Kuhn, no seu “A estrutura das revoluções científicas”, descreve paradigma como sendo uma estrutura científica que explica a realidade. Metaforicamente é como se fosse uma cerca que encerra todos os fatos científicos do momento; incorpora a visão que então se tem do mundo. Quando Copérnico levantou a hipótese de que o Sol não se movia no céu, mas, ao contrário, era a Terra que girava em torno do Sol, houve uma revolução – o antigo paradigma foi derrubado. Os homens começaram a reparar em coisas que até então não tinham notado ou não queriam aceitar. A ciência não-dogmática nos ajuda a reconhecer e a corrigir os equívocos ampliando nossos conhecimentos.

O conjunto de concepções, valores, práticas e percepções compartilhados por uma cultura, estruturando uma visão da realidade e a forma como esta interage, está fortemente embasada na conjunção dos resultados que a Ciência promove. Por exemplo, o psicólogo John Watson, no começo do século XX, chegou a dizer que conseguiria fazer de qualquer criança um médico ou artista de sucesso se pudesse aplicar na “cobaia” um sistema contínuo de estímulos. De pensadores como Watson, veio a ideia de que a personalidade é resultado de uma educação de recompensas e punições. Hoje, as diversas teorias que procuram explicar a consciência e a personalidade estão locadas num extenso espectro de hipóteses, como interações de fatores ambientais, psicossociais, neurais, genéticos, espirituais e reencarnatórios.

Um interessante estudo analisou a associação entre a crença na vida após a morte e seis medidas de sintomas psiquiátricos numa amostra nacional de 1.403 adultos americanos. Foi encontrada relação inversa entre a crença na vida após a morte e a gravidade dos seis sintomas examinados (ansiedade, depressão, compulsão, paranoia, fobia e somatização), mesmo depois do controle de variáveis demográficas conhecidos por influenciar a saúde mental (por exemplo, estresse e apoio social). Os investigadores, liderados por Kevin Flannelly e Harold Koenig, discutiram os resultados ressaltando os efeitos potencialmente saudáveis desse sistema de crença na saúde mental.

Ainda observam-se posicionamentos bélicos na literatura contra a consideração da espiritualidade e assuntos da alma na esfera

da saúde, enfatizando a “cerebralização” da experiência. Essa corrente postula que, no futuro, a Psiquiatria e a Psicologia serão absorvidas pela Neurologia, devido aos progressos das investigações sobre a genética e as bases moleculares dos transtornos mentais. Cuidadosamente, a Neuro-ética tem discutido as implicações da suposta autonomia do cérebro em produzir a mente no campo da ética e da moralidade implícita dos comportamentos cotidianos. Em outras palavras, discute-se quais seriam as consequências da “biologização” da experiência humana a partir de algumas perguntas como: a responsabilidade pessoal sobre os próprios atos (livre-arbítrio) poderá ser atribuída apenas às correlações neurobiológicas dos processos cerebrais? Quem deveria, então, ser considerado pelos atos: o cérebro ou o indivíduo? Devemos tratar os transtornos mentais, simplesmente, como doenças do cérebro? As noções de autonomia e identidade das pessoas sobreviveriam com a visão reducionista?

O nascimento de um paradigma

Um relato amplamente divulgado na internet traz uma boa imagem a respeito. Cientistas colocaram cinco macacos numa jaula, em cujo centro havia uma escada e, sobre ela, um cacho de bananas. Quando um macaco subia a escada para apanhar as bananas, os cientistas lançavam um jato de água fria nos que estavam no chão. Depois de certo tempo, quando um macaco subia a escada, os outros enchiam-no de pancadas. Passado mais algum tempo, nenhum macaco subia mais a escada, apesar da tentação das bananas. Então, foi substituído um dos cinco macacos, que imediatamente subiu a escada, sendo rapidamente surrado pelos outros. Depois de algumas surras, o novo integrante do grupo não mais subia a escada. Todos foram substituídos, um a um, e o mesmo ocorreu. Havia agora um grupo de cinco macacos que, mesmo nunca tendo tomado um banho frio, continuavam batendo naquele que tentasse chegar às bananas. Se fosse possível perguntar a algum deles por que batiam em quem tentasse subir a escada, a resposta possivelmente seria: “Não sei, as coisas sempre foram assim por aqui...”.

Resumo

978-85-7241-811-9

Os mecanismos pelos quais a consciência hipoteticamente emergiria exclusivamente da comunicação entre os neurônios permanecem desconhecidos e como nosso cérebro provê a cada um de nós uma

Foto: Julio Peres

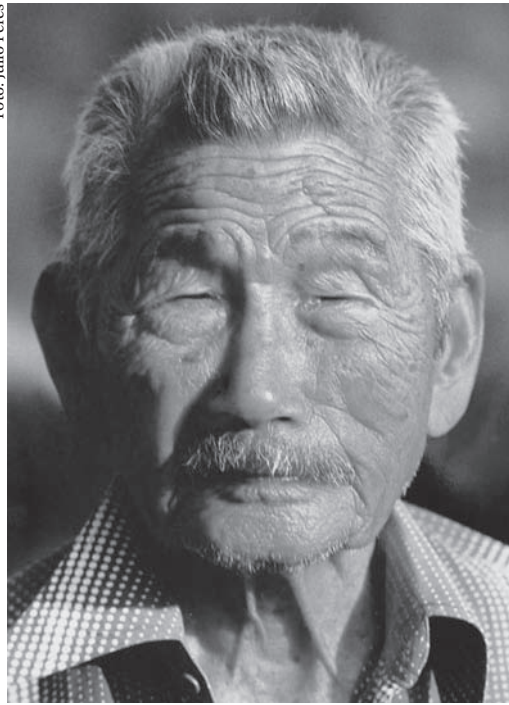


Figura 5.12 – “Saber e não fazer ainda não é saber” (saberedoria oriental).

existência tão singular e irreprodutível não foi esclarecido. Como processos neurais eletroquímicos podem gerar a instância íntima da identidade, que dota cada um de nós com uma personalidade ímpar de pensamentos? A maioria dos neurocientistas concordaria que os detalhes intrincados desse enigma merecem o aprofundamento de investigações controladas. A complexidade neural eletroquímica relativa aos comportamentos e transtornos mentais está longe de ser plenamente compreendida e não se pode excluir o possível envolvimento anímico nesses processos.

Hoje, os avanços neurocientíficos apontam para um paradigma baseado numa visão renovada da interação mente-cérebro. Considerações derivadas de investigações sobre a dinâmica cerebral decorrente da psicoterapia, do efeito placebo, da autorregulação emocional e da neuroplasticidade sugerem que as conexões mente-cérebro ocorrem em ambos os sentidos. Assim como a perda de massa encefálica ou um acidente vascular cerebral podem afetar a expressão mental, a mente afeta a dinâmica do cérebro com respectivo impacto na saúde.

Em desatualização científica, reconhecidas abordagens psicoterápicas não consideram em seus métodos a possibilidade factível

compartilhada pela maioria da população mundial, a sobrevivência após a morte (www.worldvaluessurvey.com). Tais crenças e valores refletem suposições básicas sobre a natureza do homem, e referenciais cognitivos adotados para condutas de enfrentamento das dificuldades psicológicas. Portanto, a psicoterapia deve voltar-se para os pacientes no sentido de potencializar suas capacidades de superação.

Observa-se neste capítulo que as experiências afetivas na infância influenciam significativamente o desenvolvimento da personalidade. Os estímulos ambientais e fatores socioculturais são, nesse sentido, ingredientes que participam da constituição da personalidade. Contudo, a existência de funções biológicas geneticamente determinadas não são garantias de que elas vão realmente se desenvolver. Vários estudos aqui mostrados indicam que os processos mentais exerceram causalidades e influências nas dinâmicas cerebrais em diversos níveis (moleculares, celulares, circuitos neurais). A construção algorítmica do “Eu” não foi possível por métodos computacionais em estudos sobre inteligência artificial, reforçando a possibilidade de a consciência e a personalidade não emergirem exclusivamente das propriedades neurais. Investigações controladas sobre relatos de indivíduos que sofreram parada cardíaca apoiam a hipótese de o cérebro ser o mediador, e não o criador, da consciência e do “Eu”. As funções sutis da consciência – não locais – parecem sugerir uma formulação teórica que pressuponha uma consciência independente, sendo o cérebro um extraordinário veículo de manifestação de determinados aspectos dessa consciência.

Os casos de gêmeos diencefálicos desafiam a hipótese de que apenas a interação dos fatores genéticos e ambientais construam a personalidade. Investigações de relatos espontâneos de crianças que alegam ter vidas progressas foram confirmadas em distintas culturas. Todavia, não se conhecem completamente os elementos que constituem a natureza da personalidade, e as implicações dos resultados que já evidenciam a existência do espírito serão cada vez mais importantes para a sociedade e o meio científico. Permanecem justificados o interesse e a pertinência das investigações a esse respeito, dada a relevância do impacto na qualidade de vida das pessoas, que alargam suas dimensões e horizontes de vida por intermédio das respostas alcançadas pela Ciência e suas vivências pessoais. Avaliando as pesquisas aqui mostradas, deve-se, no mínimo, considerar a real possibilidade da existência espiritual. A Ciência não respondeu ainda de onde viemos ou para onde iremos. Contudo, a consciência sobre a possibilidade de sobrevivermos à morte amplia nossas reflexões e nossa responsabilidade sobre a condução da vida hoje, com repercussões na continuidade de nossa existência, assim como na de nossos semelhantes.

Como a Psicoterapia Pode Ajudar sem Dogmas?

A crescente experiência no âmbito psicológico mostra a importância da aplicação de abordagens terapêuticas que consideram e valorizam a subjetividade e a realidade sociocultural de grandes e pequenas comunidades. A aceitação da realidade psicológica e o trabalho terapêutico com referenciais do próprio paciente são preditivos de resultados terapêuticos satisfatórios. Por exemplo, algumas crenças sobre reencarnação consideram um ciclo contínuo de aprendizado e evolução por meio das vidas sucessivas. Nessa perspectiva, as dificuldades são transitórias, e podem ser superadas quando o aprendizado por elas trazido for absorvido.

978-85-7241-811-9

A psicoterapia deve se voltar para os pacientes e respectivos sistemas de crenças, no sentido de potencializar suas capacidades de superação. Portanto, os profissionais da saúde devem estar confortáveis com pacientes que levantam questões existenciais e espirituais. São uma necessidade terapêutica e um dever ético o respeito a essas opiniões, a empatia, assim como a continência à realidade que o paciente traz, ainda que os terapeutas não compartilhem das mesmas crenças.

O conjunto desses achados pertinentes a expressões genuínas da natureza humana traz importante impacto e reverberações sobre



Foto: Julio Peres

Figura 5.13 – A confiança subjetiva manifestada pela crença em um Deus amoroso e responsivo pode influenciar a resiliência de vítimas de traumas.

a prática clínica, que objetiva aliviar o sofrimento humano. Com base nos estudos mostrados, considero que o cérebro seja um complexo mediador do livre-arbítrio e da vida anímica, provedores do desenvolvimento da personalidade. Somos todos potenciais criadores e reformuladores de nossa existência e, assim, podemos modificar pela vontade de superação os traços de personalidade relacionados ao sofrimento.

Pessoas inseguras, emocionalmente descontroladas, sensíveis à rejeição, incapazes de confiar nos outros e de fazer amigos são as mais vulneráveis a experimentar altos níveis de depressão e sintomas de TEPT após a exposição a eventos traumáticos. Outras possíveis influências à caracterização do trauma estão relacionadas à fragmentação do núcleo familiar e ao prévio histórico de internação psiquiátrica.

Por outro lado, evidências sugerem que o traço de personalidade da autoconfiança protege contra a caracterização do trauma após exposição ao estresse extremo. A autoconfiança tem três dimensões:

1. A motivação de encontrar sentido na vida diária.
2. A crença de que se pode influenciar o entorno e os resultados dos eventos.
3. A opinião de que se pode aprender e crescer a partir das experiências positivas e negativas.

978-85-7241-811-9

Esses aspectos predis põem à confiança, ao suporte social e à superação das adversidades, facilitando o manejo do estresse. A resiliência e os fatores de ajustamento que se seguiram aos eventos estressores foram também mediados pela experiência de emoções positivas, tais como solidariedade, perdão, gratidão, interesse e amor. Por exemplo, o psiquiatra Timothy Holtz, da Universidade Emory, identificou que práticas espiritualistas budistas como a meditação e a oração exerceram um papel ativo no desenvolvimento de mecanismos de superação psicológica entre refugiados tibetanos.

O fator crucial ao desenvolvimento da resiliência está em como os indivíduos percebem sua capacidade de lidar com os eventos e controlar seus resultados. Os diálogos internos de autopiedade, desamparo, autovitimização e autodepreciação podem realçar as emoções negativas relacionadas à memória traumática e exacerbar o sofrimento psicológico. Observo que as pessoas que cultivam diálogos internos de enfrentamento, procurando modificar o presente positivamente, superam com maior facilidade os traumas psicológicos. A prática clínica mostra que a psicoterapia pode sensibilizar, nos indivíduos que apresentam sofrimento crônico pós-trauma, a construção dos diálogos internos que fortalecem os traços de personalidade provedores de resiliência. Ver-se-á, a seguir, como isso é possível.

Dar a Volta por Cima

A sabedoria dos homens é proporcional não à sua experiência, mas à sua capacidade de adquirir experiência.

BERNARD SHAW

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 forma natural. Imagine um soco dado com força total em um travesseiro, o qual, após um breve tempo, readquire a forma original. Assim também, quando um indivíduo se depara com um evento estressor e sente o seu grande impacto, mas não vem a desenvolver sintomas crônicos e volta à qualidade satisfatória de vida, significa que ele possui resiliência. Se as vítimas do trauma restringirem suas rotinas e evitarem sistematicamente a lembrança do evento e o contato com a vida, os sintomas terão maior probabilidade de se tornar crônicos. O fator determinante para o desenvolvimento da resiliência está na maneira como os indivíduos percebem e processam a experiência potencialmente traumática. A percepção de si e a capacidade de lidar com o evento, expressas nas dinâmicas psicológicas após sua ocorrência, são preditivas de resultados satisfatórios ou não.

Resiliência envolve flexibilidade, otimismo, ousadia, autoestima e autoconfiança para ressignificar o que houve a favor do crescimento humano. A resiliência não é um estado específico, mas uma qualidade dinâmica de autorrenovação diretamente ligada aos princípios naturais da vida. Todos têm a possibilidade da autorrenovação. Pode-se, então, ensinar ou aprender a resiliência? Sim, por meio do desenvolvi-

mento de habilidades adaptativas ao enfrentamento. Onde há uma vontade, haverá um caminho para a resiliência:

- O primeiro passo é ver os problemas como oportunidades de crescimento.
- O segundo consiste em integrar do latim *integrare*: tornar inteiro) as capacidades e os recursos pessoais ao enfrentamento.
- O terceiro envolve a autoproposição de um objetivo desafiador e importante para a vida.
- O quarto é trilhar o caminho com o foco no novo objetivo. Uma fórmula simples e útil para recordar o modo de promover resiliência é: crescimento = desafio + suporte.

A água encontra, com sua flexibilidade, os caminhos mais fáceis e naturais para chegar a seu destino.

Com base 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 Antonovsk desenvolveu o conceito de “sentido de coerência interna” (SCI). O SCI está fundamentado em três componentes:

1. *Compreensibilidade* (a vida e seus acontecimentos têm sentido em termos cognitivos; é a habilidade de compreender 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 se recuperar bem apesar de vivenciarem situações extremamente estressoras. O SCI foi investigado em mais de 500 estudos e esteve fortemente associado à melhor percepção da saúde, particularmente da saúde mental. Pessoas com alto SCI mostraram-se mais resilientes sob condições de estresse.

A resiliência estabelece uma importante relação com a coragem na medida em que a exposição (imaginária e *in vivo*) necessária à superação requer atitudes conscientes de enfrentamento. Portanto, cabe aqui aprofundar o conceito de coragem para você ter a dimensão correta e terapêutica dessa virtude, que todos temos pelo simples fato de estarmos vivos.

Coragem *versus* Medo

O diálogo entre o medo e a coragem está presente em muitas expressões artísticas, como pinturas, esculturas e peças literárias, que retratam assertivamente a coexistência entre essas duas aparentes polaridades. A despeito da crença de que uma condição exclui a outra permanecer predominante ao senso comum, a coragem não tem um significado único e envolve vários aspectos, assim como o medo. Em outras palavras, se você tem medo, isso não significa que você não tenha coragem, ou vice-versa.

978-85-7241-811-9

Conforme observamos no Capítulo 1, o medo exacerbado é comum em pessoas que atravessaram eventos estressores que perturbaram o curso natural de suas vidas e preenchem os critérios diagnósticos de certos transtornos como TEPT, fobias específicas, pânico, depressão, entre outros. A tendência de superestimar o impacto subjetivo de um evento aversivo também é um fenômeno psicológico comum em pessoas saudáveis. O medo, em grande parte, está relacionado à sobrevivência. Vale lembrar que uma síndrome rara de calcificação da amígdala (relacionada à detecção de situações perigosas, assim como a expressão do medo) torna o indivíduo vulnerável a uma morte precoce. O medo protege e não devemos rechaçá-lo equivocadamente.

A coragem pode emergir diante de situações que convergem elementos como a presença de riscos e perigos relevantes, ansiedade relacionada à incerteza, dúvidas, medo e vulnerabilidade. Contudo, a coragem não deve ser tratada como um desafio ingênuo de exposição ao risco ou uma competição pueril de forças; tampouco deve ser considerada como expressões não analógicas do tipo “tudo ou nada, tenho ou não tenho”. A coragem não é ilimitada e não deve ser um teste irresponsável intra e interpessoal. Não precisamos de heróis mortos, mas “bem vivos” como exemplos saudáveis de superação. O pensador inglês Gilbert Chesterton definiu coragem como “um forte desejo de viver, sob a forma de disposição para morrer”. Infelizmente, muitos associam erroneamente coragem à morte. Contrapondo esse conceito de exposição à morte, o escritor italiano Vittorio Alfieri escreveu, no século XVIII, que “muitas vezes a prova de coragem não é morrer, mas sim viver”, que eu legítimo com a experiência clínica. Outras vezes, em casos de doenças terminais, a coragem se relaciona com a aceitação das limitações e, mesmo assim, lidar com a doença e a eminência da morte de maneira serena.

Considero que *ser corajoso* inclui responsabilidade e integridade alinhadas ao desenvolvimento e à prosperidade pessoal; envolve estar consciente das ameaças e resolver problemas usando discernimento e capacidades para atender as necessidades pessoais e também do entorno. O existencialista Paul Tillich define coragem como um ato ético: o homem afirma seu próprio ser em relação aos elementos de sua existência que entram em conflito com sua autoafirmação essencial. Assim, existir envolve a coragem de ser, que impulsiona para além dos sofrimentos e mobiliza o enfrentamento à ameaça, aos obstáculos e ao vazio do não ser. Estendendo o conceito da coragem, Tillich escreve também sobre a fé como um estado de potência e aceitação existencial de algo incerto que transcende a experiência ordinária.

978-85-7241-811-9

O que Significa Coragem?

Coragem tem em sua etimologia o significado “ato do coração”. Esse conceito pode ser relacionado a várias expressões, como convicção e direcionamento da energia para fazer o certo, força moral ante o perigo, poder para resolução, ânimo, bravura, firmeza, intrepidez, ousadia, constância, perseverança, desembaraço e franqueza. Expressões literárias traduziram a coragem associada à virtude, como Aristóteles, que a considerou “a primeira das qualidades humanas porque garante todas as outras”. Por exemplo, Miguel de Cervantes, em sua obra *Dom Quixote*, revela a coragem como um esteio da vida, escrevendo: “quem perde seus bens perde muito; quem perde um amigo perde mais; mas quem perde a coragem perde tudo”. Coragem está também intimamente relacionada com autoestima, vontade, princípios e valores éticos perante a vida.

Diante da adversidade, a coragem e os resultados subsequentes, quando positivos, conferem uma autoimagem satisfatória de dignidade. Contudo, sendo a coragem um alicerce para a manutenção da dignidade moral, se enfraquecida pode desempenhar um papel causal na crítica depreciativa e desmoralização. A coragem é vista pelo senso comum como a virtude dos heróis; e quem não admira os heróis? As pessoas se sentem às vezes desmoralizadas por não terem ainda a coragem suficiente ao enfrentamento. A cultura “somente os mais fortes sobrevivem” pode exercer influência crítica nesse sentido, com autojulgamentos pejorativos de covardia, fraqueza e incapacidade. Por muitas

vezes, ouvi de pacientes no início do tratamento frases como “sou um fraco, sinto medo de enfrentar essa situação, eu me sinto incapaz...”. Sempre que necessário, ajudo as pessoas a corrigirem essas crenças com algumas reflexões. Em primeiro lugar, não são os mais fortes, mas os que se adaptam melhor, que sobrevivem. Portanto, o trabalho terapêutico deve visar recursos de adaptação ao ambiente e às condições atuais. Além disso, o medo não exclui a coragem ao enfrentamento, mas faz parte de processos adaptativos e sem ele não estaríamos aqui. Em outras palavras, a coragem não é a ausência de medo, mas uma superposição a ele por razões, conhecimentos, valores e valências emocionais mais fortes.

Considero que a coragem sem o medo pode ser uma temeridade. Infelizmente, poucos falam sobre os “atos de coragem” malsucedidos ou reportam aprendizados vindos do insucesso. A coragem líquida (advinda do efeito do álcool) foi estudada em relação à probabilidade de manifestação dos comportamentos sexuais de risco. Os autores do Departamento de Psicologia da Universidade de Washington mostram que o álcool deprecia a censura, e algumas pessoas se sentem mais “sensíveis, alegres, agressivas ou corajosas” quando alcoolizadas. Os comportamentos sexuais de risco não estiveram correlacionados ao grupo controle de participantes sóbrios. Por outro lado, os comportamentos de extremo risco (como não fazer uso de preservativo com parceiras desconhecidas) estiveram significativamente correlacionados ao grau de embriaguez. Refletindo sobre esses achados, ressalto que o uso do álcool pode favorecer riscos, em parte, pela atenuação ou neutralização do medo e da ansiedade.

Conceitos pragmáticos de coragem como *um comportamento de aproximação a despeito da vivência do temor* são usados em estudos científicos. A aproximação pode ser objetiva e/ou subjetiva. Por exemplo, 22 voluntários com fobia de aranha foram estudados quanto à coragem de enfrentamento de seus medos. Os participantes foram submetidos a instrumentos psicológicos que avaliam direta e indiretamente a coragem, assim como a exposição real a quatro tarântulas taxidermizadas (que parecem reais) com o objetivo de aproximar a mão o máximo possível. O estudo, realizado em 2009 pelo Departamento de Psicologia da Universidade de Houston, mostrou que os escores de coragem subjetiva eram significativamente correlacionados às distâncias de aproximação das aranhas, isto é, os participantes com maior pontuação de coragem chegaram mais perto das aranhas.

De fato, a coragem é um importante fator para o enfrentamento de temores e adversidades. A chegada ao consultório psicoterápico

revela esse passo de coragem e a motivação para vencer a dificuldade. Considerando que a expressão do medo se relaciona diretamente a vulnerabilidades específicas ao que o indivíduo não controla e/ou não conhece, a coragem fortalecerá, durante a psicoterapia, com o conhecimento e controle gradativamente adquiridos. Amparando essa abordagem, os desempenhos sob estresse de profissionais especializados em desarmar bombas e de pessoas sem experiência anterior nessa tarefa foram comparados. Os resultados publicados em 1983 no periódico *British Journal of Psychology* mostraram que os especialistas apresentaram menor frequência cardíaca, menor ansiedade e maior controle cognitivo da situação em comparação com os não profissionais, que executaram a mesma tarefa com medo exacerbado e pior desempenho. Os indicadores de coragem foram similares nos dois grupos estudados. Esses achados evidenciam que o conhecimento e o controle da situação estão correlacionados à coragem e também ao melhor desempenho relativo à exposição de riscos importantes.

978-85-7241-811-9

É Possível Aprender a Ter Coragem?

O psicólogo holandês Peter Muris conduziu um interessante estudo que investigou a construção da coragem em crianças entre 8 e 13 anos de idade. Elas foram entrevistadas sobre a ação mais corajosa que já tinham realizado em suas vidas e o nível de medo e de coragem vivenciados durante esses eventos. Os resultados indicaram que quase todas as crianças (94%) tinham realizado uma ação corajosa em algum momento da vida, embora os níveis de medo e de coragem associados a esses atos variasse consideravelmente. O estudo concluiu que o medo e a coragem em crianças são largamente independentes e, em convergência com o que penso, não constituem, necessariamente, duas faces da mesma moeda.

De fato, todos nós já superamos desafios na infância, adolescência e idade adulta, como dormir em quarto separado dos pais, fazer provas difíceis na escola, aprender a andar de bicicleta ou dirigir, confrontar uma situação desconhecida, entre muitas outras. A faculdade da generalização permite a construção de aprendizados associativos ao longo do desenvolvimento infantil (por exemplo, se consegui subir um degrau da escada, conseguirei subir o segundo, além de vencer outros desafios similares).

A coragem pode ser também reforçada com as lembranças das situações desafiadoras bem-sucedidas e a percepção das estratégias utilizadas para a superação desses eventos. A consciência das estratégias adaptativas bem-sucedidas permite o

deslocamento destas para situações ainda não superadas. A autoconfiança e o controle são esteios necessários à coragem para os novos passos em direção ao aprendizado e desenvolvimento pessoal. Assim, a coragem pode ser aprendida e cultivada na psicoterapia a partir do controle gradativo das variáveis temerosas, do conhecimento real das motivações pessoais e do porquê de enfrentar a adversidade.

O medo pode se tornar crônico não só quando o ambiente continua ameaçador, mas quando não ocorre a atualização dos dados seguros que o ambiente agora oferece. Uma vez que as condições do entorno e os eventos traumáticos tenham cessado, uma das ferramentas terapêuticas utilizadas em indivíduos com incessantes temores exacerbados é a exposição gradativa para atualização e aprendizado das informações seguras. Durante esse processo, as variáveis devem ser controladas, tanto quanto possível, e o imponderável também deve ser bem-vindo. As fases das exposições são terapêuticamente bem escolhidas e delineadas para que não haja frustração. Inicialmente, a exposição imaginária fortalece as redes neurais para superação; em seguida, a exposição *in vivo* consolida esse processo de vitória. Priorizar talentos, valores e capacidades, encontrar o significado e as mudanças positivas associadas ao sofrimento, fortalecer o controle e cultivar a motivação para seguir em frente ressignificam a relação com o temor específico. Portanto, a coragem que se desenvolve na psicoterapia não se relaciona com a audácia ou a temeridade, mas com o conhecimento, a prudência, o ânimo e a paciência para o enfrentamento bem-sucedido. Algumas lições de casa, como descrever momentos corajosos de sua vida para serem explorados e fortalecidos em psicoterapia, são úteis ao fortalecimento da coragem para o enfrentamento das mais sensíveis vulnerabilidades atuais.

A Psicoterapia aplicada às vítimas de trauma psicológico objetiva não só remover o temor e a sensação de extrema vulnerabilidade como também reconstruir as crenças básicas adquiridas na experiência traumática. Como resultado, os pacientes conseguem se desconectar de um passado assustador e deixam de interpretar alguns ou vários estímulos como retorno ao trauma, identificando-se e respondendo adaptativamente ao presente. A ciência psicológica tem dado maior atenção às terapias de exposição imaginária para a reestruturação cognitiva de eventos passados sob uma nova perspectiva de compreensão e aprendizagem. O componente essencial do tratamento de exposição abrange repetidos confrontos com as memórias do evento estressor (exposição às memórias e imagens traumáticas) para propiciar a reescrita do trauma numa perspectiva

Foto: Julio Peres

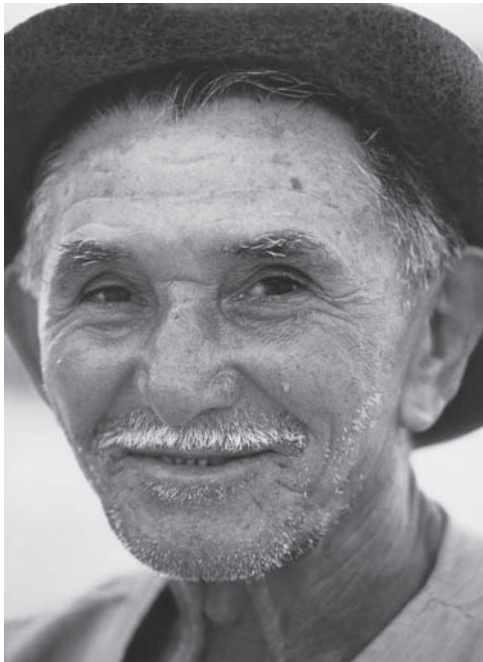


Figura 6.1 – Um fator decisivo para desenvolver a resiliência está no modo como o indivíduo processa e elabora a experiência.

de aprendizado e superação. Quando o evento estressor é demasiadamente forte para o indivíduo, o trauma fica “impresso em fragmentos sensoriais e emocionais”, e a terapia então pode ajudar.

Terapia de Exposição e Reestruturação Cognitiva

Em particular, a Terapia de Exposição e Reestruturação Cognitiva é indicada como a abordagem de escolha ao tratamento de memórias traumáticas. Com base nas contribuições das neurociências ao trauma psicológico, desenvolvi um programa psicoterápico de 16 sessões, com intervalo semanal, que tem se mostrado eficaz para atenuação e remissão dos sintomas. Durante o processo o paciente é submetido a uma minuciosa anamnese (histórico clínico) e, em seguida, a sessões vivenciais de reestruturação cognitiva, intercaladas por sessões integrativas, nas quais o exercício com as novas sínteses terapêuticas é avaliado e orientado. Esse programa será adiante resumido.

Anamnese

Durante seis sessões seguidas são obtidas informações sobre o evento traumático do paciente e coletados dados sobre tempo de duração, tipo e gravidade dos sintomas. Avalio a presença de comorbidades (por exemplo, depressão, abuso de substâncias etc.) e a repercussão nas atividades profissionais, familiares e sociais. Trabalho a psicoeducação (ver a seguir) sobre as respostas naturais seguidas ao trauma e estabeleço com o paciente as metas objetivas da psicoterapia (ver em seguida Estado atual / Estado desejado). Apresento os passos que serão dados durante o processo e seleciono um histórico de situações em que o paciente superou dificuldades, medos e adversidades, trazendo à tona a consciência sobre o estado emocional agradável e as estratégias utilizadas nas situações de superação. Também oriento tarefas de casa, como trazer lista de qualidades que vê em si e em outros indivíduos que deixaram exemplos de autossuperação; lista de qualidades que pessoas próximas observam no paciente; relato de memórias emocionais agradáveis; técnicas de visualização e relaxamento antes dos exercícios com os cartões enfrentamento (ver a seguir) e automonitoração da ansiedade por meio de escala analógica de 0 (ausência) a 100 (máximo); exposição gradual de situações menos ansiogênicas para as mais temidas da hierarquia estabelecida pelo paciente.

978-85-7241-811-9

Exercício

Primeiro, enumere suas qualidades e talentos.

Em seguida, peça para as pessoas próximas, que realmente conhecem você, enumerarem suas qualidades.

Depois, lembre-se de três situações de vitória e superação da infância, da adolescência e da idade adulta. Em seguida feche os olhos, deite-se em posição confortável e traga os detalhes dessas boas lembranças. Mergulhe nas emoções agradáveis que experimentou. Imagine-se tirando uma fotografia do instante mais gratificante de cada situação. Coloque essas fotos sequencialmente numa galeria, com uma parede branca bem iluminada. Depois, calmamente olhe para todas essas fotos reconhecendo suas qualidades, talentos e capacidades de superação!

Sessões Reestruturativas

Nas sétima, nona, décima primeira e décima terceira sessões, conduzo o paciente à evocação da memória traumática, solicitando que

descreva o instante mais doloroso e impactante. Peço que ele observe o estado de consciência, emoções que modularam a percepção traumática e os padrões de comportamento, decorrentes do trauma. Em seguida, induzo o paciente a um relaxamento por meio da visualização de cenas agradáveis e da respiração diafragmática, quando então as memórias resilientes de superação, previamente selecionadas no banco positivo de memórias, são recuperadas. Peço que ele observe o estado de consciência e as emoções agradáveis dessa condição. Depois, induzo o paciente a novamente recuperar o evento traumático, porém preservando o estado de relaxamento com a respiração diafragmática, bem como as emoções e o estado de consciência positivos, resgatados pelas memórias de superação.

Com ajuda, o paciente organiza a memória traumática em uma nova narrativa resiliente, elabora uma frase afirmativa como uma síntese terapêutica escrita no Cartão de Enfrentamento. Essa síntese será utilizada durante os exercícios de exposição *in vivo*, visando tornar a situação familiar e reduzir o grau de ansiedade até a próxima sessão. Convido o paciente a pontuar, em uma escala analógica, a ansiedade referente ao evento traumático no final de cada sessão reestruturativa.

978-85-7241-811-9

Foto: Julio Peres



Figura 6.2 – Lembrar-se de situações positivas mobiliza um campo emocional agradável que pode influenciar boas leituras no presente.

Sessões Integrativas

Nas oitava, décima, décima segunda e décima quarta sessões são avaliadas as dificuldades e os progressos do paciente em relação a seus exercícios com as sínteses terapêuticas traduzidas nos cartões de enfrentamento. As técnicas de relaxamento, visualização e manejo do estresse são ministradas de acordo com a necessidade de cada indivíduo.

978-85-7241-811-9

Sessões de Alta

Nas décima quinta e décima sexta sessões são feitas a revisão do cumprimento das metas estabelecidas na sessão inicial e a finalização dos trabalhos. Se for o caso, estabelece-se um novo contrato com um número específico de sessões, nas quais serão reaplicadas as escalas e medidas ministradas no início do processo¹.

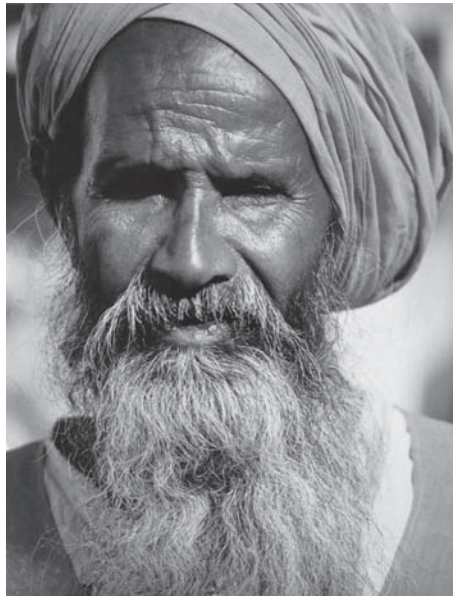


Foto: Julio Peres

Figura 6.3 – “Corrigir o estilo é melhorar o pensamento” (Nietzsche).

¹ Para conhecer os instrumentos usados ver: Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) (Blake e colegas, 1990), Escala de Impacto do Evento (Horowitz e colegas, 1979), Inventário de Depressão Beck (Beck e Steer, 1987) e Inventário de Ansiedade Beck (Beck e colegas, 1988).

Descrevo a seguir as três fases principais necessárias para reconstruir terapêuticamente a memória traumática, de acordo com o programa de Terapia de Exposição e Reestruturação Cognitiva.

1ª Fase: Durante a Anamnese

A primeira fase da psicoterapia ocorre durante a anamnese, com a valência positiva das memórias emocionais relacionadas às atitudes resilientes, em que a autoestima, a autoconfiança e uma autointerpretação positiva são recuperadas e fortalecidas.

Diálogo:

Terapeuta – Você se lembra de situações em que enfrentou e superou dificuldades? Como se sentiu?

Paciente – Aos 10 anos eu venci o medo de escuro para levar o meu irmão menor que chorava ao quarto dos meus tios. Eu me senti bem, um vencedor.

2ª Fase: Durante a Exposição Imaginária

As interpretações do evento estressor surgem dos diálogos internos do indivíduo enquanto se recorda o trauma. Conseqüentemente, durante a segunda fase, ele evoca e narra a memória traumática para compreender, com a ajuda do terapeuta, as emoções e os estados de consciência que modularam a memória, a percepção, a interpretação e o relacionamento correspondente ao evento estressor. O paciente torna-se consciente da dinâmica psicológica e das correspondentes interpretações que mantêm o sofrimento psicológico. Uma vez que os sistemas múltiplos de memória são ativados simultaneamente e podem interagir em várias ocasiões, a reconstrução terapêutica da memória traumática está ligada diretamente à interface com o banco de memória resiliente previamente reforçado.

Diálogo:

Terapeuta – Traga agora a lembrança do acidente de carro que sofreu... Tome consciência das emoções/sensações/pensamentos relacionados à sua percepção do evento traumático...

Paciente – Estou agoniado, meu corpo treme, eu não posso fugir, correr, estou desesperado, preso dentro do carro, tenho horror de carros...

Terapeuta – Agora inspire profundamente, relaxe, sinta-se em posição bem confortável, observe sua respiração tranquila... (após indução de relaxamento). Lembre-se das memórias agradáveis que relatou quando superou o medo de escuro, quando en-

frentou o medo de cair e aprendeu a andar de bicicleta aos 12 anos, e quando... Tome consciência das emoções/sensações/pensamentos positivos que vivenciou e fale no tempo presente sobre esse estado.

Paciente – Eu me sinto bem, capaz de fazer coisas que não conseguia, tenho mais força!

3ª Fase: Durante a Exposição Imaginária e Reestruturação Cognitiva

978-85-7241-811-9

A terceira fase promove o “deslocamento” dos diálogos internos alinhados ao banco de memória resiliente com a finalidade de gerar novas interpretações que facilitarão a reestruturação terapêutica da memória traumática. A possibilidade de interação dos circuitos neurais é um aspecto crucial no desenvolvimento de uma abordagem psicoterápica, a qual pode favorecer a tradução integrativa da memória traumática em um sistema declarativo hipocampo/pré-frontal-dependente (ler mais sobre isso no Cap. 10) e resiliente de memória.

Diálogo:

Terapeuta – Agora, preservando esse estado agradável de relaxamento, força e capacidade, recupere a memória do acidente de carro e observe como você pode modificar sua interpretação a respeito daquele evento.

Paciente – Parece que vejo a situação sem estar tão agoniado. Estou mais seguro assistindo à memória.

Terapeuta – Como se sente em relação ao medo de carro agora?

Paciente – Não parece tão forte quanto antes.

Terapeuta – Elabore uma frase afirmativa para lembrar-se desse estado positivo ao aproximar-se de um carro.

Paciente – Eu sou capaz de voltar a dirigir carros.

Uma vez que as dinâmicas psicológicas podem alimentar padrões disfuncionais de comportamento, a Psicoterapia será mais eficiente quando o paciente compreender a relação entre as memórias carregadas de emoção e o sofrimento psicológico trazidos como queixa. A maneira pela qual o indivíduo percebe, interpreta e se relaciona com o evento estressor por meio de suas memórias pode ser modificada terapêuticamente. A compreensão dessas dinâmicas facilita o direcionamento do indivíduo para construir novas escolhas preditivas de resiliência.

A despeito da natureza do trauma, o mais importante fator de ajuste resiliente é uma percepção saudável de autoeficácia, fundamentada no reconhecimento da capacidade própria de enfrentar e superar dificuldades. Embora haja variedade interindividual em como a memória de eventos diários e as emoções básicas são processadas, a habilidade de reconstrução emocional e reinterpretação das memórias traumáticas também pode ser utilizada com eficácia em Psicoterapia. Experiências subjetivas podem alterar o arranjo sináptico na rede neural, promovendo a formação de novas memórias, acessíveis em ocasiões futuras.

Assim, durante a anamnese, eu conduzo o paciente a identificar quais as características de personalidade que apresenta, como talentos e recursos pessoais valiosos à superação de dificuldades. Um banco de memórias positivas deve ser construído e aprofundado em suas valências emocionais (por exemplo, “Lembre-se de situações em qualquer período de vida nas quais você tenha enfrentado e superado dificuldades”).

Muitas vezes o paciente apresenta dificuldades em se lembrar de situações positivas pelo fato de a sua percepção estar “matizada” com o sofrimento do trauma. Entretanto, com certeza tem em seu repertório muitas situações de aprendizado e superação de dificuldades, pelo simples fato de estar vivo. Resgatar as estratégias que foram funcionais no passado traz a possibilidade de reutilizá-las, uma vez que o paciente tenha consciência delas. Por exemplo, “Pense nos recursos que utilizou para superar o medo de escuro na infância... Que estratégia você empregou?”.

978-85-7241-811-9



Foto: Julio Peres

Figura 6.4 – A psicoterapia pode favorecer o reconhecimento dos recursos positivos de que o paciente dispõe em seu próprio repertório para superar as dificuldades.

A dinâmica psicológica que emoldura o enredo da memória traumática também é mutável. Considero que a Psicoterapia aplicada às vítimas de traumas deve propiciar a percepção e a conscientização do paciente das características psicológicas que permeiam a interpretação do evento e influenciam a continuidade do sofrimento psíquico. Aprender e crescer a partir das experiências positivas e negativas de vida e desenvolver a capacidade de lidar com grandes adversidades são aspectos cruciais a serem trabalhados em psicoterapia.

Entretanto, os psicoterapeutas não devem dizer intelectualmente aos pacientes “como fazer isso”, mas facilitar, por meio da vivência terapêutica, a autocompreensão da possibilidade de escolher caminhos para melhor qualidade de vida.

Para isso, é necessário “iluminar” o valor do trabalho psicoterápico com diálogos internos das vítimas de trauma psicológico. Esclarecer os padrões comportamentais inconscientes que mantêm o sofrimento psíquico prenuncia a conquista de melhores dinâmicas psicológicas, alinhadas a um presente saudável.

Com a elaboração psíquica da experiência, essas memórias traumáticas, expressas em fragmentos sensoriais, vão se integrando até formarem uma narrativa capaz de “traduzir” o ocorrido. Uma das atividades muito importantes realizadas durante a psicoterapia é a criação de histórias e discursos nos quais o indivíduo integra os fragmentos sensoriais em uma narrativa resiliente.



Foto: Julio Peres



Figura 6.5 – (A) A psicoterapia utiliza os fragmentos e tons trazidos pelo paciente traumatizado para que ele confeccione um novo quadro (B) mais amplo e compreensível a partir de seus aprendizados.

Psicoeducação: o Bom Começo

Esta fase é muito importante, pois é com ela que se inicia o procedimento terapêutico. Por meio da psicoeducação, informam-se aos pacientes traumatizados as respostas naturais aos acontecimentos a que ele foi submetido. Abrange quatro etapas:

978-85-7241-811-9

1. A primeira consiste na *normalização*, na qual o terapeuta demonstra continência e compreensão em relação aos sintomas manifestados, normalizando essas respostas na visão do paciente, ou seja, fazendo com que conclua se tratar de respostas esperadas diante do trauma sofrido.
2. O segundo momento é o de *legitimação*, no qual há um reforço da fase anterior, justificando-se a existência dos sintomas. O paciente entende que o comportamento por ele manifestado pode ser esperado diante da magnitude e do impacto do evento traumático.
3. O terceiro momento é o da *descrição das respostas* possíveis ao acontecimento estressor. Para isso, o terapeuta utiliza as referências do DSM-IV e mostra quais os sintomas mais comuns decorrentes do trauma psicológico. Nesse processo, o terapeuta também aproveita para verificar se o paciente apresenta outros sintomas além dos citados.
4. A explanação do *procedimento terapêutico* marca a quarta etapa, quando o paciente recebe explicações sobre a natureza subjetiva do trauma (cada indivíduo reage de maneira particular), a incapacidade 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.

Além disso, com a ajuda do terapeuta, o paciente vai delimitar com precisão o estado atual em que está 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, e se são exequíveis ou não. Os pacientes às vezes trazem expectativas milagrosas e inalcançáveis, que certamente causarão frustração. Os dados de realidade devem ser esclarecidos para que o paciente compreenda desde o princípio o caminho que vai per-



Foto: Julio Peres

Figura 6.6 – Não há vento que ajude a navegar se não houver um objetivo para alcançar.

978-85-7241-811-9

correr durante o processo para atingir resultados concretos. O estado desejado pode ser investigado com perguntas simples (por exemplo, “qual o seu objetivo neste processo terapêutico?”; “como você deseja estar ao final da terapia?”) e deve ser resgatado em exercícios de visualização ao longo do processo.

A consciência do objetivo resgata o sentido da jornada... Quando o objetivo não está nítido, confundimos os caminhos, dissipando tempo e energia. Essa fase é muito importante e vai ser lembrada ao longo de todo o processo terapêutico, sempre que o terapeuta achar conveniente. O resgate dos objetivos definidos pelo paciente promove a conexão com o desejo de mudança, como também a razão pela qual está trabalhando consigo mesmo. Qualquer desafio pessoal requisita um investimento necessário durante a trajetória para a conquista do objetivo estabelecido.

O evento estressor tem um forte impacto sobre o sistema nervoso central. É comum a formação de defesas que impossibilitam o indivíduo até mesmo de tocar no assunto, como uma forma de se manter “a salvo” e não reviver uma situação extremamente 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. Torna-se importante o uso de ferramentas terapêuticas que propiciem a reconstrução narrativa resiliente do indivíduo traumatizado. Uma delas, 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. É como se a realidade já existisse antes mesmo de se concretizar, ou melhor, tais “construções psíquicas” aumentam a probabilidade de sua ocorrência concreta.

Principais Conceitos Aplicados em Psicoeducação

Normalização

É compreensível e normal que tenha tais respostas seguidas ao trauma.

Legitimação

Os sintomas de hoje são resultantes das respostas às situações traumáticas.

Descrição das respostas ao trauma

Sintomas diretos conforme DSM-IV e indiretos (comorbidades).

Procedimento terapêutico

Estado atual > Estado desejado

Natureza subjetiva do trauma

Percepção e viés

Banco positivo de memórias

Contar e reestruturar memória traumática

Síntese adaptativa > Cartões de enfrentamento

Esquecer ou Extinguir?

Lembra-te de esquecer.

IMMANUEL KANT

É útil e adaptativo que eventos importantes, relacionados à sobrevivência, sejam “bem” lembrados. A memória, a princípio instável, de um evento estressor pode sofrer o que chamamos de consolidação, tornando-se estável e persistente. Quando recuperada, a memória consolidada pode sofrer reconsolidação com a hiperatividade noradrenérgica. A reconsolidação com altos e contínuos níveis de hiperatividade, especialmente na amígdala, pode deixar a memória traumática “blindada”, isto é, impermeável à atualização e à interface com outras memórias (não traumáticas), implicando dificuldades quanto ao aprendizado.

No início dos anos 1980, as evidências dos estudos em indivíduos saudáveis, em pacientes amnésicos e em animais convergiram para a distinção entre um tipo de memória, acessível à consciência e um outro tipo, não acessível. Estudos seguintes revelaram que os diversos tipos de memória envolvem múltiplos sistemas cerebrais que medeiam a emissão dos comportamentos.

A despeito da acessibilidade da consciência, as informações que geram memórias podem ser provenientes do meio externo, do meio interno ou da evocação de memórias preexistentes no indivíduo, e a maioria das memórias obedece a processos associativos: um estímulo ou conjunto de estímulos associa-se com outra(s) resposta(s).

Naturalmente, a psicoterapia aplicada a indivíduos com temores aprendidos busca dissecar e trabalhar as associações estabelecidas e respectivos sistemas de crenças disfuncionais ao momento atual de vida. A identificação de tais processos associativos



Foto: Julio Peres

Figura 7.1 – Memórias de eventos dolorosos são mais facilmente recordadas que memórias agradáveis, possivelmente por razões adaptativas: lembrar de eventos que ameaçaram a vida garantiu a sobrevivência de nossos ancestrais.

978-85-7241-811-9

no âmbito terapêutico nem sempre é imediata, especialmente quando estão envolvidas memórias complexas que abrangem outras memórias e, portanto, outras redes associativas. Contudo, é consenso que memórias associativas e comportamento estão intrinsecamente ligados.

Conhecedor da relação memória-comportamento, Ivan Petrovich Pavlov aprofundou-se nesse tema e identificou o fenômeno *reflexo condicionado*: quando um estímulo do meio ambiente associa-se a outro de índole interna, como um mal-estar abdominal ou externo, como um choque elétrico, estabelecendo um elo entre ambos, de tal maneira que uma nova apresentação do primeiro estímulo gera uma resposta característica do segundo. O clássico experimento com o cachorro que aprende a salivar em resposta à campainha associada à apresentação subsequente de carne é um exemplo do reflexo condicionado. Pavlov também demonstrou que a omissão do estímulo incondicionado causa uma inibição progressiva da resposta condicionada. Ou seja, a não apresentação da carne em testes sucessivos faz com que o animal segregue cada vez menos saliva à campainha. Um rato condicionado a não descer de uma plataforma porque, ao fazê-lo, recebe um choque elétrico no assoalho da caixa de treino, passará a descer cada vez mais rapidamente se em algum dos testes o choque for omitido. Esta perda da evocação causada pela falta do estímulo incondicionado (a carne, o choque) denomina-se extinção.

Portanto, a extinção é uma forma de aprendizado: o animal passa a associar o estímulo condicionado (campainha, plataforma) à falta do estímulo incondicionado (a carne, o choque).

O pesquisador Ivan Izquierdo enfatiza que “a extinção não é um simples esquecimento; é um ato aprendido”. É importante que a Psicologia e a Psiquiatria considerem os resultados de estudos experimentais mostrando que a maneira mais simples de inibir o medo aprendido é extingui-lo, o que geralmente é feito com a repetida apresentação do estímulo condicionado sozinho, de modo que uma nova associação seja construída e esta supere a associação com o temor previamente adquirido. As terapias baseadas na exposição (imaginária e *in vivo*) estão alinhadas aos mesmos princípios. Os efeitos terapêuticos podem ser, em boa parte, decorrentes da extinção, que estabelece uma nova hierarquia de respostas em vez de provocar o esquecimento da resposta original, como o medo aprendido. Além disso, a extinção não consiste em perda do que foi aprendido anteriormente (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, 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, com várias cascatas bioquímicas no hipocampo. Os processos moleculares subjacentes à extinção são similares, mas não idênticos aos da consolidação das memórias originais.

978-85-7241-811-9



Foto: Julio Peres

Figura 7.2 – A psicoterapia pode promover aprendizados e novas associações que refletem, muitas vezes, a extinção.

Contrariamente à extinção, o esquecimento implica a perda da função neuronal referente à memória esquecida decorrente da falta de uso ou, ainda, de neurodegeneração. O esquecimento pode estar associado às disfunções da memória refletidas por alterações do sistema nervoso quanto ao prejuízo de armazenamento ou da acessibilidade das informações. Contudo, o esquecimento é uma faculdade necessária e adaptativa da memória, uma vez que a formação e a evocação de lembranças utilizam mecanismos moleculares saturáveis e, portanto, limitados. É certo que, do ponto de vista adaptativo, a extinção cumpre um papel superior ao do esquecimento.

978-85-7241-811-9

Não é útil nem adaptativo lembrar todas as experiências agradáveis ou aversivas, todos os detalhes de cada uma delas e, tampouco, esquecer definitivamente um evento que ameaçou a integridade da vida. É funcional que tenhamos essas informações à disposição em nossa memória, com pelo menos algum detalhe, para podermos escolher uma estratégia de pensamento e comportamento que nos facilite a interação com o entorno. Esse, entre outros, é um argumento contra o desenvolvimento de fármacos para esquecimento.

Infelizmente, com grande sensacionalismo vêm-se noticiando as “drogas do esquecimento”, que apagariam as memórias traumáticas. As pesquisas em humanos são pouquíssimas ainda, e em geral administram o propranolol, que inibiria a reconsolidação da memória por ações bioquímicas envolvendo a noradrenalina. Em um estudo, ministrou-se propranolol a 11 vítimas de acidentes automobilísticos e agressões físicas admitidas em hospitais franceses. Os pacientes sem danos físicos tomaram a droga poucos minutos após o incidente e, na maioria dos casos, continuaram tomando por 3 semanas. Dois meses após, esse grupo apresentou menos sintomas de estresse pós-traumático do que o grupo similar de pacientes que não recebeu a droga. Apesar de grande alarde da mídia, a maioria das pesquisas compreende roedores, como a de Joseph Ledoux e colegas, da Universidade de Nova York, que administraram um fármaco e conseguiram apagar seletivamente uma memória dos roedores estudados, preservando outras. Contudo, esses estudos estão num estágio embrionário e é muito cedo para se tirar conclusões sobre o uso desses fármacos em indivíduos traumatizados. Aguardam-se ainda estudos multicêntricos longitudinais (para avaliar o efeito a longo prazo), abrangendo diferentes polos (europeus, americanos, sul-americanos etc.) de pesquisa. O esquecimento provocado, a despeito da boa intenção dos investi-

gadores, configura sérios comprometimentos éticos, além de poder disparar efeitos colaterais como deslocamento de sintomas. Não obstante estarmos muito longe dessa seletividade em apagar certas memórias, se de fato isso for possível no futuro, até onde queremos ou podemos ir? Os ganhos da psicoterapia são incontestavelmente superiores ao esquecimento, sem resvalar nos limiares éticos.

A memória também apresenta o curioso fenômeno estado-dependente, isto é, podemos nos recordar de experiências e aprendizados com a apresentação de “dicas” alinhadas a esses conteúdos. Por isso, frequentemente durante uma refeição num restaurante, outros restaurantes e respectivas refeições são lembrados. Um bom exemplo do fenômeno estado-dependência da memória traz Marcel Proust em sua obra *O Tempo Reencontrado*. O autor mostra o narrador recuando 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.

Ao sentir um perfume específico, como o de um bolo que a avó fazia na infância, as memórias daquele período vêm à tona.

Exercício

Lembre-se do perfume de uma pessoa querida ou de um local onde você viveu bons momentos. Aprofunde-se nos detalhes sensoriais (cheiro, sabor, visão, tato, sons) e emocionais (alegria, amor, bem-estar) dessa memória. Observe como outras memórias relacionadas (associativas) surgem naturalmente em seguida.

Figura 7.3 – 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.

Foto: Julio Peres



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 situação dolorosa estivesse acontecendo ou 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.

Um indivíduo que sofre um acidente de carro num dia chuvoso e desenvolve um trauma psicológico não deve, em seu processo terapêutico, esquecer dessa experiência, e sim associá-la a outros aprendizados pertinentes e adaptativos ao momento atual. Certamente, em outros dias chuvosos, ele tomará os cuidados necessários para o mesmo acidente não ocorrer. Exemplos de mulheres com transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) decorrente de abuso sexual que superaram seus traumas por meio dos aprendizados obtidos em psicoterapia são também emblemáticos quanto ao conceito de extinção. Em geral, essas mulheres procuram a psicoterapia com as memórias reconsolidadas do trauma e comportamentos de isolamento social e esquiva da figura masculina. Ao longo da psicoterapia, são construídas novas associações em relação à figura masculina; as mulheres passam a ver os homens com tranquilidade, voltam a se relacionar afetivamente, entretanto sem esquecer as circunstâncias ameaçadoras (perfil do agressor, local etc.).

As memórias traumáticas são fenômenos heterogêneos, complexos e alteram-se com o tempo de maneiras distintas. Muitas vezes, a experiência pós-trauma confere aprendizados e crescimento psicológico. Assim como um novo aprendizado pode implicar aprendizados anteriores, os indivíduos traumatizados não esquecem o que aprenderam na experiência dolorosa, mas ampliam seus aprendizados parciais matizados pelo trauma. Os indivíduos resilientes são aqueles que, entre outros fatores, conseguem atualizar informações e aprender com mais facilidade, extinguindo assim a experiência traumática.

O processo de extinção no âmbito terapêutico merece cuidados especiais. A exposição simples pode levar o paciente a reviver a experiência e causar terror e descompensação extrema, favorecendo a reconsolidação da memória. Nem todos os pacientes traumatizados podem ser submetidos à exposição imaginária ou *in vivo*. O trabalho catártico (do grego *catharsis*: soltura, liberação emocional) pode retraumatizar aqueles que manifestaram um padrão dissociativo de adaptação ao evento estressor (geralmente crianças que sofreram abuso sexual). Enfatizo que o processo de extinção deve ser acompanhado de elementos psicoterápicos e estratégias que efetivamente facilitem a mudança da associação inicial (evento/

trauma) para outras saudáveis. Portanto, um dos momentos fundamentais de um processo terapêutico bem-sucedido ocorre na fase inicial de psicoeducação (ver Cap. 6), quando os procedimentos que serão usados durante a exposição imaginária e *in vivo*, quando indicados, são claramente explicados e compreendidos. O trauma psicológico está justamente relacionado ao imprevisto e, portanto, deve-se evitar surpreender uma pessoa traumatizada. Tornar o paciente consciente das estratégias terapêuticas é também torná-lo capaz de controlar o que não é mais imponderado.

Façamos da interrupção um caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro!
(Fernando Sabino)

Frequentemente, pacientes traumatizados chegam ao meu consultório expressando, na primeira sessão: “Doutor, eu quero esquecer o trauma que passei! O senhor conseguiria retirar isso da minha memória?”. Aproveitando a oportunidade de informar sobre os conceitos terapêuticos que você leu neste capítulo, explico então que o trauma não será esquecido, mas sim extinguido.

Em resumo, a psicoterapia busca dissecar e trabalhar as associações estabelecidas entre o evento traumático e os respectivos sistemas de crenças e comportamentos disfuncionais, considerando que as pessoas com sintomas de TEPT lembram-se de seus traumas. A identificação de tais processos associativos durante a psicoterapia dessas pessoas nem sempre é imediata, especialmente quando estão envolvidas memórias complexas que abrangem outras memórias e, portanto, outras redes associativas.

Contudo, frequentemente, pessoas que apresentam sintomas similares, sem a lembrança do evento desencadeador, procuram a psicoterapia. O que fazer, então, para ajudar esses pacientes que igualmente sofrem, mas sem localizarem as razões aparentes?

Veremos a seguir...

