

Trauma de Choque

—

Uma Introdução

Índice

A.	<u>INTRODUÇÃO</u>	2
	1. O QUE É UM TRAUMA DE CHOQUE?	2
	2. PTSD	2
	3. UM POUCO DE HISTÓRIA	3
	4. TÉCNICAS TERAPÊUTICAS E A IMPORTÂNCIA DO ACESSO CORPORAL	4
B.	<u>CONCEITOS TEÓRICOS</u>	4
	1. MODELO DE CHOQUE	4
	2. ASPECTOS NEUROLÓGICOS	5
	3. SENTIDO EXISTENCIAL, DECISÕES EXISTENCIAIS	6
	4. SEGURANÇA E RECURSOS	6
C.	<u>TÉCNICAS ESPECIAIS</u>	7
	1. LEITURA DE CORPO	7
	2. LUGAR SEGURO	8
	3. FUGA	8
D.	<u>O TRABALHO DE CHOQUE</u>	9
	1. ESCOLHA DO CHOQUE A SER TRABALHADO	9
	2. REGRAS DE TRABALHO	9
	3. RELATO DA HISTÓRIA	9
	4. FUGA PARA O LUGAR SEGURO	10
	5. REFLEXÃO	10
	6. TRAUMA DE CHOQUE RESOLVIDO?	10
	7. ITERAÇÃO	10
	8. COMENTÁRIOS	10
E.	<u>CONCLUSÃO</u>	11
F.	<u>REFERÊNCIAS</u>	12

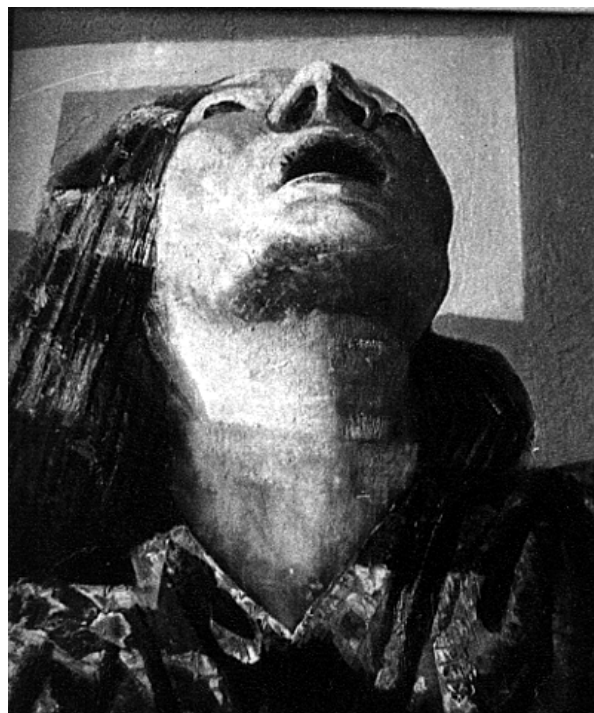


Figura 1: Mulher em estado de choque

Resumo:

Este trabalho é uma introdução ao tratamento de choque de trauma e de síndrome de estresse pós-traumático (PTSD) com técnicas terapêuticas corporais. Primeiro é descrita a doença e abordados alguns conceitos teóricos, como o modelo de choque e aspectos neurológicos. É indicada a importância de conceitos como sentido existencial, decisões existenciais, segurança e recursos interiores neste contexto. Em seguida apresenta-se de técnicas terapêuticas corporais especiais, como a leitura de sinais corporais do choque e a “Fuga para o Lugar Seguro”, para se concluir descrevendo detalhadamente o trabalho de choque.

- c) Fragmentação da memória,
- d) Recursos a que se segura a cliente.

A. Introdução

1. O que é um trauma de choque?

Quando começo a falar do assunto, tenho antes de mais nada uma dificuldade terminológica: o termo trauma de choque não está bem estabelecido em português. Me refiro àqueles traumas que têm sua origem num evento em que a cliente¹ entrou em estado de choque. Imediatamente se impõem duas perguntas: Existe trauma que não seja de choque? Todo choque provoca um trauma?

Elas nos remetem diretamente a um vasto campo de pesquisa que cobre desde a neurofisiologia até a psicossociologia². Resultados recentes parecem apontar na direção de

- que realmente várias doenças psíquicas graves, como por exemplo a esquizofrenia, podem ser relacionadas com choques traumáticos.
- Que na origem de todo trauma existe um estado de choque que deixa traços neurológicos e que a sua reintegração emocional pode ser documentada através de métodos simples de mapeamento do cérebro.
- Que o grau de traumatização de um choque depende fortemente da estrutura emocional preexistente.
- Que a superação do trauma é função direta dos mecanismos sociais de apoio à vítima e do seu papel cultural.