Traumas Inconscientes Iluminados

*São maus descobridores os que pensam que não existe
terra porque só podem ver o mar.*

FRANCIS BACON

A vida psíquica do homem na sua dimensão subjetiva continua como peculiar área de interesse para as Neurociências, uma vez que associamos informações sensoriais à memória e à cognição, de modo a formar conceitos sobre o mundo e sobre nós mesmos que orientam condutas objetivas em nosso dia a dia. É curioso como percebemos o mundo não exatamente como ele é, mas também como computamos como maior probabilidade de ser. Assim, a riqueza de nossas experiências individuais é projetiva e imensamente subjetiva, e os aprendizados adquiridos nesse processo estão entre os pilares da constituição dos comportamentos.

A recuperação de uma memória emocionalmente carregada é influenciada pela interpretação particular do evento, e tal conteúdo emocional, configurado como memória, é uma representação genuína dos referenciais e sistemas de crenças do indivíduo. Por exemplo, se contarmos uma história com conteúdos fantasiosos, essa narrativa espelhará as nossas dinâmicas psicológicas facilmente observáveis por um psicoterapeuta experiente. O enredo apresentará circunstâncias e incidentes psicológicos que a tornam uma história genuína peculiar a cada narrador.

Freud¹ afirmou que, se uma pessoa não se recorda de um trauma, ele provavelmente será reencenado:

¹ Ver Freud (1962).

“o trauma é reproduzido não como uma memória, mas como uma ação, um comportamento”. Freud enfatizou que o indivíduo repetiria alguns comportamentos sem estar ciente de que o trauma estava se repetindo e postulou que “esta seria a maneira pela qual o trauma é lembrado”.

Determinadas memórias traumáticas podem ser reproduzidas comportamentalmente pela compulsão em repetir a experiência abusiva ou outros comportamentos autodestrutivos, tais como o abuso de substâncias e a automutilação. Em geral, o paciente não tem consciência da dinâmica psicológica que dispara o sofrimento. O psicoterapeuta pode ajudar o paciente a tornar-se consciente do “lugar” comum ocupado em diferentes enredos emocionais passados. Essa consciência viabiliza a escolha de novas atuações saudáveis no presente contexto de vida. A mudança ocorre pouco a pouco, isto é, a desarticulação das dinâmicas patológicas se processa com o fortalecimento gradual de novos diálogos internos resilientes. Por exemplo, quando dinâmicas de autovitimização ou autopiedade são repetidas no discurso do paciente, o terapeuta pode questionar se o mesmo discurso está contido na narrativa da memória traumática. Se um “lugar” específico é ocupado em diversas histórias emocionais passadas, então a mesma dinâmica pode estar presente no sofrimento atual.

Muitos pacientes com sintomas do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), ou fobias específicas, ou transtorno do pânico, entre outros transtornos ansiosos, não lembram os eventos desencadeadores de seus sintomas. Outras especialidades médicas também observam a “força” do inconsciente em certas doenças, como os transtornos somatoformes (antigamente chamadas de doenças psicossomáticas). Por exemplo, o Dr. Roberto Azambuja, dermatologista, refere que certas doenças da pele são claramente influenciadas por memórias inconscientes: podem ser suor excessivo em axilas, mãos e pés (hiperidrose), urticária crônica, prurido generalizado, pelada (alopecia *areata*), escoriações compulsivas, arrancamento de cabelos (tricotilomania), mordedura da pele dos lábios (queilofagia) ou da pele dos dedos (cutisfagia), roeção de unhas (onicofagia), neurodermite, psoríase, dermatite seborreica, vitiligo e outras. Nesses casos, o acesso do paciente à atribuição de significados sobre a origem de suas queixas também pode acontecer na psicoterapia.

A terapia reestruturativa vivencial Peres (TRVP), elaborada pela psiquiatra Maria Julia Peres a partir de 1980, consiste em um processo de autorresolução de conflitos e tem trazido resultados terapêuticos eficientes para aqueles que apresentam sintomas, sofrimento subjetivo e padrões disfuncionais de comportamento e



Foto: Julio Peres

Figura 8.1 – Muitos pacientes beneficiados pela psicoterapia chegam a uma conclusão acerca do que pode ter dado origem a suas doenças e citam fatos que surgiram de memórias esquecidas, difusas ou menos aparentes.

978-85-7241-811-9

não conseguem explicar seus porquês ou suas raízes. Foi um privilégio para mim, como filho e psicólogo, acompanhar a formulação da TRVP e, em seguida, os resultados satisfatórios com os pacientes.

A TRVP associa fundamentos da terapia cognitiva comportamental (TCC) ao uso do estado modificado de consciência (EMC). O paciente é levado a um relaxamento físico e mental com base na respiração diafragmática, para conexão com conteúdos inconscientes que expliquem as causas de seu sofrimento. Quando tal significado é estabelecido, promove-se a reestruturação cognitiva, isto é, ressignifica-se terapêuticamente o trauma com a busca de aprendizados para o que foi vivenciado.

O psicólogo Ralph Metzner define um EMC como mudança no pensamento, no sentimento e na percepção, em relação ao estado de consciência ordinário (normal), e que tem um início, uma duração e um final. Além de Metzner, diversos autores demonstram que a utilização do EMC para a percepção de imagens mentais pode ser uma ferramenta efetiva para a formação de novos padrões de pensamento, sentimento e comportamento.

Carl Jung considerou as imagens mentais como a linguagem da intuição e sua exploração pode promover contato mais profundo com os processos intuitivos, inconscientes e emocionais. A imagem

mental é uma unidade que consiste em imagem visual, resposta somática e significado afetivo: pode ser mnemônica ou simbólica, representando de qualquer forma uma realidade psíquica. Mardi Horowitz, psiquiatra e psicanalista, verificou que informações relacionadas ao afeto e à fantasia podem estar contidas na imagem e não ser acessíveis ao indivíduo no pensamento verbal. Concluiu que as imagens em si apresentam determinantes psicodinâmicos, podendo combinar conteúdos vivenciais internos e externos.

Estudos realizados a partir de 1950 já indicavam que as imagens podem ser o acesso principal às importantes memórias pré-verbais, aquelas memórias codificadas nos estágios precoces de desenvolvimento, quando a linguagem ainda não é predominante. O nível de consciência no qual o modo “imagoico” funciona, tem propriedades especiais que permitem um efeito terapêutico por intermédio da compreensão verbal e descrição de imagens visuais espontâneas, sentimentos e sensações físicas que afloram à mente, ou seja, o paciente traz à consciência os significados contidos no fluxo de tais informações com potencial terapêutico.

Os EMC, quando bem trabalhados na psicoterapia, promovem um contato consciente facilitado com conteúdos inconscientes. O principal objetivo da TRVP é promover o acesso à atribuição de significados para fragmentos emocionais e sensoriais dispersos nos sintomas, a conscientização e a modificação das crenças disfuncionais do paciente, para que ele possa gerar comportamentos adaptativos e enfrentar as situações-problema de forma mais adequada. Observa-se que os conteúdos, simbólicos ou factuais, que surgem em EMC, estão diretamente relacionados às angústias e dificuldades atuais do indivíduo. As imagens mentais aparecem de forma espontânea e com atenuação do crivo das resistências manifestadas no raciocínio lógico durante o estado de vigília. O indivíduo passa a relatar emoções, sensações físicas e pensamentos referentes a situações factuais ou imaginárias de sua vida, e que se associam à queixa apresentada.

Os conteúdos vivenciados representam uma verdade emocional subjetiva do indivíduo, mesmo aqueles sugestivos de fantasia. O enredo narrado espontaneamente é trabalhado fenomenologicamente; portanto, com os conteúdos que o paciente relata, sem interpretações, censuras ou prejulgamentos por parte do terapeuta. São observadas vivências de infância, adolescência, vida adulta, parto, vida intrauterina, situações simbólicas ou eventos que o indivíduo percebe como relacionados a supostas vidas regressas.

O terapeuta pergunta ao paciente quais as relações entre os conteúdos vivenciados com as suas dificuldades e sintomas atuais, promovendo a conscientização das dinâmicas e diálogos internos

mantenedores dos padrões disfuncionais de sentimento, pensamento e comportamento. O paciente identifica a situação mais significativa da vivência e se conscientiza de tais padrões disfuncionais que o estão prejudicando. Em seguida, redecisões cognitivas, que expressam novos padrões de comportamento e pensamento mais adequados para a resolução de seus conflitos, são elaboradas e posteriormente exercitadas no cotidiano. As sessões integrativas, assim como na terapia de exposição e reestruturação cognitiva (ver Cap. 6), intercalam as sessões reestruturativas, e essas têm como objetivo reforçar a prática das redecisões cognitivas elaboradas durante suas vivências em EMC. O terapeuta lê para o paciente sua experiência vivencial da sessão anterior, avalia como tem sido a prática de suas redecisões cognitivas e trabalha sobre eventuais dificuldades a elas relacionadas, facilitando o processo de autorresolução de conflitos. As novas dinâmicas mentais e de comportamento são fortalecidas gradualmente até que os sintomas do paciente sejam desarticulados.

978-85-7241-811-9

A TRVP pode trazer padrões previamente inconscientes de comportamento à luz da consciência e facilitar a ligação do significado ao afeto, que se desconexos, segundo Freud, promovem o retorno coercitivo de fragmentos sensoriais e emocionais (por exemplo, angústia) que operam na compulsão à repetição do trauma. É necessário observar, além dos episódios emocionais

Figura 8.2 – O acesso ao inconsciente permite a atribuição de significados aos sintomas e o trabalho pessoal com uma narrativa tangível à ressignificação.

Foto: Julio Peres



ou traumáticos, o enredo e a respectiva dinâmica psicológica que afloram com o conteúdo vivenciado. Não raro, os pacientes vivenciam conteúdos simbólicos que ilustram com clareza o funcionamento do psiquismo, como ocorre nos sonhos vívidos. A compreensão do paciente sobre a relação entre o conteúdo emocional narrado e a dinâmica psicológica que mantém o sofrimento favorece a desidentificação e a escolha de novas dinâmicas de comportamento adaptativas. Para aprofundamento nesse tema, ler nosso artigo *Psychological Dynamics Affecting Traumatic Memories: implications in psychotherapy*, publicado em 2005 no periódico *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. Em outras ocasiões, as vivências trazem detalhes de supostas vidas passadas (nomes, datas, ocorrências, vestimentas, costumes alimentares e culturais etc.) que nem o paciente, tampouco o terapeuta, conheciam *a priori*. Em artigo recentemente submetido a um periódico científico (*Specific Phobia: five clinical cases that suggest reincarnation*), selecionei cinco casos clínicos de fobias específicas em que essas informações espontaneamente afloradas foram confirmadas com precisão.

Outras Intervenções

*O ser humano pode mudar sua vida
alterando seu modo de pensar.*

WILLIAM JAMES

Lembramos que os métodos usados para a disseminação da psicoterapia entre as vítimas de traumas devem ser adaptados para se integrarem às exigências dos países específicos afetados por diferentes tipos de traumas (por exemplo, o *tsunami* na Ásia, as Torres Gêmeas nos Estados Unidos, os ataques criminosos no Brasil etc.). Isso envolverá conteúdos culturais relevantes para a assimilação terapêutica das pessoas em tratamento. Ainda que poucos ensaios clínicos tenham sido conduzidos até agora – que fortalecem ou não evidências de eficácia do tratamento –, são várias as psicoterapias aplicadas ao transtorno de estresse pós-traumático (TEPT): treinamento de manejo da ansiedade; terapia cognitiva comportamental; terapia de exposição; terapia de exposição e reestruturação cognitiva; treinamento de inoculação do estresse; terapia de dessensitização e reprocessamento por movimento dos olhos; ludoterapia; psicoeducação e terapia de família; psicoterapia interpessoal com orientação psicodinâmica; psicoterapia dinâmica de suporte; psicoterapia psicodinâmica breve; terapia de grupo; reabilitação; terapia de aceitação; métodos de ab-reação; terapia de inundação, entre outras.

Na Tabela 9.1 há uma síntese dessas abordagens, com exceção da terapia de exposição e reestruturação cognitiva, já explicada (ver Cap. 8).

Tabela 9.1 – Psicoterapias aplicadas ao transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)

Abordagem	Objetivo	Estratégia
Treinamento de manejo de ansiedade	Promover redução nos sintomas do TEPT e otimizar a recuperação psicológica	Ensinar aos pacientes um conjunto de comportamentos e táticas cognitivas para aumentar a capacidade de controlar as respostas emocionais associadas às memórias traumáticas
Terapia cognitiva comportamental	Mudar emoções, pensamentos automáticos e comportamentos que causam distúrbios emocionais	Tornar os pacientes capazes de identificar suas próprias crenças disfuncionais, avaliá-las e adotar pensamentos mais realistas que produzirão emoções mais equilibradas
Terapia de exposição	Ajudar o indivíduo a habituar-se e parar de evitar situações específicas que não representam risco real, mas, por estarem associadas ao trauma, desencadeiam respostas de temor	Submeter o paciente à exposição imaginária (visualização do confronto com as situações evitadas) e à exposição <i>in vivo</i> (confronto objetivo com tais situações estressoras)
Treinamento de inoculação do estresse	Identificar imagens ou pensamentos disparadores de ansiedade, controlá-los e desenvolver táticas de enfrentamento	Ensinar ao paciente um conjunto de habilidades que ajuda a lidar com o estresse, como relaxamento; controle da respiração; fomentação de pensamentos positivos; desenvolvimento da assertividade; dissipação de pensamentos aflitivos
Terapia de dessensitização e reprocessamento por movimento dos olhos – EMDR	Reprogramar a memória traumática promovendo a dessensibilização da respectiva resposta emocional	Propõe-se ao paciente que visualize o pior momento do trauma, “segure” essa cena em sua mente e, ao mesmo tempo, esteja atento ao movimento de dedos (vai e volta) ou bater de palma do terapeuta sinalizando o momento de parar
Ludoterapia	Facilitar a exposição e a reprogramação de memórias traumáticas de crianças	Utilizar jogos que permitam a reprodução e reconstrução terapêuticas de eventos traumáticos, os quais são abordados de forma não abrupta ou direta

Tabela 9.1 – Psicoterapias aplicadas ao transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (*Continuação*)

Abordagem	Objetivo	Estratégia
Psicoeducação	Criar um ambiente seguro no qual o trauma possa ser revelado e compartilhado, tranquilizando o paciente para prosseguir o tratamento	Informar o paciente (e às vezes sua família) sobre os sintomas do TEPT, deixando claro que se trata de uma reação normal diante de um evento estressor, a qual pode ser superada com tempo e tratamento adequados
Psicoterapia interpessoal com orientação psicodinâmica	Trabalhar dificuldades nas relações interpessoais, mostrando ao paciente como o seu atual padrão de relacionamento tem sido afetado por traumas passados e pelo TEPT	Utilizar o histórico de relacionamentos anteriores e as próprias reações do paciente dentro do consultório como oportunidades para trabalhar esses padrões de comportamento
Psicoterapia dinâmica de suporte	Construir uma narrativa do evento traumático	Revisitar o evento traumático (de acordo com a tolerância do paciente aos momentos de grande excitação), reduzir sentimentos de culpa e fomentar comportamentos adaptativos
Psicoterapia psicodinâmica breve	Identificar os conflitos emocionais causados pelo evento traumático	Doze sessões em que o terapeuta foca a relação entre o trauma e a fase atual e a conscientização das respostas do paciente, para modificar as dinâmicas de comportamento
Terapia de grupo ¹	Oferecer aos sobreviventes de traumas um espaço terapêutico no qual possam dividir suas experiências com outros sobreviventes, sendo acolhidos com segurança e empatia	Encorajar a interação entre os integrantes do grupo, mostrando que eles podem seguramente abrir suas histórias pessoais num contexto de responsividade social
Reabilitação	Reintegrar o indivíduo traumatizado à vida social	Propor ao paciente a realização de serviços comunitários e trabalho voluntário, permitindo à vítima do trauma transformar a experiência negativa em uma atividade saudável e produtiva
Terapia de aceitação	Ajudar o paciente a reduzir o uso de estratégias de fuga	Trazer à tona os recursos que o paciente utiliza para controlar

(Continua)

Tabela 9.1 – Psicoterapias aplicadas ao transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (*Continuação*)

Abordagem	Objetivo	Estratégia
Terapia de aceitação (<i>continuação</i>)	ou anestesia e, ao mesmo tempo, promover o compromisso com ações que estejam em sintonia com o seu verdadeiro propósito de vida	seus sintomas, escamotear sua dor psicológica e não recordar do trauma; ao mesmo tempo, estimular o enfrentamento por meio de exercícios imaginários e empíricos
Métodos de ab-reação	Ajudar o paciente a processar e integrar o estado afetivo oprimido e as respectivas imagens traumáticas	Confrontar o paciente com o trauma por meio do processo de ab-reação (soltura emocional), que inclui hipnoterapia e hiperventilação
Terapia de inundação	Reduzir ou extinguir a ansiedade provocada por situações ou lembranças associadas ao trauma	Repetir várias vezes o confronto direto e abrangente do paciente com o momento mais agudo do trauma, inicialmente de maneira imaginária e, em seguida, de maneira objetiva, até reduzir consideravelmente o nível de ansiedade

¹ Segundo pesquisas que analisam o histórico das terapias em grupo, este tipo de abordagem revela-se ineficiente com pacientes que desenvolveram o TEPT.

978-85-7241-811-9

Observação Importante

A revisão dos estudos sobre psicoterapias aplicadas a pacientes com TEPT (metanálise) revelou que a terapia de exposição e reestruturação cognitiva individual focada no trauma foi mais efetiva que outras abordagens. Por enquanto, deve-se dar enfoque especial às técnicas cognitivas comportamentais, cujo resultado de metanálise mostra uma taxa de melhora em torno de 90%, ao fim do tratamento e 85%, após 6 meses de acompanhamento. Estudos bem conduzidos, com avaliação a longo prazo e que incluem outras abordagens, devem futuramente trazer mais conhecimento sobre as intervenções que podem modificar, ou mesmo prevenir, a evolução do TEPT.

Farmacoterapia

Revisões sistemáticas investigaram a efetividade e a segurança de diversas abordagens farmacológicas para o tratamento do TEPT (ver Stein e colegas, 2006, e Ipser e colegas, 2006). Entre as medicações

avaliadas, os antidepressivos foram mais efetivos que o placebo na redução de sintomas. No entanto, quando as drogas e os estudos controlados randomizados são avaliados isoladamente, encontra-se evidência de resposta apenas para imipramina, sertralina e fenelzina. Um aspecto interessante desses estudos diz respeito à escassez do relato de efeitos colaterais que, quando descritos, não são diferentes entre medicação ativa e placebo. As drogas mais utilizadas no tratamento dos pacientes são os antidepressivos inibidores seletivos de recaptação de serotonina, como sertralina e paroxetina, e os antidepressivos tricíclicos, como amitriptilina e imipramina. Drogas sedativas, como benzodiazepínicos e mesmo antipsicóticos em baixa dosagem também são utilizados em alguns esquemas terapêuticos. Os achados em geral sustentam que os inibidores seletivos de recaptação da serotonina são os agentes mais eficazes na farmacoterapia do TEPT. Outras intervenções usadas no tratamento do TEPT, como carbamazepina, benzodiazepínicos, antipsicóticos e associações de psicoterapia e medicação não foram adequadamente investigadas. Contudo, a psicoterapia é a primeira escolha terapêutica e, caso não haja remissão dos sintomas, a farmacoterapia deve ser associada.

Pesadelos depois do Trauma: Contribuições Terapêuticas

978-85-7241-811-9

Conforme mencionado no Capítulo 1, os traumas psicológicos podem reunir três grupos de sintomas: revivescência do trauma (pesadelos, memórias traumáticas, pensamentos intrusivos); esquiva/entorpecimento emocional (distanciamento afetivo ou anestesia emocional); e hiperestimulação autonômica (irritabilidade, insônia e hipervigilância). Assim como as memórias traumáticas, os pesadelos crônicos pós-trauma são muito frequentes em indivíduos que atravessaram eventos impactantes, além de serem sintomas centrais do TEPT.

Os pesadelos recorrentes pós-trauma se contrapõem à teoria de ativações corticais aleatórias, evidenciando padrões específicos de sonhos. De fato, a ativação dos substratos neurais relativos às expressões recorrentes de pesadelos idênticos não pode ser explicada por uma atividade cortical aleatória.

Atualmente, é consenso que o sono (especialmente uma fase chamada de REM –*rapid eye movement*–, quando os sonhos se manifestam com maior atividade cerebral) está implicado no processo de reestruturação e consolidação da memória. O sistema nervoso central (SNC) parece processar eventos cotidianos com



Foto: Julio Peres

Figura 9.1 – Em função da complexidade e da difícil compreensão do *universo onírico*, pensava-se que os sonhos eram fruto de processamentos caóticos e aleatórios do sistema nervoso central.

valências emocionais também em sonhos, enriquecendo processos cognitivos referentes a expectativas, predições de futuro, elaboração e síntese dessas experiências. Ainda que a maioria dos indivíduos se recupere de uma experiência traumática sem vivenciar psicopatologias significativas, a manifestação de pesadelos é comum nas fases seguintes ao trauma.

Diante de uma situação imponderada de extremo risco, alterações cardíacas e viscerais apontam para níveis de hiperatividade do sistema nervoso autônomo (SNA), enquanto o estado subjetivo de alerta potencializa a busca imediata de sínteses e parâmetros para a geração de comportamentos. Tal estado de excitação envolve a formação reticular, o sistema límbico e o córtex cerebral. Diferentes neurotransmissores agem nessas vias, em especial a serotonina, a noradrenalina e o sistema GABAérgico.

Distúrbios do sono, incluindo pesadelos recorrentes, estão entre as queixas preliminares de muitas vítimas de traumas psicológicos. Pesadelos crônicos são classificados como uma das parassonias (movimentos anormais) do sono REM e podem ser definidos como sonhos de conteúdo desagradável, geralmente acompanhados de taquicardia, sudorese e diferentes graus de ansiedade, que levam ao despertar e à dificuldade para retornar ao sono. Aproximadamente 50% dos adultos relatam ter ao menos um pesadelo ocasional. Alguns estudos sugerem que cerca de 6,9% dessa população de adultos

Foto: Julio Peres



Figura 9.2 – A excitação autonômica pode influenciar o registro “dramático” das memórias, que permanecem vívidas por mais tempo, manifestando-se também em pesadelos recorrentes.

sofrem de pesadelos crônicos. As mulheres referem dois a quatro pesadelos para cada pesadelo citado por homens.

Em torno de 60% dos indivíduos com TEPT apresentam pesadelos recorrentes. Em geral, tais pesadelos são reproduções idênticas da memória traumática, fragmentada sensorialmente em imagens, sons, odores, sensações físicas ou emoções (aversão/nojo, medo, pavor, raiva, tristeza) não integradas a outras memórias autobiográficas.

Em estágios menos graves do transtorno, os indivíduos podem manifestar pesadelos com enredos diferentes do trauma original, mas com temas e componentes emocionais similares. Tais pesadelos ocorrem quase exclusivamente durante o sono REM. Embora o sono REM seja intercalado por outras fases do sono, esses períodos tornam-se mais longos durante a noite, e os pesadelos tendem a surgir depois das três primeiras horas de sono.

O sono REM pode facilitar o processamento de novas informações, uma vez que as atividades elétricas hipocâmpais encontradas durante o estado de alerta comportamental são semelhantes aos ritmos que caracterizam essa fase do sono. Sustentando essa hipótese, vários achados apontam para o fato de que as memórias inicialmente estocadas no hipocampo são transferidas, com o passar do tempo, para o córtex cerebral.

Os neurocientistas brasileiros Sidarta Ribeiro e Miguel Nicolelis mostram que a regulação gênica durante o sono REM pode ser crucial para a transferência progressiva de memórias do hipocampo para o neocórtex, indicando o papel dos sonhos também em processos de aprendizado.

978-85-7241-811-9

Quais as Funções Adaptativas dos Pesadelos Pós-trauma?

Pesquisadores começam a apresentar hipóteses interessantes motivados por essa questão. Por exemplo, pesadelos e sonhos de 37 mulheres que sofreram perda perinatal (morte do bebê) foram avaliados e correlacionados longitudinalmente aos escores da Escala de Impacto de Evento¹ e outras medidas psicológicas. Os resultados sugerem que o sonhar teve participação decisiva na recuperação psicológica do trauma da perda.

Alguns estudos correlacionam a frequência e a intensidade dos pesadelos com a gravidade do trauma. Veteranos de guerra, vítimas de abuso sexual e sobreviventes de campos de concentração manifestam alguns pesadelos recorrentes por décadas. A Teoria da Simulação de Ameaça postula que o sonhar é essencialmente um antigo mecanismo biológico de defesa, selecionado por simular repetidamente eventos ameaçadores e promover os mecanismos cognitivos requeridos para a percepção da ameaça. A hipótese de que os eventos ameaçadores reais encontrados pelo indivíduo durante a vigília induziriam a aumento de frequência e de gravidade dos eventos ameaçadores que aparecem nos sonhos foi testada em crianças curdas intensamente traumatizadas, traumatizadas e não traumatizadas. Os resultados mostraram que aquelas intensamente traumatizadas manifestaram sonhos com um número significativamente maior de ameaças, mais ostensivas em comparação com os sonhos das crianças traumatizadas e não traumatizadas.

Estudos com polissonografia (monitoramento do sono) revelaram que os pesadelos recorrentes de indivíduos com TEPT apresentam hiperestimulação da fase REM, levando-os à interrupção do sono com a “mente inundada” por fragmentos da memória traumática trazidos durante o sonho. Verificou-se que indivíduos

¹ A Escala de Impacto de Evento é analógica, de 0 a 100, e pontua a magnitude emocional e o impacto do evento estressor (0 corresponde a nenhum impacto; 100, a maior impacto e magnitude possíveis que um evento pode causar).



Foto: Julio Peres

Figura 9.3 – Sonhos e pesadelos favorecem a extensão dos circuitos associativos de memória.

978-85-7241-811-9

com TEPT acordaram de seus pesadelos com mais frequência do que indivíduos com pesadelos manifestados por causas desconhecidas. Os sonhos envolvendo angústia, repetição das sensações, emoções e conteúdos vivenciados por ocasião do trauma estão incluídos no processo natural e espontâneo que visa à cura. Entretanto, muitos indivíduos com pesadelos recorrentes pós-trauma não elaboram os fragmentos vivenciados em seus pesadelos, perpetuando a recorrência desses mesmos conteúdos. Os pesadelos crônicos parecem chamar insistentemente os indivíduos a “iluminar” o trauma, talvez para completá-lo psicologicamente.

Terapêuticas de Pesadelos

A Psicanálise aborda os pesadelos como um rico e bem-vindo conteúdo que aponta a possibilidade de um trabalho mental para sua integração ao universo psíquico. O pesadelo pós-trauma reapresenta a situação do trauma, mas não o representa, e continuará apresentando o evento traumático até que uma representação com significado terapêutico seja construída. Ao acordar em estado de

alerta, tais indivíduos podem recordar os conteúdos em detalhe. Paradoxalmente, evitam falar sobre o pesadelo e a memória traumática, tendo como objetivo esquecer o horror experimentado.

Considero que um dos valores adaptativos dos pesadelos recorrentes pós-trauma talvez seja o pedido (não verbal) de continuidade do processamento interrompido da memória fragmentada na rede neural para a construção de uma nova síntese funcional. Para que isso ocorra, o psicoterapeuta pode favorecer o resgate de bancos positivos de memórias com bons exemplos de autoeficácia do próprio indivíduo, em fases anteriores ao trauma.

A terapia do ensaio imaginário (*Imagery Rehearsal Therapy*), com embasamento na terapia cognitiva comportamental, foi especialmente formulada para o tratamento de pesadelos crônicos de indivíduos traumatizados. Consiste em ajudar os indivíduos a completarem seus sonhos quando acordados, com inserções imaginárias positivas. Imagens agradáveis são incluídas para finalizar o enredo traumático que se repete no pesadelo. Os resultados de um estudo feito com 168 mulheres com TEPT decorrente de violência sexual revelaram que a terapia do ensaio imaginário diminuiu a frequência e a expressão emocional dos pesadelos, melhorou a qualidade do sono e diminuiu a gravidade dos sintomas. Outros grupos de pesquisadores aplicaram a mesma abordagem em veteranos de guerra e encontraram resultados positivos similares. Dez anos antes e com o mesmo princípio terapêutico, Kathleen Kingsbury empregou uma técnica hipnótica com eficácia no tratamento de pesadelos recorrentes. O objetivo da abordagem é dar continuidade ao ponto em que os indivíduos acordam em seus pesadelos e construir, em EMC, um novo enredo com conclusão satisfatória.

Geralmente, os pacientes traumatizados inventam mudanças em que eles não foram os agentes, mas estiveram passivos nesse contexto. De fato, nem sempre os pacientes têm facilidade de completar a “história interrompida” do trauma, mesmo fazendo uso de imaginação e fantasia. A vulnerabilidade, a falta de opções para agir de outras maneiras e o medo exacerbado podem dificultar o processo de criação. A criatividade para livremente inventar um outro curso para o que ocorreu pode ser sensibilizada. O terapeuta pode ajudar esse processamento com perguntas do tipo: imagine que você tem o poder de dar continuidade como bem quiser a essa situação, o que você faria? Como você terminaria satisfatoriamente essa história? No mundo dos sonhos tudo é possível... Invente um final em que você participa ativamente e resolve a situação e tudo fica bem... Como seria? Como você mudaria a situação do pesadelo a partir desse momento em que acordou? Qual seria o término que gostaria de dar?



Foto: Julio Peres

Figura 9.4 – A participação ativa do paciente na construção imaginária do término satisfatório do pesadelo é um fator fundamental para a melhora dos sintomas.

978-85-7241-811-9

Exercício

Se você tem pesadelos, assim que acordar dê continuidade ao ponto da história em que acordou e invente um “final feliz” em que você age, atua e transforma a situação. É importante que você seja o causador (agente) das mudanças positivas!

Técnicas de visualização têm sido empregadas em psicoterapias com resultados satisfatórios, ainda que o tratamento não seja eficiente para todas as queixas e pacientes. Volto a dizer que os circuitos neurais subjacentes à recordação de situações do passado são também ativados quando pensamos em situações futuras, ou mesmo durante a imaginação de experiências fictícias. É interessante observar que as abordagens mais eficazes ao tratamento de indivíduos traumatizados utilizam justamente a criação de uma narrativa imaginária com final agradável para o pesadelo, que em geral replica a memória traumática (que apresenta menor atividade pré-frontal), influenciando a melhora geral dos indivíduos. O uso de visualizações positivas durante a construção de narrativas 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 das novas sínteses cognitivas atenuadoras do sofrimento.

Neurociênciae Psicoterapia Eficaz

A adversidade é o primeiro caminho para a Verdade.

LORD BYRON

Sou um clínico neurocientista, e como tal tenho estudado e pesquisado o campo das neurociências e trazido contribuições dessa área à minha prática clínica como psicólogo. Espero, em especial neste capítulo, incentivar colegas e futuros colegas a fortalecerem essa integração Neurociências e Psicologia pelas pontes frutíferas que já observamos entre esses campos complementares e interdependentes de conhecimento. Essa jornada integrativa consiste também em desafios e superação, uma vez que a formação acadêmica na área da saúde tem enfatizado, nas últimas décadas, a especialização, criando gerações de profissionais aprofundados minuciosamente na “divisão das seções dos segmentos das partes”.

Por um lado, a ênfase na especialização associada aos avanços tecnológicos tem mostrado significativos avanços no diagnóstico de enfermidades gerais. Entretanto, como produto dessa linha histórica, os profissionais da saúde mental não raras vezes sustentam uma crença dicotômica entre Neurobiologia e Psicologia. A tendência de dividir os transtornos psiquiátricos em “doenças cerebrais” *versus* “doenças mentais” persiste, implicando condutas terapêuticas também dicotomizadas e, muitas vezes, errôneas.

Neurocientistas como Nancy Andreasen¹ chamam a atenção para o equívoco que ainda reverbera: “Se as

¹ Ver mais detalhes em Andreasen (2005).

doenças forem ‘mentais’, deve-se tratar a mente com psicoterapia, mas se elas forem físicas ou ‘cerebrais’, deve-se usar tratamentos físicos que afetem o cérebro, como medicamentos”. Uma nova geração de profissionais da saúde mental aos poucos corrige, com embasamento neurocientífico, tal fragmentação, demonstrando que a cognição se superpõe ao cérebro, modificando a sua dinâmica funcional. Você verá!

Começo com um pouco de história... A Neurociência e sua abordagem integrativa é relativamente recente. Surgiu no final dos anos 1970, da necessidade de convergir contribuições de diversas áreas da pesquisa científica e das clínicas, anteriormente isoladas, para a compreensão do funcionamento holístico do sistema nervoso. Felizmente, a multidisciplinariedade é um fator intrínseco e fundamental da nova disciplina, que reúne investigações do campo biomolecular ao cognitivo/mental. A confluência das diversas linhas de pesquisa é promissora à construção de um conhecimento mais assertivo do que no passado, quando preponderava a desarticulação entre os achados independentes. A união entre as contribuições dos vários espectros de pesquisa da Neurociência, incluindo a Psicoterapia, vem trazendo benefícios à qualidade do trabalho psicoterapêutico e, como consequência, às pessoas que procuram tal atendimento.

978-85-7241-811-9

Psicoterapia: do Berço à Maturidade

As raízes da Psicologia remontam à Grécia Antiga, quando o filósofo Aristóteles (384-322 a.C.) produziu o escrito “Acerca da alma”, citado muitas vezes como o primeiro manual de Psicologia. Todavia, o termo psicologia, no qual reside a raiz etimológica *psyché* (alma) mais o sufixo *logos* (estudo), surgiu no final do século XVI com Rodolfo Goelenio².

A proposta original da Psicologia foi estudar e compreender o espírito – do latim *spiritus* –, que significa literalmente respiração, sopro. Os limitados métodos científicos dos séculos passados favoreceram o distanciamento da Psicologia em relação ao estudo do “não palpável”, enquanto a Medicina desenvolvia métodos para investigações do corpo (do latim *corpus*: parte essencial).

Objetivando tratar, remover ou modificar sintomas de natureza emocional e promover o crescimento e o desenvolvimento da personalidade surgiram, em meados do século XIX, as psicoterapias no Ocidente, com influências de diferentes escolas filosóficas, perspectivas epistemológicas, teorias e métodos. Em geral, as psicoterapias articulam percepção, memórias e sistemas de crenças dos

² A obra, publicada em Marburg em 1590, é *Psychologia: hoc est, De hominis perfectione, animo et in primis ortu hujus, commentationes ac disputationes quorundam theologorum & philosophorum nostra aetatis*.

Foto: Julio Peres



Figura 10.1 – A ideia de dividir e estudar porções do corpo pareceu ser natural e desejável e, assim, a medicina desenvolveu métodos controlados de pesquisa.

978-85-7241-811-9

indivíduos em seus respectivos processos. A interface entre a psicoterapia e a vida neural sempre existiu, porém agora temos métodos para compreender tais reciprocidades. Os efeitos neurobiológicos da psicoterapia são hoje considerados dos mais relevantes às Neurociências, e os resultados de estudos com neuroimagem funcional confirmam que processos psicológicos de aprendizado podem ocasionar novos arranjos nas sinapses cerebrais, relativos à remissão dos sintomas. Por exemplo, uma explicação neurobiológica do tratamento eficaz de indivíduos com transtorno ansioso por meio da psicoterapia sugere que novos traços de memória se formam em um cérebro plástico, substituindo as conexões anteriores que produziam reações de ansiedade. Ainda que a dicotomia entre a Psicologia e a Medicina tenha preponderado no passado, vivemos, no século XXI, um momento especial de convergência frutífera e necessária.

Neurônio: Célula Nobre

O conceito de nobreza faz jus à participação crítica dessas células na identificação, decodificação e transmissão das informações que processamos para viver todos os dias. O encéfalo humano em idade matura tem aproximadamente 100 bilhões de neurônios. Cada célula nervosa pode receber, em média, informações de 20 mil outros neurônios e também transmitir informações para outras 20 mil células nervosas.

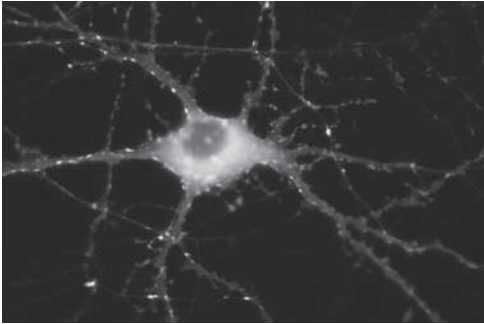


Figura 10.2 – Um único neurônio pode receber informações (pontos mais claros) de milhares de neurônios, bem como gerar informações para milhares de outros neurônios.

978-85-7241-811-9

Faça as contas “de cabeça”: multiplique 20 mil neurônios (trazendo impulsos) por outros milhares de neurônios que, individualmente, podem estabelecer sinapses (ou comunicações) com outras 20 mil células nervosas, as quais também podem decodificar, gerar e transmitir informações multiplicadas a 20 mil outros neurônios, e assim progressivamente... Isso mesmo! São quase “incontáveis” as possibilidades de processar informações em nosso sistema nervoso central (SNC). Temos também um trilhão de células da glia³, ainda pouco conhecidas e, atualmente, cada vez mais estudadas. Há uma década acreditava-se que as células da glia serviam especialmente para fornecer sustentação ao sistema nervoso. Hoje, estudos demonstram que tais células participam ativamente do processo de comunicação neuronal.

As sinapses elétricas e as químicas são as duas principais maneiras de as células nervosas se comunicarem. Poderíamos pensar agora “Que bom, um número pequeno, só duas maneiras”. Não! As sinapses elétricas conduzem informações muito rapidamente (microsegundos) envolvendo processos complexos de potenciais de ação e correntes elétricas com limiares precisos para interromper ou manter “digitalmente” o fluxo de informações na rede neural.

Já as sinapses químicas são mais lentas, isto é, processam impulsos em milissegundos com rica modulação das informações pela abertura e fechamento de diferentes canais da membrana celular, os quais operam “analogicamente” com uma variedade de neuromoduladores, em absoluta e espantosa sincronia. Com requintes de sofisticação, esses neurotransmissores dividem-se em aminoácidos, aminas e peptídeos, exercendo especificidades que encantam os pesquisadores da Neurociência.

Sempre que fazemos algo estamos ativando e desativando, simultaneamente, redes neuronais. Milhares de sinapses excitatórias (por

³ As células da glia (do grego, “cola”) proporcionam suporte e nutrição aos neurônios.

Foto: Julio Peres

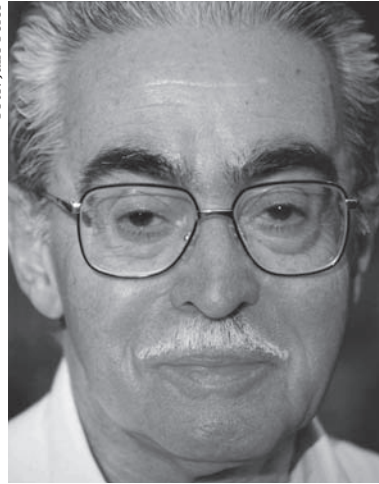


Figura 10.3 – Regular a homeostase e mediar a emissão de comportamentos são as principais funções do sistema nervoso central.

exemplo, neuromediador glutamato) e inibitórias (por exemplo, neuromediador GABA) estão acontecendo agora, no simples gesto de aproximar ou distanciar um pouco mais o livro para facilitar a leitura. O SNC manifesta ainda o sofisticado fenômeno da plasticidade neural, recurso de que dispomos para modificar, compensar, gerar e ajustar funções neurais fundamentais à nossa vida, como o aprendizado e a memória. Esse sistema fascinante em homeostase⁴ harmoniosa opera sem que tenhamos a diminuta consciência do processo. Nas mais diversas linhas da Neurociência, o objetivo de compreender esse processo que envolve a comunicação neural para regulação e manutenção da homeostase da vida humana é recorrente.

Um exemplo prático disso se dá com uma alteração da temperatura ambiente. Vários sistemas (respiratório, cardiovascular, urinário etc.) são informados e regulados para manter o corpo em equilíbrio nas novas condições do meio, sem que tenhamos uma remota consciência dessa atualização adaptativa. Assim, num ajuste preciso de vasoconstrição ou vasodilatação, aumento ou diminuição da pressão arterial e outros sistemas, a temperatura interna é mantida em torno de 36°C. O SNC permanece em contínua atividade para manter a homeostase de nossas dinâmicas internas. A homeostase pode ser perturbada pelo estresse quando determinado estímulo (interno e/ou externo) assume certa magnitude capaz de provocar um desequilíbrio da dinâmica fisiológica.

978-85-7241-811-9

⁴ Homeostase é uma condição dinâmica na qual o meio interno do corpo permanece em equilíbrio dentro de certos limites fisiológicos em relação ao meio externo.

Conforme o exemplo anterior, calor, frio, falta de oxigênio, entre outros, podem ser considerados como estímulos estressores externos. O estresse pode originar-se também dentro do corpo, a partir de estímulos como expectativas, pensamentos desagradáveis e temores. A dor e o sofrimento psicológico também fazem parte desse sábio sistema regulador: eles sinalizam que o equilíbrio do conjunto deve ser restabelecido com procedimentos corretivos.

Na ocasião do trauma, a necessidade que o organismo tem de manter sua condição homeostática entre o interior e o exterior invasivo também promove respostas biológicas defensivas, como reações excitatórias adrenérgicas (simpáticas) de fuga ou ataque. Às vezes, a magnitude do evento pode aumentar o fluxo de excitação interna além do tolerável; neste caso, as respostas excitatórias podem não ser disparadas e, então, o indivíduo dissocia.

978-85-7241-811-9

Interfaces com o Sistema Nervoso

A Neurociência demonstrou que um comportamento pode ser aprendido e aperfeiçoado pela experiência, que altera a “voltagem” das sinapses na rede neural, promovendo novos arranjos sinápticos e memórias, acessíveis em ocasiões posteriores. As experiências que alteram o fluxo de informações neurais não são apenas objetivas, mas também subjetivas. O que processamos introspectivamente como imagens, diálogos e percepções, a despeito de estímulos exteriores, tem forte impacto na constituição de referências que adotamos como “realidades” internas.

Exercício

A imaginação é uma importante ferramenta para geração de alterações neurofisiológicas. Concentre-se na visualização de uma fatia de limão azedo e suculento. Imagine essa fatia levada à boca para uma vigorosa mordida...



Observe que a salivação será produzida como se o suco do limão realmente existisse. Para o cérebro, de fato existe.

Da mesma forma, a simulação mental de exercícios físicos específicos, como pedalar uma bicicleta em subida cada vez mais íngreme (I), pedalar constantemente em uma reta (II) e soltar a bicicleta em descida cada vez mais acentuada (III), revelou importantes reciprocidades neurofisiológicas. A ínsula e o tálamo foram ativados com correspondente aumento da resposta cardiovascular nas induções de esforço físico crescente (condição I). Em poucas palavras: o corpo respondeu à imaginação como se de fato houvesse bicicleta, subida e esforço físico.

Outros estudos com neuroimagem funcional revelam correlações neurais parecidas no uso real e imaginário de instrumentos. Estruturas corticais similares foram ativadas durante a execução de uma tarefa motora e durante a execução pantomímica (imaginária) da mesma tarefa. As condições imaginárias de audição e visualização também obedeceram reciprocidades neurais similares às condições reais de ouvir e visualizar os mesmos eventos. Um belo estudo publicado no periódico *Nature*, em 2005, revelou que voluntários músicos, ao imaginarem uma certa melodia, ativaram circuitos neurais tal como na condição de ouvir a mesma melodia tocada em fones de ouvido. Durante a tarefa imaginária, o aparente silêncio exterior, enquanto os músicos lembravam da melodia, não refletia o rico universo subjetivo que os voluntários experimentavam. Os autores atribuíram um título sugestivo ao artigo: o som do silêncio ativa o córtex auditivo⁵.

Assim, os achados da Neurociência ilustram a importância das experiências subjetivas como determinantes de reciprocidades neurais, tal como se manifestam em respostas comportamentais do dia a dia. A maneira pela qual percebemos e interpretamos o mundo é legitimada pelo SNC, e, conforme a modificamos, novas dinâmicas neurais são recrutadas e desenvolvidas. Este é um dos pontos fundamentais de conexão entre a Neurociência e a Psicoterapia. Técnicas de visualização têm sido empregadas em psicoterapias com resultados satisfatórios, ainda que o tratamento não seja eficiente para todos os pacientes. Podemos citar a terapia do ensaio imaginário e a hipnose (descritas no Cap. 9) como bons exemplos nesse sentido.

978-85-7241-811-9

Neurociência, Métodos de Investigação e Psicoterapia

Trago agora conceitos mais técnicos, que os colegas interessados poderão aprofundar na leitura de nosso artigo *Psychotherapy and*

⁵ Ver o estudo Kraemer (2005).

Neuroscience: toward closer integration publicado, em 2008, no *International Journal of Psychology*.

Os novos métodos de investigação colaboraram sensivelmente para o florescimento da relação entre Psicologia e Neurociência. Tecnologias de neuroimagem favoreceram recentes investigações sobre os substratos neurais mediadores de Psicoterapias aplicadas ao tratamento de diversos transtornos. Os métodos mais utilizados nos últimos 15 anos são: a tomografia por emissão de fóton único (SPECT), tomografia por emissão de pósitrons (PET) e ressonância magnética funcional (fMRI). Fatores como sensibilidade à detecção anatômica e funcional (resolução espacial e temporal), possibilidade de controlar e reproduzir ensaios, assim como custo e disponibilidade para utilização do método são ponderados para o estudo ideal relativo à Psicoterapia. As investigações com neuroimagem podem ser *estruturais* – objetivam pesquisar alterações anatômicas especialmente relacionadas à volumetria de estruturas encefálicas – e *funcionais* – estudam alterações na dinâmica do fluxo sanguíneo encefálico durante tarefas específicas.

Os estudos funcionais são usados em protocolos que abrangem psicoterapia. As tecnologias SPECT e PET empregam marcadores de alterações metabólicas regionais do fluxo sanguíneo encefálico. Além de medir a dinâmica da perfusão capilar no encéfalo e o metabolismo da glicose como indicador de atividade neural. Esses métodos são também utilizados em estudos de receptores e neurotransmissores implicados em psicopatologias, por permitirem o emprego de distintos marcadores da atividade de alguns neurotransmissores. A fMRI é uma tecnologia não invasiva e pode combinar as alterações do fluxo sanguíneo encefálico com a estrutura anatômica em alta resolução. O método faz uso das propriedades paramagnéticas da desoxiemoglobina para marcar as respostas hemodinâmicas por meio das mudanças de oxigenação no sangue – efeito BOLD (*blood oxygen level-dependent*) –, também indicadoras de atividade neural.

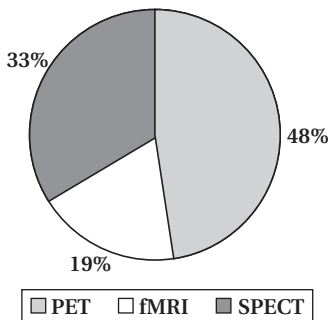


Figura 10.4 – Até 2007, a maioria dos estudos envolveu o método PET (*positron emission tomography*) (48%) e em seguida, o SPECT (*single photon emission tomography*) (33%). Atualmente, os números de estudos com fMRI (*funcional magnetic resonance imaging*) vêm crescendo por se tratar de um método não invasivo.

Principais vantagens e limitações dos métodos SPECT, PET e fMRI

SPECT

Vantagens: permite a aquisição das imagens (na tomografia) posterior à tarefa em estudo, reduzindo artefatos de movimento; preserva o ambiente familiar ao sujeito (por exemplo, *setting* terapêutico); utiliza marcadores da atividade neural mais estáveis, com meia-vida mais longa (de 4 a 6 horas).

Limitações: invasivo (requer injeção de radioisótopo); os experimentos não podem ser repetidos com frequência num curto período de tempo; baixa resolução; não adquire anatomia; exame não dinâmico (mede um único período de tarefas contínuas); restrição a estudos com tarefas sem variações.

PET

Vantagens: exame com dinâmica temporal (mede variações ao longo da tarefa); permite boa localização espacial em regiões ativas e uso de distintos marcadores para estudos metabólicos.

Limitações: exame invasivo (requer injeção de radioisótopo), os experimentos não podem ser repetidos com frequência em curto período de tempo; os sujeitos devem permanecer imóveis (propenso a artefatos de movimento); marcadores instáveis, com meia-vida curta (minutos).

fMRI

Vantagens: alta resolução espacial e temporal; permite a correlação da atividade neural com a anatomia subjacente; não invasivo (não utiliza radiação); diversos paradigmas podem ser utilizados com um simples exame e permite vários ensaios em curto intervalo.

Limitações: não mede diretamente atividade neural, mesmo com intensidade de estímulos constante; potenciais falsos-positivos (o efeito BOLD ocorre em sinapses excitatórias e inibitórias); tem ruído (média de 80dB) e requer exclusão de indivíduos com implantes ou materiais magnéticos.

Esses métodos de neuroimagem têm sido utilizados para avaliar as reciprocidades neurais envolvidas na Psicoterapia de indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno depressivo maior, fobia social, fobia específica e TEPT. Até 2005 foram publicados em periódicos científicos 14 estudos sobre neuroimagem e psicoterapia. O número de publicações cresceu para 21 estudos em 2007.

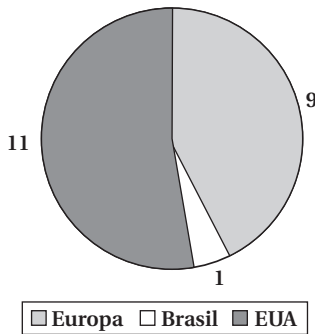


Figura 10.5 – O Brasil esteve presente entre os primeiros estudos envolvendo psicoterapia e neuroimagem funcional publicados no mundo até 2007.

Os resultados em geral revelam que as abordagens psicoterápicas aplicadas tiveram o potencial de modificar circuitos neurais disfuncionais associados aos transtornos estudados. A Psicoterapia influenciou a normalização neurofisiológica com o respectivo desenvolvimento do equilíbrio psicológico do paciente. Um estudo realizado na Universidade de Montreal aplicou a Terapia Cognitiva Comportamental para tratamento de aracnofobia e foi propriamente intitulado “Mude sua mente, mude seu cérebro”.

A Neurociência dispõe de outros métodos interessantes para pesquisas no âmbito da Psicoterapia. Marcadores biológicos indicadores de respostas neuroautonômicas podem ser associados a outros instrumentos de aferição – como escalas e inventários – dos resultados provenientes de intervenções psicoterapêuticas. O monitoramento cardíaco e a condutância galvânica (suor monitorado nas mãos) são métodos geralmente associados durante as aquisições de neuroimagem, a fim de investigar as relações entre as mudanças na atividade neural e a reatividade autonômica. O cortisol salivar também é um método interessante e não invasivo para mensuração de respostas ao estresse, características em transtornos ansiosos, antes e depois da Psicoterapia.

978-85-7241-811-9

Estudos Neurofuncionais em Psicoterapia

Construir um protocolo eficaz para comparar os substratos neurais antes e depois da intervenção psicoterápica é um desafio que requer cuidados particulares. Tarefas emocionais combinadas a estados cognitivos complexos podem envolver considerável risco quanto à interpretação duvidosa dos resultados. A expectativa do voluntário pelo correto desempenho, por sua vez, pode contaminar os achados neurofuncionais. Por isso, os investigadores devem controlar variáveis para mensurar o efeito específico da Psicoterapia.

O desenho do paradigma (estratégia) de ativação tem de ser simples, objetivo e favorável ao reflexo genuíno dos estados emocionais investigados nos indivíduos submetidos à psicoterapia. A escolha do grupo-controle precisa ser cuidadosa, para assegurar que a subtração do grupo-alvo seja uma referência fidedigna.

Outro cuidado deve ser tomado com o intervalo entre as mensurações funcionais. Protocolos com neuroimagem que avaliam as reciprocidades neurais antes e depois da intervenção psicoterápica devem intercalar as aquisições de neuroimagem idealmente por oito semanas. O controle de variáveis pertinentes a ocorrências que influenciem os resultados provenientes da Psicoterapia, por mais de doze semanas, torna-se questionável.

Durante a elaboração do desenho do estudo, um dos mais importantes desafios está em responder à pergunta-chave: o que o estudo deve controlar para mensurar o efeito da Psicoterapia? Seriam os sintomas? Percepção? Crenças? Diálogos internos? Respostas fisiológicas, autonômicas ou outros parâmetros? Metodologias para indução temporária de sintomas demonstram confiáveis mudanças psiconeurofisiológicas em indivíduos com transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Os paradigmas de provocação de sintomas propõem medir a função do encéfalo controlado para os sintomas e estados mentais manifestados com mais frequência na psicopatologia estudada – sujeita à psicoterapia. Estão subdivididos majoritariamente em três grupos, os quais utilizam a visão e a audição como canais sensorceptivos para o disparo de sintomas:

- apresentação de figuras ou filmes;
- apresentação de ruídos e sons;
- apresentação de roteiros gerais ou personalizados para evocação de memórias.

Ilustração: Julio Peres

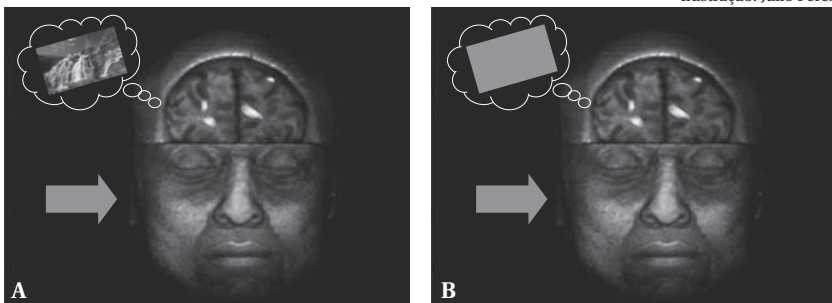


Figura 10.6 – (A e B) Os sintomas do TEPT têm sido induzidos por roteiros dirigidos de imagens, sons, aparelhos de realidade virtual, paradigmas cognitivos de ativação ou fármacos que disparam ansiedade. Tarefas-controle devem ser bem escolhidas para comparação com a tarefa-alvo.

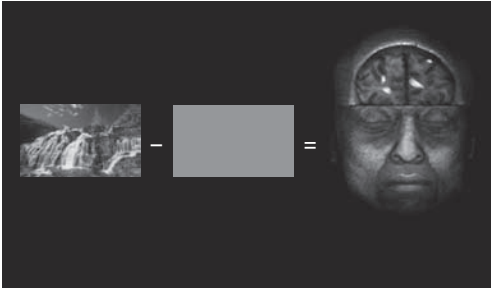


Ilustração: Julio Peres

Figura 10.7 – A subtração entre a tarefa-alvo e a tarefa-controle trará os circuitos neurais relacionados ao objetivo a que o estudo se propõe.

A maioria desses estudos intercala estímulos provocadores de sintomas e neutros em sequências planejadas, porém aleatórias, para evitar o efeito sequência. O paciente, assim, não se condiciona a uma sequência específica dos estímulos, que pode influenciar a tarefa. Os resultados significativos do ponto de vista estatístico quanto ao aumento ou à diminuição da atividade neural são obtidos por meio da subtração entre a condição de ativação (manifestação do sintoma) e a condição-controle (estado neutro ou comparativo) dos sujeitos.

Voluntários saudáveis são amplamente envolvidos como grupos-controle para a comparação das ativações obtidas em indivíduos com a psicopatologia, os quais desempenham tarefas idênticas.

978-85-7241-811-9

Achados sobre Trauma Psicológico: Implicações Psicoterápicas

Um bom exemplo de interface frutífera entre a Neurociência e a Psicoterapia está nos avanços promissores quanto ao diagnóstico e tratamento do TEPT. Falhas do SNC em interpretação, síntese e integração de episódios emocionalmente impactantes têm papel crítico nas vivências recebidas como traumáticas, sendo que flagrar os circuitos neurais implicados no trauma psicológico é o objetivo comum dos estudos neurofuncionais.

A diversidade dos achados desses estudos e a heterogeneidade das respostas sintomatológicas daqueles que sofreram traumas psicológicos apontam para a possibilidade de inexistência de um único circuito neural subjacente ao TEPT. Entretanto, os estudos com neuroimagem chamam atenção para algumas similaridades. Amplas análises mostram reprodutibilidade da redução na ativação do hemisfério esquerdo. As estruturas encontradas com menor atividade foram o córtex pré-frontal, o cíngulo anterior, o hipocampo e a área de Broca. As áreas com ativação mais elevada foram o

giro para-hipocampal e do cíngulo posterior, além da amígdala em paradigmas específicos de provocação de sintomas.

Em linha com os achados em neuroimagem durante evocação de memórias traumáticas (menor atividade no pré-frontal e na área de Broca), a Psicanálise afirma que no trauma a excitação que deveria ter tomado o caminho da representação, da ligação, ficou presa no circuito incessante das excitações sem “forma”. Por isso, o trauma não ‘fala’, mas se faz sentir e atua. O que ele repete não é uma representação, mas uma percepção sem palavra. Ainda segundo a Psicanálise, a compulsão à repetição é uma tentativa reiterada de despertar a excitação e, assim, favorecer a construção de uma nova dinâmica psíquica, um novo olhar, uma representação semântica sobre o evento.

O mecanismo deficiente de extinção da resposta ao medo e à desregulação emocional está, possivelmente, relacionado à menor atividade cortical pré-frontal, ligada à atenuação do *feedback* negativo da atividade da amígdala. Tais memórias traumáticas (não-hipocampo/pré-frontal-dependentes) são involuntariamente acessadas, apresentam-se fragmentadas sensorialmente e tendem a permanecer com expressão emocional intensa e sensações vívidas.

Breuer e Freud⁶ julgaram que trazer antecipadamente o conteúdo traumático à consciência permitiria “ab-reação” e a rápida remissão dos sintomas do trauma. A psicoterapia favoreceria a recuperação de memórias emocional e sensorialmente fragmentadas, reproduzindo-as como uma narrativa. Essa reelaboração consiste em vincular o conteúdo de memórias traumáticas e outras memórias e pensamentos. Breuer acreditava que esse cruzamento teria êxito em trazer as memórias traumáticas isoladas de volta aos sistemas normais do processamento cerebral. Para tanto, sugeriu a hipnose como um caminho para acessar e controlar o nível alterado de consciência com o propósito de vinculá-los com as funções da memória narrativa.

A Neurociência também mostra que as memórias carregadas de emoção não são estáticas, mas interpretações ou novas versões reconstituídas do evento original. O cérebro não armazena memórias traumáticas factuais, mas traços de memórias que são usados para reconstruir lembranças, nem sempre expressando um quadro fiel à experiência do passado.

978-85-7241-811-9

⁶ Ver em Freud (1895).

Conforme mencionado no Capítulo 3, Squire e Kandel apontam que lembrar compreende a reconstrução de uma trama coerente por meio de fragmentos disponíveis. Ao evocar uma memória, as pessoas incorrem em erros criativos, desconsiderando ou apagando algumas partes da história, fabricando outras partes e, em geral, tentando reconstruir a informação de modo que faça sentido. Quase sempre a memória funciona pela extração de um significado, não mediante a retenção de um registro literal do que aconteceu. Consequentemente, sempre que um evento traumático ou emocional é recuperado, pode ser submetido a uma mudança cognitiva e emocional.

Estudos sobre a imprecisão no processo de lembrar demonstrou o fenômeno de falsas memórias. Na ocasião dos primeiros resultados dessa linha de pesquisa, matérias leigas ou sensacionalistas creditavam os psicólogos por “arquitetos” das falsas memórias, sem considerar que o fenômeno é contínuo e natural aos seres humanos. Assim ocorre com indivíduos traumatizados; as respostas aos traumas são também conduzidas pelas crenças emocionais, a despeito de sua exatidão. Mary Beckman chamou a atenção, em seu artigo “Falsas memórias e dor verdadeira”, para as respostas neurofisiológicas compatíveis com as observadas em indivíduos com TEPT e memórias de eventos que nunca poderiam ter acontecido.

Assim, tais achados sobre memórias emocionais e trauma psicológico trazem uma fundamental compreensão à Psicoterapia. Mesmo que uma memória carregada de emoção não forneça um retrato completamente factual da experiência passada, o conteúdo configurado como memória é uma representação absolutamente genuína dos referenciais internos do indivíduo. Misturar e falsificar memórias são processos naturais do ser humano e devem ser usados de maneira eficaz para promover a saúde mental. Izquierdo postula que “...nós somos o que nós recordamos. Sem nossas memórias, não seríamos ninguém e, sem evocá-las, misturá-las e falsificá-las, não poderíamos viver”. A recuperação de uma memória emocionalmente carregada é influenciada pela interpretação particular do evento. Quando os profissionais dispensam as memórias recuperadas dos indivíduos como enganos ou fantasias, podem aumentar as dificuldades de seus pacientes.

“Eu fiz isso, diz minha memória. Eu não posso ter feito isso, diz meu orgulho. Ao final, cede minha memória.” (Nietzsche, em “Humano, demasiado humano”, 1886).

Outros achados da Neurociência mostraram que os reguladores e os moduladores mais importantes na aquisição, formação e evo-

Figura 10.8 – Os principais reguladores da formação e da evocação das memórias são as emoções e os estados de consciência. Ao modificar o estado de consciência ou a emoção, a percepção sobre o evento também se modifica.



Foto: Julio Peres

cação de memórias são as emoções e o nível de consciência. A recuperação de memórias traumáticas, tanto espontâneas como provocadas, ocorre em um estado alterado da consciência, com importante expressão emocional. Uma vez modificado o estado de consciência, por meio da indução de relaxamento, a percepção do mesmo evento também sofre mudanças e, por consequência, há uma nova interação e relacionamento com o contexto do trauma. Portanto, os psicoterapeutas de vítimas de trauma devem estar qualificados para trabalhar com emoções e estados alterados de consciência que modulam diretamente a formação da memória.

Exercício

Faça a experiência: Antes de decidir algo importante, procure induzir um relaxamento físico e mental com base no ritmo sereno da sua respiração. Desligue-se das preocupações e simplesmente descanse... Depois de relaxado, pense sobre a questão novamente. Seu estado de consciência se modificará e sua percepção será influenciada por essa alteração positiva.

Para a Psicanálise, a memória é constituída de traços, que se originam nas impressões e perduram sob a forma de inscrição no sistema mnêmico. Nem toda impressão é capaz de palavra. O evento traumático impressiona, imprime, mas não simboliza: sobrevive como marca perceptiva sem palavra e expressão, isolado do resto das representações e cadeias associativas.

978-85-7241-811-9

Contudo, vários tipos de memórias podem interagir simultaneamente. As memórias declarativas (verbalmente acessíveis) alinhadas a atitudes resilientes, tais como a aprendizagem positiva

das experiências, autoestima, autoconfiança e tranquilidade ao lidar com as dificuldades, podem ser parte desse imenso repertório. Conseqüentemente, tais referenciais de autoeficácia podem participar do processo de reconstrução e reestruturação cognitiva da memória traumática.

Vale lembrar que o confronto com as memórias traumáticas em terapia de grupo (*debriefing*) tem se mostrado ineficaz no tratamento de indivíduos com TEPT. Nota-se que o efeito terapêutico não ocorre somente com o confronto ou a expressão verbal, mas depende de como as memórias são confrontadas para promover a reestruturação cognitiva e terapêutica. As abordagens ab-reativas (soltura emocional) são utilizadas para diminuição da resposta emocional, mas não são indicadas a todas as vítimas de traumas psicológicos. Indivíduos com sintomas dissociativos devem fortalecer o trabalho cognitivo sem exposição imaginária ao trauma.

A capacidade de o indivíduo processar a qualidade e a intensidade do evento estressor, bem como recursos com os quais conte de imediato para representá-lo, estruturá-lo e lidar com o episódio, influenciam a gravidade e as conseqüências desse acontecimento.

Considerando o conjunto dos achados da Neurociência, as abordagens psicoterapêuticas poderão revisar e alinhar suas intervenções para o tratamento de indivíduos com memórias traumáticas. Por exemplo, os psicoterapeutas podem conhecer os moduladores da formação e da evocação das memórias, as emoções e os estados de consciência, e fazer bom uso da faculdade cognitiva de reinterpretação e reconstrução das memórias traumáticas.

978-85-7241-811-9

Compreendendo os Achados Neurofuncionais mais Frequentes

Acredita-se que o hemisfério esquerdo organize as informações processadas sequencialmente, assim como questões problema-solução e operações categóricas. O relativo decréscimo na representação do hemisfério esquerdo fornece uma possível explicação de por que as memórias traumáticas são vivenciadas como “pertencentes ao presente”: as partes do encéfalo necessárias à geração de sequências e de categorização das experiências não são ativadas adequadamente.

A redução do volume e o decréscimo de ativação do hipocampo em indivíduos com TEPT podem ser responsáveis, pelo menos em parte, pela dissociação contínua e a interpretação errônea das informações em relação às ameaças. O hipocampo parece “criar” um mapa cognitivo que permite a categorização da experiência e a conexão desta com outras informações autobiográficas. Exerce também um papel fundamental no processo de aprendizagem, com vias neurais robustas de projeções ao córtex pré-frontal medial, área do cérebro relacionada à classificação e à regulação das respostas emocionais. O bloqueio da função integrativa do hipocampo pode favorecer a fragmentação da experiência traumática, sensações corporais, odores e sons que parecem estranhos e isolados de outras experiências da vida.

978-85-7241-811-9
É consenso que os córtices límbico e paralímbico (áreas chamadas de cérebro emocional) estão implicados na expressão de memórias carregadas de emoção e que o sistema límbico medeia as respostas aos estímulos repulsivos em voluntários com memórias traumáticas que apresentam ou não sintomas. A maioria dos estudos em TEPT com paradigmas de ativação mostrou atividade acentuada da amígdala.

O córtex pré-frontal e o cíngulo anterior desempenham, possivelmente, um papel inibidor das respostas autonômicas aos estímulos emocionais. Grande parte dos estudos funcionais revelou

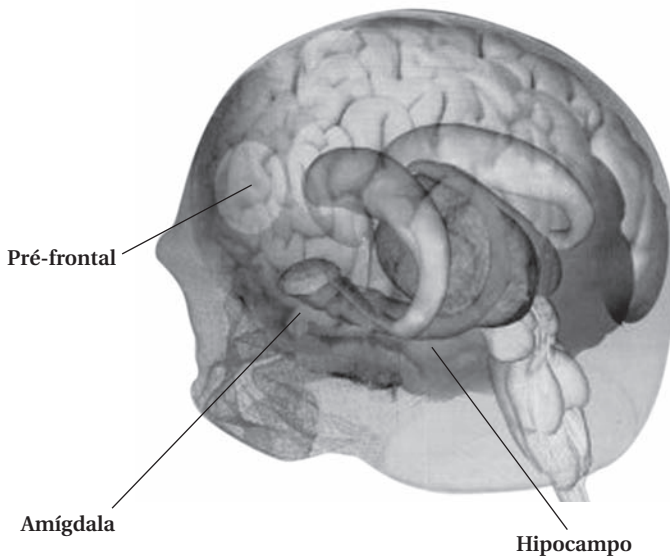


Figura 10.9 – O pré-frontal, a amígdala e o hipocampo estão envolvidos na expressão do trauma e da superação psicológica.

decréscimo da atividade no córtex pré-frontal e no cíngulo anterior em indivíduos com TEPT durante a evocação de memórias traumáticas. A disfunção dorso-lateral pré-frontal pode mediar problemas com linguagem e cognição. Circuitos rompidos entre essa área e áreas subcorticais podem mediar dificuldades em expressão verbal integrativa com emoções. A menor atividade cortical pré-frontal, implicada na atenuação do *feedback* negativo da atividade da amígdala, pode também representar o mecanismo deficiente de extinção da resposta ao medo e desregulação emocional em TEPT.

Durante a exposição aos roteiros personalizados para a evocação das memórias traumáticas, estudos funcionais revelaram um significativo decréscimo de atividade na área de Broca, relacionada à tradução de experiências pessoais em uma linguagem comunicável. Esse achado converge para a dificuldade que o indivíduo com TEPT apresenta de assimilar e expressar o evento traumático numa estrutura narrativa. Em geral, os estudos em neuroimagem sustentam a natureza não verbal de memórias traumáticas em voluntários com TEPT e uma expressão mais narrativa das memórias traumáticas de voluntários sem TEPT.

978-85-7241-811-9

Um evento estressor, quando traumático, torna-se pelo menos temporariamente indescritível. É como se as reciprocidades neurais do aparelho psíquico estivessem impedidas de reconhecer e transpor do nível da sensação e da percepção para o registro do simbólico, do verbal, do acontecimento traumático. O trauma fica alheio ao sentido, à representação, às cadeias associativas com outras memórias e, por isso, se repete como excitações fragmentadas, pensamentos intrusivos, pesadelos, acusando, assim, sua ainda permanente indescritibilidade.

Implicações dos Achados em Neuroimagem na Psicoterapia do Transtorno de Estresse Pós-traumático

A finalidade comum das psicoterapias aplicadas ao TEPT é atribuir, gradualmente, novos significados emocionais à experiência traumática, a qual não ocorre mais no presente.

A Neurociência pode ajudar na explicação do porquê a exposição assistida é o elemento-chave em psicoterapia para o tratamento daqueles que sofrem de memórias traumáticas. As informações que

o indivíduo armazenou antes, durante e depois do evento traumático são fundamentais para o processo de transferência e integração dos fragmentos mnêmicos, para que a memória do trauma possa ser comunicada verbalmente.

As memórias de experiências traumáticas são fenômenos heterogêneos, complexos e alteram-se com o tempo de maneiras distintas. A Teoria da Representação Dupla de Chirs Brewin fornece uma estrutura preliminar para classificação das memórias traumáticas em dois tipos fundamentais de representações: hipocampo/pré-frontal-dependentes (verbalmente acessíveis) e não-hipocampo/pré-frontal-dependentes (“situacionalmente” acessíveis).

As memórias traumáticas hipocampo/pré-frontal-dependentes são declarativas, contêm estrutura narrativa, podem ser editadas e miscigenadas mais facilmente com outras memórias autobiográficas e em geral têm expressões emocionais e sensoriais menos intensas. Já as memórias traumáticas não-hipocampo/pré-frontal-dependentes apresentam-se fragmentadas sensorialmente, sem uma estrutura narrativa desenvolvida, são involuntariamente acessadas, têm pouca interface de comunicação com outras memórias autobiográficas e tendem a permanecer com expressão emocional intensa e sensações vívidas.

Evidências indicam que sistemas múltiplos de memória são ativados simultaneamente e em paralelo, podendo também interagir em várias ocasiões. É razoável afirmar que a psicoterapia deve trabalhar a favor de uma tradução narrativa e integrativa do evento traumático, trazendo melhor entendimento e categorização da experiência. A integração dos fragmentos mnêmicos como *flashbacks* em um enredo narrativo resiliente é um desafio para as abordagens

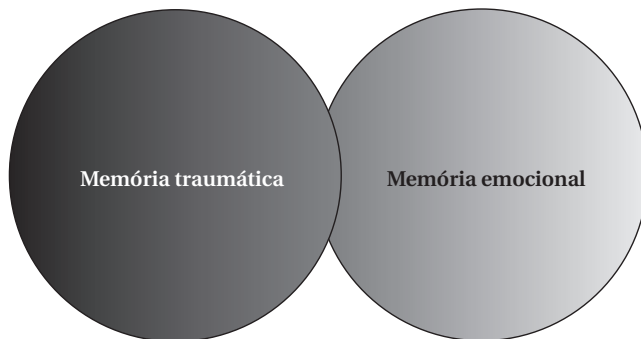


Figura 10.10 – Em certo ponto, os sistemas de memória traumática e de memória emocional fazem interface. O desafio da psicoterapia é ampliar essa interface para que o trauma se torne um evento emocional.

terapêuticas aplicadas aos indivíduos traumatizados, transformando uma memória “situacional” em memória emocional autobiográfica.

A psicanálise refere que o trauma dificulta a transposição para o psíquico e o ingresso da vivência no registro simbólico. Os terapeutas, ao estimular a construção de uma história narrativa do trauma, estarão construindo também um processo de elaboração e representação do evento estressor.

Processos psicoterápicos baseados em exposição e reestruturação cognitiva podem estimular as faculdades cognitivas e integrativas do encéfalo mediadas pelo córtex pré-frontal, pelo hipocampo e pela área de Broca. Nessa perspectiva, a memória perderá intensidade emocional, será cognitivamente mais organizada e poderá, ainda, esvaecer com o tempo. Porém, de maneira contrária e compreensivelmente, as vítimas de traumas intensos evitam verbalizar as memórias traumáticas, permanecendo essas por mais tempo fragmentadas, não processadas ou “traduzidas” no sistema declarativo (hipocampo/pré-frontal-dependente).

A expressão psicopatológica do trauma não é estática, e as memórias traumáticas podem se modificar em sua expressão com o passar do tempo. As distintas respostas derivadas do estresse traumático e a marcante diversidade dos achados em neuroimagem apontam para a possibilidade de não existir um circuito universal único subjacente ao TEPT. Os estudos em neuroimagem identificam progressivamente tais circuitos, porém os achados em neuroimagem não podem ser interpretados como determinantes imutáveis das limitações dos indivíduos com TEPT. Ao contrário, devem orientar as intervenções dos terapeutas em relação ao que podem estimular em seus pacientes para normalizar as atividades neurais deficitárias.

978-85-7241-811-9

Limitações dos Estudos sobre Trauma

A homogeneidade sintomatológica, os fatores inespecíficos dos psicoterapeutas e as nuances de condução do método terapêutico, assim como o processamento qualitativo das experiências subjetivas, são fatores complexos de difícil controle em estudos com neuroimagem. A natureza heterogênea dos sintomas pertencentes a uma mesma classificação de diagnóstico pode promover dificuldades para induzir respostas em sujeitos do grupo-controle que combinem com os sintomas-resposta dos indivíduos em tratamento.

A familiaridade com o equipamento também deve ser controlada, para que a atenção do voluntário possa estar focada no seu procedimento. Isso nem sempre acontece por razões de custo e não disponibilidade do método de neuroimagem para treinamento do sujeito *in loco*. Quando os sujeitos são incumbidos de fazer uma tarefa que possa se tornar contaminada pela complexidade, expectativa de acerto e/ou distração, os pesquisadores podem obter achados neuronais relativos a tais variáveis.

Além disso, o ambiente onde acontece a psicoterapia também deve ser controlado. Conforme o paradigma de ativação utilizado no protocolo, a manutenção do *setting terapêutico* é uma variável importante a ser controlada. O único método de neuroimagem que permite a preservação do ambiente natural onde a Psicoterapia ocorre é a tomografia por emissão de fóton único.

A despeito do limitado número de profissionais experientes em pesquisa nessa área, o Brasil hoje dispõe das três principais técnicas – SPECT, PET e fMRI – de neuroimagem funcional. Os centros americanos, europeus e asiáticos que produzem estudos funcionais dispõem de equipes multidisciplinares abrangendo físicos, neurocientistas, médicos de diversas especialidades (Psiquiatria, Neurologia, Medicina Nuclear e Radiologia), psicólogos, enfermeiros e técnicos com distintas formações. Há que se fortalecer, no Brasil, a cultura multidisciplinar para uma produção mais eficiente das linhas de pesquisa.

Métodos multimodais, que integram a especificidade de marcadores PET, a definição anatômica da MRI e a resolução temporal da qEEG (*quantitative electroencephalography*), começam a ser utilizados com custos ainda inviáveis para a larga produção científica. Estudos futuros examinarão a especificidade dos substratos funcionais, estruturais e neuroquímicos/moleculares para o entendimento da fisiopatologia de transtornos mentais.

É certo que os avanços tecnológicos trarão a identificação mais precisa de circuitos neurais associados aos transtornos estudados. Na era integradora em que vivemos, quanto maior o entendimento do significado dos resultados obtidos pela Neurociência, e mais informações sejam coletadas, mais aproveitáveis serão essas contribuições às intervenções da psicoterapia.

Estudos Brasileiros sobre Trauma com Neuroimagem e Psicoterapia

Há poucos anos não havia métodos que permitissem avaliar os marcadores biológicos dos efeitos da psicoterapia e, mesmo na área



Foto: Julio Peres

Figura 10.11 – O Brasil esteve entre os primeiros estudos com neuroimagem funcional no mundo sobre psicoterapia e trauma.

da saúde, a psicoterapia não era tão creditada por trabalhar com a subjetividade das pessoas. Isso mudou, as Neurociências mostraram, em estudos recentes com neuroimagem, que as psicoterapias aplicadas tiveram o potencial de modificar circuitos neurais disfuncionais associados aos transtornos tratados. Entre os primeiros estudos com neuroimagem funcional no mundo sobre psicoterapia e trauma, nossa equipe mostrou os benefícios da terapia de exposição e reestruturação cognitiva ao tratamento do TEPT parcial.

Como psicólogo clínico, sempre tive o interesse de mensurar respostas objetivas às intervenções e estratégias terapêuticas. Aprofundei-me nos métodos de neuroimagem, que fornecem a possibilidade de mensurar certas alterações neurofisiológicas decorrentes de intervenções específicas. Depois de alguns anos de estudo em centros de neuroimagem americanos, como o da Universidade da Pensilvânia, procurei o centro de referência nesse campo no Brasil e então fiz o meu doutorado em Neurociências e

Comportamento no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Estudamos indivíduos traumatizados (assaltos, acidentes e violência sexual) submetidos à psicoterapia e observamos que eles passaram a classificar melhor a experiência traumática e os sintomas reduziram significativamente. O mesmo não aconteceu com o grupo-controle, que não fez terapia. A observação se deu por análise de imagens de determinadas áreas cerebrais dos dois grupos e dos resultados de escalas que mediram os sintomas de todos os voluntários envolvidos.

Verificou-se que, após psicoterapia, os pacientes apresentaram aumento da atividade do córtex pré-frontal (responsável pela classificação e categorização das experiências), do hipocampo esquerdo (ligado à capacidade de síntese, de aprendizagem e de memória) e dos lobos parietais (relacionados à orientação espacial e temporal dos eventos), além de decréscimo da atividade da amígdala (área do cérebro envolvida com a expressão do medo).

Houve diminuições significativas nas pontuações sintomatológicas do TEPT parcial, nos escores de impacto do evento traumático e nos escores de ansiedade, após psicoterapia. Por outro lado, as alterações dos sintomas do grupo-controle não alcançaram significância estatística (isto é, não se modificaram), assim como as mudanças do fluxo sanguíneo nos dois exames intercalados por 60 dias, apoiando a continuidade da valência traumática das memórias.

Os voluntários que fizeram psicoterapia conseguiram rotular e sintetizar mais assertivamente o trauma e passaram a ter melhor orientação temporal e espacial da experiência (ou seja, “o trauma não continua acontecendo, isso já passou!”). Em todo o mundo, poucos trabalhos científicos sobre esse tema foram realizados até agora, e esse foi o primeiro estudo brasileiro compreendendo neuroimagem funcional e psicoterapia, publicado em 2007 no periódico *Psychological Medicine*.

O grupo de 16 pacientes fez o programa que apresentei da terapia de exposição e reestruturação cognitiva uma vez por semana, durante dois meses, totalizando oito sessões. Antes da primeira sessão, eles leram em voz alta um roteiro personalizado para evocação da situação traumática vivida. Em seguida, foi injetado um radioisótopo (marcador da atividade cerebral) e eles foram encaminhados para fazer uma tomografia por emissão de fóton único (SPECT), que permite identificar os circuitos cerebrais ativados e desativados durante a tarefa de lembrar do trauma. Depois da oitava sessão, esse mesmo exame foi repetido. Os resultados foram comparados com os do grupo-controle, composto de 11 pacientes com o mesmo diagnóstico e em lista de espera para psicoterapia.

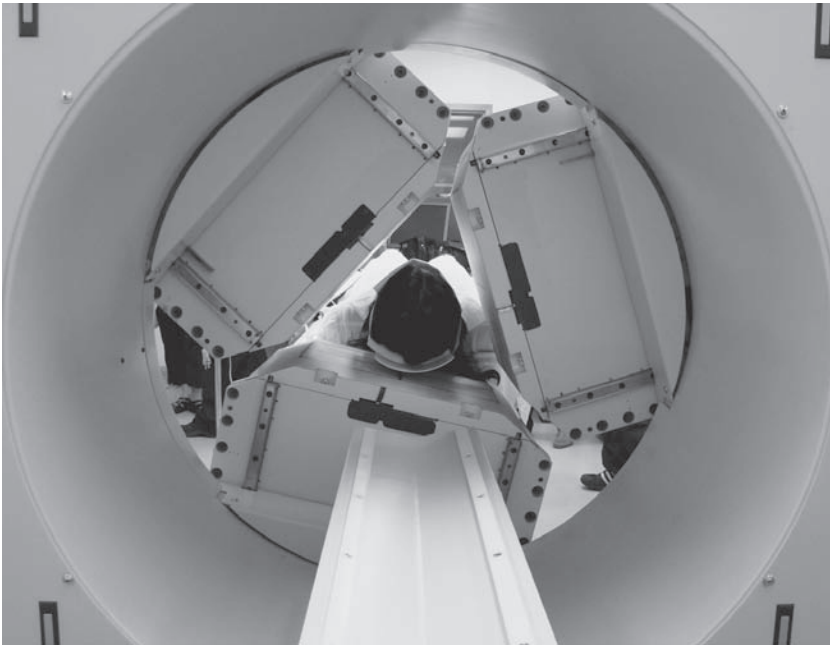


Foto: Julio Peres

Figura 10.12 – Após a lembrança traumática no *setting* terapêutico, o marcador da atividade cerebral foi injetado e somente depois de uma hora as imagens respectivas ao trauma foram obtidas.

É importante lembrar que, quando a pessoa apresenta alguns dos sintomas de TEPT, sem preencher todos os critérios, é diagnosticada com TEPT parcial. A ocorrência do TEPT parcial na população em geral é maior, cerca de 30%. Nosso estudo dedicou atenção a esse grupo sensivelmente maior de pessoas ainda pouco estudado.

Antes da intervenção psicoterapêutica, os dois grupos apresentavam altos escores (níveis) emocionais e sensoriais relativos à memória traumática (Figs. 10.13 e 10.14). As respostas emocionais e sensoriais diminuíram, enquanto a narrativa do evento se estruturava com atribuição de um novo significado para a experiência, apenas nos indivíduos submetidos à psicoterapia.

Os indivíduos com TEPT em geral manifestam mecanismos neurais relativos à natureza fragmentada e não verbal da memória traumática. A maior ativação relativa no hemisfério esquerdo, especialmente do córtex pré-frontal, encontrada nos exames pós-psicoterapia indica melhor atividade do indivíduo quanto à capacidade para sintetizar, categorizar e integrar a memória traumática em uma comunicação narrativa. Cada vez que se verbaliza na psicoterapia o que ocorreu, está-se reconstruindo e re-classifi-

cando o evento, atenuando a expressão desregulada dos circuitos emocionais. A maior atividade do córtex pré-frontal está também envolvida com o eficiente *feedback* negativo da amígdala, relacionada à expressão emocional exacerbada. Em outras palavras, o pré-frontal envia sinais para a amígdala diminuir a atividade, como se “dissesse”: “está tudo bem agora, pode se acalmar...”. Consideramos que a psicoterapia aplicada estimulou as faculdades integrativas do cérebro correspondentes às estruturas encontradas como deficitárias em vítimas de trauma psicológico, uma vez que suas medidas de sintomas diminuíram com relação significativa às atividades neurais encontradas (Figs. 10.13 e 10.14).

Considerando que as regiões superiores do cérebro estão implicadas nas habilidades cognitivas de classificação e categorização das experiências, enfatizamos a importância de ativar memórias (autobiográficas) emocionais positivas (de autoeficácia, vitória e superação) anteriores ao trauma, para “abertura” do processamento pré-frontal, já que os sistemas múltiplos de memória fazem interface em várias ocasiões. Assim, os fragmentos sensoriais relativos à memória traumática serão integrados em outro sistema de memória (chamados de memórias explícitas ou declarativas) com repercussões na redução da resposta emocional e sensorial, tal como observado em nosso estudo (Figs. 10.13 e 10.14). As conectividades das regiões pré-frontais ao complexo límbico (parte do cérebro relacionada às emoções) são sugestivas de seu papel na integração

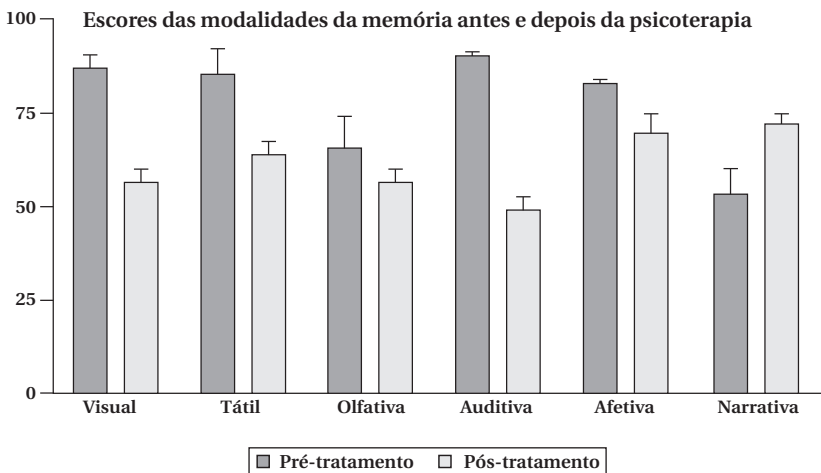


Figura 10.13 – A modalidade narrativa foi mais elevada enquanto as modalidades sensoriais/emocionais diminuíram depois da psicoterapia. Quanto melhor estruturada a narrativa, menores as expressões sensoriais/emocionais.

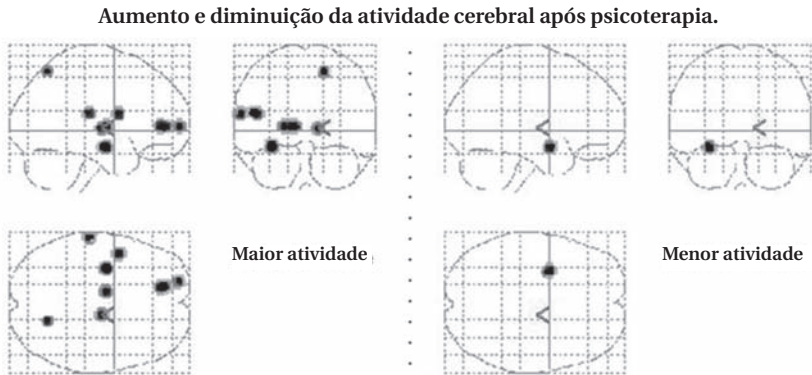


Figura 10.14 – Aumento da atividade do córtex pré-frontal esquerdo, do hipocampo esquerdo, do tálamo e dos lobos parietais e decréscimo da atividade da amígdala após psicoterapia.

das informações sensoriais e da memória, assim como no processo de controle emocional/comportamental.

Em convergência com os estudos que mostraram maior atividade da amígdala correlacionada à gravidade dos sintomas de TEPT, nosso estudo mostrou atenuação da atividade da amígdala associada à remissão de sintomas de TEPT parcial. A exposição terapêuticamente orientada favoreceu a reconstrução cognitiva e a atenuação da resposta emocional, e não a reconsolidação da memória traumática (ver Cap. 7).

As correlações estatísticas entre os sintomas de TEPT parcial e as contagens do fluxo sanguíneo mostraram que a melhora nos sintomas dos participantes submetidos à psicoterapia esteve relacionada a níveis mais elevados de atividade do córtex pré-frontal esquerdo, assim como à atenuação da atividade da amígdala. Os escores narrativos mais elevados para as memórias traumáticas pós-psicoterapia estiveram também correlacionados à atividade mais elevada do córtex pré-frontal esquerdo, fortalecendo a evidência da participação desse circuito na construção de narrativas resilientes. A recuperação da memória de eventos traumáticos foi emocionalmente menos intensa com um padrão narrativo mais estruturado, distintamente do primeiro SPECT pré-psicoterapia (Fig. 10.14).

Os exames iniciais, tanto do grupo submetido à psicoterapia como do grupo-controle, foram similares. Os resgates das memórias traumáticas pós-psicoterapia apresentaram ativação significativa do hipocampo esquerdo, e as memórias correspondentes foram sensorialmente menos intensas e cognitivamente mais organizadas (Fig. 10.14). Os efeitos terapêuticos podem estar relacionados à extinção, que estabelece uma nova hierarquia de respostas num

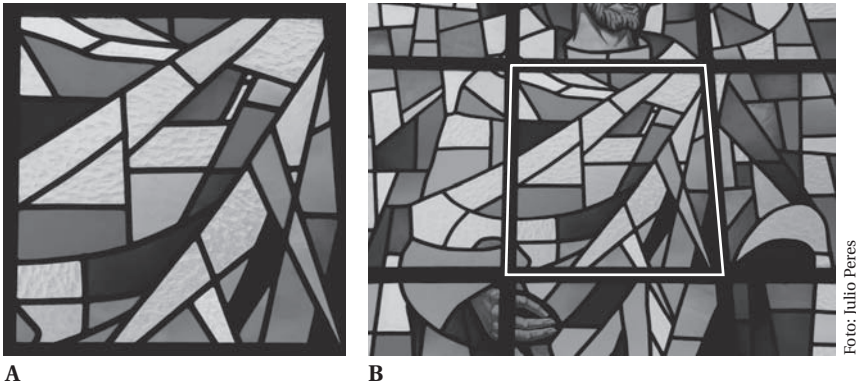


Figura 10.15 – (A e B) Integrar traços mnêmicos sensoriais e emocionais das memórias traumáticas em narrativas terapêuticas estruturadas é um dos desafios principais para as psicoterapias aplicadas às vítimas de traumas.

processo ativo de aprendizado, conforme explicado no Capítulo 7. Algumas funções integrativas parecem ser mais eficientes com a ativação do hipocampo. A ativação parietal pós-psicoterapia pode estar também envolvida no processamento mais preciso das informações espaciais e temporais relacionadas ao evento traumático.

Em linha com observações clínicas anteriores, nosso estudo evidencia que a expressão psicopatológica do trauma não é estática, e as memórias traumáticas podem modificar em sua manifestação com o passar do tempo. Retratamos, pela neuroimagem, os circuitos neurais que refletiram as mudanças das memórias traumáticas influenciadas pela reestruturação cognitiva dos participantes em relação às suas experiências dolorosas. A Terapia de Exposição e Reestruturação Cognitiva pôde influenciar o desenvolvimento de um padrão mais narrativo, que se sobrepõe aos substratos neurais da memória declarativa (hipocampo/pré-frontal-dependente) além da melhora geral dos sintomas.

Fico muito satisfeito com os frutos positivos que esse estudo gerou e tem gerado para as pessoas traumatizadas e os profissionais brasileiros e estrangeiros da área. Recebo continuamente *e-mails* elogiosos de colegas americanos, australianos, europeus, sul-americanos dedicados à psicoterapia de indivíduos traumatizados, assim como à pesquisa do TEPT. Felizmente, o desenho experimental que formulamos e desenvolvemos no Brasil tem inspirado outros estudos similares no mundo. Tenho colaborado com a orientação de vários outros estudos, como o de colegas holandeses que, oito meses após a nossa publicação, publicaram um estudo similar com outra amostra de pacientes traumatizados no mesmo periódico *Psychological*

Medicine. Considero as iniciativas de investigadores clínicos com bagagem neurocientífica fundamentais para a evolução do conhecimento sobre o trauma e os caminhos para superação psicológica.

Policiais sob Ataque: um Estudo com Ressonância Magnética Funcional

Os efeitos da violência, particularmente nas áreas urbanas, como mortes e lesões corporais, têm sido considerados um problema de saúde pública, com a magnitude de segunda causa de morte da população em geral. Conforme já mostrado, a vivência de situações traumáticas ou exposição prolongada a eventos estressores, que põem em risco a vida, podem influenciar comportamentos desadaptativos. A Polícia Militar é responsável pelo policiamento, pelo patrulhamento, pela preservação e restauração da ordem pública, pela segurança no trânsito urbano e rodoviário e pelo apoio à Defesa Civil, entre outras funções. Assim, a profissão do policial está particularmente associada a situações estressoras no trabalho, com riscos contínuos de morte. Por essa, entre outras razões, o estudo sobre traumas psicológicos na corporação militar é de extremo interesse e importância.

Assim fizemos. Estudamos também os policiais com traumas psicológicos decorrentes dos ataques da organização criminosa autodenominada Primeiro Comando da Capital (PCC), no período de 12 a 23 de maio de 2006. Esse estudo, assim como qualquer outro nessa mesma linha de pesquisa (neuroimagem funcional e psicoterapia), envolveu a cooperação de vários grupos, incluindo a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, a Universidade Federal de São Paulo e o Centro de Assistência Social e Jurídica (CASJ) da Polícia Militar do Estado de São Paulo.

Não houve precedente na história de São Paulo quanto aos números de mortos e policiais psicologicamente traumatizados. Noventa e quatro policiais envolvidos na primeira e mais grave onda de ataques do PCC foram entrevistados pelo CASJ, e aqueles que preencheram os critérios de TEPT participaram do segundo estudo brasileiro com neuroimagem e psicoterapia. Uma vez que todos os policiais vivenciaram o mesmo evento estressor, coube o uso do mesmo paradigma sonoro para evocação da memória traumática – gravação real de policiais sob tiroteio – assim como a utilização da fMRI (Fig. 10.16) com suas vantagens (aquisição não invasiva e melhor resolução espacial) otimizadas.

Esse estudo teve algumas particularidades interessantes. Todos os policiais passaram pelo mesmo evento e não manifestavam nenhum transtorno ou comorbidade anteriores ao TEPT. Encontrar

Figura 10.16 – Ressonância nuclear magnética Philips de 1,5 Tesla utilizada no estudo.



978-85-7241-811-9

uma amostra “limpa” (ver a seguir) de comorbidades e homogênea em relação ao evento traumático é uma tarefa muito difícil para todos os centros mundiais de investigação neurofuncional do trauma.

Amostra do Estudo

- Grupo 1: 12 policiais militares com TEPT (psicoterapia)
- Grupo 2: 12 policiais militares com TEPT (lista de espera)
- Grupo 3: 12 policiais militares saudáveis
 - Todos envolvidos nos ataques da organização criminosa no período de 12 a 23 de maio de 2006.
 - Destros, sexo masculino, entre 25 e 35 anos e com mesma idade das memórias traumáticas.
 - Triados pelo Centro de Assistência Social e Jurídica (CASJ).
 - Sem uso de medicamentos psicotrópicos, sem histórico de doenças neurológicas, transtornos psiquiátricos e comorbidades.
 - Excluídos indivíduos com metais/implantes no corpo, trauma encefálico ou claustrofóbicos.
 - Sintomas prevalentes: memórias traumáticas recorrentes e hipervigilância e resposta de alerta. Nenhum voluntário apresentou sintomas dissociativos.

Utilizamos alguns marcadores biológicos confiáveis para monitoramento da resposta autonômica de hipervigilância: a frequência cardíaca ao longo da fMRI de 5 em 5s e o cortisol (hormônio relacionado ao estresse, coletado na saliva pelo método Salivette-Sarstedt)

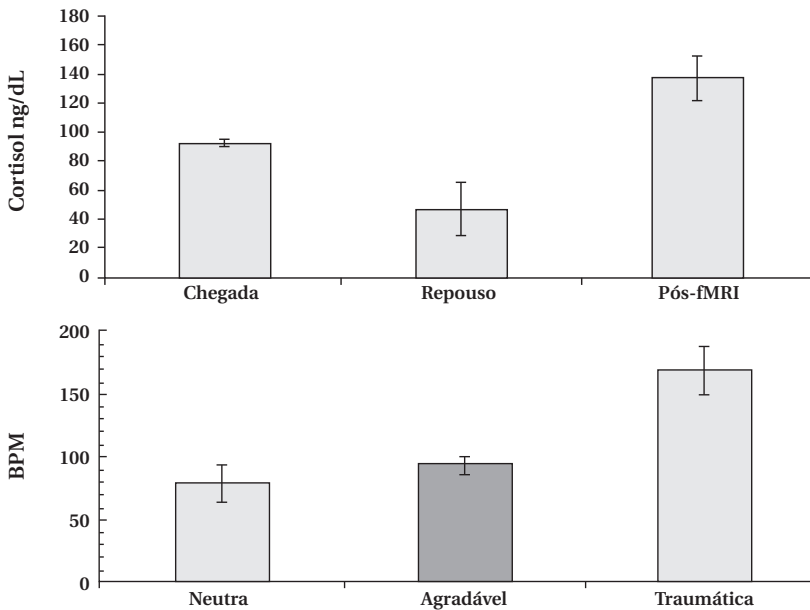


Figura 10.17 – Os resultados referentes à expressão do cortisol e a frequência cardíaca mostram que os voluntários de fato lembraram do evento traumático durante os exames de neuroimagem funcional (fMRI).

no momento de chegada ao centro de diagnóstico; após 30 minutos de repouso; após 15 minutos do término dos exames fMRI.

Os policiais foram examinados antes e depois da psicoterapia em grupo, também baseada na exposição e reestruturação cognitiva, e foram encontrados resultados similares ao primeiro estudo. Maior ativação do córtex pré-frontal e atenuação da atividade da amígdala foram encontradas nos exames pós-psicoterapia. Esses circuitos estiveram correlacionados significativamente à melhora dos sintomas, assim como aos melhores escores narrativos da memória traumática.

Porque vários policiais passaram pelo mesmo evento, mas não caracterizaram o TEPT, foi possível trabalhar com um terceiro grupo-controle – policiais saudáveis – para estudar também os circuitos neurais subjacentes à resiliência. Comparou-se esse grupo com o grupo de policiais inicialmente com TEPT e que não mais apresentaram sintomas após a psicoterapia. Assim, conseguiu-se identificar quais os circuitos implicados no processamento resiliente. Novamente observou-se a importante participação do córtex pré-frontal (envolvido na classificação e categorização de eventos). A resiliência esteve relacionada ao aqui exposto sobre o processamento cognitivo do evento estressor, de maneira a construir uma aliança de aprendi-

Memória traumática de policiais com TEPT antes da psicoterapia
(Grupo 1) e em lista de espera (Grupo 2)

978-85-7241-811-9

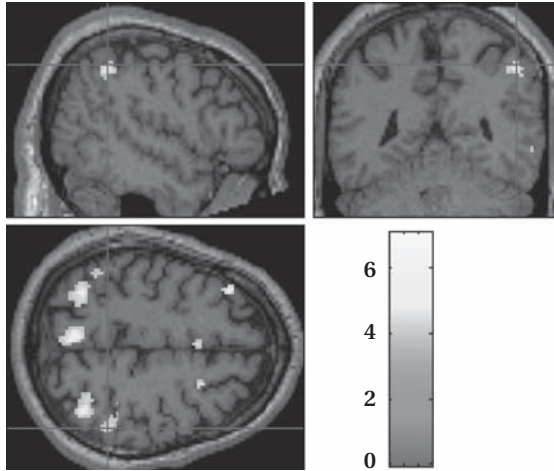


Figura 10.18 – A memória traumática mostrou ativação posterior (correlacionada à expressão sensorial) sem atividade nas regiões corticais superiores (córtices frontal e pré-frontal), assim como escores narrativos reduzidos, confirmando a natureza fragmentada da experiência sensorial e emocional do trauma.

Memória neutra de policiais dos Grupos 1, 2 e 3

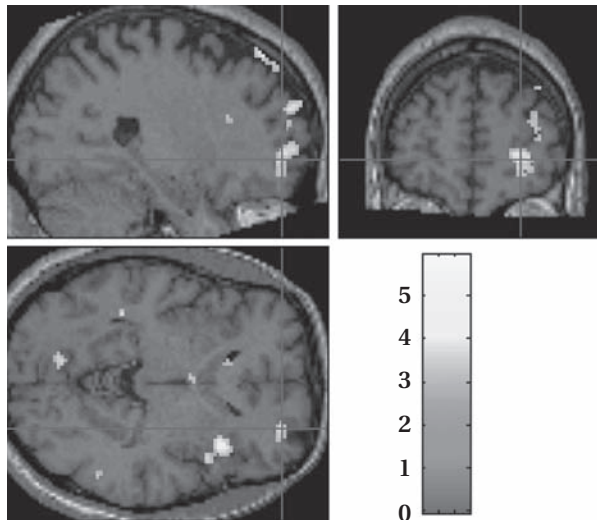


Figura 10.19 – A memória neutra mostrou atividade nas regiões corticais superiores (córtices frontal e pré-frontal) sem atividade nas regiões correlacionadas à expressão sensorial e emocional, evidenciando a integridade do sistema de memória declarativo, mesmo nos policiais com TEPT.

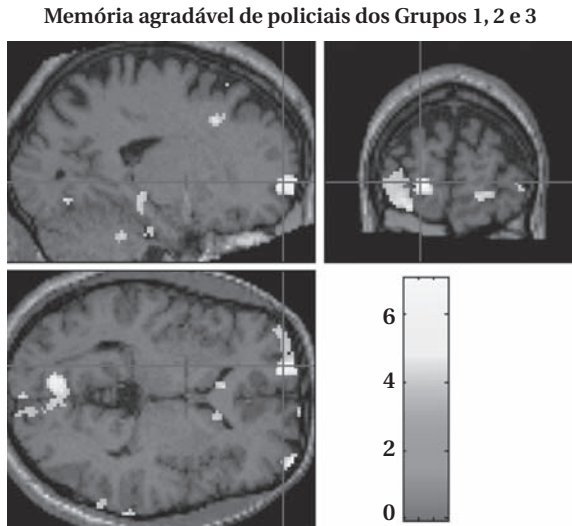


Figura 10.20 – A memória agradável mostrou ativação nas regiões corticais superiores (córtices frontal e pré-frontal) e também nas regiões correlacionadas à expressão emocional, evidenciando a integridade do sistema de memória declarativo para eventos carregados de emoção (não traumáticos), mesmo nos policiais com TEPT. O desafio da psicoterapia é justamente favorecer a integração dos traços sensoriais e emocionais (observados na primeira neuroimagem) numa narrativa que atribui significados (pré-frontal dependente).

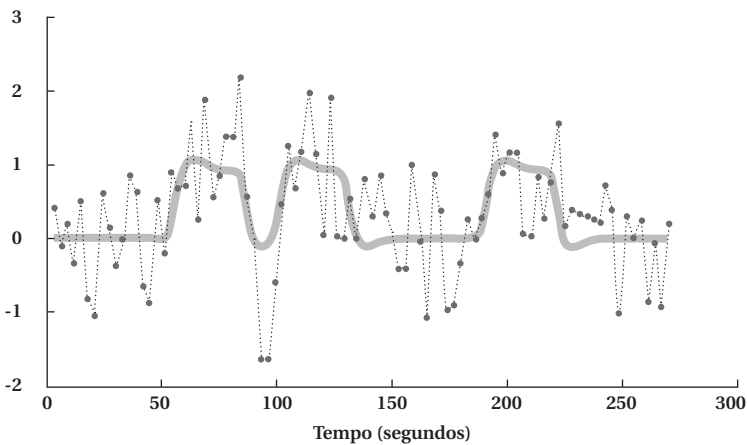


Figura 10.21 – Uma região do córtex médio pré-frontal (coordenadas $x = -20$, $y = 58$, $z = -2$) foi especialmente ativada durante as lembranças agradável e traumática pelos policiais sem sintomas de TEPT depois da psicoterapia (Grupo 1) e pelos policiais saudáveis (Grupo 3), evidenciando que essa área esteve associada à resiliência.

zado e superação. Foi interessante observar terem sido a religiosidade e a espiritualidade fatores preditivos de resiliência.

Observou-se preliminarmente que as regiões superiores, subjacentes às habilidades cognitivas de classificação e categorização das experiências, foram ativadas após a psicoterapia. Isso reforça a nossa hipótese anterior de que as conectividades das regiões pré-frontais são sugestivas de seu papel na integração das informações sensoriais e da memória, assim como no processo de controle comportamental⁷. Mostrou-se que os policiais com TEPT mantiveram a preservação funcional do sistema declarativo de memória, fortalecendo nossa hipótese sobre a importância de ativar memórias autobiográficas emocionais positivas para “abertura” do processamento pré-frontal, uma vez que os sistemas múltiplos de memória fazem interface em várias ocasiões.

Esse estudo esclareceu, pela primeira vez, alguns achados pertinentes aos circuitos neurais envolvidos no processamento resiliente do trauma e, felizmente, outra vez, pudemos deixar uma contribuição valiosa à comunidade científica internacional.

978-85-7241-811-9

⁷ Ver o estudo Peres e colegas (2007).

Exemplos de Superação

A mudança de sua atitude pode mudar o fato.

AMY TAN

Conforme prometi no Capítulo 4, agora que já temos um conhecimento mais amplo a respeito das contribuições das neurociências, resiliência e intervenções terapêuticas, enfatizo exemplos de superação para que indivíduos traumatizados possam, por meio da vivência de outros, sensibilizar a sua própria experiência de superação e crescimento pessoal. Por razões didáticas, abordarei primeiramente quatro tipos de eventos que figuram entre os principais capazes de desencadear o trauma: abuso sexual, perda de ente querido, assalto e acidente. Em seguida, trarei outros depoimentos breves de alguns pacientes.

Assim como Fiodor Dostoievski, acredito que “*a beleza salvará o mundo*” e, por isso, inseri algumas imagens inspiradoras de flores, que nascem e florescem em solo fértil. Metaforicamente, precisamos também preparar o solo fértil da confiança no melhor, da esperança de que é possível superar, para que novas possibilidades de aprendizado sejam cultivadas e assim possam florescer. Seguem-se os quatro casos clínicos que escolhi como exemplos emblemáticos de superação do trauma por meio da psicoterapia.

Violência Sexual: o Abuso de Poder

Não raro, as pessoas que passaram por experiências de abuso sexual quando crianças desenvolvem involuntariamente uma constelação de sintomas



Foto: Julio Peres

dissociativos. Metaforicamente, é uma estratégia adaptativa que possibilita a sobrevivência da “presa” em relação ao “predador”. O abuso sexual infantil em geral se dá em casa, praticado por um familiar repetidas vezes, o que torna a resposta de fuga ou ataque (reação adrenérgica) menos frequente e eficaz ou até inviável, pois implicaria um confronto direto com a figura do provedor (marido da mãe, pai dos irmãos), restando então a alternativa de “anestesiá-lo” o ocorrido. A aparente mansidão decorrente do anestesiamento que grande parte das vítimas de abuso sexual manifesta esconde um sofrimento subjetivo muito intenso e, de acordo com alguns estudos, superior ao dos indivíduos que reagem de forma “adrenérgica” (ler mais sobre isso no Cap. 10).

Agora, você verá as histórias traumáticas e de superação contadas pelos próprios pacientes, que desejaram compartilhar conosco suas valiosas passagens.

978-85-7241-811-9

Exemplo de Superação

Inocência Roubada

Vivi a maior parte de minha vida adulta assombrada por um fantasma. Aventurei-me a imaginar que pudesse controlá-lo ou, simplesmente, que as coisas tinham de ser assim. Na verdade, eu era o resultado ambulante de uma infância interrompida muito precocemente, mas só acordei quando a minha história bateu na porta da frente: agora era minha sobrinha de apenas oito anos que estava sendo abusada sexualmente por meu pai. E eu tinha de fazer alguma coisa...

Toda criança constrói seu mundo em torno das figuras materna e paterna, e comigo não foi diferente. Tive uma infância comum, cercada por cuidados e pelos benefícios de pertencer a uma família de classe média alta. Contudo, o que se apresentava como uma calmaria aparente acabou se transformando no maior dos pesadelos: um núcleo familiar sombrio e pantanoso, marcado pela loucura de meu pai e a anuência velada de minha mãe.

Fui molestada sexualmente dos 10 aos 14 anos e, embora esse acontecimento tenha ficado restrito a um período de minha infância e adolescência, durante muito tempo eu carreguei comigo uma profunda ferida emocional, não cicatrizada, que despertava um sofrimento insuportável só de ser mencionada. Algumas sequelas foram imediatas: medo de dormir de luz apagada, vestir vários pijamas ao mesmo tempo, andar de pernas excessivamente fechadas. No dia a dia, muitos classificavam a minha conduta como “estranha”. Mais tarde, já adulta, outros problemas surgiram: distúrbios ginecológicos, sangramento uterino, gestação difícil, tudo isso como “pretexto” para evitar o contato sexual, algo muito comum para a maioria das pessoas, mas que para mim vinha associado à crueldade do incesto, a pior sensação que um ser humano pode experimentar.

A minha primeira reação foi de negação, afinal, como explicam os especialistas, o fato de a figura do agressor ser a mesma do provedor gera uma confusão de sentimentos difícil de administrar: amor e ódio, compaixão e vingança, admiração e repulsa. Assim, construí uma cerca em volta da minha dor, como se pudesse me manter a salvo de seus tentáculos, sem saber que eles poderiam escapar pelas frestas e minar o meu ser.

Negação, medo e vergonha me deram como alternativa de sobrevivência um estado de anestesia e insensibilidade, criado por mim mesma como se estivesse um pouco morta. Ao mesmo tempo, meu pai converteu-se a católico praticante, chegando a dar testemunhos de sua fé em grupos de oração, o que me fez acreditar que seria possível deixar o passado para trás.

Hoje sei que tudo não passava de uma breve pausa no círculo vicioso e sombrio no qual minha família vivia mergulhada, mas naquele momento acreditei que desfazer meu próprio rastro era a melhor forma de tentar esquecer o horror e continuar vivendo.

O tempo passou e eu procurava de todas as formas conquistar a independência financeira para finalmente sair daquela casa que tantas lembranças tristes me trazia. Casei-me aos 21 anos com o homem mais compreensivo e carinhoso que já conheci. A confiança que me transmitia foi decisiva para que eu seguisse em frente. Tivemos uma filha, hoje com 23 anos, e mais tarde adotamos outras duas crianças gêmeas.

Tornei-me terapeuta de casais e famílias, um tema que sempre me interessou muito, além de ser uma forma de revisitar e contribuir para tentar resolver as “doenças” da dinâmica familiar.

Apesar de isso me trazer uma enorme compensação, não foi suficiente para exorcizar o fantasma do trauma e trazer de volta minha saúde física, mental e emocional até que...

O Raio Caiu pela Segunda Vez no Mesmo Lugar

Muitas e muitas vezes pensava em quantas mulheres cheias de potencial e com uma vida inteira pela frente sabotavam todas as possibilidades de relacionar-se com um parceiro, realizar-se profissionalmente e cumprir um destino feliz por causa do trauma gerado pelo abuso sexual.

A sentença do “quem cala consente” me atormentava profundamente, mas, ainda assim, pelas razões que já descrevi, optei por omitir, sublimar, camuflar o centro e a origem dos sofrimentos, disfunções, mal-entendidos e doenças em que minha vida se transformara. Lembro-me de ter contado meu segredo apenas para um padre, em confissão, e anos mais tarde para minha irmã mais nova, que adoeceu e teve dificuldades de se recuperar de um baque tão intenso.

Sou a mais velha de cinco irmãos, e sempre fomos muito unidos, até porque lá no fundo eu sabia que tinha de protegê-los de algo terrível que permanecia oculto sob a imagem de uma família acolhedora e perfeita. Talvez, por isso, a descoberta do que vinha acontecendo com minha sobrinha, filha de um dos meus irmãos, que costumava passar os dias na casa de meus pais, tenha sido tão devastadora, a ponto de me fazer pôr o dedo em uma profunda ferida.

978-85-7241-811-9



Foto: Julio Peres

Além de uma enorme culpa em relação ao que aquela criança estava passando – afinal se eu tivesse trazido à tona o crime de abuso sexual cometido por meu pai, provavelmente isso não teria se repetido –, fui tomada por uma sensação de revivescência insuportável, como se a mesma menina assustada e covardemente violada que eu fora no passado, tentando se defender com um monte de pijamas sobre o corpo, estivesse de volta. Na terapia, compreendi exatamente o problema: embora adulta, eu jamais deixara de ser aquela criança encolhida diante da figura de um pai todo-poderoso, capaz de fazer uso de sua autoridade e experiência para satisfazer os instintos mais primitivos.

O choque foi tão intenso que eu resolvi sair do casulo; mobilizei todos os meus recursos afetivos, emocionais e racionais na tentativa de ajudar minha sobrinha. Despi-me de todo o medo e a vergonha que poderiam me calar, pedi o auxílio de profissionais em quem confiava, esperneei, abri as gavetas, contei minha história, enfim, travei todas as batalhas até conseguir expor completamente a sujeira varrida para debaixo do tapete. E tive minha maior decepção justamente aí: embora não quisesse acreditar, todas as evidências indicavam que minha mãe havia sido conivente tanto no meu caso quanto no de minha sobrinha.

Nesse processo vieram à tona os requintes de sadismo que uma mente perturbada como a de meu pai utilizava para conseguir os seus objetivos. Até mesmo a técnica de hipnose, da qual ele fazia uso como dentista para tratar de seus pacientes em consultório, ele havia utilizado para abusar de duas crianças totalmente indefesas. Além de se tratar de um evidente caso de pedofilia, meu pai também foi diagnosticado com um elevado grau de psicopatia durante o tratamento psiquiátrico ao qual foi submetido após a descoberta de toda a verdade pela família.

Tenho consciência de que ajudei a salvar minha sobrinha, que também precisou de acompanhamento psicológico, mas não posso esquecer que ela também me salvou, pois a sua trágica experiência trouxe maior credibilidade à minha história, não permitindo que meus pais me fizessem passar por louca.

Ainda assim, toda essa mobilização foi demais para mim. Reviver o passado de uma forma tão repentina derrubou-me no chão, como se uma enorme placa de concreto tivesse caído sobre mim, esmagando toda a força e energia que durante anos procurei preservar mantendo minha história em segredo.

O bloqueio à realidade, aquele que me protegia da profundidade da minha dor, estava rompido e acabei entrando em um estado de depressão profunda, o mais forte que experimentara até então. Foi quando decidi procurar ajuda especializada no tratamento de traumas psicológicos e...

Finalmente, a Luz se Fez

Quando começaram as sessões de psicoterapia, eu já estava tomando antidepressivos, mas com pouco resultado. Não conseguia sequer tocar no assunto do abuso sexual, pois isso me desequilibrava, fazendo com que chorasse ininterruptamente.

Mas o trabalho seguiu seu curso por caminhos que eu nunca havia experimentado e os resultados surpreenderam. Aos poucos, fui percebendo o quanto sabotava minha vida pessoal e profissional, um reflexo da baixa autoestima inculcada por meu pai ao longo dos anos, como mais uma de suas estratégias para me manter sob o seu jugo.

Identificados os meus pontos mais frágeis, a psicoterapia iniciou um trabalho de revisitar o passado várias e várias vezes até que eu me sentisse à vontade para “conversar” com a minha história, reconstruindo-a pelo lado positivo.

978-85-7241-811-9



Foto: Julio Peres

Figura 11.3 – O mito da flor de lótus, bastante conhecido entre tibetanos e hindus, expressa uma metáfora que se pode aplicar ao processo de superação do trauma. A água parada e a sujeira nela contida são os alimentos necessários ao desenvolvimento da flor de lótus, alva e cristalina. Isto é, se aproveitarmos as dificuldades diárias como alimentos para nosso desenvolvimento espiritual, poderemos florescer nossas essências mais límpidas e belas, transformando assim as dificuldades em nutrientes para crescimento e fortalecimento pessoal.

Nesse processo, questionava a mim mesma: Como isso é possível? Extrair algo de bom de uma experiência que havia me trazido tanto sofrimento?

De fato, enxergar a situação traumática por um outro prisma, enfatizando os aprendizados decorrentes, foi decisivo no meu caminho de superação. Com a ajuda do terapeuta, sintonizei todos os canais que poderiam contribuir para me trazer bem-estar e o resgate da autoestima. Por exemplo, o quanto fui determinada no papel de esposa e mãe, fazendo de tudo para manter saudável e feliz a família que formei – bem longe do modelo doentio do qual havia partido –; a capacidade que desenvolvi de identificar a origem do sofrimento nas famílias que atendia; a extrema empatia com as crianças e a habilidade na solução de seus conflitos, como se em muitos momentos conseguisse realmente “falar a sua língua”. Difícil de acreditar, mas, além de todas as sequelas que amargara vida afora, todos esses ganhos eu também devia às experiências difíceis pelas quais passei.