É enfim um campo fascinante e em enorme ebulição.

No consultório, no entanto, é bem mais fácil caracterizar um trauma de choque. A cliente nos procura com a consciência de um evento específico que mudou a sua vida. No relato deste evento ela tem claras manifestações do estado de choque. Os seguintes aspectos, por exemplo, podem ser facilmente observados:

- a) Impulsos de ataque, fuga e imobilização,
- b) Qualidade da presença e desorientação,

¹ Para não dificultar a legibilidade do texto, vou usar sempre o gênero feminino quando estiver me referindo a ambos os sexos.

² Veja a coletânea de artigos (F.i)

Se distingue entre trauma de choque e trauma de caráter. O trauma caracterológico tem geralmente um mecanismo de recalque ativo e efetivo. No trauma de choque, ao contrário, a cliente tem plena consciência do evento, o recalque ainda não pôde se estabelecer. No primeiro caso, o trabalho terapêutico consiste em fazer com que o evento traumático possa emergir à consciência. No outro caso, o trabalho é muito mais progressivo, visando a integração emocional do trauma. Evidentemente, porém, os dois traumas se sobrepõem em todos os níveis de consciência e nas dimensões cognitiva, emocional e corporal.

2. PTSD

Não se pode falar em trauma de choque sem mencionar a sigla: PTSD. Ela designa Post-Traumatic Stress Disorder, mais conhecida como a síndrome do veterano de guerra.

Um exemplo: O soldado americano participa de um ataque a uma aldeia vietnamita aonde vivencia as maiores atrocidades. A uma certa altura se depara com um soldado inimigo e entra em choque. É salvo na última hora por um soldado amigo. Meses mais tarde, depois de se recuperar dos ferimentos, de volta a sua cidadezinha no interior dos Estados Unidos, começa a ser atormentado por “flash backs” da situação de combate. Fica cada vez mais excitado, sob mais estresse, não consegue se concentrar no trabalho, acaba sofrendo acidente de trabalho, vai se isolando socialmente, tudo cada vez com mais estresse. Acaba invadindo um McDonalds e massacrando todas as pessoas em volta. E sendo assassinado pela SWAT. Causa mortis: PTSD.

O que é que se passou no interior desta pessoa hipotética? É claro que não sabemos, mas existe uma série de sintomas característicos³:

1. Intrusões permanentes de lembranças relacionadas com o choque. Em diferentes formas como: “flash backs”, ataques de pânico, acessos de raiva, pesadelos, encenações persistentes e temas obsessivos. Estas memórias permanecem por anos a fio,

³ Referência (F.i), pg. 9 – 15

sem perder em intensidade e mantendo a vítima imersa na situação traumática, sem permitir que ela viva o presente.

2. Reexposição compulsiva à situação do trauma, seja como vítima ou como agressor.
3. Ou, ao contrário, tentativa de evitar situações que disparem emoções relacionadas com o trauma. Isto engloba desde simplesmente evitar situações que lembrem o trauma, passando pelo uso de drogas, até a dissociação e o entorpecimento emocional.
4. Estímulos menores do meio ambiente provocam emoções intensas e uma reação exagerada de ataque ou de fuga. A pessoa se encontra em um estado permanente de hiper-excitação, como se ainda se encontrasse na situação real de perigo. O organismo reage a este estado diminuindo o limiar de excitação ao qual o sistema nervoso autônomo responde. Mas isto tem a desvantagem de que sinais de alerta relevantes são ignorados, e a pessoa reage tarde demais, se colocando em situações de perigo reais. Ela adquire assim uma incapacidade cada vez maior de dosar a resposta a um estresse emocional ou fisiológico. No caso extremo, a sua própria fisiologia se torna uma fonte de medo.
5. É claro que, com tanta coisa acontecendo dentro de si, a pessoa perde a capacidade de atenção, concentração e discriminação de estímulos.
6. Há uma importante alteração na imagem própria e na visão de mundo, acompanhada de decisões existenciais radicais. Sentimentos de culpa e de vergonha são muito fortes e profundamente recalcados, freqüentemente dissociados, mas dominando inteiramente as interações com o mundo.

A Classificação Internacional de Doenças (ICD-10) resume esta descrição de sintomas definindo PTSD da seguinte maneira⁴: repetição intrusiva do evento seja através de lembranças ou de sonhos, sensação de entorpecimento, isolamento, irresponsividade, anedonia, evitação de situações que evoquem o evento. Com freqüência acompanhados de angústia, pânico ou surtos de agressividade. Outros sintomas são hiperatividade, hipervigilância e insônia; ansiedade, depressão e tendências

suicidas; alcoolismo. Período de latência vai de algumas semanas a meses (raramente mais de seis meses, mas há relatos de período de latência de mais de dez anos!)