E, à medida que eu reconstruía a minha história pelo foco positivo, fui me demarcando os modelos nocivos da família no tempo e no espaço, diminuindo a dimensão que aquela criança ferida e insegura ocupava na minha vida adulta, chegando até mesmo a reconhecer em mim qualidades herdadas de meu pai, como a determinação profissional.

Após cerca de cinco meses de terapia, os resultados já eram visíveis. Consegui perder com facilidade o excesso de peso que havia anos me incomodava, passei a buscar e valorizar os momentos de prazer que a vida pode oferecer, como estar com a família em uma viagem de férias ou o simples ato de massagear a pele com um creme hidratante. Se, por um lado, acabei afastando-me do convívio com meus pais, por outro, os laços fraternais com os irmãos tornaram-se ainda mais fortes, um tipo de relação que faço questão de cultivar. O sexo, por sua vez, deixou de ter aquela conotação traumática e tornou-se um aprendizado diário para o qual eu me disponho da forma mais serena e harmônica possível. No campo profissional, cheguei a aceitar um convite para uma apresentação importante em público, um desafio que até então não me sentia segura o suficiente para enfrentar.

Espero, sinceramente, que este depoimento também sirva de alerta para muitas famílias. Por favor, prestem mais atenção às suas crianças, pois elas sempre nos dão sinais daquilo que estão passando. Para aqueles que, como eu, sofreram abuso sexual, não há como negar a dor dessa experiência. Mas não podemos fazer dela um pretexto para apagar da memória as lembranças positivas e as conquistas que também fazem parte da nossa história. Pensar nelas sempre que a dor aperta é um grande alívio.

Na escuridão, não podemos esquecer de acender a luz.

Meu Comentário como Terapeuta

Superação do Trauma Psicológico a Partir da Valorização do que se Tem e não Daquilo que Falta

A paciente vítima de abuso sexual na infância procurou o consultório apresentando sintomas de depressão, uma possível comorbidade do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT): insônia, melancolia, desmotivação, insegurança em relação à vida, além de comportamentos inconscientes de autossabotagem, especialmente em relação à autoimagem, como sobrepeso.

Em geral, a visão que apresentava de si mesma revelava um alto grau de depreciação. Isso ficou bastante evidente logo no início do processo, quando a paciente demonstrou grande dificuldade em enumerar as próprias qualidades. De fato, os bloqueios, insatisfações e características negativas acabaram sendo o foco de sua atenção nessa primeira fase da terapia.

É importante ressaltar que se trata de um comportamento frequente em pacientes com o mesmo histórico traumático, os quais costumam focar suas deficiências, enfatizando sempre aquilo que falta alcançar, deixando de lado ou não conseguindo reconhecer as conquistas já realizadas. Nesses casos, o processo terapêutico emprega a estratégia do *integrar* (do latim *integrare* – tornar inteiro), a qual consiste em resgatar e fortalecer os valores positivos, capacidades e talentos do indivíduo. Assim, a paciente foi orientada a lembrar das situações de enfrentamento e superação que pautaram toda a sua infância até a idade atual, não apenas no campo pessoal, mas também no profissional. E, à medida que voltava sua atenção para esses valores e qualidades, a sua autoimagem se fortalecia, bem como a sua capacidade de enfrentamento dos temores.

978-85-7241-811-9

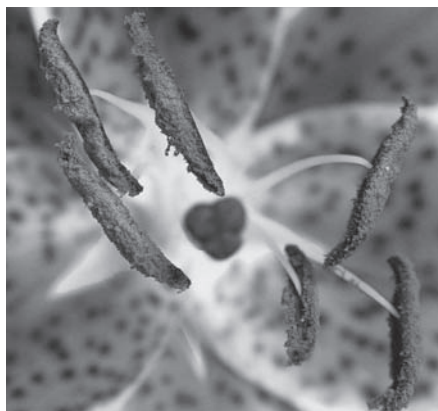


Foto: Julio Peres

Estabelecer uma “aliança positiva” com a dificuldade também foi fundamental para modificar a sua relação com o trauma. A paciente foi, aos poucos, conscientizando-se de que o sofrimento pode ser benéfico para o desenvolvimento pessoal quando a aliança construída com ele é positiva, ou seja, à proporção que se absorve gradualmente o aprendizado trazido pela dificuldade vivenciada, ela arrefece progressivamente.

Uma das consequências mais evidentes dessa mudança de foco foi a perda de peso. Até então, a paciente já havia experimentado vários tipos de dieta e não conseguira emagrecer, um quadro evidente de autossabotagem. Ao longo da terapia, ao abrir espaço para novos diálogos internos de enfrentamento, a paciente voltou a fazer dieta e o emagrecimento foi uma resposta natural.

O repertório de situações prazerosas também foi ampliado consideravelmente, uma vez que o trauma vivenciado agia como uma espécie de sombra, dificultando esse tipo de percepção da vida. O toque do próprio corpo, que por associação ao evento estressor abuso sexual havia sido bloqueado, foi resgatado por meio dos gestos mais corriqueiros, como o ato de passar creme sobre a pele; viajar com a família para uma cidade praiana e desfrutar do contato com a natureza foi outra conquista da paciente, que referiu esse episódio como uma experiência inédita em sua vida e altamente benéfica. No trabalho, desenvolveu maior capacidade de lidar com desafios e enfrentar os próprios limites, mesmo a sua dificuldade de falar em público.

Ao final do processo terapêutico, após cinco meses de trabalho, a paciente havia superado o medo e a insegurança em relação à figura do pai, permitindo-se experimentar situações prazerosas, relacionando-se com o próprio corpo sem bloqueios e passando a lidar com a esfera sexual de maneira mais saudável.

978-85-7241-811-9

Tabela 11.1

Instrumentos	Pré-psicoterapia	Pós-psicoterapia	<i>Follow-up</i>	
			6 meses	12 meses
BAI	18	12	11	12
BDI	35	8	8	8
IES	42	20	17	15
CAPS	44	19	18	18

BAI = Inventário de Ansiedade Beck; BDI = Inventário de Depressão Beck; CAPS = Clinician Administered PTSD Scale; IES = Escala de Impacto do Evento; avalia os sintomas de TEPT). Depois da psicoterapia os sintomas de TEPT (CAPS = 44 a 19) diminuíram significativamente e assim continuaram (CAPS = 18, depois de 6 meses e 18, depois de um ano da psicoterapia). A depressão diminuiu especialmente (a pontuação BDI 35 indica depressão grave e a 8, ausente). A valoração de quanto o evento foi traumático (IES) também diminuiu significativamente e esses escores se mantiveram estáveis.

De Repente, o Acidente

Como mencionado, temos referenciais em nossas memórias para gerar previsões que são confirmadas pelas “respostas” fornecidas pelo mundo à nossa volta. As ocorrências chamadas de acidentes, por sua vez, possuem como característica principal o inesperado. Por exemplo, quando estamos caminhando, *sabemos* que todos os objetos estáticos com os quais cruzarmos ficarão para trás. Se, por alguma razão inexplicável, isso não acontecer, e eles passarem a se deslocar para frente, entraremos em estado de alerta; afinal, teremos perdido o controle sobre o meio ambiente. Assim, quando estamos distraídos, parados dentro de um veículo e vemos os carros ao lado se deslocarem para frente, rapidamente pisamos no freio, como se estivéssemos “descontroladamente” indo para trás.

Essa sensação é experimentada em proporção muito maior pelos indivíduos que sofrem um acidente traumático, porque potencializam o não controle sobre o mundo à volta, como se o evento deixasse uma marca profunda do imponderável em suas vidas. Tal marca pode ser generalizada e, embora o acidente tenha ocorrido enquanto dirigia um automóvel, o indivíduo tende a desenvolver um medo exacerbado de se aproximar de determinadas ruas, mesmo estando a pé, o que evidencia a generalização do risco do imponderável acontecer novamente.

978-85-7241-811-9



Foto: Julio Peres

Por tal razão, vítimas de acidentes traumáticos tendem a se isolar e qualquer semelhança, ainda que remota, ao evento estressor original, pode disparar uma resposta adrenérgica, do tipo luta ou fuga.

978-85-7241-811-9

Exemplo de Superação

À Margem da Minha Vida

Sempre me considerei um homem privilegiado. Um casamento estável, três filhos saudáveis e sucesso profissional faziam de minha vida uma experiência agradável e prazerosa, até que um terrível acidente de automóvel mudou tudo. Era como se eu não tivesse sido apenas jogado para fora da estrada, mas também da minha própria vida, passando a existir à margem dela, e, pior, sem a chave que pudesse abrir a porta trancada naquele momento fatídico. Eu não morreria, estava vivo e tinha de agradecer por isso, mas, lá no fundo, sentia que aquela história macabra não havia terminado. Sabe quando o monstro do filme de terror ainda se mexe depois de derrotado? Esta era a minha sensação. Havia algo estranho que se anunciava dali em diante, embora não tivesse a menor ideia do que seria...

Alguns segundos antes de sofrer o acidente de carro que me marcou de forma tão radical, se me perguntassem quem eu era, diria sem pestanejar: um homem dinâmico, motivado e empreendedor. Certamente, obtive sucesso em minha vida, como empresário e chefe de família. No entanto, uma fatalidade fez tudo mudar como em uma passe de mágica: não conseguia mais me reconhecer como ser humano; eu havia me tornado a sombra da minha sombra.

O acidente aconteceu no caminho que sempre fazia do trabalho para casa e, tal como a pior das armadilhas, não se fez anunciar. Quando perdi o controle do carro e percebi que estava capotando sem que pudesse fazer absolutamente nada, senti a segunda pior sensação de impotência que já experimentara na vida. A primeira delas ainda estava por vir, no momento seguinte, tão logo me descobri imóvel, preso nas ferragens. Via a minha perna quebrada, mas não sentia dor. Observava a gasolina escorrendo pelo asfalto e tive a certeza de que a minha morte aconteceria ali, pois a qualquer instante o carro explodiria. Tudo estava em câmera lenta! Demorou muito tempo para cada segundo passar...

As pessoas costumam dizer que, antes de morrer, assistimos ao filme de nossa própria vida, e foi justamente o que se passou comigo. Preso nas ferragens, vendo tudo de ponta cabeça e perdendo muito

sangue, pensava na minha família e dizia em voz alta: meu Deus, eu não quero morrer! Lembrei-me de momentos vividos na infância, adolescência, e esse trailer pessoal parecia confirmar que, de fato, eu estava morrendo. Os poucos minutos que antecederam ao meu desmaio duraram uma verdadeira eternidade e, como se não bastasse, acabaram se transformando em algo ainda pior...

Uma Nuvem Negra que me Acompanhava Dias e Noites

Depois de alguns dias no hospital, voltei para casa sentindo-me anestesiado, um morto-vivo, alguém que olhava, mas não via; respirava, mas não sentia; ouvia, mas não escutava...

Esse estado de choque terrível levou algumas semanas para passar e, depois disso, a depressão foi se intensificando mais e mais. Era tudo tão surreal! Olhava-me no espelho e não parecia mais com aquele empresário que havia deixado o escritório dias antes e se preparava para ter um ótimo final de noite ao lado da família.

Todos sorriam ao me ver e eu sorria de volta, exatamente como tinha aprendido na cartilha de etiqueta, mas aquilo não passava de uma encenação. Todos ficavam muito felizes em me ver, menos eu. O que estava acontecendo comigo? Apesar das diversas fraturas expostas na perna esquerda, não ficara com sequelas mais graves, contudo a minha alma adoecia cada vez mais, pouco a pouco.

Sem direito a recorrer da sentença que minha mente dera a mim mesmo, tornei-me um sujeito apático, deprimido, vivendo como

978-85-7241-811-9

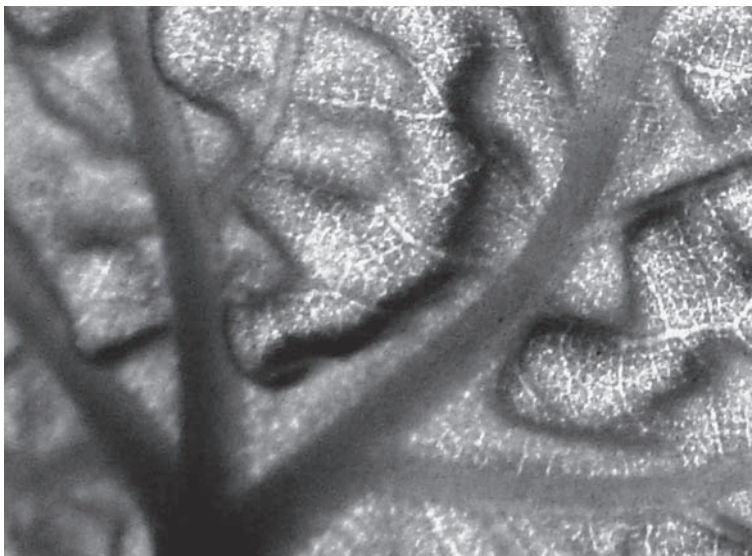


Foto: Julio Peres

um vegetal. Por mais que a família e os amigos tentassem me ajudar, eu não conseguia me livrar daquela sintonia pesada que acabou suprimindo um ano e meio da minha vida. Tinha pesadelos recorrentes; podia ouvir o carro freando, o barulho ensurdecedor do capotamento e, depois, a sensação de estar preso nas ferragens, incapaz, impotente, sem poder fazer nada, a não ser acompanhar cada segundo de sofrimento como se fosse a eternidade. Parecia um encontro marcado com o trauma todas as noites, e durante o dia lembrava seguidas vezes de tudo o que acontecera.

O período mais crítico já havia passado e, no entanto, as lembranças das sensações ruins permaneciam, como se o acidente tivesse acontecido uma semana antes.

Depois de 6 meses do acidente de carro, as coisas só pioraram; passei a desenvolver um extremo desconforto em locais sem “rota de fuga” e ficava desesperado em situações de imobilidade. Tinha muito medo de andar de carro e me sentia incapaz de voltar a dirigir. Assim, sempre que era preciso ir a algum lugar de automóvel, precisava tomar um calmante.

Cheguei a um ponto em que o trauma me envolveu totalmente e eu me abandonei. Não conseguia me interessar pela família, amigos, nem pelo trabalho. Sem outra alternativa, meus irmãos passaram a tomar conta do negócio familiar. Qualquer coisa que me lembrasse do acidente causava uma sensação muito negativa. Tinha tremores, o coração disparava, suava frio e era difícil para sair desse estado. Acho que só conseguia sair por exaustão.

Com o tempo, o quadro se agravou, e os estímulos não diretamente relacionados ao acidente também passaram a me incomodar. O medo que tinha de andar de carro se expandiu para o pavor de viajar em qualquer meio de transporte. Fui limitando cada vez mais a vida até não aguentar mais e admitir algo muito importante...

Eu Precisava Buscar Ajuda!

Ao ver na TV uma entrevista sobre o tratamento de TEPT, decidi procurar a ajuda de um psicoterapeuta especializado. Até então, só tomava antidepressivos, mas os resultados não eram satisfatórios.

O terapeuta fez várias perguntas sobre o período da infância e recordar desse tempo foi muito importante para mim. Trazer à tona o menino dinâmico, já com características empreendedoras, dotado de carisma e liderança naturais foi, aos poucos, reavivando a minha percepção de mim mesmo. O meu processo deu sinais de decolagem rapidamente, quando passei a lembrar da minha “verdadeira natureza”.



Foto: Julio Peres

Um marco do início desse processo de superação deu-se em uma sessão na qual me surpreendi sorrindo ao relatar uma travessura de moleque. Em seguida, o terapeuta perguntou qual a última vez em que havia gargalhado e, então, me dei conta de que havia muitos meses que não sorria. Decidimos em conjunto aprofundar a minha luta pelo resgate da essência perdida, revivendo mentalmente momentos positivos marcantes ocorridos não apenas na infância, mas também na adolescência e até na fase adulta antes do acidente.

O terapeuta me explicava que as memórias emocionais são as que orientam nossas percepções. E, realmente, a partir dessas boas lembranças, fui me reconstruindo, percebendo-me novamente, avançando mais e mais na minha jornada de volta à vida. Repetia com frequência: “Eu não quero e não posso mais deixar que o trauma apague quem eu sou e a minha vida”, e esse pensamento foi decisivo no meu processo de superação...

978-85-7241-811-9

Jamais Esqueça Quem Você É... um Vencedor!

Hoje, sinto-me fortalecido em minha própria essência. Quando cheguei à terapia, estava distante de mim mesmo. Era como se o acidente tivesse tomado a minha vida de mim, passando a controlá-la sem que eu pudesse modificar esse estado.

Durante a psicoterapia, pude voltar para o meu mundo, que inclui eu mesmo, minha família, os amigos e o trabalho. Também voltei a ser capaz de dirigir carros, os quais me levam para onde eu realmente quero ir.

Certamente, não me esqueci do acidente. É uma cicatriz, assim como aquelas que trago em uma das pernas, que sofreu várias fraturas expostas. Quando olho para essas marcas, muito além do machucado, percebo o quanto aprendi com o trauma pelo qual passei. No final das contas, ele comprovou que eu sou, de fato, um vencedor, pois consegui tomar nas mãos, pela segunda vez em uma só existência, as rédeas da minha vida, algo que por muitos meses acreditei estar definitivamente fora do meu alcance.

Uma outra lição importante que a experiência traumática me proporcionou é que podemos controlar apenas as variáveis que estão ao nosso alcance; as outras, devemos entregar a Deus e seguir cada um em seu caminho, fazendo a sua parte.

A propósito, este é o melhor conselho que eu posso dar a quem, por uma dessas peças que o destino prega, também passou ou está passando por algo semelhante: tomem as rédeas de suas vidas, porque nada é mais forte do que um ser humano cheio de motivação e ciente dos seus objetivos. Estamos aqui para vencer e temos de fazer jus a esta profecia. Ainda que nos sintamos incapazes disso por algum tempo após um acidente grave, saibam que temos a capacidade de enfrentar desafios e superar dificuldades, resgatando nesse processo nossa verdadeira essência interior e os valores mais preciosos.

Sigamos em frente!

978-85-7241-811-9

Meu Comentário como Terapeuta

É Possível Ter mais Qualidade de Vida após a Superação do Trauma

É importante registrar como um evento traumático pode modificar a crítica, o julgamento e a percepção do indivíduo em relação a si mesmo. Esse paciente chegou ao consultório como se vestisse “uma outra roupa de sua pessoa”. Ele próprio não se reconhecia em sua maneira de pensar, perceber o mundo e, conseqüentemente, de agir. Expressava autodepreciação na maioria de suas falas a seu respeito, abstraindo-se do indivíduo vencedor e forte que sempre fora até o episódio imponderado do acidente.

Foi solicitado, durante a anamnese, que ele trouxesse algumas fotografias a fim de revelar o *eu* que se manifestava antes do acidente. O paciente se emocionava e chorava compulsivamente ao ver as imagens, sem conseguir se reconhecer mais naquela pessoa retratada. Este fenômeno é recorrente em vítimas de trauma, especialmente quando um único episódio de grande magnitude ocorre como um divisor de águas da qualidade de vida.

De maneira inconsciente, o paciente não se percebia mais em condições de prever e controlar as circunstâncias à sua volta. O acidente, imprevisto, afetou sua crença em relação à sua força e capacidade de lidar com o mundo, generalizando a experiência traumática para suas relações no âmbito familiar, profissional e social.

Ao iluminar com a consciência o que se processava inconscientemente quanto à generalização da fragilidade e incapacidade de controlar e viver no mundo, o paciente foi, aos poucos, percebendo as marcas que o trauma imprimira e resgatando sua força interior.

O paciente passou a valorizar eventos de superação anteriores ao trauma. A possibilidade de enxergar uma luz, uma rota de superação trouxe gradativamente substratos para a revalorização e reinterpretção de si mesmo. Com isso, o impacto do evento traumático foi diminuindo gradativamente, conforme os escores da escala de impacto de evento (Tabela 11.2).

Vale observar que, a despeito dos comentários positivos de amigos, colegas, profissionais e familiares sobre o homem motivado, empreendedor e seguro que sempre foi, o paciente não conseguia enxergar e sentir isso. Na verdade, tais comentários exacerbavam ainda mais a fragilidade e a angústia de se perceber como um “outro homem”. No início do processo, chegou até mesmo a questionar se aquela “força” à qual se referiam não seria apenas uma “fachada” que escondia uma real fragilidade, a qual se revelara a partir da ocorrência do acidente.

Portanto, a compreensão das crenças que foram abaladas e construídas a partir do trauma e que se manifestavam de maneira inconsciente foi um preditivo fundamental para o paciente voltar a enxergar suas qualidades e readquirir segurança para lidar com a vida.

Esse processo de resiliência não abrangeu apenas sua volta à condição anterior, mas também possibilitou ampliar a qualidade

978-85-7241-811-9

Tabela 11.2

Instrumentos	Pré-psicoterapia	Pós-psicoterapia	Follow-up	Follow-up
			6 meses	12 meses
BAI	36	16	13	14
BDI	30	6	6	5
IES	45	21	17	17
CAPS	54	22	20	20

BAI = Inventário de Ansiedade Beck; BDI = Inventário de Depressão Beck; CAPS = Clinician Administered PTSD Scale (avalia os sintomas de TEPT); IES = Escala de Impacto do Evento. Os sintomas de ansiedade, depressão e específicos do TEPT diminuíram significativamente após psicoterapia e assim continuaram nas avaliações feitas depois de 6 meses e um ano. O evento deixou de ser tão impactante quanto era antes da psicoterapia (IES = 45 a 21).



Foto: Julio Peres

de vida com o aprendizado incorporado de superação do trauma. O paciente resgatou a condição de homem seguro, autoconfiante, motivado e, além disso, tornou-se mais cuidadoso e humilde. No passado, antes do acidente, colocava-se em situações perigosas por uma autoconfiança exagerada que ele mesmo chamou de soberba: “Nada pode me acontecer”. Após a superação do trauma, o paciente passou a demonstrar mais tranquilidade em suas iniciativas, agindo com segurança e motivação.

Assim, a reintegração à vida familiar e profissional se fez com melhor qualidade. A esposa do paciente, em consultório, relatou que ele estava muito melhor que antes do acidente, pois agora era um indivíduo seguro e com uma expressão mais serena.

Sem dúvida, trata-se de um processo terapêutico que pode ser citado como um outro excelente exemplo de superação, no qual a qualidade de vida se tornou superior àquela que havia antes do evento traumático.

978-85-7241-811-9

Assalto

A violência em centros urbanos tem-se exacerbado por diversos fatores políticos e socioeconômicos. O Brasil é o maior consumidor



Foto: Julio Peres

de carros blindados do mundo, e a violência em nosso país é particularmente diferente da violência em outros países em desenvolvimento. As experiências traumáticas relacionadas à violência diária em centros urbanos do tipo assalto ou sequestro podem alterar o equilíbrio psicológico, biológico e social de um indivíduo. Além disso, frequentemente a lembrança específica do evento traumático sofrido pode matizar todas as outras experiências de vida. As respostas mais comuns seguidas a assalto incluem ansiedade, estado de alerta contínuo, depressão e somatizações. A experiência clínica também revela que tais eventos podem exercer uma influência significativa em isolamento social, distorções de percepção da identidade pessoal e alterações da crítica e do julgamento, quando os sintomas após o trauma se tornam crônicos.

Os psicoterapeutas têm recebido um número progressivo de pacientes com queixas associadas ao estresse resultante do caos nas metrópoles. A porcentagem dessas queixas, em relação às demais, tem aumentado sensivelmente nas últimas décadas.

Entre as principais sequelas psicológicas causadas pelo impacto de experiências violentas está a memória sensorial exacerbada no nível visual (o olhar do marginal, o revólver apontado etc.). Esses *flashbacks* costumam se manifestar de forma intrusiva, ou seja, contra a vontade do indivíduo.

Exemplo de Superação

Refém de Mim...

978-85-7241-811-9

Poucas vezes temos a exata noção do quanto valem alguns minutos na vida. Eles podem mudar tudo, para melhor ou, infelizmente, para pior. Descobri isso de uma forma traumática, ao ser assaltada em plena rua enquanto levava minha filha para a escola. Naquele pequeno espaço de tempo em que ficamos reféns de uma arma, achei que, de fato, minha vida e a de minha filha haviam chegado ao fim. Nada disso aconteceu, mas o desespero foi tão intenso que perdi completamente a sensação de segurança. E, no afã de evitar o pior a qualquer custo, construí uma redoma em volta do meu mundo particular e familiar; o ladrão que me assaltara estava solto, enquanto eu permanecia presa em mim mesma...

Os filhos são a riqueza mais preciosa que um ser humano pode ter na vida. Por isso, a possibilidade de perder alguém tão querido é verdadeiramente insuportável. Esse pesadelo chegou até mim sem aviso prévio, em um dia como outro qualquer, enquanto acompanhava minha filha em direção à escola onde ela estudava. A situação de ter uma arma apontada para nós duas na iminência de ser disparada por um assaltante drogado foi demais para mim; uma sensação de pânico visceral tomou conta do meu ser, deixando lembranças difíceis de apagar.

No momento do assalto, como todas as pessoas tomadas de surpresa e indefesas, fiquei extremamente assustada. Mas esse sentimento assumiu proporções descomunais quando percebi que o ladrão poderia machucar minha filha. Ao ver a arma apontada em sua direção, entrei em desespero e comecei a gritar e chorar. Diante dessa reação, ele tornou-se ainda mais agressivo e ameaçou matá-la caso eu não ficasse quieta. A cena acabou chamando a atenção de todos, e o ladrão fugiu. Foram apenas alguns minutos à mercê daquele homem com olhos vermelhos, vidrados e de expressão assustadora, mas suficientes para contaminar minha vida com o vírus do pavor constante.

Desde então, o chão sob meus pés desapareceu e passei a viver em um terreno movediço, afundando cada vez mais até chegar ao fundo do poço, onde encontrei um monstro ainda pior do que aquele que me atacara. Na verdade, o maior perigo não estava nas esquinas e sim dentro da minha própria mente...

Dominada pelo Terror do Imaginário

Em casa, na companhia dos familiares e pessoas queridas, não conseguia me distrair com nada. Tentava ler alguma coisa, mas minha atenção estava prejudicada pelo medo que transbordava em minha mente. Se por acaso ouvisse alguma notícia relacionada a assalto, tinha uma crise nervosa; às vezes, assistindo ao noticiário na TV, ficava alerta, achando que algum caso de violência urbana seria veiculado a qualquer momento.

Com o passar do tempo, meu quadro se agravou ainda mais. Tinha muitas crises de choro e não dormia, trocando a noite pelo dia. Por mais que tentasse reassumir minha vida e as atividades como profissional, mãe e esposa, uma força maior me mantinha encoberta no escuro. Tinha pensamentos incontroláveis, e as memórias dos olhos, do rosto do ladrão e do revólver preto tornaram-se incessantes. Acabei me distanciando de tudo e, mesmo assim, continuava extremamente preocupada, insegura, sempre com receio de que eu e minha família pudéssemos novamente ser vítimas de um assalto.

Refém do terror de minha própria imaginação, cheguei ao ponto de monitorar a vida de meu marido e de minhas duas filhas, procurando de todas as formas antecipar seus passos e salvá-los de algo ou alguém que pudesse estar à espreita. Não consegui me desvencilhar desses devaneios de extremo medo por longos 11 meses; as pessoas mais próximas a mim já não aguentavam mais e, na tentativa de mudar o foco de minha atenção, decidi procurar o apoio terapêutico...

978-85-7241-811-9

Ajuda Providencial

Foi muito importante para mim saber que eu não era “louca”. Esta foi a primeira constatação positiva a que consegui chegar graças à psicoterapia. O terapeuta me mostrou que tudo aquilo que eu vivenciava também era experimentado por muitas outras pessoas após a ocorrência de um evento traumático. Isso foi aliviante para mim, porque me senti compreendida e, além disso, descobri que não estava sozinha nos limites da minha casa, do meu quarto e dos medos e sensações que insistiam em me fazer companhia; outros já haviam passado por isso e conseguido sair daquela prisão sem muros. Nesse momento, entendi que, por mais difícil que fosse a jornada de volta a mim mesma, “o meu caso tinha jeito”.

No começo, não conseguia sequer tocar no assunto do trauma; a simples menção ao fato já era suficiente para trazer de volta a mesma sensação de desespero que enfrentei diante do ladrão armado. Precisava de alguém que se dispusesse a me guiar através desse mundo escuro e aterrador, e foi o que o terapeuta fez, sempre de



Foto: Julio Peres

forma muito sutil e habilidosa, passo a passo. Com sua ajuda preciosa, comecei a nomear meus sentimentos e percepções e, à medida que as sessões avançavam, fui lembrando de passagens importantes e positivas de minha vida; isso foi muito importante porque, até então, só conseguia pensar no medo de que algo terrível pudesse acontecer a mim e aos meus familiares.

Assim, recordar que já havia conseguido superar várias situações difíceis antes do assalto foi vital no meu processo de superação. Desta forma, iniciei um trabalho de reconstrução da minha autoconfiança, o que, no final das contas, traduziu-se em uma certeza de que poderia voltar a ter uma vida normal. Finalmente, o breu começava a se dissipar e já era possível enxergar um sinal...

978-85-7241-811-9

Voltando a me Sentir Segura em Minha Própria Pele

Quando iniciei a terapia achava que o mundo deveria mudar, mas a minha maior angústia era saber que ele continuaria violento e com assaltantes em todos os lugares.

Hoje, essa sentença não me atormenta mais, porque compreendi que só posso me responsabilizar pelo mundo que construí, e este possui condições de ser muito melhor. Certamente, tenho atitudes normais de segurança, desconfiança e precaução em relação a assaltos e outros tipos de violência com os quais as pessoas se defrontam no dia a dia, mas me sinto tranquila, retomei a vida familiar e tenho um ótimo relacionamento com meu marido e minhas filhas.

Apreendi com o trauma que tenho forças para vencer. Nunca me fez tanto sentido a frase: “Deus dá o frio conforme o cobertor”. Ou seja, se eu pude sobreviver a isso e continuar viva, é porque reúno condições

para tanto. Tal como Frank Sinatra canta em New York, New York, “se você vencer em Nova York, você poderá vencer em qualquer lugar”; minha filha, meu marido e eu vencemos esse trauma e nos tornamos mais solidários, mais fortes e uma família mais unida. Aprendi na psicoterapia que sempre é possível extrair um aprendizado que fortalece. Por incrível que pareça, hoje minha vida e de minha família é melhor! Quando me pergunto o que mudou, tenho uma resposta simples e clara: a minha maneira de ver o mundo mudou! Passei a dar valor ao que realmente importa na vida, o convívio familiar. Trabalhava muitas horas seguidas antes do assalto sem ter a consciência do valor mais precioso para mim, a convivência com minha família.

Na verdade, percebo que sou ainda mais forte do que antes, pois superei o maior trauma de minha vida. É essa confiança que me impulsiona para frente nas relações familiares, no trabalho, nas atividades artísticas que desenvolvo e em outros lazeres para os quais o trauma não deixava espaço. É curioso pensar agora que antes da terapia eu não tinha ideia que a minha vida poderia ser tal como é hoje!

Às pessoas que se deparam com situações semelhantes, lembro que o mundo em que vivemos não é nada mais, nada menos, do que um reflexo daquele construído em nosso próprio interior; isto é, cabe a nós escolher de que forma queremos viver. O trauma fragiliza e nos faz acreditar que somos pequenos e insignificantes, mas a realidade é que merecemos ser recompensados por cada uma de nossas conquistas nessa luta de gigantes que é a vida. Por isso, temos de acreditar em nossas capacidades, celebrar cada degrau avançado e abrir espaço para novas vitórias.

O mundo lá fora é muito melhor quando estamos de bem com nós mesmos!

978-85-7241-811-9



Foto: Julio Peres

Meu Comentário como Terapeuta: A Reconquista da Liberdade de Ser e Estar

Aos 36 anos, casada e mãe de duas filhas, a paciente vítima de assalto foi diagnosticada com TEPT e comorbidade depressiva de acordo com os critérios do DSM-IV. Entre suas principais queixas, estavam: a interrupção do trabalho e das atividades diárias; o isolamento em casa; a incidência de *flashbacks*, memórias, pensamentos intrusivos do evento traumático sofrido oito meses antes de procurar a terapia.

Durante a anamnese, a paciente lidou com dificuldades ou adversidades do passado, anteriores ao trauma atual. Descreveu várias situações ocorridas na infância nas quais se sentiu vulnerável, frágil ou incapaz de agir e que, por isso, causaram sofrimento. Já na fase adulta, sentia dificuldade de argumentar, posicionar-se e defender-se diante de figuras de autoridade, como irmãos mais velhos, professores, chefes no trabalho.

Durante as sessões de exposição e reestruturação cognitiva, a paciente foi tomando consciência de um diálogo interno recorrente de autopiedade e resistência em acreditar que seria capaz de lidar com adversidades. Sobre as situações do passado, uma afirmação se destacava: “Eu me senti muito pequena, rejeitada e incapaz de fazer alguma coisa”. Ou seja, ela considerava esses episódios injustos, apresentando um sentimento de autocomiseração e, em seguida, uma raiva bastante significativa. No presente, um diálogo interno se repetia com frequência em seu discurso: “Eu não consigo fazer isso”. Então, a paciente foi percebendo como essa fala que exprimia incapacidade se repetia em várias outras situações de sua vida, e não apenas na ocasião do evento traumático.

Ainda durante a anamnese, a terapia ajudou-a a selecionar algumas memórias positivas de episódios em que se confrontou com dificuldades, enfrentou-as e superou-as: dormir em um quarto escuro, aos 11 anos; viajar sem os pais, um passeio no qual se divertiu muito com uma amiga, aos 16; defender a prima mais jovem que estava apanhando de um garoto mais velho, aos 18; interpelar o médico de seu filho sobre a falta de atenção dele, obtendo um tratamento mais dedicado, aos 29.

Essas e outras memórias de autoeficácia e superação foram naturalmente construindo uma segurança e uma autoconfiança que aumentavam à medida que essas lembranças eram fortalecidas. Dessa forma, sua autoimagem também foi se modificando aos poucos. A psicoterapia contribuiu para mostrar à paciente o quão forte ela era e é, tendo sobrevivido e superado várias adversidades,

o que não teria sido possível caso não fosse uma pessoa verdadeiramente apta a enfrentar a vida. Costumo a dizer para os meus pacientes com esse perfil: “se você está vivo agora, certamente superou adversidades!”.

Nas sessões reestruturativas, foi induzido um relaxamento físico e mental, visando ao resgate de um banco positivo de memórias, previamente reforçado durante a anamnese. O objetivo era facilitar a geração de novas interpretações que promovessem a reconstrução terapêutica da memória traumática. Ao longo desse processo, algumas perguntas foram: “Como essas experiências positivas de superação podem ajudá-la em relação a esta situação atual?”; “Qual o aprendizado obtido com tais experiências e como você poderia empregá-lo para uma vida melhor no presente?”; “Como quer utilizar a consciência de que é uma pessoa capaz na sua vida diária?”.

Depois de se conscientizar dos diálogos internos matizados pelo trauma e que também faziam parte de suas dinâmicas psicológicas, a paciente passou a escolher um outro lugar, mais saudável, a ser ocupado em seu momento presente.

Essas sínteses terapêuticas com base em sua força pessoal, bem como na habilidade de enfrentar e superar adversidades, tornaram possível a confecção de cartões de enfrentamento – com afirmações como “Eu sou uma adulta e posso controlar minha vida e me sentir bem”; “Respeito minha força e enfrento dificuldades com calma e confiança”; “Assumo minhas atividades diárias com alegria e segurança” – utilizados em seus exercícios diários.

Tais dinâmicas psicológicas saudáveis, preditivas de bem-estar adaptativo, ao serem exercitadas no nível comportamental e nas oportunidades diárias criadas pela própria paciente, ajudaram-na a reassumir gradualmente suas atividades. Os *flashbacks* e pensamentos intrusivos diminuíram em frequência e intensidade, sendo que o padrão do sono retornou ao normal após a sexta semana de tratamento. A paciente também passou a narrar os fatos de maneira mais organizada cognitivamente, com a atribuição de uma nova interpretação àquele evento que fora traumático, modificando, assim, a valência emocional da memória.

Tal como nos outros casos clínicos descritos, com base em nosso estudo com neuroimagem, acreditamos que as memórias traumáticas sensorialmente fragmentadas (não-hipocampo/pré-frontal-dependentes) foram traduzidas em outro sistema declarativo de memória (hipocampo/pré-frontal-dependentes).

A paciente submeteu-se a 16 sessões de psicoterapia, uma por semana, durante cerca de 4 meses. Nos 12 meses após a alta, as escalas de ansiedade, de depressão, impacto do evento traumático e



Foto: Julio Peres

Tabela 11.3

Instrumentos	Pré-psicoterapia	Pós-psicoterapia	<i>Follow-up</i>	
			6 meses	12 meses
BAI	25	13	11	12
BDI	38	11	10	10
IES	43	26	27	25
CAPS	52	24	25	22

BAI = Inventário de Ansiedade Beck; BDI = Inventário de Depressão Beck; CAPS = Clinician Administered PTSD Scale; IES = Escala de Impacto do Evento; avalia os sintomas de TEPT). Depois da psicoterapia, a pontuação dos sintomas avaliados pelo CAPS caiu de 52 para 24, não mais caracterizando o TEPT. Assim como em ansiedade e depressão, a paciente apresentou remissão dos sintomas relativos ao trauma após a psicoterapia e continuou estável sem recidivas. A valoração de quanto o evento foi traumático (IES) também diminuiu significativamente.

978-85-7241-811-9

CAPS mantiveram-se satisfatoriamente estáveis, assim como os ganhos psicológicos. Não houve deslocamento de sintomas.

Respostas Adaptativas perante o Sequestro

Pessoas com poder aquisitivo, particularmente em grandes metrópoles, são alvos recorrentes de organizações criminosas que planejam sequestros com estratégias surpreendentes e sofisticadas. Em geral, os familiares de quem possa pagar o resgate são as vítimas.

Atendi vítimas e familiares de assalto e sequestro que relataram histórias de morte e sobrevivência na ocorrência traumática. Tratei estatisticamente esses dados e aprofundei meus estudos para identificar quais seriam as melhores respostas perante essas situações. Observei que são várias as respostas adaptativas que podemos gerar voluntária ou involuntariamente mediante uma situação extrema como a de um assalto ou sequestro. Uma das mais saudáveis, que minimiza os riscos de vida também em assaltos, é a de subserviência (disposição em ceder aos desejos de alguém).

Estudos com primatas (macacos) mostram que o servilismo temporário pode promover a pacificação num potencial conflito quando uma das partes se encontra em visível desvantagem. Quando um macaco Alpha (líder do grupo pela força) se direciona agressivamente a um outro macaco do grupo (mais fraco, em desvantagem) a resposta de fuga ou ataque não é tão eficiente em preservação como a de subserviência. A fuga comunica a condição de presa e potencializa o poder do macaco Alpha, que desempenha sua exibição de força ao grupo ferindo aquele que foge. O ataque contra o mais forte, com habilidades e “munições” superiores, exacerba o potencial destruidor do Alpha, que pode causar facilmente a morte do desafiante. Por outro lado, a subserviência “garante” o lugar de poder, ainda que temporário, do macaco Alpha sobre o grupo e atenua sua agressividade.

978-85-7241-811-9

Foto: Julio Peres



Perda

Traumas psicológicos são especialmente comuns no caso daquelas pessoas que perdem entes queridos de forma inesperada ou repentina. Por outro lado, quando a morte do familiar se dá em função de um quadro de doença, acompanhado de perto e sendo o óbito um desfecho esperado, a probabilidade de manifestação do trauma psicológico diminui. A perda de entes queridos é considerada por muitos como a tristeza mais profunda que o ser humano pode vivenciar. A maioria de nós passou ou certamente passará por tais situações dolorosas de expressivo impacto psicológico. Os sintomas de tristeza aguda pela perda de entes queridos são de fato similares àqueles observados em pessoas com transtorno depressivo maior. Contudo, ainda que os enlutados possam preencher os indicadores do transtorno depressivo, nem por isso esses critérios indicam um transtorno. Os profissionais da saúde devem conduzir uma anamnese (histórico clínico) detalhada para evitar diagnósticos falso-positivos (considerar depressão quando não se manifesta realmente a depressão). O tempo em que os sintomas persistem e sua intensidade (tristeza, desmotivação, isolamento, falta de apetite, dificuldade de conciliar o sono etc.) estão entre os fatores mais importantes para um diagnóstico diferencial. Particularmente, as reações ligadas à perda de um filho podem ser influenciadas por alguns fatores como a relação prévia entre pais e filho, a idade de falecimento do filho e as circunstâncias da perda. A incidência de TEPT agudo (após quatro semanas do evento estressor) é significativa em pais e mães que perderam os filhos.

Alguns exemplos de processos traumáticos relacionados à perda de entes queridos:

- Aborto espontâneo em estágio avançado da gestação.
- Falecimento de um filho.
- Viuvez.

Em todos esses casos, além do trauma em si, é comum o indivíduo desenvolver transtornos somatoformes.

A maior barreira à superação da morte de um ente querido ocorrida de forma abrupta é a própria resistência do indivíduo em se libertar da dor, como se ela fosse a última ligação com a pessoa amada falecida. Quando descobre que existem outros vínculos além do sofrimento (como boas lembranças, experiências e aprendizados

compartilhados ou mesmo a possível continuidade da vida espiritual), um caminho eficaz é construído para a libertação do trauma da perda.

Nesse sentido, as práticas espiritualistas prestam uma grande contribuição àqueles que perderam parentes muito próximos ou cônjuges, sugerindo que o vínculo possa ser mantido em um outro plano que não o material. Estudos revelam que indivíduos com uma crença religiosa intrínseca tendem a superar mais facilmente os traumas causados pela perda de entes queridos.

Exemplo de Superação

978-85-7241-811-9

Encontro Não Marcado com a Morte

Quando um relacionamento chega ao fim porque não existe mais afeto, encanto, admiração, já é difícil e doloroso. Mas perder alguém que se ama profundamente é uma experiência de luto insuportável. É como se, ao cometer suicídio, meu marido tivesse me traído com a morte. E eu me senti duplamente abandonada: além de cortar bruscamente o nosso vínculo amoroso, ele me deixou com problemas sérios de ordem financeira. Foi o que aconteceu comigo após 32 anos de uma convivência feliz com o homem ao lado de quem escolhi passar toda a minha vida...

Todos aqueles que lidam com casos de suicídio sabem que a dor emocional pode ser tão grande ou maior do que uma fratura exposta e culminar com um gesto extremo. Eu também tinha plena consciência disso, afinal trabalhei como médica durante 19 anos em um centro especializado no controle de casos de suicídio por intoxicação. Mas, por um misto de ironia e fatalidade, o destino resolveu me pregar a maior de todas as peças: mesmo conhecendo a fundo a realidade dos suicidas, não consegui evitar o que estava se anunciando bem diante dos meus olhos. Talvez eu estivesse perto demais para ajudar meu marido...

Vivemos juntos o que se pode chamar de uma verdadeira história de amor. Conhecemo-nos no tempo em que o ensino médio ainda era chamado de colegial, e o que começou como uma brincadeira de adolescentes acabou se transformando em algo “para sempre”. Sei que um dia todos nós constatamos que o “eterno” também acaba, mas não esperava descobrir isso de uma forma tão dolorosa.

Casamos após seis anos de namoro, já devidamente diplomados (eu, médica pediatra; ele, engenheiro civil) e, literalmente, construímos uma vida juntos. Montamos nossa casa, plantamos nossos sonhos em solo fértil e colhemos bons frutos. De todos, sem dúvida o melhor deles são os três filhos a quem chamo de “minha

família". Uma família que se viu esfacelada no dia em que pedi para arrombarem a porta do escritório de meu marido e encontrei seu corpo caído no chão, já sem vida.

A imagem que não queria ver e a notícia que temia ouvir chegaram até mim sem anestesia: o homem da minha vida não suportara a própria dor e havia desistido de tentar. O choque foi indescritível, mas ainda tive de deparar com uma terrível decepção: como um último gesto, ele havia escrito uma carta endereçada apenas e tão somente aos nossos filhos, na qual pedia desculpas pelo ato desesperado. No texto derradeiro, simplesmente ignorou a minha existência e não dirigiu uma única palavra a mim. Era como se tivesse caminhado em direção à rua e batido a porta atrás de si para nunca mais voltar. Eu me vi envolvida pelo silêncio de uma enorme fenda que havia sido cavada entre nós, trazendo uma sensação profunda de tristeza e desamparo. E durante algum tempo me senti assim...

À Beira de um Abismo

978-85-7241-811-9

A depressão e uma cartela de comprimidos de propanolol levaram meu marido embora para sempre, e eu sequer tive a chance de me despedir. Com certeza, posso dizer que foi o maior choque que sofri na vida.

No último mês de vida, meu marido estava mais irritado do que nunca, perdera peso e tornara-se uma pessoa de tal forma impermeável que parecia já não fazer mais parte do nosso mundo. Insisti para que procurasse um psiquiatra, mas ele se recusava a admitir que estava profundamente doente.

Posso afirmar que o suicídio se anunciava não apenas por esses sinais aparentes, mas também devido ao histórico de outras tentativas



Foto: Julio Peres

de acabar com a própria vida, ainda que de forma indireta, quando por duas vezes se recusou a cuidar de um problema sério de cálculo renal e acabou entre a vida e a morte no hospital. Mas sobreviveu.

Assim, na terceira tentativa de cessar um sofrimento interior tão intenso não quis correr o risco de falhar. Talvez tenha sido exatamente este o seu pensamento quando decidiu planejar a própria morte. Não queria morrer em casa para não constranger ainda mais a família, então escolheu o próprio escritório, começo de ano, uma época de menor movimento e, portanto, de pouco alarde. A arma do crime: um remédio que ingerido em grande quantidade leva a uma parada cardíaca. Para diminuir o próprio remorso, decidiu deixar um bilhete, mas sem grandes explicações. Sucinto e cartesiano, como todo engenheiro aprende a ser.

A intenção deste relato não é descrever o lado sombrio da mente de um suicida nem tampouco narrar a luta de uma mulher para salvar o marido da morte, até porque ele fez questão de me excluir totalmente dessa história. Talvez fizesse questão de me envolver apenas no lado bom de sua vida, o que não era pouco. Eu me apaixonei por um homem verdadeiramente brilhante: inteligente, íntegro, excelente pai, um profissional reconhecido na sua área que só não foi mais longe porque a ambição não era o seu caminho. Um ser humano generoso e dedicado, que cuidou de meu pai do instante em que foi diagnosticado com câncer até os seus últimos momentos. O filho que minha mãe sempre quis ter e cuja perda ainda não foi superada.

Por tudo isso, ainda menina eu decidira que minha vida só fazia sentido ao seu lado. Por tudo isso, a minha dor tornou-se incomensurável ao perceber que, embora tivesse escolhido ficar ao seu lado, fui preterida no momento em que ele decidiu abraçar a morte e me deixar sozinha, com três filhos para cuidar e sem a menor estrutura financeira.

De repente, passei a carregar todo o peso do mundo nas costas: privada da companhia do único homem que amei em toda a vida, com três filhos para cuidar, um trabalho que não cobria as despesas de minha família e apenas R\$ 30,00 na poupança. Naquele momento, esse pacote chegou até mim como um grande pesadelo, o maior de todos que já havia enfrentado, mas hoje percebo que tantos problemas financeiros acabaram agindo como uma grande força motriz, capaz de me ajudar a perceber algo fundamental no meu processo de recuperação...

Eu Precisava Olhar para Mim e Cuidar de Mim

Da mesma forma que tive de procurar outro emprego menos de um mês após ficar viúva, também decidi buscar apoio terapêutico, afinal

eu havia passado por um acontecimento altamente traumático e necessitava de ajuda especializada com urgência.

O foco do trabalho desenvolvido em consultório pode ser sintetizado pela expressão look forward (“olhar adiante”). Era exatamente o que eu tinha de fazer: reunir forças para seguir em frente. Para tanto, precisava reaprender a viver: um dia de cada vez, cada problema a seu tempo. Era como colocar em uma ampulheta a areia que antes escapava por entre os meus dedos. Certamente, ela continuaria escorrendo, mas de uma forma ordenada e sob o meu controle.

Logo de início percebi o quanto o tratamento especializado na superação de traumas psicológicos me ajudava a não recriar o sofrimento e alimentar sentimentos de autopiedade e injustiça, fazendo com que resgatasse vivências positivas, como os momentos felizes e as conquistas realizadas ao lado do meu marido, as quais não foram poucas. Para os meus filhos, que também chegaram a participar da terapia, as melhores lembranças de sua relação com o pai foram decisivas na reelaboração da perda dessa figura tão importante de uma forma menos dolorosa.

Creio que um ponto decisivo no processo de recuperação foi o desenvolvimento da consciência de que, a despeito de ainda estar muito próxima do “olho do furacão”, era preciso reconstruir a minha vida, manter o meu eixo e continuar fazendo o que já fazia. Precisava continuar publicando meus livros, acreditando em Deus e na minha força espiritual, enfim, sendo uma mulher que, aos 51 anos, pode, sim, sentir-se aprovada com louvor na prova para a “pós-graduação da vida”.

Outro aprendizado que tive com essa experiência terrível, a respeito do qual me dei conta durante o tratamento, é que as perdas não são o fim do mundo; sem dúvida, a morte do meu marido trouxe um grande sofrimento, mas também me deu a oportunidade de descobrir em mim capacidades que até então não conhecia, tornando-me, de fato, um ser humano vitorioso. Além da parte material – consegui um emprego com uma remuneração adequada às minhas necessidades financeiras –, a vitória a que me refiro é muito mais ampla e tem a ver com qualidade de vida: houve um fortalecimento da relação com meus filhos, ficou claro quem são os meus amigos de verdade, passei a priorizar os momentos de prazer e, principalmente, aprendi a ser uma boa companhia para mim mesma. No trabalho, desenvolvi uma empatia muito maior com os pacientes que atendo. Todos esses ganhos incríveis poderiam passar despercebidos, mas a terapia se encarregou de me mostrar que as piores situações da vida também podem ser usadas como uma oportunidade única de crescimento pessoal.



Foto: Julio Peres

Outros ganhos muito significativos foram a superação do sentimento de culpa – comum em familiares de pessoas mortas por suicídio – e da raiva que senti por ter sido abandonada. No primeiro caso, entendi que o suicídio é fruto de uma decisão íntima e pessoal do próprio indivíduo, que independe totalmente das nossas atitudes e sentimentos. Não havia um motivo externo que pudesse ser identificado como o causador de um ato tão extremo, uma percepção que já havia tido no depoimento que prestei à polícia e que a terapia me ajudou a reforçar. Quanto à minha revolta inicial, cheguei até a pensar em vender a casa numa tentativa desesperada de me desvincular de todos os vínculos com o passado, mas depois minha filha mais velha me convenceu de que mantê-la era uma forma de preservar o lado positivo da nossa história. Além disso, a reforma que fizemos seis meses após a morte do meu marido, com o dinheiro recebido do seu próprio fundo de garantia, repercutiu em todos nós como uma última homenagem a um ente tão querido por todos.

Se tivesse que resumir em poucas palavras todo o aprendizado durante cerca de quatro meses de terapia, eu destacaria:

- *A transcendência do sofrimento, atribuindo a ele um outro significado, voltado para o enfrentamento.*
- *A superação do sentimento de desamparo pelo qual fui tomada por meses.*
- *A minha autovalorização como ser humano.*
- *A consciência de que a caminhada pela vida é um processo essencialmente solitário, ou seja, ninguém vai fazer por mim aquilo que eu preciso fazer, mas isso não significa que essa experiência tenha de ser penosa.*

Aqui já estou entrando em um outro aspecto que também teve um papel crucial no meu processo de recuperação: as vivências como espírita, as quais me ajudaram a compreender algumas nuances que estão além do plano puramente material. Em meio a tanta confusão e sofrimento, uma certeza acabou guiando os meus passos...

A Compreensão de que Nada Acontece por Acaso

Quando encontrei meu marido morto em seu escritório, chorei desesperadamente, por mim, mas principalmente por ele. Quem conhece um pouco sobre o espiritismo sabe o que significa uma pessoa tirar a própria vida: um ato que desencadeia uma série de consequências negativas, pois o indivíduo destrói o corpo que representa uma oportunidade oferecida por Deus para ele evoluir.

Algum tempo depois, durante uma sessão de relaxamento e visualização positiva, feita no consultório do terapeuta para diminuir o impacto do estresse pós-traumático, tive uma vivência espontânea que transcendeu o plano físico. Enquanto estava deitada no divã de olhos fechados, guias espirituais vieram até mim e me liberaram do vínculo com o meu marido. Segundo eles, eu já tinha cumprido o meu papel nesta encarnação, que era o de ajudá-lo a diminuir a sua dificuldade afetiva. Fizera tudo o que estava ao meu alcance em 20 anos de uma união feliz e podia me orgulhar por ter sobrevivido em águas tão tortuosas. Foi então que percebi, liberada de qualquer obrigação psíquica, social ou espiritual, que nada acontece por acaso, e todas aquelas dores tinham como objetivo o meu crescimento como ser humano. Agradeço a Deus por tudo...

Quanto ao meu marido, acredito que nossas almas ainda vão se reencontrar nesta ou em outras vidas, pois uma história tão forte não pode acabar assim, de uma hora para outra.

Para aqueles que, como eu, perderam alguém tão especial e de forma trágica, lembrem-se de considerar a dimensão espiritual. Não tenho como diminuir o seu sofrimento, mas se puderem prestar atenção em alguém que sentiu esse drama na própria pele e sobreviveu, acreditem em mim: tudo fica mais fácil de enfrentar quando não nos deixamos levar por julgamentos ou pela procura de culpados. O suicídio é uma atitude eminentemente pessoal motivada por uma dor individual e, quanto a isso, não podemos nos responsabilizar por essa decisão.

O apoio terapêutico é fundamental, mas o paciente também precisa fazer a sua parte, que é não descreer da beleza da vida, jamais sentir pena de si mesmo e manter acesa a sua luz própria aconteça o que acontecer, não importando se ela tem o tamanho de um palito de fósforo ou de um holofote. É ela que nos permite viver um dia de cada vez e atravessar a tempestade até que o sol volte a brilhar.



Foto: Julio Peres

Meu Comentário como Terapeuta

Do Diálogo Interno de Vitimização à Postura de Enfrentamento

978-85-7241-811-9

A paciente chegou ao consultório com sintomas que preenchem os critérios de TEPT crônico, entre eles um estado de alerta contínuo, insônia, pensamentos intrusivos relacionados ao suicídio do marido e *flashbacks* da cena mais dolorosa, quando encontrou o parceiro morto e leu a carta deixada por ele aos filhos sem “considerá-la”. Encontrava-se em um estado de exaustão, sem tônus vital, o que também acabava contribuindo para limitar o seu desempenho na área profissional. A paciente apresentava uma sensibilidade exacerbada, o que levava a explosões emocionais de irritabilidade por conta de fatores sem importância significativa. Outro sintoma evidente no seu quadro clínico era a desorientação em relação ao que fazer para conduzir a própria vida e a de sua família, bem como resolver os diversos problemas que coexistiam.

Em um primeiro momento da psicoterapia, foi preciso hierarquizar as dificuldades para que a paciente se organizasse na direção

de resolvê-las gradativamente. Isso revelou-se especialmente importante porque ela se autoimpunha a condição de única responsável por resolver todos os problemas do âmbito familiar e financeiro decorrentes da morte do marido. O crescimento desses conflitos tendia a aumentar à medida que eram colocados pela paciente em um mesmo patamar subjetivo, fazendo com que a sensação de desamparo mantivesse forte expressão.

Nesse processo de hierarquização dos problemas, teve papel fundamental a participação dos filhos, jovens adultos, com 23 e 22 anos, que foram chamados ao consultório para compartilhar algumas decisões pertinentes à família, como, por exemplo, vender ou não a casa onde moravam. A paciente estava tão absorvida pelo turbilhão de emoções que via na venda da casa uma forma de se livrar do passado e das lembranças do marido; não enxergava que acabaria somando uma segunda perda àquela que tanto sofrimento causara a si própria e aos filhos. Mas a família acabou chegando a um consenso de que o melhor seria preservar a casa, e essa decisão foi compartilhada.

Aos poucos, à proporção que resolvia as dificuldades do dia a dia referentes ao óbito do marido, a paciente foi se organizando cognitivamente e resgatando a percepção de sua força interior.

Entretanto, a dificuldade de dormir e uma forte expressão de culpa continuaram resistindo até que ocorreu, em consultório, uma vivência relacionada à espiritualidade. De acordo com a paciente, uma entidade por ela denominada de “amigo espiritual” manifestou-se enquanto se encontrava em estado alterado de consciência induzido em sessão de relaxamento físico e mental. Esse “amigo espiritual” comunicou que sua missão em relação ao esposo estava concluída, pois fizera tudo para ajudá-lo e não teria como evitar uma decisão tomada exclusivamente por ele.

Essa vivência foi amparada sem críticas ou questionamentos quanto ao sistema de crenças da paciente, permitindo que ela mudasse o seu lugar na história. Com isso, houve um arrefecimento do sentimento de culpa, e ela pôde experimentar uma sensação de alívio significativa, motivada pela conclusão de que, afinal, a sua parte havia sido cumprida, cabendo a ela prosseguir com sua existência.

O processo terapêutico teve duração de quatro meses, com sessões semanais e, ao término, as pontuações das escalas, empregadas no início do tratamento, Inventário de Ansiedade Beck, Inventário de Depressão Beck, Escala de Impacto do Evento e Escala Clínica do TEPT caíram significativamente. Os resultados se mantiveram em *follow up* de 6 meses e um ano (Tabela 11.4).

Tabela 11.4

Instrumentos	Pré-psicoterapia	Pós-psicoterapia	Follow-up	
			6 meses	2 meses
BAI	24	10	11	10
BDI	33	4	5	4
IES	39	17	15	15
CAPS	52	21	22	20

BAI = Inventário de Ansiedade Beck; BDI = Inventário de Depressão Beck; CAPS = Clinician Administered PTSD Scale; IES = Escala de Impacto do Evento; avalia os sintomas de TEPT). Depois da psicoterapia, os sintomas depressivos e do TEPT reduziram-se destacadamente. A paciente manteve a remissão dos sintomas gerais após 6 meses e um ano da conclusão da psicoterapia.

Outras Superações

978-85-7241-811-9

O austríaco Andreas Nikolaus Lauda, mais conhecido como Niki Lauda, sofreu um terrível acidente no Grande Prêmio da Alemanha, em 1976. A Ferrari do piloto capotou violentamente e incendiou-se na pista de Nurburgring. Os médicos constataram lesões internas nos pulmões e brônquios, pela ingestão de gases venenosos enquanto permaneceu no carro em chamas. Além das queimaduras faciais de primeiro, segundo e terceiro grau, Lauda teve queimaduras de menor gravidade nas mãos e nos braços e fraturou a clavícula. As condições eram tão críticas que os médicos deram 72h para saber se Lauda viveria. Sua recuperação foi surpreendente e, um ano depois, Niki Lauda ainda voltou a ser campeão em 1977. Nenhuma cirurgia estética foi feita e as queimaduras continuam aparentes em sua face. Dizem alguns amigos que, quando lhe per-



Figura 11.17 – Niki Lauda sofreu queimaduras de primeiro, segundo e terceiro grau.

guntavam “por que você não faz uma plástica?” Lauda respondia “sobreviver para mim, já basta”.

Outro exemplo inspirador de superação nos traz Nelson Mandela, que ficou mais de duas décadas preso por contestar o regime de segregação racial e o regime de violência contra a maioria negra da África do Sul. Ao ser libertado, ganhou o prêmio Nobel da Paz, como grande símbolo da tolerância e persistência que modificaram as condições do regime racial de seu país. Como presidente eleito pela grande maioria da África do Sul, possibilitou aos cidadãos o acesso a terra, à escola, aos equipamentos de saúde e aos bens mais elementares como água encanada e eletricidade. Mandela se tornou o estadista à altura de ser mediador da maioria das questões surgidas na África nesse período, chamado por todos os lados para ajudar na superação de conflitos. Sua célebre frase “o bravo não é quem não sente medo, mas quem vence esse medo” expressa a possibilidade que todos temos de enfrentar as adversidades.

978-85-7241-811-9

Depoimentos de Pacientes

Apresento agora, alguns breves relatos de pacientes que enfrentaram suas dificuldades e modificaram significativamente suas vidas para melhor! Os nomes e as profissões foram modificados em respeito ao sigilo profissional. São exemplos de superação inspiradores às pessoas que vivem situações parecidas e ainda não encontraram um caminho para a boa qualidade de vida que merecem!

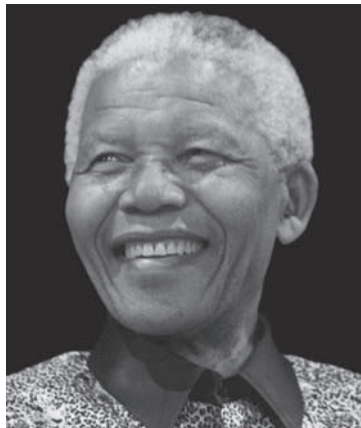


Figura 11.18 – Nelson Mandela, após 28 anos de prisão, disse “nunca estive preso, minha consciência sempre esteve livre... continuo sonhando com o dia em que todos compreenderão que foram feitos para viverem como irmãos”.

Meu Filho após um Surto Decorrente do Uso de Skank...

978-85-7241-811-9

Relato de Roberto, 54 anos, empresário, casado e pai de dois filhos.

Meus entes mais amados viviam próximos a mim, porém distantes. A família estava fragmentada sem que eu percebesse isso, envolvido pela dinâmica intensa do trabalho, até o trauma acontecer.

Meu filho esteve no exterior por 11 meses com o propósito de adquirir experiência e aperfeiçoar a língua estrangeira. Trouxe em sua bagagem muita dor, pela permanência obrigatória em hospital psiquiátrico após um surto decorrente do uso de skank (supermaco-nha) associado à bebida alcoólica destilada.

Ficamos unidos nos 3 meses de internação fora do país, porém com pouco acesso ao meu filho. Ele não estava bem e foi terrível imaginar o que se passava do outro lado... O período de 3 meses juntos naquele país foi difícilimo, muitas vezes sofremos e choramos juntos... Quando chegamos ao Brasil, meu filho ainda apresentava sinais no comportamento causados pelo surto psicótico.

A família precisou de um episódio dessa natureza para reencontrar a melhor maneira de viver. A vida deu esse empurrão e todos souberam aprender as lições. Essa travessia serviu de reflexão e aprendizado a todos da família, e o crescimento continuou com o nosso retorno.

Sempre tivemos a oportunidade de ajudar e, diante do ocorrido, aprendemos como é se sentir ajudado. A manifestação de solidariedade dos conhecidos, colegas, amigos e familiares durante nossa ausência foi a força moral e espiritual de que necessitávamos.

Hoje, temos uma qualidade de comunicação e de vida muito superior a que tínhamos antes do meu filho sair do país, e continuamos evoluindo... Não tinha opinião formada sobre o valor da Psicologia e, pelos resultados que a psicoterapia ofereceu, pudemos todos melhorar. Agradeço a Deus.

Fui Abusada Sexualmente por meu Pai na Infância...

Relato de Márcia, 38 anos, advogada.

Fui abusada sexualmente por meu pai na infância. Minha mãe sempre soube, mas não me protegeu. Depois de muita hesitação, a pedido

de meu médico procurei por psicoterapia. Confesso que fui sem muita convicção e certa que 2 ou 3 meses dariam conta do recado.

Eu era uma pessoa travada, com sérios problemas de relacionamento, solitária, quase não sorria e me refugiava na música como forma de expressar uma sensibilidade que não conseguia partilhar com ninguém. Sempre distante das pessoas, eu me definia como um “zumbi”. Realmente, foi preciso bastante tempo para digerir e superar esse estado. Fiquei em terapia por quase 2 anos...

Hoje posso afirmar com segurança que sou uma pessoa mais leve, mais tranquila, mais relaxada com as pessoas, com as quais já consigo me relacionar de forma saudável e, sem dúvida nenhuma, uma pessoa mais feliz.

Sei que tenho um longo caminho pela frente, já que superação é ato que deve ser exercitado diariamente e que o autoconhecimento é ferramenta essencial para meu aprimoramento... Se hoje sou uma pessoa melhor e mais feliz, devo à minha persistência em enfrentar o trauma e as dificuldades dele decorrentes e, também, à psicoterapia, que sempre será lembrada por mim com muita gratidão e carinho.

A Perda Trágica, em Acidente de Carro, do meu Caçulinha com 19 Anos...

Relato de Antonia, 58 anos, empresária, viúva e mãe de três filhos.

A perda de uma pessoa querida é sempre um grande golpe. Perdi meu marido no auge da juventude e do nosso amor. Meu caçulinha tinha apenas três aninhos. Anos passaram... e há um ano, uma dor imensa tomou conta do meu coração... a perda trágica, em acidente de carro, do meu caçulinha com 19 anos.

Arrancaram um pedaço de mim, fiquei sem chão, não sabia sequer para onde olhar... Busquei caminhos de superação por todos os lados. Depois de 6 meses procurei por psicoterapia. A fé em Deus, a amada família, os amigos e os encontros com o Dr. Julio, quando tenho oportunidade de analisar e buscar respostas para minhas dores e dúvidas, estão me dando forças para seguir em frente.

Sei que a dor não passará, mas o sofrimento diminui aos poucos... Hoje, quando me lembro dos momentos intensos e felizes que passamos juntos e ao lado dos meus outros dois filhos, às vezes... já consigo sorrir!

Não me Sentia Merecedora de Coisas Boas...

Relato de Martha, 40 anos, professora universitária, casada, mãe de duas filhas.

Quando procurei ajuda na psicoterapia, encontrava-me em um estado espiritual e psicológico bastante confuso. Os dois fatores, na minha opinião, sempre estiveram intimamente ligados.

Eu me enxergava uma pessoa menos bonita, menos culta, menos apresentável e menos digna de receber amor do que as outras pessoas do meu convívio. Tinha muita dificuldade de expor o meu ponto de vista sobre praticamente todos os assuntos. O que eu procurava fazer era tentar saber o que as outras pessoas com as quais eu estava conversando pensavam, para poder dizer o que vinha ao encontro de suas convicções. Imaginava que assim, seria aceita por elas.

Esse modo de agir me trouxe problemas de autoestima e, conseqüentemente, passei a ter dificuldade de praticar qualquer ato que me desse algum prazer. Não me sentia merecedora de coisas boas.

Compreendi os traumas que me faziam sentir assim, e com a eficiente ajuda da psicoterapia e com o amor do meu querido marido e filhas, hoje tenho plena consciência de que sou uma pessoa inteligente e culta, capaz de expor os meus pontos de vista. Ah! e caso não saiba de alguma coisa, não tenho dificuldade nenhuma em dizer que não tenho conhecimento nenhum sobre o assunto em questão. Frequento uma academia onde tem muitas pessoas bonitas, tanto quanto eu, e me sinto muito orgulhosa de ser digna do amor de um homem tão maravilhoso como o que eu tenho e de ser a mulher para acompanhá-lo a qualquer tipo de evento.

Passei por Três Hospitais até Chegar à Internação numa Casa de Saúde...

978-85-7241-811-9

Relato de Marcela, 26 anos, musicista.

Devido a uma vida desregrada, alimentação inadequada e mistura de álcool com medicamentos, entre outras coisas, tive um surto (episódio onde a realidade se mistura com irrealidade). Eu, consciente, via tudo passar pela minha mente em altíssima velocidade, mas não conseguia falar nem reagir.

Eu tentava fazer o sinal-da-cruz e meus braços não respondiam, comecei então a rezar várias vezes, numa repetição frenética, então tudo foi se aclarando.

Fui medicada e passei por três hospitais até chegar à internação numa casa de saúde. Eu continuava me sentindo sozinha, mesmo com família ou em grupos de amigos. Depois procurei por psicoterapia e há vários anos eu me sinto bem melhor! Durante o tratamento, os meus familiares estiveram sempre junto a mim e amigos de verdade não faltaram. Vivo normalmente, trabalho e estudo. Sei que durante toda a minha vida sempre existiu quem fizesse orações por mim.

A todos e a Deus agradeço de coração. A religiosidade, herança materna e paterna que me acompanhava a vida inteira, fez muita diferença (e ainda faz) na boa vida que tenho...

978-85-7241-811-9

Não Sabia mais Ser Diferente...

Relato de Luiza, 62 anos, engenheira, casada, mãe de dois filhos.

Ainda com meus filhos pequenos eu me separei e, pouco tempo depois, o pai cometeu suicídio. Tive de arregaçar as mangas e trabalhar muito para prover as condições que considerava necessárias ao desenvolvimento das minhas crianças. Sem perceber, eu me tornei uma pessoa enérgica, forte e rígida. Considerava que se não fosse assim não daria conta de tudo... Muito tempo passou, meus filhos se formaram e mesmo assim, não sabia mais ser diferente...

Continuava vivendo como se estivesse num campo de batalha, onde apenas os fortes sobrevivem. Ao mesmo tempo que superprotegia meus filhos, exigia deles a mesma força, garra e combatividade que eu desempenhava perante a vida. Considerava meus filhos fracos, incapazes e, por conta do meu temperamento bélico e perfeccionista, eles também ficaram “doentes”... Não dava espaço para meus filhos serem o que eram. Depois de muitas dificuldade, especialmente com o meu filho, admiti que precisava de ajuda...

Entendi que aquele modelo fora necessário no passado, mas que não era o único. Minha principal superação foi modificar aquela estrutura pesada que carreguei por muitos anos. Consegui entrar em contato com meus sentimentos, com a minha sensibilidade e também com a minha fragilidade.

A minha superação acabou por refletir na relação com os meus filhos, hoje muito mais agradável. Vivo mais calma e me ocupo muito mais com a vida espiritual. Ainda preciso aprender muito, mas me sinto bem melhor e mais confortável.

978-85-7241-811-9

Minha Mãe, com sua Loucura, não Aguentou Criar Quatro Meninas Sozinha...

Relato de Renata, 26 anos, economista.

Nasci em um lar desestruturado e enfrentei muitos desafios na minha vida... Minha mãe teve quatro filhas, e meu pai nunca esteve presente.

Minhas irmãs e eu vivemos enfurnadas por toda infância. Hoje sei que minha mãe sempre teve, mas nunca tratou, o transtorno bipolar. Cresci sem amor, sem amparo, sem reconhecimento... Percebia de alguma maneira a insanidade, havia algo muito errado com minha mãe, mas como criança não conseguia fazer nada. Foi muito difícil crescermos totalmente isoladas da parte saudável da família, que só conheci na idade adulta.

Minha mãe, com sua loucura, não aguentou criar quatro meninas sozinha. A pressão era muito forte na minha irmã mais velha e em mim. Minha irmã teve problemas psicológicos gravíssimos, também não tratados, e acabou se matando! Aos 16 anos saí de casa para trabalhar e, com 21, decidi vender tudo que tinha e fugir para o exterior. Eu queria ficar longe da minha família, não aguentei a pressão e comecei uma vida nova bem longe, fora do país! Minhas irmãs seguiram meus passos e anos depois consegui trazê-las para perto...

Percorri um longo caminho, e a terapia me ajudou a entender e nomear muitas dores, a curar os meus traumas e culpas por ter deixado minha família para sobreviver. Lembrando-me de tudo isso ao dar esse depoimento até parece que estou falando de uma outra pessoa. Às vezes, nem acredito que eu passei por tudo isso! Não sabia, mas agora sei que fui uma vitoriosa diante de tantas adversidades. Hoje, está tudo bem na minha vida...

Olho para mim mesma com muito orgulho de ter conseguido tanto sem nenhum apoio, de forma alguma. No exterior eu aprendi a falar inglês, estudei e consegui um trabalho num conhecido banco de um grande centro financeiro internacional. Tenho um emprego

muito bom e estou superbem financeiramente. Estou conhecendo a minha família no Brasil, tenho sete tios e sete tias! Adoro as minhas tias! Sou uma pessoa leve e aprendi a perdoar minha mãe...

Explodia em uma Ira Incontrolável e Destrutiva...

Relato de Pedro, 38 anos, engenheiro e administrador de empresas, casado.

978-85-7241-811-9

Acredito que, como a maioria das pessoas, fui conversar com o Julio Peres por desespero, por não aceitar mais a infelicidade da minha vida. Desde havia muito tinha reações exageradas quando vivenciava conflitos, principalmente entre familiares. Começava a ficar nervoso com qualquer discussão e ao esquentar o clima, a partir de um ponto que não sei precisar, explodia em uma ira incontrolável e destrutiva, que só parava quando muito estrago emocional e físico já havia acontecido.

Queria muito mudar, o que foi a chave de todo o processo. Sabia que perderia meu casamento, minha vida e minha saúde se continuasse a tratar as situações daquela maneira. Resolvi que faria tudo que estivesse ao meu alcance para solucionar essas sensações desagradáveis que me acompanhavam desde a infância. Sofria com aquelas explosões que nem mesmo sabia de onde vinham.

Procurei a TRVP (terapia reestruturativa vivencial Peres) e, logo no começo, gostei muito da abordagem séria, transparente, objetiva e direta ao ponto, do jeito que gosto de tratar dos problemas. O Julio me explicou que o inconsciente, segundo Freud, é um arquivo de memórias e que se eu quisesse nós poderíamos tentar perguntar a ele qual a origem dos meus comportamentos para fins terapêuticos. Fomos trabalhando os sintomas um de cada vez. As vivências em estado de consciência ampliado foram trazendo informações valiosas para a minha transformação. Aos poucos fui me conectando com as origens de minhas reações, vivenciando profundamente as mesmas dores e sentimentos de momentos críticos de minhas vidas anteriores, de milênios atrás até o século passado. Nessa volta ao passado, o Julio me ajudava a substituir as mensagens de trauma registradas em meu inconsciente por mensagens novas de aprendizados positivos, que eu trabalhava durante os dias seguintes. Em muitas vivências, o perdão aos outros ou a mim mesmo e o pedir perdão de meus atos naqueles episódios foram muito positivos para mim. Este processo me aliviava de alguma maneira. Embora muito dolorido, não teve momento mais importante e libertador em minha vida.

Nas últimas sessões, comentei em lágrimas que me sentia extremamente feliz de poder ter vivido e tido a oportunidade de me transformar em tão pouco tempo. Meu desejo era que todo o ser humano tivesse aquela oportunidade. Estava em estado de gratidão, ao Julio e à vida por terem me ajudado a me libertar de todo aquele passado. Nunca mais voltei a me sentir com aquela ira incontrolável. Muitos episódios me fizeram entender melhor meus pais, as situações de minha vida atual, e, principalmente, a mim mesmo.

Eu não Aguento mais Sofrer...

Relato de Cristina, 38 anos, odontopediatra, casada e mãe de duas filhas.

“Eu não aguento mais sofrer...” Esta foi uma das primeiras frases que falei no início do tratamento. A ansiedade contínua não me permitia enxergar que eu mesma cultivava o meu sofrimento. Não conseguia virar a página do trauma de ser humilhada e abandonada havia mais de 5 anos... Responsabilizava a todos, menos a mim, pelo sofrimento que se arrastava... Generalizei, sem perceber, a culpa para o mundo e fiquei girando muito tempo em torno do mesmo lugar!

Não foi fácil perceber na terapia que eu alimentava o sofrimento... Entendi que era necessário deixar de ser a vítima das circunstâncias e assumir a responsabilidade das causas e consequências das minhas atitudes. Aprendi outros caminhos e deixei para trás velhas amarras. Estou mais clara e me sinto mais leve, sou melhor companhia para mim e para as pessoas que amo! A cada dia procuro melhorar mais...

Depois de 9 Anos de Depressão e Crises do Pânico...

978-85-7241-811-9

Relato de Marcos, 52 anos, empresário, casado e pai de quatro filhos.

Fui usuário de drogas e, na adolescência, tive uma experiência traumática em uma das viagens que fiz. Depois de 9 anos de depressão e crises do pânico ainda não entendia por que sofria tanto até en-

contrar o tratamento que salvou a minha vida... Cheguei, como em outros processos anteriores, vulnerável e descrente. Nos primeiros encontros o Dr. Julio me disse que esses comportamentos não se apresentavam à toa e que eu ficaria bem! Eu duvidei, pois há anos não conseguia melhorar...

Na terapia, fui colocando os pingos nos is e percebi que as crenças pessimistas tinham uma origem num passado distante. A compreensão e o trabalho com as redecisões no dia a dia foram me libertando das ideias fixas de sofrimento e vulnerabilidade. O que me parecia impossível aconteceu! Hoje eu vivo uma vida feliz e serena... Tenho uma visão realista positiva de mim e do mundo. A família e o trabalho melhoraram por decorrência da minha melhora. Agradeço a Deus e ao Julio por essa oportunidade que eu soube aproveitar!

Não Consequia Dizer não às Barbáries do meu Ex-marido...

Relato de Helena, 54 anos, empresária, desquitada, mãe de três filhos.

Minha infância foi à moda antiga dos “bons costumes” e aprendi com meus pais a ser uma boa e respeitosa menina. Fui muito tímida desde criança. Tornei-me uma esposa prendada, dócil e cuidadosa. Não conseguia dizer não as barbáries do meu ex-marido, que me traumatizaram por 10 anos.

Quando cheguei no consultório do Dr. Julio estava me sentindo como um “cristal quebrado”, totalmente sem possibilidades de juntar os “cacos”. Fragilizada, não confiava em mim e nas minhas possibilidades de reagir a toda violência que sofria.

Lembro perfeitamente que a meta que estabelecemos para minha terapia seria de 30 sessões. Percebi aos poucos que, ao contrário de uma pessoa frágil, eu era muito forte por tudo que aguentei em minha vida conjugal. Lembrei-me na terapia de outras vitórias na escola, com a família, e reconstruí a minha própria imagem.

No decorrer das sessões eu me sentia mais e mais forte, exercitava as redecisões e tomava atitudes que surpreendiam a todos que me conheceram como uma mulher passiva... Mudei completamente a minha vida!

Na vigésima sessão recebi alta. O que eu ouvi naquele momento foi maravilhoso: “você atingiu os objetivos aos quais se propôs no início da terapia, as suas conquistas são sólidas e não há neces-

sidade de continuar com a terapia... Se você quiser trabalhar outros temas, estarei à disposição". Sai do processo segura, feliz, com uma sensação de paz e equilíbrio emocional, e, o mais importante, nunca houve recaída!

Disparou meu Coração e Vieram os Pensamentos Catastróficos de Morte...

Relato de Maria Ruth, 47 anos, casada, mãe de duas filhas, dona de casa.

Há três anos acompanhava minha filha durante uma avaliação neurológica para investigar as causas de dois desmaios recentes. O neurologista, ao conversar comigo sobre minha filha, fez algumas perguntas sobre a minha "história neurológica" e então sugeriu que eu também fizesse um exame de imagem (ressonância magnética nuclear) para controle e esclarecimento de uma dúvida. Fomos ao retorno e com alívio soubemos que os exames da minha filha não acusaram nenhuma anormalidade. Os desmaios foram atribuídos à alimentação e atividades físicas irregulares, que facilmente poderiam ser controladas a partir dali. Contudo, apesar da boa primeira notícia, os meus exames revelaram uma neurocisticercose com indicação cirúrgica. Imediatamente, fiquei assustada e perplexa com a surpresa. Disparou meu coração e vieram os pensamentos catastróficos de morte. Quando cheguei ao consultório do Dr. Julio, eu preenchia todos os critérios de TEPT agudo (memórias traumáticas do médico dando a notícia da neurocisticercose, pesadelos, pensamentos indesejáveis, irritabilidade etc.). Em uma das sessões eu tive um insight, que trouxe uma nova maneira de ver a aterrorizante situação: "melhor comigo do que com a minha filha". Essa frase marcou o início de outros diálogos comigo mesma, positivos a respeito da cirurgia e do meu tratamento neurológico. É incrível como a figura da situação mudou. Eu sou mãe, e se isso acontecesse com a minha filha, eu certamente pediria a Deus para deslocar suas dores a mim, poupando-a do sofrimento. Durante as sessões, eu me lembrava de outras situações que fortaleciam essa visão, como a de uma mãe que não sabia nadar e se atirou na piscina para salvar seu filho pequeno. Realmente, como mães, fazemos coisas pelos filhos que talvez não fizéssemos para nós mesmas. Fui sentindo as bases sólidas de calma, paciência e confiança de que o melhor estava acontecendo! Felizmente, com a permissão de Deus, minhas respostas foram também positivas após a cirurgia.

Fingir que Tudo Está Bem não Ajuda em Nada...

Relato de Américo, 54 anos, advogado, casado e pai de um filho.

A superação de qualquer dificuldade passa por reconhecer a sua existência. Fingir que tudo está bem não ajuda em nada.

É preciso ter a exata noção do desafio, vontade e confiança para enfrentá-lo todos os dias. A superação não é algo que acontece e pronto: é uma conquista diária.

Tentava Preencher um Vazio que Nunca Acabava...

978-85-7241-811-9

Relato de Carla, 19 anos, estudante.

Quando cheguei à clínica do Dr. Julio não estava nada bem... Vivía inquieta, tinha muitos desentendimentos com a minha mãe (moro somente com ela; meus pais são separados) e problemas nos relacionamentos amorosos. Desde a adolescência tive muitos namorados (corri riscos sérios muitas vezes) e ao mesmo tempo não tinha ninguém. Estava sempre só dentro de mim e tentava preencher um vazio que nunca acabava... Tinha horror de ser abandonada! Não me considero burra, mas atraía essas situações de rejeição. Parecia que “escolhia a dedo” aqueles que me abandonariam.

A terapia me ajudou a descobrir o trauma que eu sofri aos 3 anos de idade, quando o meu pai (que segundo a minha mãe eu adorava) foi simplesmente embora e nunca mais voltou. Não me lembrava de que na época eu sofri muito. As minhas vivências foram mostrando isso, fiquei quietinha, parei de falar por vários meses e não entendia por que meu pai não me queria mais e nunca mais voltava. Minha mãe confirmou tudo que eu percebia na terapia e me deu muito apoio. Meu medo inconsciente que acontecesse a dor do abandono de novo me fazia procurar vários namorados e ter outros problemas que me acompanharam até a fase adulta.

Às vezes, pensamos que não conseguiremos superar algo em nossas vidas, mas basta detectar o trauma para traçarmos um “caminho sem buracos” e assim viver em paz e tranquila como estou vivendo hoje.

O Grito “Assalto!” com o Ruído Estridente dos Vidros Quebrando me Acordaram de um Transe Pessimista...

Relato de Helena, 39 anos, separada, mãe de três filhos, médica.

Minha vida estava repleta de conflitos e indecisões no campo afetivo e profissional. Repetia sempre “Não estou bem, não faço o que quero, mas não consigo mudar!”. Assim o tempo passava... Vivia diariamente angustiada e me refugiava no sono para “esquecer” os meus conflitos. Um dia, algo inesperado quebra a janela do meu carro e essa corrente negativa dos pensamentos. O grito “Assalto!” com o ruído estridente dos vidros quebrando me acordaram de um transe pessimista que eu arrastava havia 2 anos. Confrontei a morte! Meu coração disparou e meu corpo tremeu inteiro. Nesse estado pensei algo que nunca tinha pensado com tanta clareza: “não quero morrer!”. O assalto terminou, ficaram apenas algumas escoriações e, felizmente, o marco da reflexão que me impulsionou para grandes mudanças. Nunca tinha chegado a “conversar” com a morte de perto. Nesse assalto, senti que eu poderia ter morrido, e não poderia morrer nesse estado depreciativo. Pela primeira vez pensei: como seria morrer bem? As respostas foram chegando, e uma delas me fortaleceu muito: na minha morte quero ter a consciência tranquila de que fiz o que gostaria de fazer em vida! Vejo que o assalto foi um marco curiosamente positivo em minha vida. Assim, comecei a mudar as minhas atitudes com respeito e honestidade para comigo mesma e hoje, depois de 6 meses do assalto, posso dizer que vivo, e muito bem!

978-85-7241-811-9

Lidar com a Morte É Terrivelmente Angustiante, Lento e Dolorido...

Relato de Clarice, 44 anos, jornalista, casada e mãe de uma filha.

Eu tinha 16 anos quando meu pai cortou o próprio pescoço. Nenhuma carta. Nenhuma declaração. Nenhum adeus. Muitas fofocas. Numa cidade tão pequena como era Campo Grande em 1989 foi difícil conviver com o estigma de ser a filha do suicida com a mãe possivelmente adúltera. Lidar com a morte é terrivelmente angus-

tante, lento e dolorido. Entender o suicídio é pior ainda, e digo isso como alguém que passou 19 anos tentando. Deitei em muitos divãs, escrevi diários, experimentei bebidas e drogas. Amei, fui traída, traí, encontrei mais canalhas do que homens. Também tive fases de passar todas as noites e madrugadas em festas, e outras de suprema entrega ao trabalho, mas nunca, jamais, esqueci aqueles dias que mudaram meu destino.

Uma das maiores dificuldades com a morte do meu pai foi aceitar a ausência da minha mãe. Um mês depois do enterro, ela disse que estava namorando outro homem. Em 3 meses tínhamos uma nova casa, um novo cachorro, dois novos carros e um novo cara na nossa vida.

Doía saber que meu pai amou demais minha mãe a ponto de nos deixar para trás, mas não havia volta. Eu poderia ter feito a mesma coisa que o meu pai. Também tive depressão, e a explicação seria fácil pra todo mundo.

Um dia acordei e decidi tratar o trauma com ajuda especializada. Além da psicoterapia passei a tomar remédios acompanhada por um neurologista para tratar meu transtorno de humor, e voltei a praticar exercícios. Com a vida mais organizada, acabei me apaixonando por um cara sensacional e juntos tivemos a mais linda menina deste planeta. Eu que acreditei que famílias eram coisa do passado, esquisitas, mafiosas, repugnantes, hoje mantenho com amor a minha pequena turma reunida. Sou capaz de qualquer coisa pelas duas pessoas que tanto amo.

Ele, meu pai, está sempre por perto, principalmente nos momentos de alegria, quando meu desejo de partilhar a felicidade fica do tamanho do universo. Sim, eu superei. Eu achei que eu o odiava, mas estava enganada... Eu o amo até na ausência.

Senti-me um Pai Fracassado...

Relato de Pedro, 49 anos, empresário, casado pela segunda vez e pai de dois filhos.

No ano de 2007, quando descobri que meu filho estava viciado em drogas, senti-me um pai fracassado. Ainda que eu estivesse perto do meu filho fisicamente, eu não enxergava a tão importante dimensão psicológica. Fui buscar ajuda e descobri que a minha dedicação a ele dando o máximo de carinho, atenção e amizade iria nos ajudar. Ele iniciou a psicoterapia e eu passei a ficar mais próximo dele. Descobri o porquê daquele acontecimento e comecei a ajudar o meu

filho a reconstruir sua autoestima mostrando quanto é bom viver, sempre acreditando em uma força maior que está nos ajudando... Isso foi fantástico!

Hoje tenho a satisfação de ter ganhado um filho, um amigo e parceiro na vida! Estamos com muito mais diálogo e com maior entendimento em nosso lar, tanto com ele quanto o com outro filho, que me ajudou muito na união da família.

Portanto, não ficamos mais pensando no passado, todavia vivemos este momento maravilhoso nos dando forças para vencermos juntos. Quando você ama seu filho não coloca limites para vencer com ele as adversidades da vida. Ele fez sua parte, e a vitória do meu filho é a vitória de todos!

978-85-7241-811-9

Um Medo Irracional me Invadia...

Relato de Mariana, 68 anos, casada e mãe de três filhos.

Comecei a terapia fragilizada, com um medo irracional constante e dependente dos profissionais da saúde a quem eu recorria compulsivamente... Eu, que no passado havia viajado à Europa e aos Estados Unidos algumas vezes, de repente não conseguia mais ficar dentro de um avião. Um medo irracional me invadia! Logo no início da psicoterapia, percebi que tinha dificuldade de emitir minhas opiniões e sempre buscava o aval para o que dizia. As metas propostas, semana após semana, incentivaram-me cada vez mais a me libertar do medo. Isso foi ocorrendo: a autoestima foi aumentando e aquela vontade de procurar novos médicos para as minhas somatizações foram desaparecendo.

Atualmente tenho uma boa autoestima, meus diálogos internos são saudáveis e não mais pessimistas. Faço minhas atividades com independência, estou vinculada à saúde e já faço voos domésticos, sem medo. Até pequenas aulas eu passei a dar no meu grupo religioso! Aquela vontade de queixar de tudo e de mim própria também diminuiu consideravelmente. Espero em breve viajar para o exterior e enviar um belo cartão ao Dr. Julio. Os problemas psicossomáticos ainda acontecem esporadicamente, mas, logo me levanto. Digo para mim mesma, um passo de cada vez, e aos 68 anos de idade não espero milagres, mas melhoras contínuas. Agradeço de coração a dedicação em me ajudar a me encontrar... Os problemas ainda existem em torno de mim, mas já não me atingem tanto, não mais me vitimizam; ao contrário, reconheço as minhas capacidades! Obrigada.

Diretrizes Práticas

Durante a ocorrência do trauma, identificar e atribuir significados ao que está acontecendo pode ser um preditivo de boas respostas após o evento traumático. Um bom exemplo de superação nos traz Washington Olivetto, que foi sequestrado e passou 53 dias sem ouvir voz alguma. Mesmo isolado absolutamente, o publicitário conseguiu orientar-se no tempo. Pediu caneta e papel e escreveu sobre suas experiências, amigos e família. *Escrevi dia e noite, o que me ajudou muito*, disse Olivetto. Certamente a escrita o ajudou a elaborar o que estava acontecendo e contribuiu para sua recuperação após o sequestro.

Um outro exemplo de bom processamento durante a ocorrência traumática nos traz um casal que atendi após 2 semanas de um sequestro relâmpago. Carina permaneceu apavorada durante as 3 horas que durou o sequestro, e Diego ficou da mesma maneira, porém apenas na primeira meia hora. Enquanto a Carina vivenciava o desespero, Diego procurou dialogar internamente com perguntas e respostas para si mesmo: *meu Deus, isso não parece real, o que está acontecendo aqui? É real, sim, estamos correndo risco de morte, 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!*

Criar uma referência mais clara sobre o que acontecia e alguma estratégia de conduta trouxe ao marido um sentimento subjetivo

978-85-7241-811-9



Foto: Julio Peres

Figura 11.19 – Lembre-se de levar o essencial em sua jornada.

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.

Seguem agora alguns aprendizados extraídos dos exemplos de superação mostrados neste capítulo:

1. Durante o evento estressor tentar, se possível, dialogar internamente e elaborar o que está ocorrendo.
2. Evitar a autovitimização. O que você diz para si e para os outros sobre o que ocorreu pode tanto aliviar quanto exacerbar o sofrimento. A fixação em diálogos internos do tipo “Isso é injusto” ou “Não poderia ter acontecido comigo” dificulta o investimento na busca de recuperação e favorece a continuidade da dor.
3. Os sinais psicopatológicos do trauma modificam-se ao longo do tempo, assim como a expressão de sua memória. É possível fortalecer a confiança de que a dor será superada, seja encontrando exemplos que sirvam de apoio, seja procurando ajuda especializada.
4. Ter confiança no bem. Quem acredita que o futuro trará conforto, vive melhor o presente. Quando se descobre a importância de seguir adiante, o trauma perde a força.
5. Estudos mostram que quem possui uma boa base religiosa consegue minimizar a dor. Buscar conforto na religiosidade, respeitando suas crenças, pode aliviar o sofrimento. A crença em um Deus acolhedor fortalece o amparo para seguir adiante.
6. Criar alianças positivas com a dificuldade, buscando o aprendizado que a experiência dolorosa pode trazer. Sínteses positivas predis põem e favorecem a superação psicológica.
7. Gerar novos objetivos de vida. Engajar-se em um novo projeto e tornar a própria experiência um veículo de propagação do bem tornam mais fácil superar o trauma. Um bom exemplo é a Sociedade Viva Cazusa, obra da mãe do cantor, Lucinha Araújo.
8. Não responder ao trauma criando outro. Não se deve responder a uma situação de violência gerando mais violência. Exemplo: quem deseja matar o assassino do filho pode ficar mais traumatizado com seu próprio ato, que não aplaca a dor psicológica, mas a enfatiza.
9. Falar da dor, mas de forma adequada e com as pessoas certas. É preciso encontrar sentido para a superação do trauma. Buscar uma narrativa que sintetize os aprendizados de vida pode diminuir as expressões emocionais e sensoriais do trauma.

A Terapia É o Terapeuta

*A próxima fronteira não está somente à sua frente,
ela está dentro de você.*

ROBERT K. COOPER



Foto: Julio Peres

Figura 12.1 – Não podes ensinar nada a um homem; podes apenas sensibilizá-lo ao aprendizado (Galileu Galilei).

Um dos objetivos deste livro é trazer algum suporte para os profissionais interessados em trabalhar psicoterapeuticamente com indivíduos traumatizados. Mas, antes do atendimento às vítimas de trauma psicológico, é importante que o profissional reflita sobre algumas questões preparatórias a seu bom desempenho:

- Estou pronto para ouvir os relatos das pessoas gravemente traumatizadas?
- De que tipo de apoio eu preciso e precisarei?
- Estou realmente convencido de que a exposição às memórias traumáticas trará benefícios aos sobreviventes de traumas?
- Realmente quero ouvir essas memórias? Eu evitaria “sutilmente” a escuta terapêutica pelas minhas questões de ordem pessoal?
- Estou ciente do fato de que os indivíduos traumatizados têm dificuldade de comunicar suas memórias?
- Tenho disponibilidade para receber qualquer paciente, seja qual for o trauma? Preferiria casos mais fáceis ou evitaria casos mais difíceis?
- Estou pronto para seguir o código de ética e sigilo profissional?
- Estou pronto para ter empatia com as vítimas de trauma sem prejudicá-las com identificação demasiada?

Conceitos de psicoterapia e terapeuta

Psicoterapia: uma forma de tratamento para doenças mentais, desajustamentos comportamentais e/ou problemas que se supõe serem de natureza emocional.

Terapeuta: a etimologia da palavra (do grego *thérapeutai*) exprime o sentido de servir, cuidar e curar. Nos dias atuais, é uma pessoa treinada que estabelece uma relação profissional com um paciente para remover, modificar ou retardar os sintomas existentes; atenuar ou reverter os padrões perturbadores do comportamento; e promover o crescimento e o desenvolvimento positivo da personalidade.

O Terapeuta e a Segurança Interior

Depois dessas reflexões nos cursos que ministro, os médicos e psicólogos com frequência perguntam: Mas como estar preparado e confiante de que farei um bom trabalho? Como adquirir segurança e equilíbrio para conduzir o atendimento a vítimas de traumas psicológicos?

Trarei agora algumas ponderações, já que o caminho psicoterápico do indivíduo traumatizado merece atenção especial quanto à responsabilidade do terapeuta em relação à qualidade de seu trabalho. Antes, ou mesmo durante o contato com sobreviventes de traumas, é natural que o profissional tenha motivação para se autolapidar como instrumento capaz de aliviar a dor, muitas vezes intensa, e propagar o bem.

O exercício da Psicoterapia é um trabalho artístico, de tocar e despertar viajantes que se encontram perdidos, sem referências ou aprisionados em seus caminhos dolorosos para a escuta interior de um novo sentido e propósito de suas vidas.

O trabalho psicoterápico inicia-se com o reconhecimento preciso do ponto de partida, *o estado atual*. As noções do paciente a respeito de onde está, isto é, como se sente e o que tem feito até então para aliviar sua dor, são requisitos fundamentais para um atendimento eficiente. O objetivo, ou seja, *o estado desejado* deve, pois, ser esclarecido e determinado, despertando a energia da vontade necessária ao investimento pessoal nesse processo de mudança.

A vontade é um atributo essencial ao ser humano e pode ser exercitada para o cumprimento dos objetivos psicoterápicos.

O terapeuta tem grande influência sobre a jornada terapêutica e, assim como o musicista de uma orquestra, utiliza um instrumento específico e uma técnica apropriada. Um instrumento, para ter bom timbre, sonoridade e afinação, deve ser trabalhado com atenção e cuidados singelos durante a fabricação. A técnica é aprendida e incorporada por meio da prática responsável e determinada no estudo diário, ensejando o toque cada vez mais adequado do instrumento.



Foto: Julio Peres

Figura 12.2 – O reconhecimento do terapeuta como um instrumento na grande orquestra e o domínio da técnica tornam possível o toque harmonioso de sua partitura na arte de seu ofício.

Já o instrumento utilizado pelo terapeuta é a sua CONSCIÊNCIA, que se manifesta naturalmente em sua atividade profissional. Quanto mais bem cuidada e trabalhada, mais elevado será o seu estado de consciência e, conseqüentemente, mais estável será o seu equilíbrio pessoal. A atenção aos problemas, aos desconfortos interiores e às dificuldades pessoais é fundamental na perspectiva do bom aproveitamento dessas oportunidades para o desenvolvimento responsável e harmonioso de sua vida.

Dessa maneira, atento e cuidadoso consigo mesmo, o terapeuta percorre o seu caminho particular de aprimoramento em busca de paz, equilíbrio e felicidade interiores. Durante esse percurso, haverá dificuldades e provas que testarão sua habilidade e versatilidade em conduzir a própria jornada. O terapeuta, como um viajante destemido, deverá aprender, exercitar e aprimorar seus recursos para superar tais desafios. O aprendizado incorporado à própria experiência será articulado com o desenvolvimento de seu trabalho com alguém que se encontre em sofrimento. Enfrentando com boa vontade e esperança os “testes de aptidão” na jornada do crescimento pessoal, o terapeuta descobre valores, ensinamentos e verdades que o caminho revela. A observação e a contemplação da vida, seus fenômenos e suas leis naturais são referências importantes para a conduta harmônica no dia a dia. A consciência do terapeuta bem como as experiências na vida se refletem naturalmente em sua atuação profissional.

Assim, o profissional vai trabalhar nos pacientes exatamente o que trabalhou e trabalha consigo, a elevação do estado de consciência visando à paz e ao equilíbrio interior. Para isso, necessita de uma técnica específica, que promova o acesso ao espaço íntimo do indivíduo que se encontra perdido e aprisionado na dor.

O programa de 16 sessões que apresentei permite ao paciente acessar valores e talentos por meio do resgate do repertório de conquistas vivenciadas ao longo de sua história. A condução técnica dessa jornada está no âmbito do trabalho do terapeuta, porém o caminho a ser desenvolvido é da responsabilidade do próprio paciente. Assim, é importante que o terapeuta esclareça ser fundamental a participação do paciente, bem como sua motivação durante a construção do *estado desejado*. Como um bom dançarino, o terapeuta vai acompanhar qualquer variação de “ritmo e estilo” trazida pelo paciente. Entretanto, deve dançar *com* e não *por* seu paciente. Cada um terá, necessariamente, de fazer a parte que lhe compete.

A certeza interior do encontro com a atividade que verdadeiramente o realiza integra o trabalhador ao seu ofício. O investimento disciplinado e responsável torna-se voluntário, já que esse trabalho lhe eleva a consciência, conferindo-lhe um sentimento de bem-estar

e contentamento interior. Na condução da psicoterapia, o terapeuta faz seu trabalho da melhor maneira que a consciência lhe permite; isso, no entanto, sem se apegar ao resultado.

O bom terapeuta desfruta o trabalho, estando disponível, presente e integrado à sua atividade, assim como um musicista que dá o melhor em seu toque, sem se preocupar se vai ser aplaudido ou não ao final da execução. Ambos poderão, depois de realizado o trabalho, avaliar honestamente o próprio desempenho como um instrumento que pode sempre ser aperfeiçoado. Tanto o bom musicista quanto o bom terapeuta sabem interiormente qual o sentido em estar fazendo o seu trabalho, tocando as pessoas e, principalmente, qual a sua mais profunda motivação. Assim, conscientes e integrados, ambos adquirem a segurança e a confiança interiores no toque da “música” que executam. É importante ressaltar que o musicista só sensibilizará o coração das pessoas à sua volta se as canções executadas tocarem o próprio coração. Caso contrário, tal música será superficial e, por consequência, inexpressiva. O mesmo se aplica ao exercício profissional do psicoterapeuta.

Naturalmente, a confiança e a segurança do profissional da Psicoterapia em si mesmo, centradas em suas motivações, abastecem e renovam a energia interior impressa na conduta profissional. Criatividade e sensibilidade espontaneamente afloram, assim como a intuição aguçada. Nessa fase, quando tudo flui bem, o terapeuta deve ter um cuidado especial com as armadilhas sutis do Ego, conscientizando-se de ser um instrumento, agora, afinado com a harmonia do movimento da vida e que pode, também como tal, desafinar, entrando em desarmonia com a “música do Universo”. Nesse sentido, o coração e a vida são professores dedicados que diariamente sinalizam os movimentos harmoniosos e os equivocados.

É natural que vítimas de traumas manifestem medo e insegurança, dificultando o andamento do trabalho terapêutico. Diante de obstáculos, dúvidas e dificuldades em sua vida de maneira geral, o terapeuta deve agir com disposição para o esclarecimento e a superação. A procura sincera da resolução conduzirá ao conhecimento de seus recursos internos, e esse repertório comunicará de maneira não verbal, com o lastro da própria experiência, um bom exemplo a ser seguido.

Quanto mais elevado o estado de consciência, lapidado pelo trabalho do profissional, mais ampliada será sua percepção refletida na habilidade de sensibilizar a expansão da consciência do paciente. De fato, o episódio traumático passa a ter, durante o processo, uma nova leitura e decodificação.

A força da palavra é grande como instrumento de acesso à consciência, por isso o terapeuta deve empregá-la com precisão. O treino



Foto: Julio Peres

Figura 12.3 – O terapeuta não pode levar alguém a um lugar que não tenha visitado.

da articulação do idioma ao contexto psicoterápico, por sua vez, deve ser constante. A objetividade, a coerência e a adequação da linguagem, sempre na perspectiva construtiva, evitarão o desperdício de tempo e energia, como também as dúvidas e interpretações distorcidas do paciente. Observando-se uma esfera que gira em seu eixo, a parte superficial realizará mais movimentos do que aquela localizada próxima ao eixo durante um mesmo percurso. Assim, o terapeuta falará menos e mais precisamente quanto mais centrado estiver no próprio eixo.

A empatia (*empathia*: sentir-se dentro de) somente ocorre quando o profissional aceita serenamente a si mesmo, tendo então espaço e abertura interior para aceitar livremente o outro. Assim, um fenômeno é recebido integralmente pelo terapeuta que se permite envolver com o momento do paciente, o qual se sente apoiado e compreendido. Para isso, é preciso ficar à vontade e simplesmente receber o paciente com respeito e amor incondicionais. O *rappport* não ocorreria se o terapeuta ansiosamente contaminasse esse encontro, enquadrando-o a técnicas, análises ou ferramentas dissociadas desse contato. O vínculo que o terapeuta estabelece não é com a doença ou o sintoma, mas com o ser que lhe está à frente.

Durante as supervisões de atuação dos profissionais em psicoterapia de traumatizados, observo que a mudança terapêutica se dá no encontro entre duas pessoas em equanimidade: paciente e terapeuta.

Dois seres compartilham um mesmo momento como um fenômeno químico entre dois reagentes. O terapeuta age nessa “reação” como um catalisador que acelera um processo natural de transformação do sofrimento em aprendizado. Alguns estudos revelam que fatores inespecíficos do terapeuta, como o amparo afetivo, otimizam a psicoterapia. A aliança terapêutica transcende a técnica em si mesma. Prova disso vem pelos estudos que controlam com escalas a adesão à psicoterapia e os resultados dos pacientes (com diagnóstico específico): profissionais com o mesmo tempo de formação na mesma abordagem psicoterápica, e que aplicam a mesma técnica, apresentam resultados e níveis de adesão bastante distintos. Em especial, a Psicanálise tem estudado esses fatores específicos, mostrando que a atitude caracterizada por maternagem, continência e amparo possibilitam ao paciente a construção de uma base sólida para desenvolver o processo que se concluirá com a sua autonomia.

978-85-7241-811-9

Observamos que o desamparo é um fator que se manifesta em todos os traumas. Assim, o terapeuta deve amparar, tomando cuidados específicos para não transgredir seu papel terapêutico.

Vítimas de traumas com frequência vivenciam o desamparo, por isso a continência afetiva por parte do terapeuta e sua competência tornam-se alicerces importantes para a construção da confiança do paciente em sua recuperação. Entretanto, é preciso cuidado para não alimentar a fragilidade ou dependência do paciente, evitando, assim, tornar-se um “complementar patológico” em lugar de terapeuta.

O *estilo psicoterápico* é reflexo da conduta adotada na vida pessoal. Durante o trabalho, o terapeuta aprimora seu “feitiço” profissional como um artista que descobre e desenvolve um estilo praticando sua arte. O artista pode seguir, estudar e praticar exemplos e referências, mas sem copiá-los. Restringir-se à imitação distanciá-lo-ia de seus talentos e potencialidades naturais. Da mesma forma, o terapeuta pode seguir os ensinamentos e exemplos dos mestres por ele respeitados, integrando-os à sua vivência. A ênfase demasiada e o aprisionamento em uma determinada técnica podem provocar o automatismo do desempenho, o qual não toca efetivamente o paciente. Assim como a técnica pianística está a favor da expressão cada vez melhor do pianista, as abordagens e técnicas terapêuticas devem estar a favor e nunca contra a expressão do terapeuta.

Praticar a arte de viver em harmonia, não só em seu consultório como em sua vida, fortalece as bases da segurança pessoal. Não

vivemos de maneira compartimentada. Nossa bagagem pessoal se reflete em nossa atividade profissional. A compreensão da equanimidade em relação a todos, a dissolução das ilusões que separam os indivíduos uns dos outros e o exercício de ser, simplesmente, o que se é, com respeito à ética pela vida, são degraus para um ser tranquilo.

Somente podemos servir quando desfrutamos do que fazemos. Essa é a condição que permite ao terapeuta servir ao Bem e não meramente negociar. A segurança e a confiança interiores do terapeuta, depois de instrumentalizado, ocorre quando este quer estar no consultório e propagar o Bem por livre e espontânea vontade.

978-85-7241-811-9

Itens que o Terapeuta Deve Lembrar no Atendimento

1. Avaliar como o paciente está colocando em prática o Cartão de Enfrentamento e como está se sentindo com isso, levantando a possibilidade de mais oportunidades para a essa prática. Exemplo: “De que forma está aplicando seu Cartão de Enfrentamento?”; “Em que situações?”; “Tem tido alguma dificuldade? Qual(is)?”
2. Sugerir que o paciente aproveite as possibilidades do dia para praticar as diretrizes contidas no Cartão de Enfrentamento. Às vezes, o paciente utiliza evasivas e diz que só o tempo o fará mudar. O terapeuta deve orientar, mostrando que o tempo é terapêutico, mas enfatizando que aquilo que o torna terapêutico é justamente o aproveitamento das oportunidades.
3. No início, o paciente pode sentir um pouco de receio ou dificuldade em aplicar o Cartão de Enfrentamento; no decorrer dessa prática, as dificuldades vão diminuindo até serem internalizadas e assimiladas naturalmente.
4. A prática do Cartão de Enfrentamento é semelhante à aprendizagem de um novo idioma: são necessários interesse e disciplina. Vale ressaltar a importância de observar se existem padrões autodestrutivos na personalidade do paciente. Em caso afirmativo, é fundamental trabalhar esses padrões, a fim de viabilizar a prática do Cartão de Enfrentamento.

5. Quando há ganhos secundários, existe maior resistência à prática do Cartão de Enfrentamento. Por isso, o terapeuta deve ter a habilidade de trabalhar essa resistência e facilitar o entendimento do paciente em relação ao porquê da manifestação da resistência.
6. Buscar não apenas a mudança da atitude, mas também a mudança da consciência sobre a atitude.
7. Incentivar a visualização criativa, pois essa é uma técnica valiosa no processo terapêutico, fundamental para o fortalecimento de redes neurais que aproximam a concretização na vida diária do que o paciente visualiza. Exemplo: “Imagine-se em uma situação na qual você esteja colocando em prática o seu Cartão de Enfrentamento”.
8. Indicar aos pacientes exercícios, “tarefas” para casa, por meio das quais possam encontrar ou criar oportunidades para a prática do Cartão de Enfrentamento. Por exemplo, no caso de pacientes com isolamento social decorrente de traumas, o terapeuta pode sugerir que, em locais seguros e confiáveis, tente cumprimentar as pessoas, dizendo, pelo menos, “Bom-dia”.
9. No início de cada sessão, valorizar e incentivar as mudanças de atitudes do paciente ocorridas durante os intervalos entre as sessões. Às vezes, não houve uma transformação do padrão de comportamento, mas já é possível notar um esforço nesse sentido; é importante valorizar o alicerce para o paciente caminhar adiante em seu processo.
10. Evite dizer: “Não se sinta mal; Você é forte, não chore; Foi a vontade de Deus; Poderia ser pior; Pelo menos você ainda...; Sinto muito por aquilo que aconteceu com vocês”.

Conceitos de Sanidade, Doença e Cura

Considero oportuno neste livro, dedicado a indivíduos traumatizados, psicoterapeutas e interessados no assunto, trazer algumas contribuições sobre os conceitos de sanidade, doença e cura sob diversos pontos de vista. O objetivo é propiciar uma reflexão sobre o *estado desejado* com mais clareza, isto é, o que se busca atingir com o processo psicoterápico. É fundamental que tais objetivos sejam exequíveis. Para isso, seguem alguns conceitos de acordo com as principais fontes do conhecimento humano.

Começo com a definição de transtorno mental. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (DSM-IV) refere que o transtorno mental, por qualquer que seja a causa original, deve

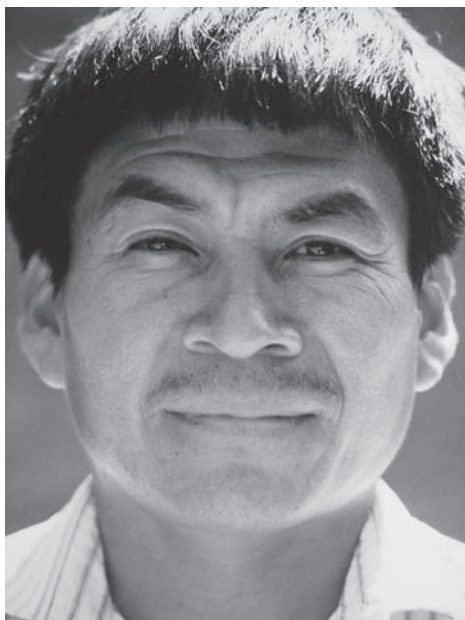


Foto: Julio Peres

Figura 12.4 – Em 1946, a Organização Mundial de Saúde definiu saúde como “estado de perfeito bem-estar físico, mental e social do ser humano e não apenas a ausência de doenças”.

ser considerado uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica do indivíduo. Na Classificação Internacional das Doenças – 10 (CID-10), “transtorno” indica a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecíveis associados, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência das funções pessoais.

Seguem-se outros conceitos.

978-85-7241-811-9

Grécia Antiga

Voltando às origens da Medicina na Grécia Antiga, de acordo com a tradição médica de Hipócrates, nascido na ilha de Cós por volta do ano 460 a.C., as doenças não são causadas por demônios ou forças sobrenaturais, mas constituem fenômenos naturais que podem ser cientificamente estudados e influenciados por procedimentos terapêuticos e pela judiciosa conduta de vida de cada indivíduo. Pela primeira vez as doenças mentais deixaram de estar atribuídas às divindades, passando a ser relacionadas ao sangue, à fleuma, à bile negra e à bile amarela, que se desdobravam em quatro humores. Os meios mais eficazes para prevenir as doenças seriam moderação e modo de vida saudável. Quanto ao processo de cura, Hipócrates reconheceu as forças curativas inerentes aos

organismos vivos, as quais denominou “o poder curativo da natureza”. A saúde, conforme os descritores hipocráticos, requer um equilíbrio entre influências ambientais, modos de vida e os vários componentes da natureza humana. Esses componentes são descritos em termos de “humores” e “paixões”, que devem estar em equilíbrio para que a saúde se estabeleça na moderação e na harmonia. Daí vem o dizer “mente sã em corpo são”.

978-85-7241-811-9

Xamanismo

O xamanismo, como uma medicina originariamente indígena, traz contribuições interessantes. A característica predominante da concepção xamanística de doenças é a crença de que os seres humanos são parte integrante de um sistema em que toda doença é consequência de alguma desarmonia em relação à ordem cósmica. Assim, as terapias xamanísticas destacam a recuperação da harmonia ou do equilíbrio dentro da natureza, nas relações humanas e na interação com o mundo dos espíritos.

Homeopatia

Segundo a medicina homeopática, criada por Samuel Hahnemann (1755-1843), a doença envolve não somente o sintoma, mas também o modo de vida do indivíduo, assim como a natureza de seu temperamento, o caráter dos seus sentimentos, sua constituição física e essência. A terapia homeopática consiste em combinar o padrão de sintomas característico do paciente com o padrão semelhante característico do remédio (“semelhante cura semelhante”). O processo de exoneração implica, muitas vezes, a “piora” ou a exacerbação dos sintomas para que, em seguida, possa ocorrer a melhora.

Medicina Chinesa

Tendo como base o Confucionismo, o Taoísmo e os conceitos complementares do *yin* e *yang*, a Medicina Chinesa entende o universo como um todo, natural e social, o qual se encontra em estado de equilíbrio dinâmico. As doenças, por sua vez, manifestam-se quando o corpo perde o equilíbrio, e o *Ch'i* (energia vital) não circula apropriadamente. As causas são múltiplas: dieta inadequada, problemas com o sono, falta de exercícios físicos e, especialmente, o estado de desarmonia com a família ou a sociedade. O conceito de saúde,

portanto, baseia-se na integração harmoniosa do ser em si e em seu meio, estabelecendo assim o fluxo natural da energia vital.

Reich

978-85-7241-811-9

Wilhelm Reich postulou que atitudes e experiências emocionais podem dar origem a certos padrões musculares que bloqueiam o livre fluxo de energia. A destruição dessa “couraça muscular” restabeleceria a plena capacidade do organismo para a pulsação da energia. Reich aponta o princípio da expansão e da contração (tal como na função pulmonar) como os movimentos básicos da vida, estando a saúde diretamente relacionada à fluência equilibrada e natural deste princípio: dar e receber em proporção equilibrada para a prosperidade da vida.

Psicanálise

Do ponto vista psicanalítico, a história da neurose é a narrativa de como se formou um “nó”; a da cura trata de como esse “nó” foi desfeito. Esse chamado “nó”, oriundo de um trauma, não se desata espontaneamente; ao contrário, repete-se em episódios chamados de sintomas. Tudo o que o paciente diz durante as sessões de terapia vale para produzir outras formas de ser. A cura psicanalítica equivale ao reconhecimento de que há inúmeros campos do real onde se pensava haver uma realidade única, e a mudança de dinâmicas anteriormente inconscientes que causavam o sofrimento.

Humanismo

A concepção humanista, liderada nos campos cultural e científico por nomes como Foucault, Althusser, Sartre e Lévi-Strauss, retoma a ideia de doença como a ruptura do equilíbrio entre o homem e si mesmo e seu meio; a cura envolveria o processo de reequilíbrio cósmico e o “estrangulamento” de uma possibilidade inimiga com a qual não se deve compactuar. Os sintomas, por sua vez, são referidos como a expressão do organismo à procura de defesa.

Resumo

A despeito de algumas referências objetivas aqui trazidas, o que é saudável e doente, normal e anormal, são e insano, varia de cultura

para cultura. A doença pode, em muitos casos, ser uma busca adaptativa. Por exemplo, as respostas ao trauma psicológico podem ser vistas como defesas hipertrofiadas, que com o tempo se tornam disfuncionais.

Em regra, a doença (desordem) é conceituada como o indicador de um movimento antagônico ao fluxo natural da vida. Tal como um instrumento desafinado em uma orquestra, a doença sinaliza que algo necessita ser corrigido e impulsiona o indivíduo no sentido de afinar-se em relação a si e ao meio. O bem-estar, por outro lado, indica o movimento afinado e harmônico em relação ao Universo em que vivemos. A ausência de doenças não pode ser considerada definição de saúde. *Saúde pode ser definida como uma experiência subjetiva de bem-estar.* Podemos associar ao conceito de saúde uma atitude positiva em relação à existência ou simplesmente um contentamento de viver.

Religiosidade, Espiritualidade e Saúde

*Só se vê bem com o coração, o essencial
é invisível aos olhos.*

ANTOINE DE SAINT-EXUPÉRY

Início este capítulo com um fato ocorrido em 1892, na França. Um senhor de 70 anos viajava de trem ao lado de um jovem universitário que lia um livro de ciências. O senhor lia um livro de capa preta. O jovem

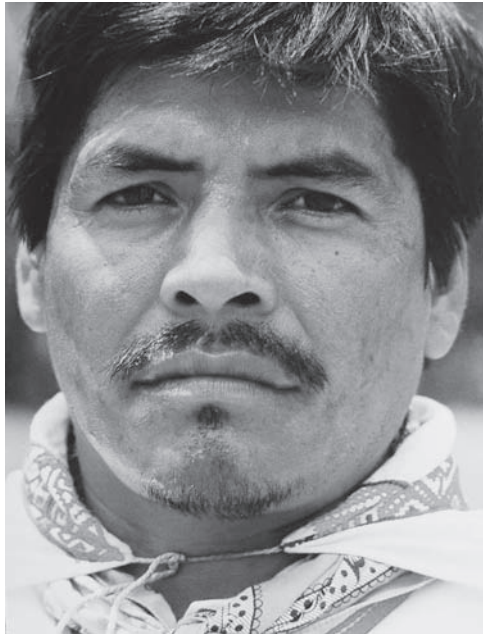


Foto: Julio Peres

Figura 13.1 – Todas as almas são melodias que necessitam de retoques (Stéphane Malarmé).

percebeu que se tratava da Bíblia e sem cerimônia interrompeu a leitura do senhor e iniciou um diálogo:

Estudante – O senhor ainda acredita neste livro cheio de fábulas e crendices? Creio que o senhor deveria estudar a História Universal. Veria que a Revolução Francesa, ocorrida há mais de 100 anos, mostrou a miopia da religião. O senhor deveria conhecer um pouco mais sobre o que os nossos cientistas pensam e dizem sobre tudo isso.

Senhor – É mesmo? E o que pensam e dizem os nossos cientistas sobre a Bíblia? – perguntou demonstrando o interesse de quem quer aprender um pouco.

Estudante – Bem... – respondeu o universitário – como vou descer na próxima estação, falta-me tempo agora, mas deixe-me o seu cartão que eu lhe enviarei o material pelo correio com a máxima urgência.

O senhor cuidadosamente abriu o bolso interno do paletó e deu o seu cartão ao universitário. Então, o jovem leu: “Professor Doutor Louis Pasteur, Diretor Geral do Instituto de Pesquisas Científicas da Universidade Nacional da França”.

Após este fato ocorrido no trem com o jovem, o próprio Pasteur escreveu essa passagem em sua biografia e deixou como um dos seus valiosos legados à humanidade a seguinte frase: *Un peu de science éloigne de Dieu, beaucoup de science y ramène* (Um pouco de Ciência nos afasta de Deus. Muito, nos aproxima)¹.

Há que se ter humildade para cruzar as barreiras e estender a mão ao outro. Podemos concordar em discordar e, mesmo assim, agir lado a lado para o bem comum. Contudo, alguns livros como *Quebrando o encanto*, de Daniel Dennett, e *Deus, um delírio*, de Richard Dawkins, continuam reeditando o antigo conflito entre ciência e religião. Felizmente, outros pensadores iluminam a conciliação. Por exemplo, segundo o biólogo Edward Wilson, a ciência e a fé precisam urgentemente de uma trégua, e o preço do fracasso nessas negociações de paz pode ser a própria vida na Terra. Os filósofos neurocientistas japoneses Fukushi, Sakura e Koizumi indicam que a ciência sem a espiritualidade enfraquecerá a ética por conceitos exclusivamente materialistas. Ressaltam que a ética está diretamente ligada à nacionalidade, cultura, religiosidade e ao histórico social dos indivíduos, enquanto a ciência está especialmente ligada à demanda econômica e política da sociedade a qual os indivíduos pertencem.

¹ Extraído de Bainey (2007).

O padre Michael Heller, filósofo e doutor em cosmologia, em 2008, ao receber o prêmio Templeton por estudos sobre religiosidade, disse que “a ciência nos dá o conhecimento, e a religião nos dá o sentido... ambos são pré-requisitos para uma existência decente”. Um bom exemplo atual de conciliação entre a fé e a ciência nos traz o biólogo e médico americano Francis Collins (chefe do Projeto Genoma Humano), que descreve sua trajetória de ateu a cristão no livro *A Linguagem de Deus*. Quando cursava medicina, Collins se viu, como muitos colegas estudantes, surpreendido pela fortaleza espiritual das pessoas conectadas a Deus no enfrentamento das piores tragédias. Passou então refletir sobre Deus como uma atitude racional e encontrou a possibilidade de conciliar as verdades científicas sobre a origem do Universo, regido por leis finamente ajustadas e favoráveis à vida. Collins relata a sua vivência de uma crença religiosa profunda que considera a obra-prima de uma expressão divina. Assim como muitos outros, esse respeitável cientista acredita que Deus teria estabelecido as regras do Universo desde seu princípio, de maneira que, na plenitude do tempo, pudessem evoluir seres que fossem capazes de encontrar a “lei moral” e buscar um relacionamento com o próprio Criador.

Particularmente, considero no mínimo uma “não coincidência” a manifestação de um princípio inteligente sofisticado, isto é, não aleatório, nas manifestações vivas mais simples em nosso planeta. Por exemplo, um parâmetro, sem uma organização complexa como a de um sistema nervoso, por intermédio da quimiotaxia pode se aproximar ou se afastar do que lhe “interessa” para viver. Uma ação organizada regida por um princípio inteligente parece se manifestar em seres complexos e rudimentares como se houvesse uma consciência orientada para a vida em harmonia. Alguns filósofos denominam como *pan-psiquismo* a observação de que toda a vida, qualquer que seja, é dotada de consciência. Talvez, como humanos que somos, com a capacidade de pensar sobre os nossos pensamentos, tenhamos o grande desafio de retornar a esse princípio divino para assim vivermos em harmonia, com o diferencial da consciência sobre essa trajetória percorrida. Alguns dados de estudos que a Astronomia desenvolve sobre o infinito Universo já se apresentam para nossa compreensão a respeito dos mesmos princípios inteligentes que nos regem.

O que Sabemos sobre o Universo?

Astrônomos vêm procurando as respostas para a pergunta tão simples e tão essencial “quando o Universo nasceu?”. Uma câmera especial conhecida por NICMOS (*Near Infrared Camera and Multi-*

Object Spectrometer) acoplada ao potente telescópio espacial Hubble tem fornecido dados interessantes sobre o Universo do qual fazemos parte. Com base na observação das distâncias de várias supernovas (massiva explosão de estrelas) e análises da luminosidade das respectivas estrelas chegou-se à teoria sobre a origem do Universo. Todo o Universo teria emergido a partir de um grande e único *Big Bang* há 15 bilhões de anos. Porém, os físicos Steinhardt, Turok e colegas, da Universidade de Cambridge em Princeton, afirmaram há poucos anos que esse modelo teórico tem falhas que quebram sua sustentação. Recentes descobertas evidenciaram que o Universo se encontra em processo contínuo de expansão. Mais que isso, astrônomos australianos e ingleses abalaram o mundo científico evidenciando a aceleração da expansão do Universo, ao contrário da desaceleração que esperavam encontrar, devido à força de atração gravitacional entre as matérias. Revelaram que o brilho de supernovas observado em remotas galáxias requer um meio preenchido de peculiar energia, provedor da aceleração crescentemente mais rápida num futuro interminável. Em 2002, o periódico *Science* publicou uma nova teoria explicativa de como o Universo “veio a ser”. Foi apresentado um modelo de séries intermináveis de *Big Bangs* e eclosões igualmente significativos para formação de ciclos eternos de destruição e rejuvenescimento. Ampliando os referenciais teóricos que comportariam as recentes descobertas, os físicos e astrônomos visionaram o Universo em processo perpétuo de contração e expansão. O *Big Bang* não foi o começo dos tempos mas, sim, uma ponte para uma era de contração preexistente. Curiosamente, o Universo Cíclico, como agora tem sido chamado, endereça a origem de algumas estruturas e eventos da nossa vida diária a períodos anteriores ao *Big Bang* de 15 bilhões de anos. Contudo, os próprios pesquisadores referem que a pergunta “quando os ciclos começaram?” continua sem resposta, e concluem que uma bem estabelecida teoria cosmológica seria ainda extremamente diminuta para explicação do Universo.

Até pouco tempo, os astrônomos identificavam a existência de outros planetas indiretamente, por meio da influência gravitacional que o corpo exerce sobre sua estrela. Foram divulgadas nítidas imagens de planetas em órbita de uma estrela além do Sol. Christian Marois e colegas, do Instituto de Astrofísica Herzberg, conseguiram produzir imagens diretas (em infravermelho) com telescópios terrestres (Keck e Gemini) de três planetas. A estrela que eles orbitam se encontra no auge da existência, assim como o Sol. Os planetas são maiores em comparação com os do Sistema Solar: têm massas entre 5 e 13 vezes a de Júpiter. O Departamento de Astronomia da Universidade da Califórnia também registrou opti-

camente, com o telescópio espacial Hubble, um outro exoplaneta, que orbita a estrela Fomalhaut, uma das mais brilhantes no céu sobre a Terra. Os astrônomos que se dedicam a essa linha de pesquisa fronteiriça concordam em dizer que conhecemos uma pequena partícula do Universo e muito mais talvez que possamos imaginar aguarda para ser descoberto por nós, humanos.

Toda a ordem dos céus e todas as coisas que preenchem a terra – em suma, todos aqueles corpos que compõem a enorme estrutura do mundo – não possuem nenhuma subsistência sem uma mente (George Berkeley).

Voltar à Essência

978-85-7241-811-9

Segundo vários autores, a etimologia (raiz) da palavra religião (*re-ligare*) exprime o sentido de volta à essência, retorno à origem criadora da vida. As tradições religiosas estabelecem os caminhos para o homem religar-se à origem verdadeira de sua natureza, podendo dessa forma viver em harmonia e equilíbrio.

A religião está presente em todas as culturas como um importante agente equilibrador das relações do homem consigo mesmo, com seu meio, que inclui a sociedade, e com Deus. Estudando-se as tradições religiosas, observamos princípios para uma vida equilibrada e harmoniosa. É importante que o terapeuta, a despeito de suas crenças pessoais, tome contato com outros sistemas de crenças para que, ao chegar ao consultório, o paciente sintam-se acolhido e o profissional possa ajudá-lo na construção da narrativa do trauma a partir de seus próprios valores.

Recomendo aos colegas o estudo aprofundado sobre as religiões, o que pode beneficiar a compreensão das dinâmicas de comportamentos relacionadas a princípios apreendidos no convívio familiar e social influenciados por certa cultura religiosa. Vamos conhecer brevemente alguns dos princípios religiosos mais difundidos em todo o mundo.

ॐ *Hinduísmo*

A fonte espiritual encontra-se nos “Vedas”, uma coleção de textos antigos escritos por sábios anônimos, os chamados “videntes” védicos. Cada um desses “Vedas” está dividido em várias partes, compostas em diversas épocas, provavelmente entre 1500 e 500 a.C.

A essência da mensagem espiritual do Hinduísmo está contida nos *Upanishads*, cujos ensinamentos são resumidos nos versos:

“Tomando com o arco a grande arma de Upanishad, Nele deve-se pôr uma flecha afiada pela meditação. Distendendo-o com o pensamento voltado para a essência d’Aquele, Penetre o Imperecível com o alvo, meu amigo.”

978-85-7241-811-9



Budismo

Tradição espiritual com essência definitivamente psicológica. A história de Buda revela claramente o seu interesse no sofrimento dos seres humanos. Sua doutrina indica a origem das frustrações das pessoas e a forma de superá-las. Buda expressou-se por meio de Quatro Verdades Nobres:

- A primeira afirma que a característica mais saliente da condição humana é o sofrimento proveniente da resistência ao fluxo natural de inconstância da vida.
- A segunda especifica a causa do sofrimento como o apego e a avidez (*trishna*), embasados na ignorância (*avidya*), que divide o mundo em coisas individuais e separadas.
- A terceira atesta que o sofrimento e a frustração podem chegar a um fim quando se atinge o *nirvana* ou Estado de Buda.
- A quarta é a revelação do caminho pára extinguir o sofrimento. A visão correta é o ponto de partida para a condução da vida no caminho do meio entre os extremos opostos, associada à meditação correta com a qual é possível experimentar a realidade e a libertação.



Cristianismo

Baseia-se nos ensinamentos e exemplo de conduta deixados por Jesus de Nazaré, o Cristo: conceitos de amor, respeito e caridade (“Amar a Deus sobre todas as coisas e ao próximo como a si mesmo”), integração e identidade com Deus (“Eu e o Pai somos um”), humildade e valores espirituais (“Meu reino não é deste mundo”), benevolência divina (“Na casa do Pai há muitas moradas”) e libertação do sofrimento pelo conhecimento (“A verdade vos libertará”). Tanto católicos quanto protestantes compartilham essas crenças.

Judaísmo

A mais antiga das religiões monoteístas (6.000 anos a.C.), propõe a reverência e a interligação íntima com um Deus Criador e Mantenedor do mundo, cuja Essência não possui forma nem representação. Seus postulados estão embasados nos Dez Mandamentos e na Torá (escrituras sagradas), que trazem a essência da revelação divina, além de fornecer uma base para a vida pessoal, social, política e religiosa. A relação entre a Torá e o mundo é entre ideias e realização, visão e execução. Aquele que assume um compromisso com a Torá torna-se um “sócio de Deus”, no sentido de que o homem, por um lado, e Deus, por outro, têm participação ativa no planejamento e na execução do sonho comum da existência no mundo.

Islamismo

Propagada por Maomé no século VII da era cristã, tem como base o Alcorão, que reúne as revelações de Alá (Deus) sobre justiça e generosidade, sendo o versículo VII, 157, a fundamentação básica do Islamismo: “Não existe outra divindade senão Alá, e Maomé é o seu profeta”. Os muçulmanos prezam, acima de tudo, a palavra do seu Deus como uma verdadeira lei, cabendo a cada indivíduo o estrito cumprimento de suas cinco obrigações espirituais: profissão de fé e reconhecimento tácito da transcendência da Unidade Divina; oração conforme os preceitos do Alcorão; jejum; esmola legal; e peregrinação.

978-85-7241-811-9

Taoísmo

Reconhecendo as limitações e a relatividade do pensamento racional, o Taoísmo é basicamente um caminho de libertação do mundo terreno: “Aqueles que seguem a ordem natural fluem na corrente do Tao”. Se nos refrearmos de agir em oposição à natureza, estamos em harmonia com o Tao e, desta forma, todas as nossas ações serão bem-sucedidas. Lao Tse sintetiza este princípio fundamental na frase: “Através da não ação, tudo pode ser feito”.

Zen

Combinação única das filosofias e idiossincrasias de três culturas diferentes (indiana, taoísta e confucionista), tem como objetivo

conduzir o indivíduo à iluminação, que recebe o nome de *satori*. O Zen não possui qualquer dogma ou credos formais e afirma que essa liberdade perante todas as formas fixas de fé torna-o verdadeiramente espiritual. A perfeição do Zen reside em viver-se a vida diária com naturalidade e espontaneidade: “Quando tiver fome, coma; quando tiver sono, durma”.

978-85-7241-811-9

Espiritismo

O pedagogo francês Hippolyte Leon Denizard Rivail, mais conhecido pelo pseudônimo Allan Kardec, foi o elaborador do Espiritismo, definindo-o como “uma ciência que trata da natureza, da origem e do destino dos Espíritos, e de suas relações com o mundo corporal”. Alguns pressupostos fundamentais da Doutrina Espírita são: Deus é o criador de tudo o que existe; além do mundo dos homens existe o mundo dos Espíritos, onde sobrevivem as almas; todos os espíritos foram criados simples, ignorantes e evoluem por meio da reencarnação; todo espírito tem livre-arbítrio para agir; as relações dos Espíritos com os homens são constantes e sempre existiram em todas as épocas; o Espírito traz à presente vida o que aprendeu em vidas anteriores.



Religiões Afro-brasileiras

São todas aquelas doutrinas que tiveram origem nas religiões africanas, trazidas para o Brasil pelos escravos, como candomblé, umbanda, catimbó, batuque, macumba, quimbanda, Xangô do Nordeste, entre outras. Esses sistemas de crenças estabelecem paralelismos entre divindades africanas e santos católicos, adotando o calendário de festas do catolicismo, valorizando a frequência aos ritos e sacramentos da Igreja, como ocorre com o mais difundido deles, o candomblé. Outra religião afro-brasileira com grande número de adeptos é a umbanda, que assimilou preces, devoções e valores não apenas católicos, mas também oriundos da doutrina espírita, os quais não fazem parte do universo do candomblé.

A despeito da notória expansão das religiões para além dos sítios geográficos, algumas são especialmente predominantes em certas regiões do globo. Médio Oriente – Judaísmo, Islamismo, Zoroastrismo, Fé bahá'í; Extremo Oriente – Confucionismo, Taoísmo, Budismo Mahayana e Xintoísmo; religiões da Índia – Hinduísmo, Jainismo, Budismo e Siquismo.

Resiliência e Religiosidade



Foto: Julio Peres

Figura 13.2 – A religiosidade e a espiritualidade podem oferecer suporte para indivíduos responderem a situações traumáticas em que fragilidade, vulnerabilidade e limites humanos são confrontados.

Estudos em todo mundo tentam compreender o impacto da fé em vítimas de traumas psicológicos e a relação entre a espiritualidade e saúde mental. Afinal, práticas religiosas/espirituais são capazes de diminuir os sintomas pós-traumáticos? Vejamos o que dizem os mais recentes estudos sobre um tema que sempre existiu no curso da história humana, a despeito de diferentes épocas ou culturas: a espiritualidade e a religiosidade.

O Impacto do Trauma e a Vulnerabilidade

A surpresa e o imponderável geralmente estão associados a ocorrências traumáticas que alteram, às vezes drasticamente, uma dinâmica estável de vida. As pessoas que sofreram traumas quase sempre perdem, por algum tempo, a estabilidade constituída para conduzir o dia a dia. Isso pode favorecer o esmaecimento da motivação para viver, o isolamento e a depressão. Solidão, vazio, desesperança e desamparo são palavras utilizadas, com frequência, por indivíduos traumatizados para exprimirem seus estados emocionais. Nessas e em outras condições, muitas pessoas buscam um novo significado e propósito para suas vidas. A religiosidade e a espiritualidade estão fortemente enraizadas numa busca pessoal para compreender a vida, seu significado e suas relações com o sagrado ou o transcendente.

Assim, as crenças e práticas espirituais e/ou religiosas podem contemplar essa necessidade de buscar um sentido para a vida e influenciar a maneira como as pessoas interpretam e lidam com acontecimentos traumáticos.

É curioso como a subjetividade e as respectivas representações internas articulam percepções, memórias e sistemas de crenças capazes de gerar respostas objetivas ao longo da vida. Estudos longitudinais de 30 anos sugerem que um estilo de vida mais positivo, como, por exemplo, conseguir enxergar um copo como meio cheio em vez de meio vazio, foi um fator crítico para longevidade e melhor saúde. Por outro lado, o estilo de vida pessimista e de desesperança esteve associado significativamente à mortalidade.

Centenas de estudos têm investigado a relação entre envolvimento religioso e saúde mental. A maioria deles revela que quanto maior o envolvimento religioso, maior o bem-estar e a saúde mental. O uso positivo da religião esteve associado não só a melhores resultados físicos e mentais em pacientes com enfermidades graves, como também às vítimas de traumas psicológicos, por exemplo, pessoas afetadas por catástrofes naturais.

O uso da religião para lidar com problemas, no entanto, nem sempre está associado a melhores resultados. Um estudo longitudinal de 2 anos com pacientes idosos enfermos mostrou que o uso negativo da religião (questionamentos do tipo “Deus me abandonou” ou “Deus não me ama” ou “Foi obra do demônio”) esteve associado a maior índice de mortalidade, mesmo após ser feito controle das variáveis demográficas, de saúde física e saúde mental.

978-85-7241-811-9



Foto: Julio Peres

Figura 13.3 – *Senhor, dai-me coragem para mudar o que deve ser mudado; Sabedoria para aceitar as coisas que não posso mudar e Discernimento para perceber a diferença entre as duas situações (Oração da Serenidade).*

Espiritualidade e Trauma

978-85-7241-811-9

Uma recente metanálise de 49 trabalhos, com um total de 13.512 indivíduos, investigou a associação entre o uso da religião (no enfrentamento de traumas) e o ajustamento psicológico ao estresse². O uso positivo da religião teve uma relação positiva moderada com o ajustamento psicológico positivo e uma correlação inversa discreta com o ajustamento psicológico negativo. Por outro lado, o uso negativo da religião mostrou uma correlação positiva com o ajustamento psicológico negativo. Os autores discutem que diferentes tipos de situação podem ter diferentes implicações para o enfrentamento e o ajustamento psicológico frente ao estresse. O estudo não forneceu descrições dos tipos de situações. Contudo, pode-se entender que os diálogos internos, processados com o enquadre religioso, variam sensivelmente de acordo com a orientação que as pessoas matizam suas representações do fato ocorrido, isto é, as sínteses cognitivas extraídas dos diálogos subjetivos podem orientar as respostas comportamentais e emocionais.

Há necessidade de pesquisas mais extensas a respeito do impacto de diferentes formas de enfrentamento pela religiosidade e espiritualidade sobre o ajustamento a experiências traumáticas.

Um outro estudo³, que destacou uma possível conexão entre espiritualidade, religiosidade e trauma, investigou 1.385 veteranos de guerra em tratamento de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). A experiência de matar outras pessoas e de fracassar em evitar a morte de companheiros enfraqueceu a fé dos veteranos. Curiosamente, a gravidade dos sintomas de TEPT e dificuldades na adaptação social não se mostraram como fatores preditivos tão fortes do uso continuado dos serviços de saúde mental quanto a fé religiosa enfraquecida. Os autores chamam atenção para a possibilidade de que a motivação primária dos veteranos que buscam o tratamento possa ser a procura por um significado e uma razão para suas experiências traumáticas. Isso sugere que a espiritualidade possa desempenhar uma função mais importante do que se supunha no tratamento do TEPT.

A revisão de onze estudos empíricos sobre a associação entre espiritualidade, religiosidade e crescimento pós-traumático mostrou três principais achados:

- A espiritualidade e a religião são geralmente, embora nem sempre, benéficas para lidar com as consequências do trauma.
- Experiências traumáticas podem conduzir a um aprofundamento da religiosidade e da espiritualidade.

² Para aprofundamento do tema, ver Ano e Vasconcelles (2005).

³ Para aprofundamento do tema, ver Fontana e Rosenheck (2004).

- O uso produtivo da religião, a abertura espiritual/religiosa, a prontidão para enfrentar questões existenciais, a participação religiosa e a religiosidade intrínseca estão associadas de forma característica ao crescimento pós-traumático.

978-85-7241-811-9

Esperança e Enfrentamento

Os estudos sobre fé destacam importantes ganhos adaptativos, como a potencialização da motivação e da confiança, para o enfrentamento de dificuldades graves. Ainda que a fé pareça ser mais estudada por espiritualistas, são vários os pesquisadores e pensadores que “biologizam” a experiência religiosa. Observo que as discussões desses pensadores se dividem em dois caminhos principais: os que postulam a fé e como “vantagem adaptativa” e os que a discutem como um “efeito colateral”. O ato de crer teria sido tão vantajoso para os nossos ancestrais que um maior número de pessoas desenvolveram a fé, deixando mais descendentes que espalharam esse traço adiante. O instinto religioso traria uma grande vantagem também para a integração social que afeta toda a comunidade, grupo ou tribo devotos a Deus (ou qualquer outro nome que tenham usado). Esse grupo coeso possivelmente se tornou mais trabalhador, enfrentou com mais motivação as adversidades e foi mais corajoso nos combates. As outras discussões apontam para características naturais do nosso encéfalo sem estabelecer uma relação direta entre a fé e a religião, ou seja, muitos dos nossos ancestrais poderiam se fervorosos na fé em si mesmos e não necessariamente em Deus. O resultado acidental das propriedades mentais teria estimulado o surgimento da fé, também com vantagens adaptativas.

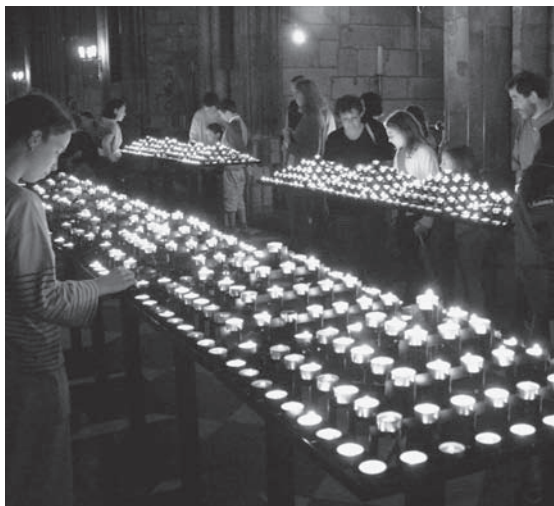


Foto: Julio Peres

Figura 13.4 – Motivação, do latim *motivum*, é aquilo que move uma pessoa e a põe em ação ou a faz mudar o curso.

A despeito da teoria que adotamos (existem outras tantas), podemos verificar objetivamente que a falta de confiança e esperança, por outro lado, pode favorecer o esmorecimento diante do trauma. Kenneth Pargament sugeriu, com pertinência, que o uso da religiosidade e da espiritualidade para enfrentamento do trauma tem algo especial a oferecer: pode, de maneira única, capacitar os indivíduos a responderem a situações em que tenham de se deparar com os limites do poder e do controle humanos no confronto com a vulnerabilidade e a finitude. Além disso, crenças e práticas religiosas podem reduzir a sensação de perda do controle e de desamparo; podem fornecer uma estrutura cognitiva capaz de atenuar o sofrimento e, ainda, fortalecer o indivíduo para reconstrução de sua vida.

Foto: Julio Peres



Figura 13.5 – A espiritualidade e a religiosidade podem ser pilares para a reelaboração resiliente de uma experiência traumática.

O conceito de enfrentamento e superação pelo uso da religiosidade envolve muitos aspectos cognitivos. Exemplos de enfrentamento positivo incluem:

- Reavaliação benevolente (buscando uma lição divina para o acontecimento).

- Apoio espiritual (buscando conforto por meio de amor e cuidado divinos).
- Entrega religiosa ativa (fazendo o que é possível quanto às responsabilidades pessoais e colocando o resto nas mãos de Deus).
- Busca de uma conexão espiritual (considerando que a vida faz parte de uma força espiritual maior).
- Busca de uma direção religiosa (rezando para encontrar uma nova razão para viver).

Tais crenças influenciam a interpretação dos acontecimentos da vida e a atribuição de significado e coerência.

Muitas pessoas lidam com acontecimentos estressores ou traumáticos apoiados em suas crenças religiosas. Por exemplo, uma pesquisa de âmbito nacional, nos Estados Unidos, sobre as reações ao estresse após o evento de 11 de setembro, mostrou que recorrer à religião (orações, religiosidade ou espiritualidade) como forma de enfrentar o respectivo estresse foi a segunda maneira mais comum de lidar com o impacto emocional do evento (90%), seguindo-se ao ato de conversar e compartilhar com outras pessoas, que ocupou o primeiro lugar, com 98%. O uso da religião como enfrentamento é, também, frequente em casos de doenças graves.

De fato, muitas vítimas de traumas buscam apoio na religião, em profissionais, na literatura ou com amigos, enquanto outros priorizam o silêncio, isolamento, colapso e/ou vitimização. O conhecimento de estratégias cognitivas que contemplem a busca de novos significados para o trauma e para a vida pode promover novas sínteses atenuantes do sofrimento. Conforme visto em capítulos anteriores, essa estrutura narrativa pode contribuir para a integração das sensações e emoções dispersas das experiências traumáticas no sentido da superação.

“Semeias pensamento, colhes ação; semeias ação, colhes hábito; semeias hábito, colhes caráter; semeias caráter, colhes destino”.
(Tennyson)

A religiosidade também pode ajudar o enfrentamento do trauma por intermédio do apoio social (igrejas, templos, grupos de oração etc.), que em geral desencoraja comportamentos autodestrutivos como o uso de drogas e álcool e incentiva o perdão e a continuidade da vida alinhada à saúde. Exemplos de superação de indivíduos que aprenderam e se desenvolveram a partir de suas experiências trau-

máticas⁴, que cresceram espiritualmente e adquiriram tranquilidade ao lidar com as dificuldades podem ser referências para novos processamentos e enquadres cognitivos às vítimas de traumas.

A atividade religiosa pode ser comunitária (com idas frequentes ou disciplinadas a igreja, templos etc.), individual ou mesmo informal (orações em casa, leitura, escutar ou assistir a programas de TV) e a motivação para essa atividade pode ser extrínseca (prestígio social, afirmação, poder) ou intrínseca (buscar o auto-aprimoramento e ser melhor instrumento da ação de Deus na Terra). Os benefícios maiores foram observados quando a atividade religiosa é organizada, com forte influência do apoio social, e a motivação é intrínseca.

Há múltiplos e, algumas vezes, inesperados caminhos para a resiliência. Uma vez que a desesperança é fator de risco para o TEPT tanto quanto o desamparo, uma hipótese razoável seria a de que a continência e o amparo podem proteger os indivíduos expostos a ocorrências potencialmente traumáticas. O interesse sobre a espiritualidade e a religiosidade sempre existiu no curso da história humana, em diferentes épocas ou culturas. De acordo com as estatísticas do World Values Survey, a maioria da população mundial acredita na existência do espírito e sua sobrevivência após a morte. Uma pesquisa conduzida em 2007 pelo Datafolha mostrou que apenas 1% da população brasileira não acredita na existência de Deus, 21% não acreditam em vida após a morte e 44% não acreditam em reencarnação. A prevalência de práticas espirituais e religiosas é expressiva; apenas 7,3% da população não têm religião. O conjunto dos dados demográficos justifica a pertinência das psicoterapias a dedicar especial atenção a esse tema (Tabela 13.1).

978-85-7241-811-9

Psicoterapia e Espiritualidade

Crenças e práticas espirituais-religiosas constituem uma parte importante da cultura e dos princípios utilizados para dar forma a julgamentos e ao processamento de informações. Vários estudos demonstram que o conhecimento e a valorização dos sistemas de

⁴ A experiência clínica e a literatura fornecem muitos exemplos e depoimentos de pessoas que perderam entes queridos, que foram sequestradas, que sofreram acidentes, amputações, abuso sexual, entre outros episódios traumáticos, e conseguiram restaurar a confiança para levar adiante a vida com qualidade.

Tabela 13.1 – World Values Survey

	Temos alma (%)	Há vida após a morte (%)
Bangladesh	99	56
Brasil	82	71
Egito	100	100
Estados Unidos	96	81
Filipinas	96	86
Índia	81	66
Indonésia	99	99
Japão	71	51
México	93	76
Nigéria	97	88
Paquistão	100	100
Rússia	67	37

Os números indicam a porcentagem da população que acredita ter alma e haver vida após a morte.

crenças dos pacientes colaboram com a adesão do indivíduo à psicoterapia e, também, com melhores resultados das intervenções.

Apesar disso, reconhecidas abordagens psicoterápicas como o Behaviorismo de Watson, a Psicanálise de Freud e a Terapia Cognitiva Comportamental de Beck não consideram em seus métodos a espiritualidade e a crença compartilhada pela maioria da população mundial, a sobrevivência após a morte. A contínua dicotomia entre espiritualidade e psicoterapias convencionais favoreceu a busca do grande número de pessoas por abordagens que consideram seus sistemas de crenças, causando o florescimento das terapias complementares no mundo.

A publicação do artigo *Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy*, por Rosenzweig em 1936, foi um marco da discussão sobre diferenças, similaridades e eficácia das psicoterapias. O achado geral de pouca ou nenhuma diferença entre as principais escolas da psicoterapia quanto à efetividade foi apontado. Atualmente, as áreas de concordância entre as abordagens psicoterápicas continuam mais expressivas do que as diferenças, sobressaindo em especial quatro aspectos: a similaridade dos objetivos; a relação terapeuta-paciente tem papel central nos processos; o paciente responsabiliza-se pelas escolhas; e a promoção da compreensão do “eu” pelo paciente.

O exame de 17 metanálises de estudos comparativos de diversas modalidades de psicoterapias encontrou diferenças não significativas de resultados. Os autores discutem que os tipos de assistência



Foto: Julio Peres

Figura 13.6 – O Brasil possui uma importante expressão religiosa sincrética e alta prevalência de praticantes de religiosidade/espiritualidade – apenas 7,3% da população não têm religião. Mesmo entre os sem-religião, a maioria tem alguma forma de espiritualidade.

que os terapeutas proveem consistem em processos humanos de autocura que ocorrem naturalmente, talvez de uma forma mais refinada e sistemática. Portanto, a psicoterapia deve voltar-se para os pacientes e respectivos sistemas de crenças, no sentido de potencializar suas capacidades, uma vez que a terapia funciona até onde estes aceitam participar. Além disso, é fundamental que a psicoterapia trabalhe para desenvolver modelos colaborativos, baseados na relação, que enfatizem a mobilização da esperança e do otimismo, o envolvimento ativo do paciente e a ajuda para que este mobilize suas capacidades intrínsecas para encontrar soluções.

Em Busca da Integração

978-85-7241-811-9

O psiquiatra Michael Miovic e colegas, da Universidade de Boston, investigaram os principais domínios discutidos em psicoterapia de indivíduos norte-americanos e constataram que a religião e a espiritualidade estão entre temas de igual importância quanto trabalho, família e sexualidade. Os autores também investigaram como os psicólogos clínicos compreendem e abordam a espiritualidade durante a psicoterapia. Os psicólogos estudados consideraram a espiritualidade um tema potencialmente provedor do encontro de equilíbrio e harmonia dos pacientes. Apesar de os pacientes observarem os terapeutas abertos para discussão do domínio espiritualidade, nem todas as abordagens encontraram um ajuste do tema em suas intervenções terapêuticas.

A diversidade de conceitos acerca da espiritualidade foi vista como um aspecto fundamental da dificuldade para abordar esse domínio na psicoterapia. O estudo enfatizou a importância de tornar tais conceitos mais coerentes e acessíveis, facilitando o diálogo profissional no contexto terapêutico. Portanto, adota-se aqui a definição do médico americano Harold Koenig, que considera a espiritualidade como uma busca pessoal de respostas sobre o significado da vida e o relacionamento com o sagrado e/ou transcendente.

Ainda que a espiritualidade e a religiosidade sejam importantes e, às vezes, fundamentais à vida humana, a dificuldade de integrar esse tema à psicoterapia reside em alguns fatores, tais como: a orientação tradicional de escolas psicoterápicas sobre a espiritualidade estar fora da esfera da investigação e de conhecimento, a ausência de programas de supervisão e treinamento e o desconforto com os temas espirituais e religiosos por parte dos educadores e profissionais. Mesmo assim, corajosas iniciativas buscam a integração espiritualidade-religiosidade na psicoterapia. Por exemplo, a abordagem cognitiva comportamental padrão e a cognitiva comportamental religiosa foram aplicadas a indivíduos com depressão por terapeutas religiosos e não religiosos e comparadas com grupo-controle em lista de espera.

Esse estudo realizado pela psicóloga americana Rebecca Propst e colegas, em 1992, mostrou que a inserção de elementos espirituais-religiosos na psicoterapia pode ser eficiente, mesmo quando o processo é conduzido por terapeutas não religiosos. Uma metanálise envolvendo outros estudos comparou a eficácia de abordagens de aconselhamento-padrão e abordagens de aconselhamento adaptadas à religiosidade e não encontrou superioridade de umas em relação às outras. Os achados sugerem que a possibilidade de se usar uma abordagem religiosa provavelmente seja mais uma questão da preferência do paciente que uma questão de eficácia diferencial. O tratamento com orientação religiosa em grupos étnicos, com fortes características religiosas, comparado com a psicoterapia sem orientação religiosa, mostra uma melhora mais rápida, de 3 meses. Porém, as opções de psicoterapias que integram crenças e valores culturais ainda são restritas. Por exemplo, o psiquiatra Vijoy Varma, especializado em estudos sobre cultura, enfatiza que as premissas nas quais a psicoterapia contemporânea se baseia – que não consideram a reencarnação – não atendem, e tampouco são funcionais, à maioria da população da Índia, que acredita na reencarnação.

As iniciativas de integração continuam: a terapia cognitiva comportamental adaptada para abordar a espiritualidade (*spiritu-*

ally augmented cognitive behavioural therapy) mostrou que o uso da meditação promove benefícios significativos no tratamento da desesperança e do desespero. Uma revisão dos artigos sobre a eficácia da terapia cognitiva espiritual modificada (*spiritually modified cognitive therapy*) aponta, segundo critérios da Associação Psiquiátrica Americana, que essa modalidade tem validade empírica no tratamento da depressão.

Os tratamentos mencionados – que contemplam ou não a religiosidade e a espiritualidade – focam técnicas de reestruturação cognitiva e avaliações comportamentais. As abordagens que contemplam a religiosidade e a espiritualidade acolhem as crenças dos pacientes e estabelecem uma aliança terapêutica a certos enquadres cognitivos que favorecem a superação ou a atenuação do sofrimento, com os seguintes diferenciais: utilizam argumentos racionais religiosos para contrapor pensamentos disfuncionais; encorajam a oração diária como recurso provedor de tranquilidade; orientam a leitura de textos e escrituras sagradas, conforme a crença do paciente (Bíblia, Torah, Alcorão etc.); aceitam a interpretação do paciente a respeito de seus sintomas e discutem exemplos de estilos de vida saudáveis postulados pela religião; evitam a pregação e a oposição em relação à visão religiosa do paciente; além de trabalhar com técnicas de visualização. O último recurso é usado especialmente para substituir pensamentos antecipatórios negativos por imagens significativas ao paciente, provedoras de tranquilidade e segurança. Por exemplo: *Eu visualizo Jesus Cristo e sua luz me acompanhando naquela situação difícil que estou tentando enfrentar...* Outro diferencial da abordagem cognitiva que contempla a religiosidade e a espiritualidade diz respeito às lições de casa com autoafirmações construídas para a exposição e o enfrentamento das dificuldades (por exemplo, afirmativas como “Deus nos ama, aceita e valoriza como nós somos” em casos de baixa autoestima), orações e exercícios de comportamentos bíblicos conversados em terapia. Além desses componentes, um terceiro pode ser incluído: o terapeuta e o paciente fazem uma breve oração ao final de cada sessão com enfoque no bem-estar e na superação do paciente.

Propostas de terapias de grupo e terapia familiar que inserem temas espirituais e religiosos também têm sido pesquisadas, assim como programas de intervenções psicoeducacionais semiestruturados em que o paciente discute sobre recursos religiosos, espiritualidade, perdão e esperança. A maioria dos grupos considera que uma vida espiritual é relevante para a compreensão dos problemas pessoais, e o paciente prefere um terapeuta que se sinta confortável em discutir esses tópicos. Em acordo com esses

achados, linhas humanistas como a Psicoterapia Transpessoal integram, com bons resultados, a espiritualidade em suas práticas.

978-85-7241-811-9

Ética: o Melhor para Indivíduo e Sociedade

O psicólogo deve discutir temas espirituais com seus pacientes? Quais são os limites entre o psicólogo e o paciente que consideram temas espirituais e religiosos? Essas são algumas das perguntas que norteiam discussões éticas recentes sobre o tema. A inclusão da categoria “problemas religiosos ou espirituais” como uma categoria diagnóstica inserida no DSM-IV reconhece que os temas espirituais-religiosos podem ser o foco da consulta e do tratamento psiquiátrico-psicológico.

O médico John Ehman, da Universidade da Pensilvânia, após confirmar a expectativa de indivíduos com enfermidades, recomenda que os profissionais perguntem rotineiramente sobre espiritualidade e religião ao conduzirem a história (anamnese) de seus pacientes. Em Psicologia, integrar dimensões espirituais e religiosas dos pacientes durante a psicoterapia requer profissionalismo ético, alta qualidade de conhecimento e habilidades para alinhar as informações coletadas sobre as crenças e valores ao benefício do processo terapêutico.

Alguns achados empíricos mostram que os pacientes adotam (são convertidos) os valores dos psicoterapeutas (especialmente valores morais, religiosos e políticos), revelando sérios problemas éticos, tais como redução da liberdade do paciente, violação do contrato terapêutico, falta de competência e perda da neutralidade do terapeuta.

A Associação Psiquiátrica Americana produziu um guia que incita os terapeutas a compreender e manter respeito empático para abordar as crenças religiosas dos pacientes, reforçando que o treinamento adequado do terapeuta, a compatibilidade terapeuta-paciente, a atenção à pessoa, e não apenas à doença, e a busca da compreensão empática podem reduzir a ocorrência da conversão de valores e minimizar os problemas éticos relacionados. A Associação recomenda: identificar se variáveis espirituais e religiosas são características clínicas relevantes às queixas e aos sintomas apresentados; pesquisar o papel da espiritualidade e da religião no sistema de crenças; identificar se idealizações religiosas e representações de Deus são relevantes e abordar clinicamente tais idealizações; demonstrar o uso de recursos espirituais e religiosos no tratamento psicológico; utilizar procedimento de entrevista para acessar o histórico e o envolvimento com espiri-

tualidade e religião; treinar intervenções apropriadas a assuntos espirituais e religiosos e atualizar quanto à ética sobre esses temas na prática clínica.

Em acordo com essas recomendações, o médico psicanalista James Lomax mostrou que a integração da psicoterapia não religiosa com a espiritualidade é possível e confere bons resultados. Destacou algumas observações éticas pertinentes: a habilidade de inquirir sobre a vida espiritual e religiosa dos pacientes é um elemento importante da competência psicoterapêutica; a informação sobre as vidas espiritual e religiosa dos pacientes revela quase sempre dados extremamente importantes para superação de suas dificuldades; o processo do inquérito sobre esse domínio deve ser respeitoso; e há um potencial significativo para faltas éticas quando o terapeuta exagera suas convicções pessoais.

978-85-7241-811-9

Resumo

O Brasil possui uma importante expressão religiosa sincrética e a maioria da população exerce alguma forma de espiritualidade. Dada a escassez de abordagens e psicoterapeutas que contemplem esses indivíduos e seus respectivos sistemas de crenças, recomenda-se que abordagens coerentes sejam elaboradas e testadas a partir das necessidades de grande parte da população brasileira.

Examinar as crenças espirituais e religiosas pode ser útil no processo psicoterápico. Faz-se necessário o reconhecimento da espiritualidade como componente da personalidade e da saúde por parte dos profissionais; esclarecer os conceitos de espiritualidade com os profissionais; incluir a espiritualidade como recurso de saúde na formação dos novos profissionais; adaptar e validar escalas de espiritualidade-religiosidade à realidade brasileira e treinamento específico para a área clínica. De maneira similar ao exame de toda a dimensão pessoal da experiência humana, a integração das dimensões espirituais e religiosas dos pacientes em seus tratamentos requer profissionalismo ético, alta qualidade de conhecimento e habilidades para alinhar as informações coletadas sobre as crenças e valores à eficácia terapêutica.

Dado o reconhecimento dos efeitos potenciais das crenças religiosas e espirituais nos comportamentos resilientes, os estudos nesse âmbito devem continuar! Essa linha de pesquisa tem despertado o interesse de um número cada vez maior de profissionais da saúde mental e de acadêmicos que se organizam em várias universidades brasileiras. Esforços para acrescentar ao currículo das escolas psicológicas e médicas a discussão da espiritualidade e da

religião estão em andamento. Vários grupos inseridos em universidades foram criados com o objetivo comum de estudar e pesquisar as interfaces e influências entre espiritualidade-religiosidade e saúde humana. A discussão com os alunos sobre as diferenças de conceitos, as pesquisas sobre o tema, a compreensão dos processos saudáveis e nocivos do uso de práticas espirituais e religiosas contribuem para melhor qualidade de atendimento às necessidades dos brasileiros, diminuindo preconceito, informando e formando melhores profissionais.

Grupos Acadêmicos Dedicados à Espiritualidade



Foto: Julio Peres

978-85-7241-811-9

Figura 13.7 – Eu não tenho a necessidade de acreditar em Deus. Eu o conheço! (Carl Gustav Jung).

Como vimos anteriormente, faz-se necessário esclarecer os conceitos de espiritualidade aos profissionais; incluir a espiritualidade como recurso de saúde na formação dos novos profissionais; adaptar e validar escalas de espiritualidade-religiosidade à realidade brasileira e treinamento específico para a área clínica. Um estudo recente investigou a situação atual do ensino sobre espiritualidade em escolas médicas do Reino Unido e como essas instituições estão preparando os futuros médicos para identificar as necessidades espirituais dos

pacientes. Um inquérito nacional foi utilizado e os resultados mostraram que há pouca uniformidade entre as escolas médicas no que diz respeito a conteúdo, forma, frequência de aulas e formação dos professores que ensinam espiritualidade. Os autores postulam que, dado o impacto da espiritualidade na qualidade de vida e a incipiente organização de ensino sobre o tema, seria no mínimo benéfico introduzir conteúdos programáticos mais bem estruturados sobre espiritualidade em todas as escolas médicas britânicas.

Na história da ciência, vários grupos acadêmicos foram berço para o florescimento de pesquisas que contribuíram significativamente para estratégias de saúde endereçadas à sociedade. Universitários da área de saúde de diversas faculdades e universidades brasileiras motivados a ampliar o conhecimento a respeito da natureza humana, vêm realizando estudos e pesquisas sobre ciência, saúde e espiritualidade. Em linhas gerais, os grupos têm a programação voltada ao estudo e à discussão de artigos, desenhos experimentais, desafios metodológicos e textos sobre o tema, assim como ao desenvolvimento de projetos de pesquisa.

Entre os desafios desses novos grupos está o fortalecimento das linhas de pesquisa numa área relevante para a humanidade, porém ainda pouco estudada. O tema espiritualidade e religiosidade ainda é cercado de opiniões pré-formadas, que vão da credulidade ingênua até o ceticismo dogmático. Frutos desse trabalho dos grupos acadêmicos têm sido a realização de congressos e simpósios sobre saúde e espiritualidade nas universidades, criação de ligas acadêmicas, desenvolvimento de protocolos e métodos de pesquisa na área, publicações de artigos em jornais indexados e interfaces com outros órgãos estatais e/ou núcleos potencialmente colaborativos. O surgimento e a estabilidade desses núcleos acadêmicos fomentaram esforços para acrescentar ao currículo das escolas médicas e psicológicas a discussão da espiritualidade e da religião. Por exemplo, desde 1999 o Instituto de Psiquiatria (IPq) mantém o Núcleo de Estudos de Problemas Espirituais e Religiosos (NEPER), agora chamado de Programa de Saúde, Espiritualidade e Religiosidade (ProSer), que abrigou duas importantes teses de mestrado e doutorado sobre o tema. Dr. Alexander Moreira-Almeida, que defendeu seu doutorado na mesma instituição, depois de concluir pós-doutorado na Universidade de Duke e tornar-se Professor Adjunto de Psiquiatria na Universidade Federal de Juiz de Fora, foi convidado para abordar a relação entre espiritualidade e saúde numa disciplina de pós-graduação inédita no Brasil, sediada no IPq do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Durante o curso, os alunos têm contato com pesquisas envolvendo medicina e vivências espirituais e religiosas, além

de aprenderem metodologias para abordar o assunto de forma científica. Observou-se uma expressiva demanda dos alunos interessados nesse tema como repertório para construção de suas carreiras. As vagas oferecidas foram preenchidas rapidamente e várias inscrições foram recusadas por falta de espaço para acomodar mais alunos.

No Brasil, há muitos pesquisadores interessados em investigar o assunto, mas estes não conseguem encontrar orientação adequada no meio acadêmico. Novas disciplinas e cursos vinculados à academia podem suprir esse déficit apresentando os métodos para a realização de pesquisas em espiritualidade e saúde com rigor e qualidade. Os cursos podem incentivar os alunos a elaborar um projeto de pesquisa em espiritualidade e saúde, sendo este discutido e apresentado em sala de aula. O Dr. Alexander ressalta que “por ser uma área de fronteira em pesquisa, não basta apenas copiar os métodos utilizados em outros campos da medicina, sendo preciso definir quais as melhores abordagens científicas para analisar as relações entre saúde e vivência espiritual”.

Em 2007, a equipe do NEPER ajudou a organizar um suplemento especial da *Revista de Psiquiatria Clínica* do IPq, com artigos sobre questões relacionadas à medicina e à espiritualidade de autores brasileiros, norte-americanos e europeus. O Dr. Frederico Leão, que também defendeu seu mestrado no IPq, é coordenador do NEPER e continua envolvido e fomentando estudos no campo da espiritualidade.

Hoje, universidades brasileiras conceituadas como Unicamp, Unifesp, Universidade de Brasília, Universidade de São Paulo, Universidade Federal de Goiás, Universidade Federal de Juiz de Fora, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, entre outras possuem grupos de estudos sobre saúde e espiritualidade (ver *box* Grupos Acadêmicos). Como exemplo de algumas, entre várias iniciativas dos grupos que estudam espiritualidade vinculados ao meio acadêmico, podem-se citar simpósios e congressos realizados recentemente: a LIASE realizou o 1º Curso da Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade com os temas “Saúde e Espiritualidade: Mudança de Paradigma” e “Influência do Pensamento no Processo de Cura”. A Unesp-Botucatu realizou o V Congresso de Saúde e Espiritualidade abordando temas como “A Nova Ciência de Corpo, Mente e Espírito: Biopsicologia” e “Tanatologia: educação para morte, uma abordagem plural e interdisciplinar”. A Universidade Federal de Minas Gerais também realizou o V Simpósio de Saúde e Espiritualidade abordando “Aspectos Positivos e Negativos da Religiosidade na Saúde”, “Experiência de Quase-morte”, “Espiritualidade e Saúde Coletiva”, “A Importância da Espiritualidade na Formação do Profissional de

Saúde”, “As Necessidades Espirituais das Pessoas”. A Unifesp realizou o II Simpósio de Saúde e Espiritualidade com o tema “A Saúde sob a Visão do Paradigma Quântico” e o V Congresso Nacional de Saúde e Espiritualidade com o tema “A Interface entre a Mente, o Cérebro e a Espiritualidade”. Todos os eventos despertaram grande interesse, demonstrado pela plenária com lugares extras ocupados por acadêmicos ainda não vinculados aos grupos, por profissionais da saúde, por professores da saúde, pacientes e pelo público geral.

Atualmente, observa-se um novo foco de investigação na área da saúde voltado para intervenções no âmbito da comunidade. A construção de uma qualidade de vida saudável abrange também a dinâmica do relacionamento interpessoal das comunidades. Pesquisadores de saúde pública, particularmente no domínio da promoção da saúde e da prevenção das doenças crônicas, reconhecem que mudanças nas dinâmicas comunitárias podem fomentar e sustentar mudanças em comportamentos individuais. Incrementar estratégias que envolvam o senso de cooperação em comunidades pode ser determinante para o alcance dos princípios fundamentais postulados recentemente pela Constituição da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2006):

- O gozo do melhor estado de saúde é um dos direitos fundamentais de qualquer ser humano, sem distinção de raça, religião, convicções políticas e condição econômica ou social.
- A saúde de todos os povos é fundamental para a consecução da paz e da segurança e está dependente da plena cooperação dos indivíduos e dos estados.
- A realização de qualquer iniciativa na promoção e projeção da saúde é de valor para todos.
- Os governos têm uma responsabilidade para com a saúde de seus povos, que pode ser alcançada com o fornecimento de medidas de saúde e sociais adequadas.

Assim, uma visão ampla da sociedade quanto à responsabilidade na área da saúde e bem-estar deve ser ensinada para que se possa ver progressos significativos nesta área. Os grupos acadêmicos que se ocupam com o estudo da espiritualidade e religiosidade podem ser extremamente importantes nesse processo de fomentação da cooperação. Esse é ainda um tema não inserido nos parâmetros da formação profissional vigente na área da saúde. O presente desafio dos profissionais da saúde leva em consideração a extensão de suas intervenções para além dos hospitais, das clínicas e dos laboratórios para que, com a educação da comunidade no sentido cooperativo, a saúde possa alcançar um novo patamar.

Grupos Acadêmicos Dedicados à Espiritualidade e à Religiosidade

- Laboratório sobre Saúde, Espiritualidade e Religiosidade (LASER) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).
- Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (LIASE) da Universidade Federal de Goiás.
- Núcleo de Espiritualidade e Saúde (NUPES) da Universidade Federal de Juiz de Fora.
- Núcleo de Estudos da Religião (NER) da Universidade de Brasília (UnB).
- Núcleo de Estudos de Problemas Espirituais e Religiosos (NEPER), atual Programa de Saúde, Espiritualidade e Religiosidade (ProSer) do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).
- Núcleo Interdisciplinar de Estudos Transdisciplinares sobre Espiritualidade (NIETE) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Núcleo Universitário de Saúde e Espiritualidade (NUSE) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).
- Sociedade Científica de Saúde e Espiritualidade (SOCISE) da Faculdade de Medicina de Marília.

Bem-estar e Felicidade

A maior parte das pessoas é tão feliz quanto resolve ser.
ABRAHAM LINCOLN

A maioria de nós tem como objetivo central de vida ser feliz. A clareza do que significa bem-estar pode facilitar o encontro com essa qualidade. Portanto, vale se perguntar: *o que é bem-estar e felicidade para mim?*

Exercício

Responda à pergunta anterior antes de continuar a leitura.

Esse é um bom ponto de partida, considerando o que foi apresentado anteriormente: construímos sobre o que temos... Somente ao final deste capítulo, observe se o seu conceito continua o mesmo ou se modificou...

São várias as definições de felicidade. Agora que você tem a sua referência sobre o tema, vou trazer alguns conhecimentos da literatura científica a respeito do bem-estar e da felicidade, que incluem em várias linhas de pensamento e de pesquisa como Filosofia, Psicologia, Medicina, Economia e Religião. Mesmo sendo a felicidade um estado subjetivo, vários estudos sobre o tema consideraram escalas e inventários envolvendo quatro fatores convergentes para o bem-estar:

1. Presença de emoções positivas e ausência de emoções negativas.
2. Traços maduros de personalidade, incluindo cooperação, autonomia emocional e auto-transcendência (espiritualidade).
3. Qualidade de vida e satisfação pessoal.

4. Outros traços de personalidade, como esperança, compaixão e coragem.

Observaremos alguns resultados desses estudos sobre o bem-estar e a felicidade, especialmente os epidemiológicos (que avaliaram essas questões em populações) para gerar algumas reflexões com direcionamento terapêutico. Vários resultados contrapõem algumas crenças do senso-comum e esclarecem os fatores preditivos de felicidade. Por exemplo, pesquisas que envolvem o campo econômico mostram resultados que vão contra os jargões “quanto mais dinheiro mais felicidade”, “quanto mais, melhor” e “sem sacrifício, nada se obtém!”. No âmbito profissional, sacrifício está frequentemente associado ao esforço para alcançar o sucesso – estabelecido, muitas vezes como um objetivo prioritário de vida. A associação *trabalho e sacrifício*, natural à cultura metropolitana, incentiva a competitividade interpessoal com objetivos supostamente recompensadores de felicidade. Porém, o conjunto de estudos sobre felicidade no campo profissional revela que os principais indicadores de bem-estar encontram-se na qualidade da convivência interpessoal. Isto é, a amizade e o bom relacionamento com os colegas, superiores e subalternos influenciaram significativamente a autoconfiança, a motivação e a satisfação no trabalho. O conceito original de sacrifício (sacro-ofício) não se relaciona com estresse ou esforço, mas com “altruísmo em favor de outrem”. Nesse sentido original, o sacrifício, em atitudes cooperativas e solidárias, relaciona-se com a felicidade. As mesmas características cooperativas estiveram relacionadas ao bem-estar em profissionais independentemente da escolaridade e da renda.

978-85-7241-811-9



Foto: Julio Peres

Isso mesmo, a conclusão é: a cultura dos grandes centros urbanos propõe um estilo de vida contrário ao objetivo prometido de felicidade com o sucesso. Na dinâmica de competição, o estresse esteve associado a enfermidades como problemas cardíacos (principalmente hipertensão) e transtornos psicológicos (especialmente depressão/solidão) a médio prazo (após 6 meses). Muitos executivos se consideram bem-sucedidos profissionalmente, apesar de não gozarem de boa saúde e declararem insatisfação com a vida pessoal. A maior ênfase ao dinheiro e ao sucesso profissional, em vez de a ter amigos ou a bom casamento, foi associada a menores índices de felicidade.

Viver com qualidade não pode ser confundido com uma vida hollywoodiana com exageros. A perseguição contínua à vida ideal, conforme postulam os referenciais de felicidade ensinados pelas mídias, novelas e grandes produções cinematográficas, promove a frustração por ser esse objetivo inalcançável pela suposta fórmula de sucesso inexequível. Os ditames culturais predominantes no Ocidente e mais fortalecidos há duas décadas, de maneira rasa, oferecem também “fórmulas” para o alívio imediato e impulsionam ações lépidas de consumo progressivo. Essa forte influência da dinâmica “quanto mais, melhor” promove também o consumo indiscriminado de psicofármacos. A promessa de cura, entre outras não cumpridas, tem levado muitas pessoas a “simplificar” desafios de crescimento pessoal, às vezes sem a consciência sobre o que estão fazendo¹. Tal como Lacan escreveu, “o inconsciente se manifesta na fala”, e a tendência em “patologizar” o natural se mostra em expressões verbais do dia a dia como “estou deprimido” para expressar “estou triste”, “estou em pânico” para expressar “estou com medo”. O estímulo constante à produtividade e ao consumo tem distanciado as pessoas de conceitos “antigos” como temperança, moderação e meio-termo, que renascem como atuais nos estudos sobre bem-estar.

As pessoas que vivem em centros urbanos consideram, em grande parte, o sucesso profissional como sinônimo de felicidade. Os estudos populacionais sobre felicidade apontam a direção contrária: o sacrifício (relacionado a conceitos equivocados como esforço e estresse) não se relaciona com o bem-estar, mas com a enfermidade e a depressão. Os mesmos estudos mostram que saúde física e bons relacionamentos interpessoais estão associados à felicidade.

¹ Vale a ressalva: isso não significa que todo uso de psicofármaco seja indiscriminado; ao contrário, em muitos casos o apoio medicamentoso é necessário.

Um estudo publicado em 1978 sobre eventos dramáticos, como uma lesão medular provocando tetraplegia ou extraordinários, como ganhar um prêmio de loteria, corrigiu algumas falsas crenças do senso comum a respeito de felicidade. Brickman e colegas estudaram uma amostra com 22 vencedores de grandes prêmios de loteria, 22 pessoas-controle e também um grupo de 29 vítimas de acidentes graves que provocaram tetraplegia (paralisia de todos os membros). Todos os indivíduos foram retrospectivamente entrevistados a respeito da qualidade de vida e da felicidade com perguntas do tipo: como você se sentia no dia a dia antes do prêmio de loteria ou do acidente? Após um ano da ocorrência (traumática e extraordinária), os voluntários foram novamente entrevistados com as mesmas escalas que mensuram a qualidade de vida.

O que você acha que ocorreu? A qualidade de vida dos ganhadores de loteria piorou ou melhorou um ano após o prêmio? E quanto aos voluntários com paralisia, o que aconteceu com as suas qualidades de vida depois de um ano do acidente? Quando comparados os escores dos grupos antes e depois do evento (traumático e extraordinário), uma surpresa: os índices de felicidade foram relativamente semelhantes. Tais eventos “externos” não foram correlacionados à felicidade ou à infelicidade como o senso comum imaginava.

Os resultados mostraram que as pessoas reagem intensamente a situações boas ou ruins por “pouco” tempo (em torno de 4 meses) e se adaptam às novas condições, voltando para um nível de felicidade relativamente estável e semelhante ao que antes viviam. Isto é: mesmo causando impacto temporário na qualidade de vida, ganhar na loteria não trouxe felicidade, assim como a paralisia não trouxe infelicidade ao longo da vida. Esse estudo despertou grande interesse de pesquisadores no campo da felicidade, que se perguntaram: considerando tal estabilidade mostrada, seria possível então aprender a ser feliz? Alguns estudos observaram que eventos dolorosos (separação conjugal, perdas etc.) podem trazer efeitos duradouros prejudiciais à felicidade². Contudo, os resultados gerais reforçam que a natureza do sofrimento e da felicidade transcende o evento em si. Estudos seguintes mostraram que a felicidade é um estado que pode ascender com o aprendizado: se dinheiro, poder e fama não ajudam as pessoas a serem mais felizes, o desenvolvimento do caráter e das virtudes podem fazê-lo.

Quero desmistificar uma “equação matemática ou mágica” presente em muitos manuais práticos para o alcance do bem-estar.

² Ver Easterling (2003).

Foto: Julio Peres



Figura 14.2 – A associação do dinheiro com a felicidade não depende do quanto dispomos, mas de como usamos e nos relacionamos com nossos recursos.

978-85-7241-811-9

Ainda que muitas pessoas tenham sido ensinadas a viver como se estivessem participando de videoclipes, a vida diária está muito distante das receitas de felicidade. Estética perfeita, profissão perfeita, casa perfeita, carro perfeito e família perfeita são, na verdade, diretrizes equivocadas que ingenuamente pretendem assegurar o sentimento de pertencer. Em vez de seguir chavões de cartilhas ou reproduzir fragmentos de um passo a passo “milagroso”, o cultivo do bem-estar requer a compreensão mais ampla da sua fonte para fusão desses referenciais ao repertório pessoal. As “competências comportamentais”, quando imitadas superficialmente, fornecem pouco ou nenhum efeito na promoção da esperança ou emoções positivas e são rapidamente apagadas quando o reforço externo não é mais mantido. Da mesma forma, a prática de risos alvissareiros estereotipados tem pouco ou nenhum benefício para a compreensão sustentável das razões íntimas que legitimam a alegria e a gratidão de um sorriso espontâneo. Ainda que características de bem-estar possam ser imitadas superficialmente, o conjunto de aspectos convergentes ao bem-estar intrínseco só se desenvolve como resultado do crescimento da autoconsciência. Além disso, o bem-estar não é uma expressão comportamental fragmentada, mas uma representação subjetiva que envolve o todo (corpo, pensamentos, sentimentos, psiquismo, comportamentos etc.). Em poucas palavras: as pessoas que realmente se sentem bem fazem o bem. O conceito “felicidade” está relacionado a uma maneira coerente de viver. Essa coerência dos pensamentos e relacionamentos humanos pode ser medida em relação a quanto estes seriam capazes de conduzir à harmonia e à felicidade.

O estado subjetivo chamado de felicidade abrange um conjunto dinâmico de aspectos como:

- O julgamento global de si mesmo (satisfação com a vida, sensação de preenchimento).
- Certos domínios da vida (saúde, casamento, carreira, sociedade).
- Emoções e sentimentos (vivências prazerosas no dia a dia).
- Estados de consciência (paz, alegria, gratidão).
- O sentimento de pertencimento.

World Values Surveys abordou o sistema de valores humanos em mais de 60 países. O último estudo publicado demonstrou que o Brasil é o 32º país do *ranking* de qualidade de vida. Os indicadores médicos de doenças e mortalidade mostram que países como a Inglaterra e os Estados Unidos, cujas políticas são baseadas em competição, militarismo e consumismo, são menos saudáveis do que os de países como a Suécia e a França, que estão mais centrados no bem-estar público. Associações interessantes foram encontradas entre alguns fatores (renda, estado civil, idade, sexo, desemprego, saúde, suporte social) e o estado subjetivo de felicidade.

- A renda pouco importa e a escolaridade, quando controlada para renda, não se associa com felicidade, ou seja, após as necessidades básicas alcançadas (incluindo comida, água e

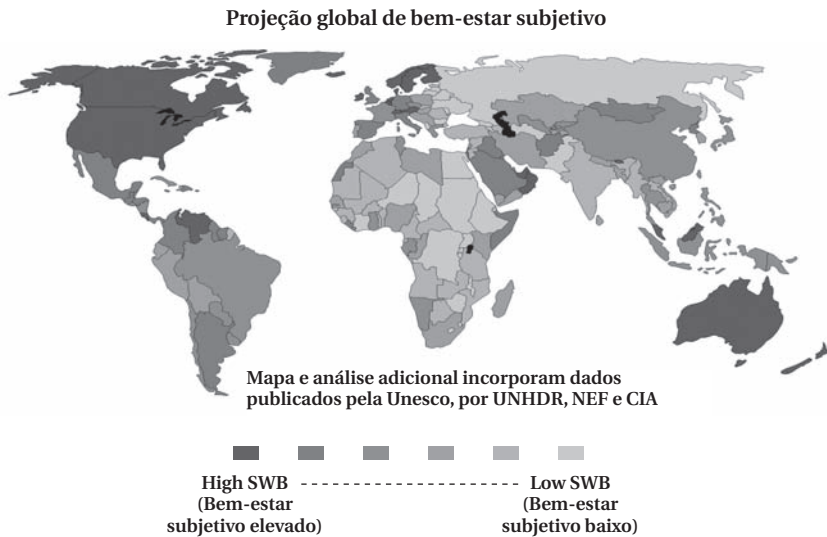


Figura 14.3 – A população dinamarquesa obteve o mais alto nível de bem-estar subjetivo, pontuando 273. A população brasileira pontuou 210, e a de Zimbábwe obteve a menor pontuação, 110.

saneamento básico), ter mais dinheiro ou maior nível educacional não traz mais felicidade³.

- A satisfação subjetiva (o que o indivíduo percebe e não necessariamente o entorno) no casamento e com a família esteve fortemente associada à felicidade.
- Jovens experimentam maiores níveis de prazer, enquanto idosos têm mais satisfação na vida.
- Mulheres tendem a expressar mais emoções negativas, mas experimentam mais alegria. As mulheres jovens são mais felizes que homens jovens, e essa relação se inverte com a maturidade.
- O desemprego afeta o bem-estar subjetivo mesmo sem os indivíduos passarem por necessidades. O diferencial é sentir-se útil e produzir algo com mérito. As mulheres do lar são igualmente felizes às mulheres com emprego.
- Pessoas religiosas ou espiritualistas reportaram maiores índices de felicidade e satisfação com a vida.
- A felicidade esteve associada mais às medidas subjetivas que objetivas de saúde. Exemplo: pessoas com doenças (cardiopatas, diabetes etc.) e que se cuidam, porém não enfatizam a enfermidade, sentem-se saudáveis e felizes.
- O suporte social (boa convivência com a família e os amigos) esteve fortemente relacionado à felicidade. Voluntariado, caridade e grupos de estudo também estiveram associados ao maior significado de vida e felicidade.
- Pessoas com propósitos de vida, extrovertidas, otimistas, com autoestima elevada e que se sentem úteis (variáveis dependentes) são mais felizes.
- Pessoas que relatam com frequência o sentimento gratidão têm maiores índices de afetos positivos, bem-estar e felicidade.
- Índices maiores de cooperatividade estiveram fortemente relacionados à felicidade.

Nada é o bastante para quem acha pouco aquilo que é suficiente (Epicuro).

O bem-estar não é uma experiência única. Ao contrário, a felicidade tem nuances de intensidade e duração distribuídas (para compreensão mais didática) em três camadas:

³ Em 2006, Kahneman e colegas demonstraram que pessoas com poder aquisitivo acima da média não são mais felizes do que a população geral. Frequentemente são mais tensos e não destinam mais tempo a atividades prazerosas.

1. Momentos de *prazer fugazes* na vida diária (surpresa agradável, satisfação ao tomar banho, almoçar, praticar um esporte etc.).
2. Satisfação com a vida, *prazer mais duradouro* (envolvendo o relacionamento diário com família, trabalho e amigos).
3. Satisfação com a vida, *bem-estar perene* (compreendendo estilo de vida, gratidão, motivação e contentamento íntimo, propósito e significado mais amplos para a vida).

A busca de novos significados e sentidos para o que aconteceu após uma situação traumática, assim como a construção de novos objetivos de vida podem reaproximar as pessoas traumatizadas do bem-estar.

978-85-7241-811-9

O psiquiatra americano Robert Cloninger dedicou décadas de estudo à compreensão do bem-estar e afirmou que a negligência de métodos que valorizem emoções positivas, desenvolvimento da personalidade, satisfação na vida e 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 psicólogos e psiquiatras concentrem a atenção na remissão dos sintomas negativos dos distúrbios que os pacientes apresentam. Contudo, quando o tratamento enfatiza apenas o sintoma (dor, sofrimento), é como se alguém indicasse 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, da vivência agradável tornam-se quase esquecidos pelo distanciamento. Nesses casos, a consciência dos momentos simples e agradáveis do dia a dia (por exemplo, satisfação ao tomar banho e ao se alimentar percebendo os sabores) pode resgatar o referencial adormecido do bem-estar, para construção da segunda e da terceira camada seguinte (ver as três fases discutidas na página anterior).

De fato, conforme visto no Capítulo 4, há que se iluminar o saudável para que se possa fortalecê-lo. Considero que 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 o trabalho direcionado ao alívio do medo e o trabalho alinhado à construção da força. A honestidade 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. Quem já andou de bicicleta, dirigiu carro ou pilotou moto conhece bem um princípio muito importante para a psicoterapia e que se encontra no psiquismo humano. Certa vez, a declaração de um piloto de Fórmula 1 me chamou a atenção: “quando estou pilotando foco o olhar para onde eu quero ir, faço um desenho, um traçado do melhor caminho e em hipótese alguma olho para os pneus de proteção para acidentes ou para o *guard-rail*”. Em psicoterapia também “vamos para onde olhamos” e, por isso, além de trabalhar os sintomas, é fundamental iluminar e mobilizar o saudável.

978-85-7241-811-9

Exercício

Se você sabe andar de bicicleta, faça o teste: coloque dois anteparos separados, como batentes de porta, com o vão livre próximo à medida do guidão de sua bicicleta. Tente passar entre os dois anteparos olhando para um deles. Em seguida, passe os anteparos olhando para uma linha reta imaginária no meio, entre os batentes. Verifique que, ao fixar o olhar em um dos anteparos, a probabilidade de nele bater o guidão aumenta, ao passo que olhar para uma linha reta imaginária entre os anteparos aumenta as chances de passar livremente entre eles. Assim também funciona nosso psiquismo: olhe para onde você quer ir, aumentando suas probabilidades de chegar lá.

A literatura científica revela muito mais como estados psicológicos negativos afetam a saúde física (especialmente fragilizando o sistema imunológico) do que como estados positivos podem protegê-la. Contudo, mais recentemente, a Psicologia e a Psiquiatria têm se interessado pelo estudo da felicidade. Essa importante mudança paradigmática é apoiada por publicações como a de Seligman e Csikszentmihalyi (2000), que evidenciam a psicologia como uma ciência que estuda o sofrimento, mas também o bem-estar e a virtude.

As condições básicas necessárias ao bem-estar são observáveis nos níveis sociais e individuais. O bem-estar envolve a colaboração com os outros e a consciência da ligação interdependente entre nós, para a qualidade de nossa morada no mundo. Divisão, isolamento e não pertencimento ao grupo são acompanhados, geralmente, de medo e insegurança. Exploração, dominação e violência nunca promoveram bem-estar ao todo. Por outro lado, participação e conectividade acompanham esperança, amor, crescimento e bem-estar.



Foto: Julio Peres

Figura 14.4 – Onde existe o perigo, cresce também o que dele nos salva (Heidegger, 1953).

A Importância de Cada Um

A Assembléia Mundial da Saúde declarou, em 1996, a violência como um grande e crescente problema de saúde pública mundial. Um relatório detalhado analisou diferentes tipos de violência no mundo: a infantil (incluindo abuso e negligência), violência juvenil, violência conjugal, violência sexual, abuso de poder e violência coletiva. Ao final, a resolução chama a atenção para as graves consequências (curto e longo prazos) da violência para indivíduos, famílias, comunidades e países, assim como para os efeitos prejudiciais em serviços de saúde. Uma campanha mundial sobre a prevenção da violência foi, então, lançada e muitos países aderiram a ela. Contudo, infelizmente, os números de mortalidade juvenil, homicídios, acidentes por transportes e armas de fogo continuam crescendo ano a ano em nosso país.

Perspectivas que conduzem à guerra, à avareza e à competitividade influenciam ainda fortemente a geração de traumas psicológicos. Por exemplo, a incidência de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é elevada entre soldados americanos no Iraque e no Afeganistão (pelo menos 15%). Estudos mostram que esses soldados, assim como as pessoas envolvidas por longos períodos em condições de violência e desumanização (maus-tratos, violência, combates de guerra etc.) responderam pouco às medidas terapêuticas aplicadas nos Estados Unidos.

Felizmente, a ciência do bem-estar tem progredido durante a última década e já se tem um consenso sobre a validade de escalas, inventários e medidas de felicidade, apoiadas pelos resultados de es-

todos controlados. Há esperança de um futuro no qual predomine o bem-estar, especialmente porque as fontes de boa qualidade de vida hoje são mais conhecidas. Numa dimensão mais ampla, o bem-estar depende da propagação do bem em vários sistemas que interagem, a começar da relação entre indivíduos dentro das comunidades, entre comunidades dentro das nações e entre as nações do mundo. Assim, tal como o **efeito borboleta** postula, a atitude de cada um perante o próximo mais próximo pode reverberar em níveis mundiais. Portanto, os atos individuais são reais propagadores de grandes efeitos em massa.

O biólogo inglês Lyal Watson relatou em seu livro *Lifetide* (“A Tendência da Vida”) um interessante fato científico relacionado à interconectividade das influências, isto é, como somos influenciados pelo entorno e influenciamos o todo. Na década de 1950, cientistas japoneses que investigavam grupos incomunicáveis de macacos (habitavam várias pequenas ilhas japonesas) deixavam batatas-doces na praia, comida que os macacos apreciavam muito, apesar da dificuldade de comê-las por estarem sujas de areia. Depois de anos de investigação, certo dia, em uma das ilhas, uma macaca jovem teve a ideia de lavar as batatas num riacho. Os outros macacos jovens observaram o feito, e logo muitos deles estavam também lavando as suas batatas. Poucas semanas depois, todos os macacos jovens faziam o mesmo. Watson fixou arbitrariamente em 99 a grande quantidade

978-85-7241-811-9

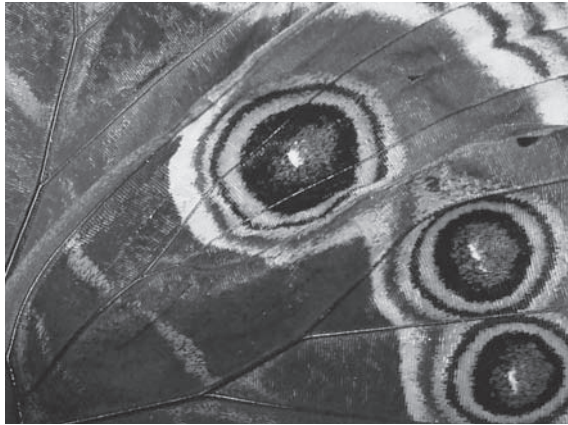


Foto: Julio Peres

Figura 14.5 – O Efeito Borboleta foi analisado pela primeira vez, em 1963, por Edward Lorenz, meteorologista e matemático norte-americano. Lorenz observou matematicamente que pequenas variações nos valores iniciais das oscilações meteorológicas levam a resultados muito divergentes. Esse conceito foi expandido na Teoria do Caos: quando movimentos caóticos são analisados matematicamente, sua representação passa de aleatória a padronizada e o gráfico dessa análise lembra o formato de borboleta com asas abertas.

de macacos que fazia isso. Então, uma noite, o “centésimo macaco” aprendeu a lavar a sua comida, e o mesmo aprendizado foi observado nas outras ilhas. O acréscimo do centésimo macaco elevou, aparentemente, o número para além dum certo tipo de limiar, uma espécie de massa crítica, transbordando o conhecimento para além das barreiras naturais de incomunicabilidade entre as ilhas.

Zeitgeist é um substantivo composto alemão que se tornou um conceito de psicologia social e de filosofia. *Zeit* + *Geist* = espírito do tempo, o sentimento de uma época, o pensamento de um momento histórico. O conceito diz respeito também a um tipo de comunicação intuitiva, não verbal, que transcende barreiras físicas.

Watson comenta que, quando um número suficiente de pessoas considerar algo não comum ao entorno, esse conhecimento pode se expandir para além das fronteiras físicas. Esse fenômeno também é observado na história da Ciência: com frequência um mesmo achado científico relevante é publicado por investigadores de distintos laboratórios não relacionados.

O biólogo inglês Rupert Sheldrake considera que a espécie humana dará um salto coletivo em termos de qualidade de vida a partir de uma massa crítica, isto é, de um número mínimo de homens e mulheres conscientes, capazes de acionar essa ressonância e resgatar os demais para níveis mais coerentes de consciência. Assim, cada um de nós pode ser o “centésimo macaco”, para que o bem-estar se expanda na humanidade. Nessa mesma direção, Cloninger destacou em seus estudos, realizados por três décadas, que a cooperatividade é um forte preditivo de felicidade. As nuances do “ajudar ao próximo” são inúmeras e talvez haja alguns formatos mais eficientes para que a ajuda seja mais bem aproveitada.

978-85-7241-811-9

Qual o Ponto de Equilíbrio entre o Exagero e a Omissão em Ajudar?

Quero compartilhar uma história para dar início às nossas reflexões sobre esse tema. Fui responsável pela transição de pacientes brasileiros internados em clínicas psiquiátricas inglesas e assim conheci um interessante fenômeno. A medicina inglesa, naturalmente influenciada pela cultura, adota uma postura de extremo respeito à decisão do paciente em relação às possibilidades terapêuticas oferecidas. No dia a dia dos cidadãos ingleses, é per-

ceptível o demasiado respeito e também o isolamento entre as pessoas. Como exemplo metafórico, observa-se o distanciamento em cenas clássicas no metrô, quando a maioria dos passageiros com seus jornais bloqueia as faces em relação ao entorno. Voltando à liberdade de escolha... Após explicar as possíveis linhas de condutas medicamentosas, o médico ouve e considera a opinião do paciente, incluindo a de não querer aderir às opções apresentadas. Muitas vezes, mesmo que o paciente não esteja em condições de decidir pelo melhor, a sua decisão pode ser respeitada, justamente por ser a sua decisão. Há quem diga que essa conduta é assertiva pelo respeito à vontade do indivíduo, assim como há quem a desaprove. Fica então a pergunta: devemos respeitar a escolha do indivíduo a despeito de seu estado de consciência ou conhecimento sobre o que seja melhor para ele?

Certa vez, uma paciente contou a história do falecimento de seu sogro, que considero emblemática para responder a essa pergunta ou uma nova formulação dela: até onde devemos ajudar? Antônio fizera uma cirurgia para implantar uma válvula no coração, 4 anos antes de falecer. O cirurgião ressaltou a necessidade de monitorar a válvula de 6 em 6 meses, mas o paciente, com seu forte temperamento, simplesmente desconsiderou a orientação. Antônio, avô afetuoso e preferido de suas três netinhas, convicto de sua decisão, nunca mais voltou ao médico. Os filhos adultos também sabiam disso e não se pronunciaram ou “forçaram” o pai a voltar ao cardiologista para monitoramento da válvula, que 4 anos depois falhou, provocando a morte de Antônio, aos 58 anos. Depois de 6 meses da morte do sogro, minha paciente perguntou ao marido: você não se sente culpado por não ter levado seu pai ao médico? Respondeu o marido: “Não, as pessoas não mudam outras pessoas, meu pai sempre fez o que bem quis”. Outra vez trago perguntas para nossa reflexão... O que você faria se fosse um dos filhos de Antônio? Pense em situações bem próximas à sua família. Você respeitaria a opinião de um familiar adulto se ele não quisesse fazer um tratamento médico, mesmo arriscando a própria vida? E se fosse seu filho (ainda criança) que necessitasse de um tratamento? A sua conduta seria a mesma?

Talvez você decidisse pelo melhor para seu filho, ainda que ele não concordasse. A justificativa nesses casos geralmente se relaciona à imaturidade da criança para decidir assertivamente sobre o que é realmente melhor. Se você tem filhos, provavelmente já os tenha levado para tomar injeções, como vacinas, mesmo que eles não quisessem a olhos vistos. Curiosamente, nós que já fomos crianças e agora somos pais, aprendemos a valorizar mais tarde as atitudes zelosas de nossos pais, para as quais fomos ingenuamente



Figura 14.6 – Vincent Willem van Gogh aos 13 anos, em 1866.

contra. Pense agora no caso de um “adulto criança” que não dimensiona a repercussão de seus atos ou não tenha conhecimento diferencial importante para decidir sobre sua saúde. Você, então, decidiria por ele? Talvez a sensibilização ao aprendizado seja um bom “caminho do meio” para que o conhecimento possa trazer maior responsabilidade ao adulto para decidir.

Um outro elemento para essa reflexão vem de uma tocante história que conheci sobre dois irmãos, no museu Vincent van Gogh, em Amsterdã. A pessoa mais importante na vida de Vincent foi seu irmão, afetivo e provedor, chamado Theo. Várias das cartas de amizade e encorajamento de Theo estão entre a sequência cronológica das obras do renomado pintor. No início, os quadros de Vincent eram notoriamente escuros e densos, provavelmente espelhando seu estado mental depressivo. Theo, sempre incentivador e admirador da arte de Vincent, disposto a ajudar como leigo, dizia para o irmão inserir mais luz e cores em suas telas, e assim elas ficariam ainda mais bonitas. Vincent gostava muito do irmão e talvez tenha considerado seus “conselhos” otimistas. É curioso observar que, ao longo da carreira de van Gogh, as telas se tornaram mais e mais expressivas em tons fortes e luminosos, também espelhando, como em toda expressão artística, facetas do psiquismo de Vincent. Porém, o talentoso pintor não tinha habilidades comerciais e não conseguia vender suas telas, precisando sempre contar com o auxílio econômico de Theo. Certa vez, Vincent produziu um número superior de quadros durante 2 meses intensos de trabalho, com o objetivo de vendê-los em seguida. Ao concluir as obras, Vincent saiu esperançoso! Depois de várias semanas de insucesso de vendas escreveu uma carta ao irmão, assumindo a incapacidade e a convicção de que sua obra nunca seria bem-sucedida, tendo em vista o insucesso de vendas. Vincent matou-se em seguida. Van Gogh, assim como todo suicida, emitiu uma atitude circunstancialmente definitiva para um problema transitório. Como se sabe, a obra do pintor foi reconhecida mesmo antes

de sua morte. É possível que o mesmo estado mental sombrio observado no início de suas obras tenha influenciado a decisão de se matar. Ainda assim, os conselhos e a ajuda de Theo certamente influenciaram a vida do irmão positivamente, que por certo impediria o suicídio se estivessem ao alcance do amado Vincent.

A questão aqui não é propriamente a conduta da medicina inglesa, dos filhos de Antônio ou de Vincent e Theo, mas a sua conduta. Quais atitudes perante você e o próximo lhe fariam se sentir bem nessas situações? O que deixaria você e o entorno melhores?

Ser feliz

“Posso ter defeitos, viver ansioso e ficar irritado algumas vezes, mas não esqueço que minha vida é a maior empresa do mundo. E que posso evitar que ela vá à falência.

Ser feliz é reconhecer que vale a pena viver, apesar de todos os desafios, incompreensões e períodos de crise.

Ser feliz é deixar de ser vítima dos problemas e tornar-me um autor da minha própria história.

É atravessar desertos fora de si, mas ser capaz de encontrar um oásis no recôndito da sua alma.

É agradecer a Deus a cada manhã pelo milagre da vida.

Ser feliz é não ter medo dos próprios sentimentos. É saber falar de si mesmo. É ter coragem para ouvir um “não”. É ter segurança para receber uma crítica, mesmo que injusta.

Pedras no caminho? Guardo-as todas, um dia vou construir um castelo...” (Fernando Pessoa)

Exercício

O seu conceito sobre felicidade continua o mesmo ou se modificou? Caso tenha se modificado, quais os novos aspectos construídos? Lembre-se que a clareza de suas referências pode favorecer o seu caminho na direção que deseja. Traga essa consciência para o dia a dia.

Depois dessas reflexões, vamos abordar um possível caminho. A solidariedade como princípio central do bem-estar concordante em vários níveis de observação (pessoal, social e espiritual) pode ser mais acessível a todos na sociedade com os recursos disponíveis da globalização.

A Cultura da Paz

O vencedor é sempre amigo da paz.

KARL VON CLAUSEWITZ

Os níveis de sofrimentos psicológicos gerados por estresse e solidão aumentaram nas sociedades modernas, de modo significativo, nas últimas décadas. Assim, o conceito de estresse psicossocial surgiu e pode ser entendido como toda pressão social à qual o indivíduo é exposto e por fatores estressores ou circunstâncias sociais capazes de perturbar o comportamento e até precipitar um transtorno.

A Organização Mundial da Saúde afirma que o estresse psicossocial e a solidão prevalecem em grupos demográficos, afetando a qualidade de vida, a

978-85-7241-811-9

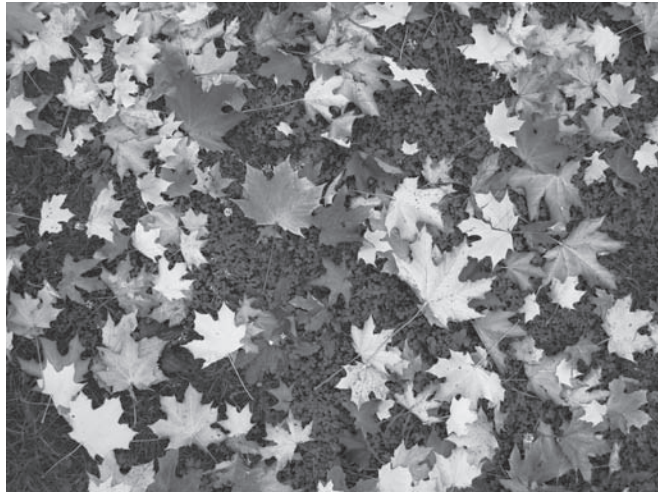


Foto: Julio Peres

Figura 15.1 – Nós somos o que pensamos. Tudo nasce de nossos pensamentos e com eles fazemos o mundo (Siddārtha Gautama).

saúde e a longevidade da população. Por exemplo, o alto nível de desemprego comum aos grandes centros gera maior competitividade entre aqueles que procuram um emprego e também entre aqueles que necessitam assegurar o seu. Concomitantemente ao estresse, a solidão é outro sofrimento psicológico que se sobressai nas sociedades atuais. Estudos demonstram que o aumento da criminalidade gera insegurança entre a população, restringindo as relações interpessoais, o que torna as pessoas mais reservadas e introspectivas com o intuito de se resguardarem do potencial perigo de agressores externos. Por isso, tem-se um alto número de pessoas solitárias como consequência desses comportamentos evitativos de convivência interpessoal. Vale lembrar que as pessoas com tendência ao isolamento são mais sensíveis à rejeição, sentem-se facilmente feridas, expressam resistência em confiar nos outros, fazer amigos e manifestam os níveis mais elevados de sofrimento que se seguem a um evento potencialmente traumático.

978-85-7241-811-9

Desamparo e Trauma no Mundo

Observa-se ao longo deste livro, que vítimas de traumas quase sempre vivenciam o desamparo. O mesmo binômio (trauma e desamparo) é amplamente verificado na história da humanidade. Não se trata de defender a teoria de que o mundo de hoje é mais destrutivo que no passado. Na verdade, o mal-estar da civilização é uma constante ao longo da História e, além disso, pode-se aferir que, apesar de todos os percalços, a humanidade se encontra, sim, em processo permanente de evolução.

No contexto atual, o problema da fome se apresenta como um dos maiores traumas por desamparo vivenciados pela humanidade. Considerando o princípio básico de que o trauma é disparado por uma causa específica e, fazendo-se cessar a causa, mais facilmente cessam os seus efeitos, pode-se concluir que amparar os que passam por essas necessidades seria uma forma de liquidar esse trauma. Por que então, ainda não o fizemos?

Genética Competitiva Ancestral

O “gene da competitividade”, herdado de nossos ancestrais, pode em parte responder a esta pergunta. Nossos ancestrais viveram em condições áridas, inóspitas e de fato precisaram da competitividade, da agressão e até mesmo da ansiedade para sobreviver e perpetuar a espécie. Nos dias atuais, apesar de não ocorrerem eventos poten-

cialmente traumáticos tanto quanto no passado, agimos como se estivéssemos ainda sob a ameaça da morte por um animal maior ou uma tribo inimiga.

As respostas que geramos a eventos simples, como a fechada de um veículo no trânsito, podem suscitar o mesmo preparo de fuga ou ataque que os nossos ancestrais disparavam diante da iminência da morte. Assim, embora a natureza humana tenha grandes potencialidades para promover o bem e construir um mundo saudável, ela também carrega uma herança biológica que contribui para acentuar os seus piores traumas.

A conclusão é cruel, mas não pode ser escamoteada: os seres humanos são provedores de traumas, pois a consciência de que vivemos em outro momento – quando temos acesso a informações e meios de produção que garantem o bem-estar compartilhado – ainda não foi internalizada e absorvida pelos nossos genes. As guerras, em última análise, podem ser apontadas como expressões desse “gene da competitividade” que o ser humano ainda manifesta de forma desregulada. Utilizamos a expressão “desregulada”, porque a competitividade pode e deve estar presente em todas as pessoas como um fator impulsionador da capacidade de enfrentar desafios e conquistar um lugar na sociedade. No entanto, ela torna-se maléfica quando, em favor de interesses pessoais, outros indivíduos são prejudicados.

978-85-7241-811-9

Foto: Julio Peres

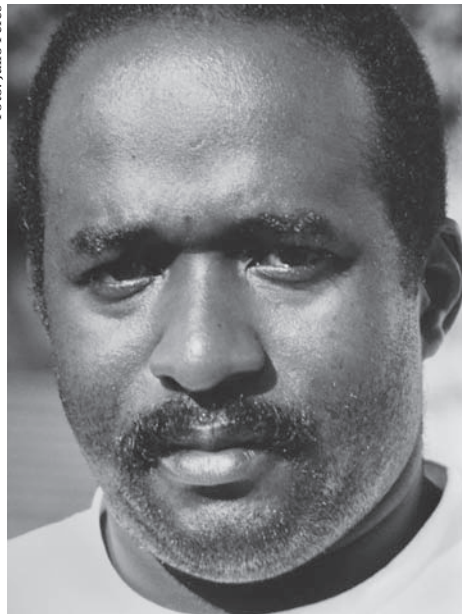


Figura 15.2 – A competitividade é acirrada especialmente em grandes centros urbanos, e frequentemente as pessoas estão sós em meio à multidão.

Lembrando os nossos ancestrais, o bom convívio com o grupo assegurava a vida e a “união trazia a força”. Nossa herança genética também pode ser sensibilizada para o ataque na relação ganha-perde, em que apenas um dos competidores sobrevive. Enquanto teoria evolutiva tem sido utilizada há décadas para justificar o modelo econômico centrado no interesse próprio; discussões pertinentes estão caminhando em direção a uma racionalização do altruísmo e da cooperação. O comportamento egoísta pode causar danos aos outros, porém, a natureza humana é essencialmente flexível, e alguns resultados foram mostrados no Capítulo 5. Nossas reações instintivas podem ser ressignificadas a partir de respostas cognitivas mais complexas e refinadas, mediadas pelos córtices frontal e pré-frontal. Modelos alternativos e vantajosos para melhor qualidade adaptativa podem permitir o cultivo de comportamentos mais saudáveis, que certamente beneficiarão nossos descendentes.

Nesse sentido, a competitividade somente é saudável quando o ‘todo’ ganha. Por exemplo, em uma realidade organizacional na qual uma parte dos lucros obtidos é repartida entre os colaboradores, estes se sentem impulsionados a dar o melhor de si para garantir o próprio crescimento que, no final das contas, é um reflexo do crescimento da empresa como um todo e vice-versa. Já quando a regra é ganhar um posto ou comissão a partir do prejuízo do outro, a competitividade deixa de ser saudável e torna-se uma fonte de sofrimento.

A ciência cognitiva pode ser um importante ponto de partida para a discussão de novas dinâmicas de comportamento social refletidas por bons exemplos individuais, que evidenciam qualidades mais harmoniosas de vida. Assim, o grande desafio do ser humano é vencer o dilema “ganho individual *versus* ganho coletivo” para geração de boas condutas que promovam desdobramentos positivos para o todo. A capacidade de superar essa tensão se relaciona com o desenvolvimento da consciência humana nessa nova linha de futuro que, a despeito de contradizer o egoísmo, resolve o problema básico da sobrevivência individual.

O pré-requisito para aprendizado e emissão de comportamentos em tal direção é o despertar da consciência sobre essa possibilidade factível. Há vários exemplos desse paradigma na natureza. Por exemplo, os macacos bonobos trazem uma referência objetiva de uma sociedade com liderança compartilhada mais harmoniosa, com melhor qualidade de vida e mais longeva em comparação com a de outros primatas em que um único macho Alpha lidera.

Uma vez que esses comportamentos sejam consistentemente demonstrados em benefício do todo, os referenciais serão percebidos, aprendidos e proliferados, tal como mostrado no Capítulo 4. A cons-

ciência mais ampla de abraçar as soluções de problemas coletivos atenuará a dinâmica egocêntrica, que há muito tempo se revela não adaptativa pelos riscos de destruição, em razão dos benefícios próprios que o homem impõe ao planeta e aos seus descendentes.

É importante e mesmo fundamental à sobrevivência que o sistema possa ganhar, pois não são os indivíduos que evoluem num ambiente dado, e sim todo o sistema (indivíduos e ambiente) que coevolui. As resistências são naturalmente esperadas. Lembro-me de, num grande congresso de neurociências, ter presenciado várias discussões motivadas sobre estudos apoiados no modelo econômico ganha/perde (por exemplo, estudar a genética de uma sociedade empresarial entre irmãos – univitelinos ou não – e entre estranhos para encontrar o gene da “prosperidade”, ou usar a neuroimagem funcional para observar a dinâmica de cérebros que prosperam materialmente diante de decisões econômicas). Perguntei aos investigadores: por que estudar esse tema? As respostas giraram em torno da suposta importância de mapear a “dinâmica da prosperidade”. Então, a discussão pegou fogo quando sugeri “Por que não estudar o modelo em que o sistema possa ganhar?” A resposta foi imediata: “Nós não fomos talhados em nossa evolução para isso”. Então argumentei: “Engano seu; nossos córtices pré-frontal e frontal possibilitam o resignificar dos instintos... ainda reagimos como se a morte pudesse ocorrer se não acumularmos reservas, e isso já não é adaptativo e funcional ao momento em que vivemos no mundo...”. Em seguida, outros colegas confirmaram que as investigações sobre o paradigma ganha/ganha seriam mais interessantes. Dessa discussão, participaram dois grupos que mais tarde publicaram interessantes estudos neurofuncionais sobre altruísmo.

978-85-7241-811-9

Escolhas

Os expressivos bons exemplos da humanidade na direção altruísta, como Jesus, Buda, Gandhi, Madre Teresa de Calcutá, João Paulo II, Chico Xavier, Nelson Mandela, entre outros, mostraram em vida suas próprias verdades, ou seja, viveram de acordo com suas essências e, este, de fato, é o maior benefício que podemos fazer por alguém: sermos nós mesmos conectados à nossa essência.

Aqueles que vivem bem, em estado harmonioso e confortável, encontraram, mesmo depois de eventos traumáticos, valores essenciais e perenes. O diapasão do bem-estar e da harmonia é o grande termômetro para medir quanto um indivíduo está vivendo de acordo com a sua essência interior. Não é difícil identificar os referenciais de conduta para uma vida harmoniosa. O princípio sábio e harmo-



Foto: Julio Peres

Figura 15.3 – Não existe um Caminho para a PAZ. A PAZ é o Caminho (Mahatma Gandhi).

978-85-7241-811-9

nioso que rege a vida no universo manifesta-se naturalmente em nós. Por exemplo, observemos os movimentos de expansão e contração dos pulmões ao estabelecer a respiração: estamos fornecendo e recebendo nutrientes em proporções harmoniosas para que a vida se propague e prospere. Da mesma forma, podemos compartilhar nossos talentos e capacidades no sentido de amparar os que estão em falta e que seriam beneficiados por eles. Em outras palavras: o cruzamento entre os talentos de que alguém dispõe e as necessidades do mundo expande a prosperidade para além dos benefícios pessoais.

A metáfora do *rei tirano* e do *rei justo* ilustra as duas principais maneiras com que os talentos e o poder pessoal são usados pelo ser humano. O rei tirano age de maneira egoísta; suas ações visam unicamente ao próprio benefício e não ao bem-estar dos súditos. Como consequência, seu reinado torna-se turbulento, afinal de contas ele não conta com a anuência daqueles para os quais governa. O rei tirano vive em estado de alerta e de ansiedade permanente, pois sabe que, a qualquer momento, pode ser derrubado. O rei justo, por sua vez, busca o benefício de todos ao redor. Suas ações são orientadas para o desenvolvimento compartilhado e tudo o que ele faz se volta em favor do grupo. E, por fazer parte desse grupo,

naturalmente o rei justo também é beneficiado. Como consequência, seu reinado é harmonioso, fruto do apoio irrestrito do seu reino.

Cada um de nós traz dentro de si esses dois polos, o rei tirano e o rei justo, e temos a possibilidade de decidir em qual direção queremos investir. Essa é uma questão de escolha, desde que tenhamos *consciência* para tanto. Muitas vezes, a pressão instintiva de ter, acumular ou mesmo matar para sobreviver não permite que o indivíduo escolha seguir um caminho saudável que promova equilíbrio, saúde e harmonia. Por outro lado, os bons exemplos existem e revelam que o caminho do bem é, de fato, vantajoso (no sentido do que é profícuo para a nossa espécie), sendo possível que alcancem uma dimensão mais ampla e se estendam por toda a humanidade.

978-85-7241-811-9

Como Ensinar à Nossa Genética o Caminho do Bem?

Lentamente, como naturalmente é o processo de evolução das espécies, estamos ajustando nossos referenciais internos para absorção das ameaças reais, e correspondente emissão de respostas assertivas para melhores condições adaptativas. Nossos ancestrais vitoriosos na seleção natural, sem dúvida, tinham a percepção do mundo individual ajustada à percepção do mundo exterior, com as manifestações objetivas de perigos reais. Essa vivência nos deixa esperançosos em relação ao alcance futuro do mesmo sucesso adaptativo: perceber e dimensionar o mundo exterior conforme são construídos os novos modelos.

Paradoxalmente, as manifestações de perigos reais hoje dependem, em maior proporção, do comportamento dos homens que compõem a “realidade moderna” e não tanto dos crivos do meio ambiente. A instabilidade das variáveis que norteiam nossos referenciais de segurança justificam a manutenção da ansiedade como recurso adaptativo, até que, com esperança, os homens possam conviver harmoniosamente e em paz.

Assim, a melhor forma de propagar o Bem é mostrar que seguir este caminho faz bem. Um dos expoentes dessa vertente que dissemina as boas escolhas pelo mundo é o avanço do chamado Terceiro Setor, cuja base está na filantropia ou amor ao semelhante. O depoimento de pessoas que se dedicam ao trabalho voluntário revela que, ao ajudar o próximo, elas estão, na verdade, se autoajudando também.

A principal resistência à construção dessa perspectiva é a ignorância. Vale lembrar que a ignorância não é resultante da ausência

de bagagem cultural e sim da falta de informação e experiência a respeito de caminhos mais saudáveis para serem seguidos. Ou seja, se os líderes não experimentaram o bem-estar por gestos que promovem o amparo, facilmente repetirão o paradigma competitivo que conhecem para “sobreviver” no mundo. Essa ignorância leva a disfunções sociais como concentração de riqueza, violência (em todas as suas formas), fanatismo religioso e assim por diante, fortalecendo a cadeia de traumas na humanidade.

Um ponto importante que contribui para esse retardo da humanidade no seu caminho de evolução é a falta de visão do todo. Nesse ponto, os orientais têm muito a ensinar aos ocidentais. Na China, por exemplo, andar de bicicleta não é apenas um esporte solitário como cremos no Ocidente. Andar de bicicleta na rua é um ato coletivo dotado de uma cadência especial que deve ser respeitada pelo ciclista. O mesmo princípio se manifesta durante as refeições e atividades meditativas, partilhadas agradavelmente por todos.

Uma contribuição inspiradora dos orientais sobre percepção e estilo de vida foi publicada, em 2003, num importante periódico científico (PNAS): um estudo cooperativo abrangeu Estados Unidos e Japão para investigar os pontos de vista influenciados pelas culturas Ocidental e Oriental. Richard Nisbett, da Universidade de Michigan e Takahiko Masuda, da Universidade de Hokkaido estudaram um ensaio fotográfico que reuniu orientais e ocidentais em torno de uma mesma pauta: fotografar pessoas. Enquanto os primeiros clicavam o ser humano por inteiro, inserido em seu ambiente, os ocidentais registraram apenas os rostos, evidenciando claramente a sua dificuldade em enxergar o todo.

Da mesma maneira que a humanidade ainda se “autotraumatiza”, ela também cria mecanismos para superar o “desamparo” no qual se vê mergulhada. Conforme visto anteriormente, “desamparo” é uma palavra frequentemente usada por indivíduos traumatizados quando tentam expressar seu estado emocional. As pessoas que superaram os traumas, criando uma aliança terapêutica com as dificuldades, no sentido de aprender e evoluir com elas, desenvolveram uma relação de amparo com elas mesmas e com as outras pessoas (familiares, amigos, profissionais etc.). Assim, o amparo pode ser um importante fator preventivo à formação de novos traumas.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, a seguir serão ressaltados exemplos de amparo com o objetivo de inspirar também

iniciativas próximas, possíveis e ao nosso alcance, alinhadas aos mesmos princípios. Tal como na psicoterapia individual, em um nível mais amplo (social) também é possível resgatar e fortalecer os valores saudáveis que nos permitirão construir uma melhor qualidade de vida.

978-85-7241-811-9

Acesso Democrático à Informação e ao Tratamento

A propaganda é reconhecida como uma forma de comunicação persuasiva, que se presta a influenciar pessoas induzindo-as a alterar opiniões, crenças e sentimentos em relação a objetos e fatos sociais.

O consumo, caracterizado como discurso que se presta a comunicar o “estilo de vida”, serve para definir o “grupo de *status*” ao qual pertence o consumidor e cuja identificação com os outros membros é possível por meio do reconhecimento das “marcas de distinção”. Certas indumentárias, imagens, griffes etc. transmutam-se em “marcas de distinção”, ou seja, podem ser reconhecidas em qualquer parte por determinado grupo. Por que não usar a mesma estratégia para estimular princípios de harmonia e comportamentos saudáveis, como a solidariedade?

Foto: Julio Peres



Figura 15.4 – A publicidade pode ser uma estratégia para promover a solidariedade entre as pessoas.

Solidariedade para uma Vida Melhor

Conforme uma série de estudos evidencia, a solidariedade é um processo de reciprocidade que gera benefícios tanto para a pessoa que recebe ajuda quanto para quem a oferece, possibilitando melhora da qualidade de vida e fortalecimento positivo da relação interpessoal numa comunidade, trazendo melhoras significativas à saúde das pessoas (exerce efeitos diretos e indiretos no sistema imunológico). Nessa linha, as intervenções de apoio social geram efeitos benéficos à saúde e à qualidade de vida de diversos grupos componentes de comunidades.

978-85-7241-811-9

Apoio social é qualquer informação, expressa oralmente ou não, e/ou auxílio material, oferecidos sistematicamente, que resultam em melhoras no campo saúde e qualidade de vida. Assim, uma campanha que estimule o comportamento solidário pode ser enquadrada como uma estratégia de apoio social.

O sentimento de pertencer a um grupo em que a solidariedade está presente permite que as pessoas lidem melhor, subjetiva e



Foto: Valéria Peres

Figura 15.5 – A solidariedade pode ser definida como um sentimento que leva as pessoas a se auxiliarem mutuamente.

objetivamente, com eventos estressores como perda do emprego ou incapacidade de trabalhar, falecimento de uma pessoa querida, uma ação de despejo etc.

A comunicadora social Marta Barrios observou que quanto maior o apoio social, menor o mal-estar psicológico e, conseqüentemente, menor a incidência de transtornos psicológicos independentes dos eventos estressores. Por outro lado, os estressores sociais tenderão a exercer efeitos mais negativos nas comunidades cujo nível de apoio social é baixo.

Outro estudo interessante liderado por David Spiegel, na Universidade de Stanford, demonstrou que mulheres com câncer que frequentavam o grupo de apoio social desenvolveram solidariedade e apresentaram uma motivação maior diante das adversidades e planejavam estratégias para superar os problemas do dia a dia. Alguns anos depois, observou-se que o nível de sobrevivência das mulheres participantes dos grupos solidários foi duas vezes superior ao grupo de mulheres não participantes dos respectivos grupos.

À medida que o indivíduo se envolve no ato de ajudar e ser ajudado, sua capacidade de enfrentar situações difíceis e dolorosas aumenta, assim como sua autoestima. Um estudo dos indivíduos que estavam no local ou próximos nos ataques às torres do World Trade Center, em 11 de setembro, mostrou que a autmelhora se reportou a maior interação social, melhores ajustamentos e atitude positiva e solidária perante as pessoas próximas. Os níveis de cortisol desses indivíduos exibiram um perfil sugestivo de resposta menor ao estresse, determinando a solidariedade melhor qualidade de vida.

978-85-7241-811-9

O Impacto Positivo da Imagem

Foto: Julio Peres



Figura 15.6 – Os olhos, como as janelas abertas, permitem a entrada da luz. Onde há luz, não há escurecimento.

Eliane Volchan, do Instituto de Biofísica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, avaliou o impacto das emoções negativas e positivas no organismo e mostrou que pessoas com perfil psicológico mais positivo têm reações físicas menos intensas diante de imagens de violência que pessoas pessimistas e negativas. Os testes com 60 voluntários demonstraram que imagens carregadas de afeto positivo propiciam o retorno mais rápido ao estado de equilíbrio emocional das pessoas após a vivência de situações estressantes. Imagens positivas atuam no sistema imunológico central, e estudos realizados na Inglaterra indicaram que o simples fato de haver janela com vista agradável na Unidade de Terapia Intensiva promoveu a melhora dos pacientes. Segundo Volchan, alternativas simples, como o uso de imagens positivas, podem elevar a afetividade positiva e diminuir os efeitos maléficos do estresse. A informação visual pode propiciar uma série de respostas neuroautônômicas positivas, como aumento do bom humor, ânimo, afetividade positiva e, assim, mais tranquilidade e mais força diante do estresse.

A mensagem publicitária traduz valores, ideais e outras elaborações simbólicas. Toda estrutura publicitária sustenta uma argumentação na elaboração da mensagem adotando procedimentos que transformam uma convicção num ato de comprar. De Plas Bernard e Henri Verdier descrevem esse processo em cinco etapas: impacto fisiológico (escolha do meio, lugar, visibilidade, legibilidade, audibilidade), psicológico (efeito surpresa, despertar do interesse), manutenção da atenção, convencimento e determinação. O *outdoor* de grandes proporções posicionado em locais estratégicos, com o intuito de ser visto por um grande número de pessoas, faz parte da máquina de criar desejos e transformá-los em realidade. As mensagens associadas a imagens para convencer as pessoas de uma ideia são curtas e objetivas.

A percepção visual permite expressiva interface e comunicação com o meio. Quanto maior a necessidade, mais receptíveis estarão os observadores a determinada imagem e seu valor. Estudos demonstram que os estímulos visuais são responsáveis por 90% das informações percebidas e armazenadas na memória durante as experiências cotidianas.

978-85-7241-811-9

Publicidade do Bem

Estudos realizados pelas Neurociências apontam que a exposição a imagens agradáveis atua no SNC, promovendo melhoras no sistema imunológico, no ânimo e na afetividade, proporcionando tranquilidade e mais força diante de fatores estressantes.

Desenvolvi um programa de Psicoterapia *Outdoor* que aguarda parceiros que o possam financiar. Na prática, serão utilizadas várias mídias (e não somente o *outdoor*) com oito imagens sequenciais provedoras de comportamentos saudáveis de ajuda ao próximo e solidariedade, expostas por 30 dias, totalizando 4 meses de estímulos visuais. Cada *outdoor* é confeccionado apenas com imagens que representam símbolos universais e, no máximo, uma palavra respectiva ao significado no canto inferior direito. Para a mensuração de escores pertinentes à qualidade de vida, ansiedade e depressão, serão aplicados – em amostra representativa dos centros urbanos, três vezes: uma semana antes da veiculação do primeiro *outdoor* do programa, uma semana após a retirada do 8º *outdoor* e 6 meses após o término dos estímulos visuais – o Inventário de Depressão Beck, o Inventário de Ansiedade de Beck e a Escala *Short Form- 36* para qualidade de vida.

Por conta do crescente incremento do nível de sofrimento psicológico gerado pelo estresse e pela solidão em grandes centros urbanos, a Psicoterapia *Outdoor* se justifica, pois objetiva influenciar comportamentos de solidariedade provedores de qualidade satisfatória de vida.

978-85-7241-811-9

Terceiro Setor: um Movimento Crescente¹

O termo filantropia é originário da Grécia Antiga e era empregado para designar a benevolência de Deus com os homens. Modernamente, essa expressão indica um movimento organizado, dirigido por representantes da sociedade civil e voltado à elevação do bem-estar social da população. No contexto atual, a filantropia é praticada por organizações sem finalidade lucrativa interessadas em promover o bem comum, as quais integram o chamado Terceiro Setor.

Segundo especialistas que pesquisam o fenômeno do Terceiro Setor no mundo, existe uma tendência de crescimento dessas atividades sem fins lucrativos, porque elas atuam exatamente nos vácuos deixados pelas omissões ou incapacidades dos órgãos oficiais. Somente nos Estados Unidos, as organizações não-governamentais (ONG) movimentam o equivalente a 13% do PIB norte-americano. No Brasil, o Terceiro Setor reúne cerca de 276 mil (segundo dados do IBGE) organizações não-governamentais, fundações, instituições, sindicatos e sociedades esportivas sem fins lucrativos que empregam

¹ Este tópico conta com informações cedidas pelo professor Luiz Carlos Merege, coordenador do Centro de Estudos do Terceiro Setor (CETS).

diretamente milhões de profissionais. Além disso, centenas de voluntários doam tempo e trabalho às causas sociais. Também é importante registrar as iniciativas de responsabilidade social das grandes corporações, que aplicam recursos em trabalhos comunitários, educacionais, saúde, cultura, meio ambiente, esporte e lazer. O desenvolvimento de programas filantrópicos ainda assegura um importante retorno institucional para as empresas.

Com algumas exceções, as organizações do Terceiro Setor realizam, no mundo inteiro, um trabalho sem precedentes, proporcionando qualidade de vida a quem não tem. Fica a pergunta: o que leva profissionais e voluntários das mais variadas regiões do globo a dedicar boa parte de suas vidas a ajudar o próximo? Quem trabalha nessa área costuma enfatizar que os menos favorecidos, os fracos e os doentes não são um peso inútil na sociedade, mas uma fonte de vida para quem os ajuda, o que confirma uma das teses defendidas neste livro, de que cuidar dos outros serviria, em última instância, para cuidar do Todo, que inclui nós mesmos.

A propagação das atividades do Terceiro Setor representa, sem dúvida, um sinal de que a humanidade está evoluindo para um caminho de amparo às suas próprias mazelas, com o intuito de construir um planeta mais solidário, habitado por pessoas que se preocupam em garantir aos seus semelhantes uma existência com dignidade.

Crer e Fazer para Ver

Deixei claro ao longo do livro que podemos modificar ativamente para melhor nossa qualidade de vida, e o primeiro passo para isso é acreditar. Porém, não podemos nos esquecer que muitos aguardam passivamente que as mudanças ocorram, tal como o conhecido ditado de São Tomé “ver para crer”. A superação do trauma envolve a relação “crer para ver”, e vários exemplos inspiram a transformação do sofrimento no âmbito social. Entre as entidades que compõem essa grande “frátria”, vale destacar alguns entre muitos exemplos. A exposição dessas ações tem como objetivo sensibilizar possibilidades inspiradoras aos nossos “neurônios-espelho” para geração de novas propostas que beneficiem o entorno. Aqui estão alguns bons exemplos:

978-85-7241-811-9

Ação Comunitária do Brasil

Esta entidade, criada por um grupo de empresários em 1967, realiza projetos socioeducativos *in loco*, voltados às necessidades

específicas de cada comunidade, chegando a atender mais de 6 mil crianças e adolescentes por ano. A instituição se mantém por meio de doações voluntárias de empresas e de pessoas físicas, além da venda de cartões de Natal. É administrada profissionalmente por uma diretoria voluntária, renovada periodicamente, composta de executivos de grandes empresas do país.

978-85-7241-811-9

Instituto Ayrton Senna (IAS)

Fundado em 1995, o Instituto, que leva o nome de um dos maiores pilotos de Fórmula 1 de todos os tempos, atua na promoção, defesa e atendimento dos direitos da população infanto-juvenil, tendo como foco central a educação e a comunicação. O IAS realiza ações e programas que atendem diretamente crianças e adolescentes em vários estados do Brasil por meio de parcerias com empresas e instituições públicas que compartilham dos mesmos princípios.

Lar-Escola São Francisco

Entidade filantrópica sem fins lucrativos, o Lar-Escola São Francisco foi o primeiro centro de reabilitação para crianças deficientes criado no Brasil (1943). Diariamente, a instituição atende cerca de 750 pessoas com deficiência física ortopédica, neurológica, pulmonar, reumatológica ou geriátrica, passíveis de reabilitação. Sua equipe é composta de 150 profissionais, além de 118 voluntários que colaboram na arrecadação de fundos e também na organização de eventos e campanhas.

Sociedade Viva Cazuzza (SVC)

Organização não-governamental, de caráter filantrópico, a SVC atua na prevenção da AIDS e presta assistência aos portadores do vírus HIV por intermédio de projetos específicos, como realização de consultas médicas, odontológicas, psicoterápicas e fonoaudiológicas, além de oferecer acompanhamento educacional, medicamentos e cerca de 54 mil refeições por ano. Fundada em 1990, é presidida por Lucinha Araújo, mãe de Cazuzza, e sobrevive de doações, eventos beneficentes e convênios com órgãos públicos, além de contar com os direitos autorais do ilustre cantor e compositor.

Além de entidades de renome com visibilidade nacional, as iniciativas individuais ou comunitárias empenhadas em promover

o bem-estar social também merecem destaque. Esse é o caso da comissária da British Airways, Beatriz Baptista, que coordena o projeto “Voo dos Sonhos”, pelo qual crianças e jovens carentes com idade entre 5 e 18 anos têm a oportunidade de viajar pela primeira vez de avião e apreciar as belezas naturais da cidade do Rio de Janeiro.

Em São Paulo, o empresário Antônio Ermírio de Moraes, apesar de uma árdua rotina de trabalho diário, faz questão de dedicar os seus finais de tarde para visitar os pacientes do Hospital Beneficência Portuguesa, do qual é provedor eleito.

No âmbito comunitário, o Circo-Escola Enturmando de Vila Penteadão, em São Paulo, fundado há 18 anos, tem convênio com a Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social e desenvolve, nessa região, atividades nas áreas de artes plásticas, teatro, música, esporte (capoeira), além de aulas de reforço escolar para crianças sem moradia ou desprovidas de estrutura familiar adequada.

978-85-7241-811-9

Qual o Nosso Maior Desafio?

Se considerarmos o nosso planeta como sendo de fato a nossa casa, herdada de nossos ancestrais e transmitida aos nossos descendentes, podemos concluir que o grande desafio hoje é amparar



Foto: Julio Peres

Figura 15.7 – Olho por olho... o mundo acabará cego! O amor é a força mais potente que há no mundo (Mahatma Ghandi).

integralmente todos aqueles que habitam essa casa, sem qualquer distinção. Não se trata de uma visão ingênua-otimista da vida, mas de pontuar aquilo que pode ser feito como estratégia de evolução da humanidade.

O trabalho com a psicoterapia especializada no tratamento de traumas nos dá a noção de que poucas “coisas” têm uma real importância na vida. A boa convivência, fazer o Bem e propagá-lo estão entre elas. Isso porque, como revelam exemplos do Terceiro Setor, o bem-estar íntimo não pode ser atingido enquanto, ao lado, o sofrimento persista, seja de um familiar, seja do semelhante que está unido a nós pelos laços da espécie em comum.

No consultório, frequentemente são atendidos pacientes que chegam deprimidos e, curiosamente, tiveram todas as oportunidades na vida, são bem nascidos e possuem acesso ao que a sociedade oferece de melhor. Na maioria dos casos, a recuperação se dá quando esses indivíduos se autorreconhecem como seres humanos capazes de enfrentar adversidades – daí o resgate das memórias positivas de superação –, mas também quando se sentem úteis e estendem esses benefícios ao próximo, utilizando seus talentos para ajudar outras pessoas.

Vale lembrar que talento, em grego *talanton*, foi a moeda da Grécia Antiga, sendo adaptado depois para o sistema monetário romano. Era considerado o peso legal, cerca de 26kg, e poderia ser de ouro, prata ou cobre, de um valor monetário altíssimo, equivalendo a cerca de 6.000 denários, ou algo como 6.000 dias de trabalho, ou 20 anos de tarefas para o homem comum.

978-85-7241-811-9



Foto: Julio Peres

Figura 15.8 – A prosperidade vem do cruzamento entre os seus talentos e a necessidade do mundo.

Transcrevendo o Indescritível

Como se observa ao longo do livro, algumas situações traumáticas, à primeira vista, parecem indescritíveis e imutáveis para as vítimas desses episódios. Conforme o processamento perceptivo e a estruturação da narrativa sobre o evento traumático se desenvolvem, este se modifica e, assim, são fortalecidos os novos vínculos saudáveis entre o indivíduo e o ambiente.

O princípio de impermanência parece ser universal. Explica-se: a suposta imutabilidade de uma pedra ou do Sol, ou de qualquer outro elemento, é ilusória, pois, na realidade, a impermanência também afeta esses “corpos” aparentemente sólidos e imutáveis. Falo sobre a impermanência com meus pacientes durante o processo, sensibilizando o enquadre cognitivo de que “essa é uma fase e vai passar”. Enfatizo que o processo terapêutico ajudará o paciente a atravessar essa ponte que liga o sofrimento ao bem-estar pelos aprendizados adquiridos. Esse enquadre facilita a mudança do foco cognitivo para o estado desejado e atenua a sobrecarga do SNC por um instinto de proteção desatualizado.

A palavra instinto, por sua vez, foi definida na Antiguidade como um ato ou uma série de atos que não muda com o passar do tempo.

978-85-7241-811-9



Foto: Julio Peres

Figura 15.9—“O mundo é o seu quintal”, uma sábia expressão do interior brasileiro reflete que nossos atos terão repercussão no entorno mais próximo. Nosso estilo de vida afeta também a vida dos indivíduos com quem convivemos.

Segundo a concepção mais recente, baseada em estudos longitudinais, tais fenômenos se modificam com o aprendizado. Esses resultados também revelam que os instintos são flexíveis e adaptáveis às necessidades.

Em outras palavras, pode-se aferir que o ser humano apresenta possibilidades de mudança a partir de suas percepções. Em uma perspectiva ampliada, isso significa que o mundo de hoje, ainda repleto de guerras, violências, competitividade e ignorância, pode se transformar, por meio de bons exemplos, em uma experiência harmoniosa e equilibrada para todos.

No entanto, como ocorre na psicoterapia de um indivíduo traumatizado – quando sensibilizamos a possibilidade de mudança e o processamento de comportamentos correspondentes –, para construir e conquistar um planeta saudável é preciso enxergar isso como uma realidade possível. Assim, o instinto de sobrevivência pode ser refinado com o aprendizado, melhorando sua contribuição para o objetivo maior da humanidade: não apenas sobreviver, mas viver com qualidade, garantindo a todos uma existência digna. Podemos receber as experiências de vida e extrair o melhor delas com a busca de uma existência enriquecida por aprendizados. A maioria de nós passou ou passará por sofrimento, tristeza e eventos potencialmente traumáticos, e essas situações podem ser oportunidades preciosas para o reconhecimento íntimo dos valores mais essenciais à vida.

Aos colegas da área da saúde, gostaria de lembrar que o diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) realizado assertivamente e a tempo evita a possível cronicidade do trauma e o surgimento de comorbidades. Enfatizei, ao longo deste livro, a importância de os profissionais conhecerem muito bem esse distúrbio, uma vez que outros transtornos psiquiátricos (transtorno do pânico, depressão maior, transtorno de ansiedade, fobias específicas, transtornos somatoformes, entre outros) podem estar etiológicamente relacionados a evento ou eventos traumáticos.

Uma vez que o trauma se dá em grande parte da população, é importante que os profissionais confirmem o histórico de eventos traumáticos relacionados às queixas de seus pacientes. Que possamos remediar quando preciso, mas principalmente evitar a cronicidade do trauma.

Às pessoas que atravessaram episódios traumáticos e sofrem, desejo enfatizar que essa fase dolorosa é uma travessia e o sofrimento atenuará. Mostrei aqui alguns exemplos de pessoas como você, que conseguiram superar seus traumas a partir da compreensão mais ampla do que aconteceu, a partir da busca de um sentido maior para vida. Tente transcrever o indescritível, atribuir palavras e significados nessa travessia. Lembre-se da sua força, das vitórias

que colecionou na infância, adolescência, por toda vida até o momento atual. Acredite em suas capacidades. Além disso, você não está só.

A todos, quero compartilhar o que venho aprendendo nas minhas vivências com minha família, meus pacientes, amigos e colegas: a vida pode melhorar e para evoluir é que estamos aqui!

978-85-7241-811-9



Foto: Julio Peres

Figura 15.10 – Cultivemos a harmonia em nossas relações, propagando o bem com quem estivermos!

Bibliografía

978-85-7241-811-9

- ALLEN, J. G.; COYNE, L.; CONSOLE, D. A. Dissociative detachment relates to psychotic symptoms and personality decompensation. *Compr. Psychiatry*, v. 38, n. 6, p. 327-334, Nov.-Dec., 1997.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-4). 4. ed. Trad. C. Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- ANDREASEN, N. C. (2004) *Brave New Brain: conquering mental illness in the era of the genome*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
- ANDREASEN, N. C. *Brave New Brain: conquering mental illness in the era of the genome*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
- ANDRESKI, P.; CHILCOAT, H.; BRESLAU, N. Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. *Psychiatry Res.*, v. 79, p. 131-138, 1998.
- ANO, G. G.; VASCONCELLES, E. B. Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta-analysis. *J. Clin. Psychol.*, v. 61, n. 4, p. 461-480, 2005.
- ARISTÓTELES. De l'Ame. Lib. Phil. J. Vrin. Paris: J. Tricot, 1990.
- ARITA, A.; HIRAKI, K.; KANDA, T.; ISHIGURO, H. Can we talk to robots? Ten-month-old infants expected interactive humanoid robots to be talked to by persons. *Cognition*, v. 95, n. 3, B49-57, Apr., 2005.
- ASHE, K. H. Learning and memory in transgenic mice modeling Alzheimer's disease. *Learn Mem.*, v. 8, n. 6, p. 301-308, 2001.
- BADDELEY, A.; BUENO, O.; CAHILL, L. et al. The brain decade in debate: i. neurobiology of learning and memory. *Br. J. Med. Biol. Res.*, v. 33, n. 9, p. 993-1002, Set., 2000.
- BAINEY, G. *Uma Breve História do Mundo*. São Paulo: Fundamento, 2007.
- BARRIOS, P. C. Eventos estresantes y beneficios secundarios de la enfermedad. In: *II Curso Nacional Teorico Practico de Aplicacion Clinica y Social de la Psiconeuroinmunologia, Resumos*. Caracas: Universidad Central de Venezuela, 1999a. p. 105-113.

- BAXTER, L. R.; SCHWARTZ, J. M.; BERGMAN, K. S. et al. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 49, n. 9, p. 681-689, 1992.
- BEAUREGARD, M. Change the mind and you change the brain: effects of cognitive behavioral therapy on the neural correlates of spider phobia. *Neuroimage*, v. 18, n. 2, p. 401-409, 2003.
- BEAUREGARD, M. Mind does really matter: Evidence from neuroimaging studies of emotional self-regulation, psychotherapy, and placebo effect. *Progress in Neurobiology*, v. 81, p. 218-236, 2007.
- BECK, A. T.; EPSTEIN, N.; BROWN, G. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J. Cons. Clin. Psychology*, v. 56, p. 893-897, 1988.
- BECK, A. T.; STEER, R. A. *Manual for the Revised Beck Depression Inventory*. San Antonio: Psychological, 1987.
- BECKMAN, M. American association for the advancement of science meeting false memories, true pain. *Science*, v. 299, n. 5611, p. 1306, 2003.
- BENIGHT, C. C.; IRONSON, G.; DURHAM, R. L. Psychometric properties of a hurricane coping self-efficacy measure. *J. Traum. Stress*, v. 12, p. 379-386, 1999.
- BERGER, P. L. *Invitat Ion to Sociology: a humanist ic perspective*. New York: Anchor, 1963. p. 57.
- BERMAN, D. E.; DUDAI, Y. Memory extinction, learning anew and learning the new: dissociations in the molecular machinery of leaning in the cortex. *Science*, v. 291, p. 2417-2419, 2001.
- BLAKE, D.; WEATHERS, F.; NAGY, D. et al. *Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)*. Boston: National Center for post-traumatic Stress Disorder, Behavioral Science Division Boston, 1990.
- BLUMER, H. Review of the wild boy of aveyron by Jean-Marc-Gaspar Itard. *Am. J. Sociol.*, v. 40, p. 540-541, 1935.
- BONANNO, G. A. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am. Psychologist*, v. 59, p. 20-28, 2004.
- BORG, J.; ANDREE, B.; SODERSTROM, H.; FARDE, L. The serotonin system and spiritual experiences. *Am. J. Psychiatry*, v. 160, n. 11, p. 1965-1969, 2003.
- BOSCARINO, J. A. Posttraumatic stress disorder and physical illness: results from clinical and epidemiologic studies. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, v. 1032, p. 141-153, 2004.
- BRADY, K. T. Posttraumatic stress disorder and comorbidity: recognizing the many faces of PTSD. *J. Clin. Psychiatry*, v. 58 (suppl.), p.12-15, 1997.
- BREMNER, J. D. Neuroimaging studies in post-traumatic stress disorder. *Current Psychiatry Reports*, v. 4, p. 254-263, 2002.
- BREMNER, J. D.; NARAYAN, M. The effects of stress on memory and the hippocampus throughout the life cycle: implications for childhood development and aging. *Develop Psychopath*, v. 10, p. 871-886, 1998.
- BRENNEIS, C. B. Memory systems and the psychoanalytic retrieval of memories of trauma. *J. Am. Psychoanalysis Assoc.*, v. 44, n. 4, p. 1165-1187, 1996.
- BRESLAU, N. Outcomes of posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry*, v. 62, suppl. 17, p. 55-59, 2001.
- BRESLAU, N.; DAVIS, G. C.; SCHULTZ, L. R. Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 60, n. 3, p. 289-294, 2003.
- BREWIN, C. R.; DALGLEISH, T.; JOSEPH, S. A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, v. 103, p. 670-686, 1996.

- BREWIN, C. R.; HOLMES, E. A. Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clin. Psychology Review*, v. 23, n. 3, p. 339-376, 2003.
- BRICKMAN, P.; COATES, D.; JANOFF-BULMAN, R. Lottery winners and accident victims: is happiness relative? *J. Pers. Soc. Psychol.*, v. 36, n. 8, p. 917-927, 1978.
- BROCA, P. Sur le siège de la faculté du langage articulé. *Bull. Soc. Anat. (Paris)*, 2. Serie, v. 6, p. 355, 1861.
- BRODY, A. L.; SAXENA, S.; SCHWARTZ, J. M. et al. FDG-PET predictors of response to behavioral therapy and pharmacotherapy in obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Res.*, v. 9/84, n.1, p. 1-6, 1998.
- BRODY, A. L.; SAXENA, S.; SCHWARTZ, J. M. et al. Regional brain metabolic changes in patients with major depression treated with either paroxetine or interpersonal therapy. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 58, n. 7, p. 631-640, 2001.
- CANLI, T.; LESCH, K. P. Long story short: the serotonin transporter in emotion regulation and social cognition. *Nat. Neurosc.*, v. 10, n. 9, p. 1103-1109, Sep., 2007.
- CARLIER, I. V.; GERSONS, B. P. Partial Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): the issue of psychological scars and the occurrence of PTSD symptoms. *J. Nerv. Ment. Dis.*, v. 183, p. 107-109, 1995.
- CARVALHO, A. M. A. *Considerações sobre Alguns Pressupostos da Psicologia e suas Implicações Teóricas e Metodológicas*. Psicologia. n. 1. São Paulo: 1976. p. 1-20.
- CASPI, A.; MC CLAY, J.; MOFFITT, T. E. et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, v. 297, n. 5582, p. 851-854, Aug., 2002.
- CERVONE, D. Personality architecture: within-person structures and processes. *Annu. Rev. Psychol.*, v. 56, p. 423-452, 2005.
- CLONINGER, C. R. Feeling good: the science of well-being. In: SIDNEY, C.; FEMI, O.; ROSALIND, R. (eds.). Oxford: Oxford University Press, 2004.
- CLONINGER, C. R. The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry*, v. 5, p. 71-76, 2006.
- COLLINS, F. S. *The Language of God, a Scientist Presents Evidence for Belief*. New York: Free Press, 2006.
- COX, D.; HALLAM, R.; O'CONNOR, K.; RACHMAN, S. An experimental analysis of fearlessness and courage. *Br. J. Psychol.*, v. 74, pt. 1, p. 107-17, 1983.
- CREAMER, M.; MCFARLANE, A. C.; BURGESS, P. Psychopathology following trauma: the role of subjective experience. *J. Affective Disorders*, v. 86, p. 175-182, 2005.
- CRIVELLATO, E.; RIBATTI, D. Soul, mind, brain: Greek philosophy and the birth of neuroscience. *Brain. Res. Bull.*, v. 71, n. 4. p. 327-336, Jan., 2007.
- D'SOUZA, R. F.; RODRIGO, A. Spiritually augmented cognitive behavioral therapy. *Australasian Psychiatry*, v. 12, n. 2, p. 148-152, 2004.
- DAMASIO, A. R. Remembering when. *Sci. Am.*, v. 287, n. 3, p. 66-73, 2002.
- DE CARVALHO, N. *Publicidade a Linguagem da Sedução: fundamentos*. São Paulo: Ática, 2001.
- DE PLAS, B.; VERDIER, H. *La Publicité*. (Collection Que Sais-Je?). Paris: Presses Universitaires de France, 1979.
- DEBIEC, J.; LEDOUX, J. E. Disruption of reconsolidation but not consolidation of auditory fear conditioning by noradrenergic blockade in the amygdala. *Neuroscience*, v. 129, n. 2, p. 267-272, 2004.
- DELMONTE, M. M. The embodied mind, the talking cure and the silence of meditation. In: DELMONTE, M.; HARUKI, Y. (eds.). *The Embodiment of Mind: eastern and western perspectives*. Delft: Eburon Publishers, 1998. p. 129-139.
- DENNETT, D. *Consciousness Explained*. Boston: Little, Brown, 1991.

- DEVILLY, G. J. Clinical intervention, supportive counselling and therapeutic methods: a clarification and direction for restorative treatment. *Int. Rev. Victimology*, v. 9, p. 1-14, 2002.
- DEVOTO, R. Is it possible to build up an algorithm of the human soul? *Acta Psychiatr. Psicol. Am. Lat.*, v. 38, n. 2, p. 103-111, Jun., 1992.
- DIERKS, T.; LINDEN, D. E. J.; JANDL, M. et al. Activation of Heschl's Gyrus during auditory hallucinations. *Neuron.*, v. 22, p. 615-621, 1999.
- DIETRICH, A. Functional neuroanatomy of altered states of consciousness: the transient hypofrontality hypothesis. *Cons. Cogn.*, v. 12, p. 231-256, 2003.
- DOLAN, R. J. Emotion, cognition and behavior. *Science*, v. 298, p. 1191-1194, 2002.
- DRESSLER, W. W.; BALIEIRO, M. C.; SANTOS, J. E. The cultural construction of social support in Brazil: associations with health outcomes. *Cult. Med. Psychiatry*, v. 21, p. 303-335, 1997.
- EASTERLIN, R. A. Explaining happiness. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, v. 16/100, n. 19, p. 11176-1183, 2003.
- EBSTEIN, R. P. The molecular genetic architecture of human personality: beyond self-report questionnaires. *Mol. Psychiatry*, v. 11, n. 5, p. 427-445, May, 2006.
- ECCLES, J. C. *The Physiology of Synapses*. Berlin: Springer, 1964.
- ECCLES, J. C.; POPPER, K. The self and its brain. *Routledge*, 2003.
- EHLERS, A.; HACKMANN, A.; STEIL, R. et al. The nature of intrusive memories after trauma: the warning signal hypothesis. *Beh. Res. Ther.*, v. 40, n. 9, p. 995-1002, 2002.
- EHLERS, A.; MAYOU, R. A.; BRYANT, B. Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: results of a prospective longitudinal study. *Behav. Res. Ther.*, v. 41, n. 1, p. 1-10, 2003.
- EHLERS, A.; MAYOU, R. A.; BRYANT, B. Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *J. Abnorm. Psychol.*, v. 107, n. 3, p. 508-519, 1998.
- ELBERT, T.; SCHAUER, M. Burnt into memory. *Nature*, v. 419, n. 6910, p. 883, 2002.
- ENGELHARD, I. M.; VAN DEN HOUT, M. A.; KINDT, M.; ARNTZ, A.; SCHOUTEN, E. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress after pregnancy loss: a prospective study. *Behav. Res. Ther.*, v. 41, n. 1, p. 67-78, 2003.
- EPSTEIN, J.; STERN, E.; SILBERSWEIG, D. Neuropsychiatry at the millennium: the potential for mind/brain integration through emerging interdisciplinary research strategies. *Clin. Neurosc. Res.*, v. 1, n. 1-2, p. 10-18, 2001.
- ERIKSSON, M.; LINDSTROM, B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J. Epidemiol. Community Health*, v. 60, n. 5, p. 376-381, 2006.
- ERK, S.; KIEFER, M.; GROTHE, J. et al. Emotional context modulates subsequent memory effect. *Neuroimage*, v. 18, n. 2, p. 439-447, 2003.
- EUGENE, F.; LEVESQUE, J.; MENSOUR, B. et al. The impact of individual differences on the neural circuitry underlying sadness. *Neuroimage*, v. 19, n. 2, pt. 1, p. 354-364, 2003.
- FARAH, M. J.; HEBERLEIN, A. S. Personhood and neuroscience: naturalizing or nihilating? *Am. J. Bioeth.*, v. 7, n. 1, p. 37-48, Jan., 2007.
- FAVA, G. A.; RUINI, C.; RAFANELLI, C. et al. Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, v. 74, n. 1, p. 26-30, 2005.
- FEIGL, H. The "mental" and the "physical". In: FEIGL, H.; SCRIVEN, M.; MAXWELL, G. (eds.). *Concepts, Theories and the Mind-Body Problem*. Minneapolis: Minnesota Studies in the Philosophy of Science, 1958.
- FINGER, S. *Origins of Neuroscience: history of explorations into brain function*. New York: Oxford University Press, 1994.

- FIRST, M. B.; SPITZER, R. L.; GIBBON, M.; WILLIAMS, J. B. W. *Structured Clinical Interview for DSM-IV*. New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department, 1995.
- FISCHER, M.; HOSSMAN, K. A. Volume expansion during cardiopulmonary resuscitation reduces cerebral no-reflow. *Resuscitation*, v. 32, p. 227-240, 1996.
- FISH, E. W.; SHAHROKH, D.; BAGOT, R. et al. Epigenetic programming of stress responses through variations in maternal care. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, v. 1036, p. 167-180, Dec., 2004.
- FIVUSH, R. Children's recollections of traumatic and nontraumatic events. *Develop. Psychopathology*, v. 10, n. 4, p. 699-716, 1998.
- FLANNELLY, K. J.; KOENIG, H. G.; ELLISON, C. G. et al. Belief in life after death and mental health: findings from a national survey. *J. Nerv. Ment. Dis.*, v. 194, n. 7, p. 524-529, Jul., 2006.
- FLEURMOND, J.; SHARPE, I. Is it all in the head? The psychological effects of chronic pain and the effectiveness of modern therapies. *Ethnicity & Disease*, v. 15, suppl. 4, p. 47-48, 2005.
- FLORIAN, V.; MIKULICER, M.; TAUBMAN, O. Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The roles of appraisal and coping. *J. Personal. Soc. Psychology*, v. 68, p. 687-695, 1995.
- FOA, E. B.; KEANE, T. M.; FRIEDMAN, M. J. *Effective Treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press, 2000.
- FONTANA, A.; ROSENHECK, R. Trauma, change in strength of religious faith, and mental health service use among veterans treated for PTSD. *J. Nerv. Ment. Dis.*, v. 192, n. 9, p. 579-584, 2004.
- FORBES, D.; PHELPS, A. J.; MCHUGH, A. F. et al. Imagery rehearsal in the treatment of posttraumatic nightmares in Australian veterans with chronic combat-related PTSD: 12-month follow-up data. *J. Trauma Stress*, v. 16, n. 5, p. 509-513, 2003.
- FREDRICKSON, B. L.; TUGADE, M. M.; WAUGH, C. E.; LARKIN, G. R. What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th. *J. Pers. Soc. Psychol.*, v. 84, p. 365-376, 2001.
- FREEMAN, W. Consciousness, intentionality and causality. *J. Cons. Stud.*, v. 6, n. 11-12, p. 143-172, 1999.
- FREUD, S. Studies on hysteria [com Breuer, J]. In: *The Standard Edition of the Complete Works of Sigmund Freud*. London: J. Strachy, 1895. v. 2, p. 189-221.
- FREUD, S. The etiology of hysteria. In: *The Standard Edition of the Complete Works of Sigmund Freud*. London: J. Strachy, 1962. v. 3, p. 189-221.
- FRISTON, K. Beyond phrenology: what can neuroimaging tell us about distributed circuitry? *Annu. Rev. Neurosci.*, v. 25, p. 221-250, 2002.
- FRISTON, K. J.; HOLMES, A. P.; WORSLEY, K. L. et al. Statistical parametric maps in functional imaging: a general linear approach. *Human. Brain. Mapping*, v. 2, p. 189-210, 1995.
- FUCHS, T. The challenge of neuroscience: psychiatry and phenomenology today. *Psychopathology*, v. 35, p. 319-326, p. 2002.
- FUKUSHI, T.; SAKURA, O.; KOIZUMI, H. Ethical considerations of neuroscience research: the perspectives on neuroethics in Japan. *Neurosci. Res.*, v. 57, n. 1, p. 10-16, 2007.
- FUMARK, T.; TILLFORS, M.; MARTEINSDOTTIR, I. et al. Common changes in cerebral flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 59, n. 5, p. 425-433, 2002.
- GABBARD, G. O. A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. *Br. J. Psychiatry*, v. 177, p. 117-122, 2000.

- GABBARD, G. O. Mind, brain, and personality disorders. *Am. J. Psychiatry*, v. 162, n. 4, p. 648-655, Apr., 2005.
- GALLESE, V.; GOLDMAN, A. Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading. *Trends Cogn. Sci.*, v. 12, p. 493-501, 1998.
- GAVALYA, A. S. Reactions to the 1985 Mexican earthquake: case vignettes. *Hosp. Community Psychiatry*, v. 38, p. 1327-1330, 1987.
- GEORGE, L. K.; ELLISON, C. G.; LARSON, D. B. Explaining the relationship between religious involvement and health. *Psychol. Inquiry*, v. 13, p. 190-200, 2002.
- GERMAIN, A.; NIELSEN, T. A. Sleep pathophysiology in posttraumatic stress disorder and idiopathic nightmare sufferers. *Biol. Psychiatry*, v. 15/54, n. 10, p. 1092-1098, 2003.
- GILBOA, A.; SHALEV, A. Y.; LAOR, L. et al. Functional connectivity of the prefrontal cortex and the amygdala in posttraumatic stress disorder. *Biol. Psychiatry*, v. 55, n. 3, p. 263-272, 2004.
- GINZBURG, K.; WRENSCH, M.; RICE, T. et al. Breast cancer and psychosocial factors: early stressful life events, social support, and well-being. *Psychosomatics*, v. 49, n. 5, p. 407-412, Sep.-Oct., 2008.
- GONSALVES, B.; PALLER, K. A. Mistaken memories: remembering events that never happened. *Neuroscientist*, v. 8, p. 391-395, 2002.
- GOTTESMAN, I. I.; SHIELDS, J. *Schizophrenia: the epigenetic puzzle*. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.
- GRAVES, D. L.; SHUE, C. K.; ARNOLD, L. The role of spirituality in patient care: incorporating spirituality training into medical school curriculum. *Acad. Med.*, v. 77, n. 11, p. 1167, 2002.
- GRAZIANO, M. S. A.; HU, X. T.; GROSS, C. G. Coding the locations of objects in the dark. *Science*, v. 277, p. 239-241, 1997.
- GREENFIELD, S. Mind, brain and consciousness. *Brit. J. Psychiat.*, v. 181, p. 91-93, 2002.
- GREGORY, R. *Eye and Brain: the psychology of seeing*. Oxford: Oxford University Press, 1998.
- GREYSON, B. Incidence and correlates of near death experiences in a cardiac care unit. *Gen. Hosp. Psychiat.*, v. 25, p. 269-276, 2003.
- GRIFFIN, M. G.; RESICK, P. A.; MECHANIC, M. B. Objective assessment of peritraumatic dissociation: psychophysiological indicators. *Am. J. Psychiatry*, v. 154, n. 8, p. 1081-1088, 1997.
- HAMANN, S. Cognitive and neural mechanisms of emotional memory. *Trends Cogn. Sci.*, v. 5, p. 394-400, 2001.
- HAMEROFF, S. Consciousness, the brain, and spacetime geometry. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, v. 929, p. 74-104, Apr., 2001.
- HARALDSSON, E. Children who speak of past-life experiences: is there a psychological explanation? *Psychology Psychotherapy: Theory Res. Prac.*, v. 76, n. 1, p. 55-67, 2003.
- HARIRI, A. R.; MATTAY, V. S.; TESSITORE, A. Serotonin transporter genetic variation and the response of the human amygdala. *Science*, v. 19/297, n. 5580, p. 400-403, Jul., 2002.
- HASSABIS, D.; MAGUIRE, E. A. Deconstructing episodic memory with construction. *Trends Cogn. Sci.*, v. 11, n. 7, p. 299-306, Epub, Jul., 2007.
- HAY, D. *Something There: the biology of the human spirit*. Philadelphia: Templeton Foundation Press, 2007.
- HELLAWELL, S. J.; BREWIN, C. R. A comparison of *flashbacks* and ordinary autobiographical memories of trauma: cognitive resources and behavioural observations. *Beh. Res. Ther.*, v. 40, n. 10, p. 1143-1156, 2002.
- HELMHOLTZ, H. *Treatise on Physiological Optics*. New York: Dover, 1867/1962. v. 1-3.

- HETTEMA, J. M.; NEALE, M. C.; KENDLER, K. S. A review and metaanalysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am. J. Psychiatry*, v. 158, p. 1568-1578, 2001.
- HOFBAUER, R. K.; RAINVILLE, P.; DUNCAN, G. H.; BUSHNELL, M. C. Cortical representation of the sensory dimension of pain. *J. Neurophysiology*, v. 86, n. 1, p. 402-411, 2001.
- HOLMES, E. *The Science of Mind*. New York: Penguin Putnam, 1997. p. 322.
- HOLTZ, T. H. Refugee trauma versus torture trauma: a retrospective controlled cohort study of Tibetan refugees. *J. Nerv. Ment. Dis.*, v. 186, p. 24-34, 1998.
- HOPPER, J. W.; VAN DER KOLK, B. A. Retrieving, assessing and classifying traumatic memories: a preliminary report on three case studies of a new standardized method. *The Haworth Maltreatment and Trauma Press*, v. 4, n. 2, 2001.
- HORN, G. Pathways of the past: the imprint of memory. *Natur. Rev. Neurosc.*, v. 5, p. 108-120, 2004.
- HOROWITZ, M. J. Image formation: clinical observations and a cognitive model. In: SHEEHAN, P. (ed.). *The Function and Nature of Imagery*. New York: Academic Press, 1972. p. 281-309.
- HOROWITZ, M. J.; WILNER, N.; ALVAREZ, W. Impact of event scale: a measure of subjective distress. *Psychosomatic Med.*, v. 41, p. 207-218, 1979.
- HULL, A. M. Neuroimaging findings in post-traumatic stress disorder. Systematic review. *Brit. J. Psychiatry*, v. 181, p. 102-110, 2002.
- HURLEY, S. L.; CHATER, N. *Perspectives on Imitation: from neuroscience to social science*. Cambridge: The MIT Press, 2005. v. 2.
- IACOBONI, M.; MOLNAR-SZAKACS, I.; GALLESE, V. et al. Grasping the intentions of others with one's own mirror neuron system. *PLoS Biol.*, v. 3, n. 3, p. 79, 2005.
- IPSER, J.; SEEDAT, S.; STEIN, D. J. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder – a systematic review and meta-analysis. *S. Afr. Med. J.*, v. 96, n. 10, p. 1088-1096, 2006.
- ITTELSON, W. H. *Visual Space Perception*. New York: Springer, 1960.
- IZQUIERDO, I. *Memória*. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- IZQUIERDO, I.; CAMMAROTA, M. A extinção das memórias no processo terapêutico. In: KNAPP, P. *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- JELLINEK, A. Spontaneous imagery: a new psychotherapeutic approach. *Am. J. Psychother.*, v. 3, p. 372-391, 1969.
- JONES, E.; VERMAAS, R. H.; MCCARTNEY, H. et al. Flashbacks and post-traumatic stress disorder: the genesis of a 20th-century diagnosis. *Br. J. Psychiatry*, v. 182, p. 158-163, 2003.
- JONES, S. R.; FERNYHOUGH, C. Neural correlates of inner speech and auditory verbal hallucinations: a critical review and theoretical integration. *Clin. Psychol. Rev.*, v. 27, n. 2, p. 140-154, Mar., 2007.
- KAASINEN, V. Mapping brain structure and personality in late adulthood. *Neuroimage*, v. 24, p. 315-322, 2005.
- KANDEL, E. R. A new intellectual framework for psychiatry. *Am. J. Psychiatry*, v. 155, n. 4, p. 457-469, 1998.
- KANDEL, E. R. Psychotherapy and the single synapse: the impact of psychiatric thought on neurobiological research. *J. Neurops. Clin. Neurosci.*, v. 13, p. 290-300, 2001.
- KANDEL, E. R.; SCHUARTZ, J. H.; JESSELL, T. M. *Principles Neural Science*. 4. ed. New York: Mc Graw Hill, 2000.
- KANT, I. *Critique of Pure Reason (1781)*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

- KAPECS, J. G. Observations on screens and barriers in the mind. *Psychoanal Q.*, v. 28, p. 62-77, 1957.
- KAPLOW, J. B.; DODGE, K. A.; AMAYA-JACKSON, L.; SAXE, G. N. Pathways to PTSD, part II: Sexually abused children. *Am. J. Psychiatry*, v. 162, n. 7, p. 1305-1310, 2005.
- KASPROW, M. C.; SCOTTON, B. W. A review of transpersonal theory and its application to the practice of psychotherapy. *J. Psychotherapy Prac. Res.*, v. 8, n. 1, p. 12-23, 1999.
- KELLETT, S.; BEAIL, N. The treatment of chronic post-traumatic nightmares using psychodynamic-interpersonal psychotherapy: a single-case study. *Br. J. Med. Psychol.*, v. 70, pt. 1, p. 35-49, 1997.
- KELLY, E. F.; KELLY, E. W.; CRABTREE, A. et al. *Irreducible Mind: toward a psychology for the 21st century*. Maryland: Rowman & Littlefield Publishers, 2007.
- KESSLER, R. C.; SONNEGA, A.; BROMET, E. et al. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 52, p. 1048-1060, 1995.
- KINGSBURY, S. J. Brief hypnotic treatment of repetitive nightmares. *Am. J. Clin. Hypn.*, v. 35, n. 3, p. 161-169, 1993.
- KOENIG, H. G.; LARSON, D. B.; LARSON, S. S. Religion and coping with serious medical illness. *Ann. Pharmac.*, v. 35, n. 3, p. 352-359, 2001.
- KOENIG, H. G.; MC COULLOUGH, M. E.; LARSON, D. B. *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press; 2001.
- KRAEMER, D. J. M.; MACRAE, C. N.; GREEN, A. E.; KELLEY, W. M. Musical imagery: sound of silence activates auditory cortex. *Nature*, v. 434, p. 158, 2005.
- KRAKOW, B.; HOLLIFIELD, M.; JOHNSTON, L. et al. Imagery rehearsal therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with post-traumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *JAMA*, v. 286, n. 5, p. 537-545, 2001.
- KROTH, J.; GARCIA, M.; HALLGREN, M. et al. Perinatal loss, trauma, and dream reports. *Psychol. Rep.*, v. 94, n. 3, pt. 1, p. 877-882, 2004.
- KRUG, E. G.; MERCY, J. A.; DAHLBERG, L. L.; ZWI, A. B. The world report on violence and health. *Lancet*, v. 360, n. 9339, p. 1083-1088, 2002.
- KUBZANSKY, L. D.; SPARROW, D.; VOKONAS, P.; KAWACHI, I. Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the Normative Aging Study. *Psychosomatic Med.*, v. 63, p. 910-916, 2001.
- KUNIECKI, M.; URBANIK, A.; SOBIECKA, B. et al. Central control of heart rate changes during visual affective processing as revealed by fMRI. *Acta Neurobiol. Exp. (Warsz)*, v. 63, n. 1, p. 39-48, 2003.
- KURITA, Y. Indispensable role of quantum theory in the brain dynamics. *Bio-systems.*; v. 80, n. 3, p. 263-272, Jun., 2005.
- LANIUS, R. A.; HOPPER, J. W.; MENON, R. S. Individual differences in a husband and wife who developed PTSD after a motor vehicle accident: a functional MRI case study. *Am. J. Psychiatry*, v. 160, n. 4, p. 667-669, 2003.
- LANIUS, R. A.; WILLIAMSON, P. C.; DENSMORE, M. et al. *The nature of traumatic memories: a 4-T FMRI functional connectivity analysis*. *Am. J. Psychiatry*, v. 161, p. 36-44, 2004.
- LEICHTMAN, M. D.; WANG, Q.; DAVIES, K. I. Sharing memories and telling stories: American and Chinese mothers and their 3-year-olds. *Memory*, v. 8, p. 159-177, 2000.
- LENT, R. *Cem Bilhões de Neurônios – conceitos fundamentais de neurociência*. 1. ed., v. 1. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001.
- LESKIN, G. A.; KALOUPPEK, D. G.; KEANE, T. M. Treatment for traumatic memories: Review and recommendations. *Clin. Psychology Rev.*, v. 18, p. 983-1001, 1998.

- LEWIS, S. J. Do one-shot preventive interventions for PTSD work? A systematic research synthesis of psychological debriefings. *Aggres. Viol. Beh.*, v. 8, p. 329-343, 2003.
- LEYMOND, B. *Le Développement Social de L'enfant et Del'adolescent*. Bruxelles: Dessart, 1965. p 12-14.
- LIEBERMAN, M. D.; JARCHO, J. M.; BERMAN, S. et al. The neural correlates of placebo effects: a disruption account. *NeuroImage*, v. 22, p. 447-455, 2004.
- LIPP, M. *Pesquisas sobre Stress no Brasil: saúde ocupações e grupos de risco*. Campinas: Papyrus, 1996.
- LITTRELL, J. Is the reexperience of painful emotion therapeutic? *Clin. Psychology Rev.*, v. 8, n. 1, p. 71-102, 1998.
- LOFTUS, E. F. Memory distortion and false memory creation. *Bull Am. Acad. Psychiatry Law*, v. 24, p. 281-295, 1996.
- MACHADO, C. E. *Propaganda: opinião e solidariedade*. São Paulo: Loyola, 1992. p. 145-152.
- MACMILLAN, M. Restoring Phineas Gage: a 150th retrospective. *J. Hist. Neurosci.*, v. 9, n. 1, p. 46-66, Apr., 2000.
- MAQUET, P.; PETERS, J.; AERTS, J. et al. Functional neuroanatomy of human rapid-eye-movement sleep and dreaming. *Nature*, v. 383, n. 6596, p. 163-166, 1996.
- MARKS, I.; LOVELL, K.; NOSHIRVANI, H. et al. Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: a controlled study. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 55, p. 317-325, 1998.
- MARMOT, M. Inequalities in health. *N. Engl. J. Med.*, v. 345, p. 134-136, 2001.
- MARSHALL, R. D.; OLFSON, M.; HELLMAN, F. et al. Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *Am. J. Psychiatry*, v. 158, p. 1467-1473, 2001.
- MARTIN, S. D.; MARTIN, E.; RAI, S. S. et al. Brain blood flow changes in depressed patients treated with interpersonal psychotherapy or venlafaxine hydrochloride: preliminary findings. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 58, n. 7, p. 641-648, 2001.
- MARUTA, T.; COLLIGAN, R. C.; MALINCHOC, M.; OFFORD, K. P. Optimists vs. pessimists: survival rate among medical patients over a 30-year period. *Mayo Clinic. Proceedings*, v. 75, p. 140-143, 2000.
- MAYBERG, H. S.; SILVA, J. A.; BRANNAN, S. K. et al. The functional neuroanatomy of the placebo effect. *Am. J. Psychiatry*, v. 159, p. 728-737, 2002.
- MCDONALD, R. J.; DEVAN, B. D.; HONG, N. S. Multiple memory systems: the power of interactions. *Neurobiol. Learn. Mem.*, v. 82, n. 3, p. 333-346, 2004.
- MCFARLANE, A. C.; YEHUDA, R. Resilience, vulnerability and the course of posttraumatic reactions. In: VAN DER KOLK, B. A.; MCFARLANE, A. C.; WEISAETH, L. (eds.). *Traumatic Stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society*. Nova York: Guilford, 1996. p. 155-181.
- MCGAUGH, J. L. Memory: a century of consolidation. *Science*, v. 287, p. 248-251, 2000.
- MCNALLY, R. J. Progress and controversy in the study of posttraumat stress disorder. *Ann. Rev. Psychol.*, v. 54, p. 229-252, 2003.
- MEISTER, I.; KRINGS, T.; FOLTYS, H. et al. Effects of long-term practice and task complexity in musicians and nonmusicians performing simple and complex motor tasks: implications for cortical motor organization. *Human. Brain. Mapping*, v. 25, n. 3, p. 345-352, 2005.
- MENZIES, V.; TAYLOR, A. G. The idea of imagination: an analysis of "imagery". *Adv. Mind-Body Med.*, v. 20, p. 4-10, 2004.
- METZGER, W. Can the subject create his world? In: MACLEOD, R. B.; PICK, H. L. (eds.). *Perception: essays in honor of James J. Gibson*. Cornell: Cornell University Press, 1974.

- METZGER, W. Consciousness, judgment and action. In: CARTERETTE, E. C.; FRIEDMAN, M. P. (ed.). *Handbook of Perception*. New York: Academic Press, 1972.
- METZINGER, T. The "subjectivity" of subjective experience: a representationalist analysis of the first-person perspective. In: METZINGER, T. (ed.). *Neural Correlates of Consciousness: empirical and conceptual questions*. Cambridge: MIT Press, 2000.
- METZNER, R. Therapeutic application of altered states of consciousness (ASC). In: SCHILICLITINY, M.; LEUNES, H. (eds.). *Worlds of Consciousness*. Berlin: VWB; 1995. v. 5.
- MOLL, J.; OLIVEIRA-SOUZA, R.; PASSMAN, L. J. et al. Functional MRI correlates of real and imagined tool-use pantomimes. *Neurology*, v. 54, p. 1331-1336, 2000.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality. *Soc. Sci. Med.*, v. 63, n. 4, p. 843-845, 2006.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; GREYSON, B. Dissociative and psychotic experiences in Brazilian spiritist mediums. *Psychotherapy and Psychosomatics*, v. 76, p. 57-58, 2007.
- MURIS, P. Fear and Courage in Children: Two Sides of the Same Coin? *J. Child Fam. Stud.*, DOI 10.1007/s10826-009-9271-0, 2009.
- NAVARRO, A. M.; VOETSCH, K. P.; LIBURD, L. C. et al. National expert panel on community health promotion. Charting the future of community health promotion: recommendations from the national expert panel on community health promotion. *Prev. Chronic Dis.*, v. 4, n. 3, A68, Jul., 2007.
- NEELY, D.; MINFORD, E. J. Current status of teaching on spirituality in UK medical schools. *Med. Educ.*, v. 42, n. 2, p. 176-182, Feb., 2008.
- NEWBERG, A.; ALAVI, A.; BAIME, M.; D'AQUILI, E. The measurement of cerebral blood flow during the complex cognitive task of meditation using HMPAO-SPECT imaging. *J. Nuclear Med.*, v. 38, n. 5, p. 95, 1997.
- NIETZSCHE, F. *Beyond Good and Evil: prelude to a philosophy of the future*. New York: Vintage, 1886. p. 80. Author reply, 1480-1483.
- NISBETT, R. E.; MASUDA, T. Culture and point of view. *Proceedings National Academy of Sciences of the United States of America*, v. 100, p. 11163-11170, 2003.
- NORRIS, F. H.; FRIEDMAN, M. J.; WATSON, P. J. et al. 60.000 disaster victims speak. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, v. 65, pt. 1, p. 207-239, 2002.
- NORTON, P. J.; WEISS, B. J. The role of courage on behavioral approach in a fear eliciting situation: a proof-of-concept pilot study. *J. Anxiety Disord.*, v. 23, n. 2, p. 212-217, 2009.
- OZER, E. J.; BEST, S. R.; LIPSEY, T. L.; WEISS, D. S. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, v. 129, p. 52-71, 2003.
- PALMER, S. E. *Vision Science: photons to phenomenology*. Cambridge: MIT Press, 1999.
- PAQUETTE, V.; LEVESQUE, J.; MENSOUR, B. et al. «Change the mind and you change the brain»: effects of cognitive-behavioral therapy on the neural correlates of spider phobia. *Neuroimage*, v. 18, p. 401-409, 2003.
- PARGAMENT, K. I. *The Psychology of religion and coping: theory, research, and practice*. New York: Guilford Press, 1997.
- PARGAMENT, K. I.; KOENIG, H. G.; TARAKESHWAR, N.; HAHN J. Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. *J. Health Psychol.*, v. 9, n. 6, p. 713-730, 2004.

- PARGAMENT, K. I.; KOENIG, H. G.; TARAKESHWAR, N.; HAHN, J. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. *Arch. Intern. Med.*, v. 161, n. 15, p. 1881-1185, Aug., 2001.
- PARNIA, S. Do reports of consciousness during cardiac arrest hold the key to discovering the nature of consciousness? *Med. Hyp.*, v. 69, n. 933-937, 2007.
- PARNIA, S.; WALLER, D.; YEATES, R.; FENWICK, P. A qualitative and quantitative study of the incidence, features and aetiology of near death experiences in cardiac arrest survivors. *Resuscitation*, v. 48, p. 149-56, 2001.
- PAVLOV, I. P. *Conditioned reflexes*. New York: Dover, 1956.
- PENFIELD, W. *The Mystery of Mind – a critical study of consciousness and the human brain*. Princetown University Press, 1978.
- PENFIELD, W.; RASMUSSEN, T. *The Cerebral Cortex of Man*. New York: Macmillan, 1952.
- PERES, J. F. P. Iluminando os pesadelos pós-trauma. *Rev. Viver Mente & Cérebro*, v. 4, p. 72-77, 2005.
- PERES, J. F. P. O Trauma de Bruce Wayne. *Rev. Viver Mente & Cérebro*, v. 153, p. 15, 2005.
- PERES, J. F. P.; MCFARLANE, A.; NASELLO, A. G.; MOORES, K. A. Traumatic memories: bridging the gap between functional neuroimaging and psychotherapy. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, v. 42, n. 6, p. 478-488, 2008.
- PERES, J. F. P.; MERCANTE, J. P.; NASELLO, A. G. Psychological dynamics affecting traumatic memories: implications in psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Res. Prac.*, v. 78, n. 4, p. 431-447, 2005.
- PERES, J. F. P.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; NASELLO, A. G.; KOENIG, H. G. Spirituality and resilience in trauma victims. *J. Religion and Health*, v. 46, p. 343-350, 2007.
- PERES, J. F. P.; NASELLO, A. G. Achados de neuroimagem em transtornos de estresse pós-traumático. *Rev. Psiq. Clín.*, v. 4, n. 32, p. 189-198, 2005.
- PERES, J. F. P.; NASELLO, A. G. Achados dos estudos com neuroimagem no transtorno de estresse pós-traumático. In: CAMINHA, R. M. (ed.). *Transtorno do Estresse Pós-traumático: da neurobiologia à cognição*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- PERES, J. F. P.; NASELLO, A. G. Neurônios-espelho: o eu e o outro. *Rev. Psique Ciência & Vida*, v. 12, p. 54-61, 2006.
- PERES, J. F. P.; NASELLO, A. G. Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico. *Rev. de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 2, n. 27, p. 131-138, 2005.
- PERES, J. F. P.; NASELLO, A. G. Psicoterapia e neurociências: um encontro frutífero e necessário. *Rev. Bras. de Terapias Cognitivas*, v. 2, n. 1, p. 21-30, 2005.
- PERES, J. F. P.; NASELLO, A. G. Psychotherapy and neuroscience: toward closer integration. *Intern. J. Psychology*, v. 43, n. 6, p. 943-957, 2008.
- PERES, J. F. P.; NEWBERG, A. B.; MERCANTE, J. P. et al. Cerebral blood flow changes during retrieval of traumatic memories before and after psychotherapy: a SPECT study. *Psychological Med.*, v. 37, n. 10, p. 1481-1491, 2007.
- PERES, J. F. P.; SIMAO, M.; NASELLO, A. G. Spirituality, Religiousness and Psychotherapy. *Rev. Psiq. Clín.*, v. 34, suppl. 1; p. 58-66, 2007.
- POLDRACK, R. A.; PACKARD, M. G. Competition among multiple memory systems: converging evidence from animal and human brain studies. *Neuropsychologia*, v. 41, p. 245-251, 2003.
- POSNER, M. I.; RAICHLE, M. E. *Images of Mind*. New York: Freeman, 1997.
- RAINVILLE, P.; HOFBAUER, R. K.; BUSHNELL, M. C. et al. Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. *J. Cogn. Neurosc.*, v. 14, n. 6, p. 887-901, 2002.

- RAMACHANDRAN, V. S.; ARMEL, C.; FOSTER, C. et al. Object recognition can drive motion perception. *Nature*, v. 395, p. 852-853, 1998.
- RAMACHANDRAN, V. S.; GREGORY, R. L. Perceptual filling in of artificially induced scotomas in human vision. *Nature*, v. 350, p. 699-702, 1991.
- RAMON, Y.; CAJAL, S. Neue darstellung vom histologischen bau des zentranorvos system. *Arch. Anat. Physiol*, p. 319-428, 1893.
- RAUCH, S. L.; VAN DER KOLK, B. A.; FISLER, R. E. et al. A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 53, p. 380-387, 1996.
- REGEHR, C.; HEMSWORTH, D.; HILL, J. Individual predictors of posttraumatic distress: a structural equation model. *Can. J. Psychiatry*, v. 46, p. 156-161, 2001.
- REGEHR, C.; HILL, J.; GLANCY, G. D. Individual predictors of traumatic reactions in firefighters. *J. Nerv. Ment. Dis.*, v. 188, p. 333-339, 2000.
- REISER, S. J. Technology, specialization, and the allied health professions. *J. Allied Health*, v. 12, n. 3, p. 77-82, 1983.
- RIBEIRO, S.; MELLO, C. V.; VELHO, T. et al. Induction of hippocampal long-term potentiation during waking leads to increased extrahippocampal zif-268 expression during ensuing rapid-eye- movement sleep. *J. Neurosci.*, v. 22, p. 10914-10923, 2002.
- RING, K. *Life at Death: A Scientific Investigation of the Near-Death Experience*. Nova Iorque: Quill, 1982.
- RIZZOLATTI, G.; CRAIGHERO, L. The mirror-neuron system. *Annu Rev. Neurosc.*, v. 27, p. 169-192, 2004.
- ROCK, I. *The Logic of Perception*. Cambridge: MIT Press, 1983.
- ROFFMAN, J. L.; MARCI, C. D.; GLICK, D. M. et al. Neuroimaging and the functional neuroanatomy of psychotherapy. *Psychological Med.*, v. 35, n. 10, p. 1385-1598, 2005.
- ROSS, C. E.; MIROWSKY, J. Refining the association between education and health: the effects of quantity, credential, and selectivity. *Demography*, v. 36, p. 445-460, 1999.
- ROSS, N. A.; WOLFSON, M. C.; DUNN, J. R. et al. Relation between income inequality and mortality in Canada and in the United States: cross sectional assessment using census data and vital statistics. *BMJ*, v. 320, p. 898-902, 2000.
- SACKS, O. *The Man Who Mistook his Wife for a Hat: and other clinical tales*. New York: Touchstone, 1998. p. 11.
- SAXE, G. N.; STODDARD, E.; HALL, E.; CHAWLA, N.; LOPEZ, C.; SHERIDAN, R.; KING, D.; KING, L.; YEHUDA, R. Pathways to PTSD, part I: Children with burns. *Am. J. Psychiatry*, v. 162, n. 7, p. 1299-304, 2005.
- SAXE, G. N.; VAN DER KOLK, B. A.; BERKOWITZ, R. et al. Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *Am. J. Psychiatry*, v. 150, p. 1037-1042, 1993.
- SCHACTER, D. L.; BUCKNER, R. L. On the relations among priming, conscious recollection, and intentional retrieval: evidence from neuroimaging research. *Neurobiol. Learn. Mem.*, v. 70, n. 1-2, p. 284-303, 1998.
- SELIGMAN, M. E.; CSIKSZENTMIHALYI, M. Positive psychology. An introduction. *Am. Psychol.*, v. 55, n. 1, p. 5-14, 2000.
- SEYBOLD, K. S. Physiological mechanisms involved in religiosity/spirituality and health. *J. Behav. Med.*, v. 30, p. 303-309, 2007.
- SHAFRANSKE, E. P. *Religion and the Clinical Practice of Psychology*. Washington: American Psychological Association, 1996.
- SHALEV, A. Y.; TUVAL-MASHIACH, R.; HADAR, H. Posttraumatic stress disorder as a result of mass trauma. *J. Clin. Psychiatry*, v. 65, suppl. 1, p. 4-10, 2004.
- SHAW, A.; JOSEPH, S.; LINLEY, P. A. Religion, spirituality, and posttraumatic growth: a systematic review. *Mental Health, Religion & Culture*, v. 8, n. 1, p. 1-11, 2005.

- SHEN, J.; KELLEHER, R. J. The presenilin hypothesis of Alzheimer's disease: evidence for a loss-of-function pathogenic mechanism. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.*, v. 9/104, n. 2, p. 403-409, 2007.
- SHIN, L. M.; KOSSLYN, S. M.; MCNALLY, R. J. Visual imagery and perception in posttraumatic stress disorder. A positron emission tomographic investigation. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 54, n. 3, p. 223-241, 1997.
- SINGER, T.; SEYMOUR, B.; O'DOHERTY, J. et al. Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain. *Science*, v. 303, p. 1157-1162, 2004.
- SMYTHIES, J. R. Space, time and consciousness. *J. Consciousness Studies*, v. 10, p. 47-56, 2003.
- SMYTHIES, J. R.; RAMACHANDRAN, V. S. An empirical refutation of the direct realistic theory of perception. *Inquiry*, v. 40, p. 437-438, 1988.
- SPITZ, R. A. Hospitalism: a follow-up report on an investigation described in Volume 1. *Psychoanal Study Child*, v. 2, p. 113-117, 1945.
- SQUIRE, L. R. Lost forever or temporarily misplaced? The long debate about the nature of memory impairment. *Learn. Mem.*, v. 13, n. 5, p. 522-529, 2006.
- SQUIRE, L. R. Memory systems of the brain: a brief history and current perspective. *Neurobiol. Learn. Mem.*, v. 82, n. 3, p. 171-177, 2004.
- SQUIRE, L. R.; KANDEL, E. R. *Memória: da mente às moléculas*. Trad. de C. Dalmaz e J. Quillfeldt. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- SQUIRE, L. R.; ZOLA, S. M. Structure and function of declarative and nondeclarative memory systems. *Proceedings National Academy of Sciences of the United States of America*, v. 93, p. 13515-13522, 1996.
- STEIN, D. J.; IPSER, J. C.; SEEDAT, S. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst. Rev.*, v. 25, n. 1, 2006. CD002795.
- STEVENSON, I. *Cases of the Reincarnation Type*. Charlottesville: University Press of Virginia, 1977. v. 2.
- STEVENSON, I. The phenomenon of claimed memories of previous lives: possible interpretations and evidence. *Med. Hyp.*, v. 54, n. 4, p. 652-659, 2000.
- STEVENSON, I.; SAMARARATNE, G. Three new cases of the reincarnation type in Sri Lanka with written records made before verification. *J. Nerv. Ment. Dis.*, v. 176, n. 12, p. 741, 1988.
- TART, C. *Altered States of Consciousness*. 3. ed. San Francisco: Harper, 1990.
- THASE, M. E. Preventing relapse and recurrence of depression: a brief review of therapeutic options. *CNS Spectr.*, v. 1, n. 12, suppl. 15, p. 12-21, 2006.
- THE EXPERT CONSENSUS GUIDELINE SERIES. Treatment of posttraumatic stress disorder. The expert consensus panels for PTSD. *J. Clin. Psychiatry*, v. 60, suppl. 16, p. 3-76, 1999.
- THOMPSON, R. E. The legacy of Ladan and Laleh. *Physician Exec.*, v. 29, n. 5, p. 52-54, 2003.
- TILLICH, P. *A Coragem de Ser*. São Paulo: Paz e Terra, 1991.
- TUCKER, J. B. Children's reports of past-life memories: a review. *Explore (NY)*, v. 4, n. 4, p. 244-248, 2008.
- VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública*, suppl. 2, p. 7-14, 1999.
- VALLI, K.; REVONSUO, A.; PALKAS, O. et al. The threat simulation theory of the evolutionary function of dreaming: evidence from dreams of traumatized children. *Cons. Cogn.*, v. 14, n. 1, p. 188-218, 2005.
- VAN DER KOLK, B. A.; FORD, J.; CLOITRE, M. Complex PTSD across the lifespan: Implications for DSM-V. Syllabus and Scientific Proceedings in Summary Form: 159th Annual Meeting of American Psychiatric Association, 2006.

- VAN DER KOLK, B. A. The psychobiology of traumatic memory: clinical implications of neuroimaging studies. *Annals N.Y. Acad. Sci.*, v. 821, p. 98-113, 2001.
- VAN DIJK, J. G. Fainting in animals. *Clin. Auton. Res.*, v. 13, n. 4, p. 247-55, 2003.
- VAN LOMMEL, P.; WEES VAN, R.; MEYERS, V. Neardeath experience in survivors of cardiac arrest: a prospective study in the Netherlands. *Lancet*, v. 358, p. 2039-2045, 2001.
- VERMETTEN, E.; BREMNER, J. D. Circuits and systems in stress II. Applications to neurobiology and treatment in posttraumatic stress disorder. *Depress. Anxiety*, v. 16, n. 1, p. 14-38, 2002.
- VERMETTEN, E.; BREMNER, J. D. Functional brain imaging and the induction of traumatic recall: a cross-correlational review between neuroimaging and hypnosis. *Intern. J. Clin. Exp. Hyp.*, v. 52, n. 3, p. 280-312, 2004.
- VIANNA, M. R. M. et al. Memory extinction requires gene expression in rat hippocampus. *Neurobiol. Learn. Mem.*, v. 77, 2002.
- VOLCHAN, E.; AZEVEDO, T. M.; RODRIGUES, E. C. et al. A freezing-like posture to mutilated pictures. *Psychophysiology*, v. 42, 2005.
- VYGOTSKY, L. S.; LURIA, A. R. *Estudos sobre a História do Comportamento: o macaco, o primitivo e a criança*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- WALLIS, C. The most intimate bond. *Time*, p. 60-64, Mar., 1996.
- WATSON, D.; CLARK, L. A. The measurement and mismeasurement of mood: recurrent and emergent issues. *J. Person. Assessment*, v. 68, p. 267-296, 1997.
- WEISS, D. S.; MARMAR, C. R.; SCHLENGER, W. E. et al. The prevalence of lifetime and partial stress disorder in Vietnam theater veterans. *J. Traum. Stress*, v. 5, p. 365-376, 1992.
- WIESER, S.; WIESER H. G. Event-related brain potentials in memory: correlates of episodic, semantic and implicit memory. *Clin. Neurophysiology*, v. 114, n. 6, p. 1144-1152, 2003.
- WILLIAMS, D. R.; STERNTHAL, M. J. Spirituality, religion and health: evidence and research directions. *Med. J. Aust.*, p. 186, S47-50, 2007.
- WILLIAMSON, J. W.; MCCOLL, R.; MATHEWS, D. et al. Hypnotic manipulation of effort sense during dynamic exercise: cardiovascular responses and brain activation. *J. Appl. Physiol.*, v. 90, p. 1392-1399, 2001.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Constitution of the World Health Organization*. 45. ed. Suppl., Out., 2006. Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/index.html> / www.worldvaluessurveys.com. Acesso em: 21/Out/2008.
- YARROW, K; HAGGARD, P; HEAL, R. et al. Illusory perceptions of space and time preserve cross-saccadic perceptual continuity. *Nature*, v. 414, p. 302-305, 2000.
- YEHUDA, R. Risk and resilience in posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry*, v. 65, suppl. 1, S29-36, 2004.

Sites indicados

- PubMed National Library of Medicine. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Web of Science-base ISI. Disponível em: <http://isiwebofknowledge.com>