3. Um pouco de história

Foi com a guerra do Vietnã que as instituições psicossociais dos Estados Unidos foram invadidas com soldados apresentando sintomas graves e necessitando de tratamento urgente. Dinheiro do exército americano e de associações de veteranos, entre outros, foi investido maciçamente no tratamento e pesquisa desta desordem psíquica.

É extraordinário que isto não tenha ocorrido já antes. O holocausto, por exemplo, deixou um número muito maior de casos de estresse pós-traumático. Não havia porém tantos interesses econômicos em jogo o que fez com que pesquisa científica só progredisse lentamente.

Além dessas razões políticas havia também razões culturais em jogo. Sempre foi grande a resistência em dar a esta síndrome o status de doença. Os primeiros registros da doença vêm do século passado, em que ela era designada como Willenskrankheit (em alemão: doença da vontade). Como o nome já indica, as suas vítimas eram estigmatizadas socialmente chegando até a sofrer represálias como o corte de ajudas sociais⁵. Isto acontece porque, superficialmente, é inexplicável a reação violentíssima a estímulos insignificantes como o ruído de um motor. Ainda mais que a síndrome pode só vir a se manifestar anos, ou até décadas, depois do choque. A sociedade reage à sua ignorância com crueldade do ostracismo.

Hoje em dia a freqüência do diagnóstico de PTSD está explodindo porque cada vez mais se identifica na violência urbana a origem destes distúrbios, sem ser necessário a ocorrência de catástrofes como terremoto, guerra, tortura. O nosso cotidiano está cheio de acidentes de carro, assaltos, estupros – eventos que, para a vítima, têm a mesma dimensão de um furacão e que até são agravados pela falta de reconhecimento social da tragédia individual, deixando a vítima num esquecimento e isolamento fatídico.

⁴ Veja (3.d)

⁵ Referência (F.i) pg. 50

4. Técnicas terapêuticas e a importância do acesso corporal

As técnicas mais divulgadas são naturalmente aquelas mais ligadas à tradição americana, como behaviorismo (reexposição gradual à situação de perigo) e tratamento psiquiátrico. Elas apresentam um resultado satisfatório e têm a vantagem de serem rápidas e baratas. No entanto existem muitos casos resistentes a estes métodos e eles têm a desvantagem de deixarem a cliente com menos tônus e com uma mobilidade emocional limitada.

Técnicas alternativas, como biofeedback, psicanálise e hipnoterapia, estão sendo usadas ultimamente e muita atenção está sendo voltada para o uso de técnicas corporais. Isto faz da pesquisa e trabalho em PTSD um ponto de convergência importante entre as escolas terapêuticas verbais e corporais.

A importância do acesso corporal é evidente se levarmos em consideração o seguinte fato, a ser discutido ainda mais longamente neste artigo. Como estratégia de sobrevivência, durante um estado de choque todas as atividades biológicas não-essenciais são cortadas. No nível neurológico, em particular, o córtex é desligado e somente o sistema límbico fica ativo. Este sistema é muito mais fácil de ser acessado por terapia corporal do que por técnicas verbais. É muito viva a imagem de uma criança que está tendo um ataque histérico e não reage à autoridade da mãe ou aos gritos da vizinhança mas que sai imediatamente do estado de choque quando leva um tapa no rosto. Esta “sabedoria popular” representa uma intervenção corporal, ainda que seja de uma maneira brutal.

B. Conceitos teóricos

Antes de falarmos do trabalho de choque, precisamos ainda introduzir alguns conceitos teóricos.

1. Modelo de choque

Fazemos aqui uma descrição grosseira dos reflexos que se sucedem a uma situação de perigo que pode resultar em choque.

Havendo um sinal de perigo nós interrompemos todas as atividades correntes e entramos numa situação de alerta. É uma parada de preparação, em que nós acumulamos energia e

procuramos nos orientar. Imagine uma gazela pastando. Ela ouve um barulho e pára – o coração dispara. Resumindo:

Sinal de perigo Alerta Orientação.

A orientação visa basicamente a decisão entre três possibilidades: fugir, atacar ou ignorar o alarme. A gazela acima iria correr e se colocar em segurança, ou espantar o coelho impertinente, ou continuar pastando. As duas primeiras possibilidades são expressas em inglês no interessante binômio “fight or flight”⁶. É só nelas que a energia previamente acumulada é descarregada.

Esquemáticamente:

⁶ O que nos lembra imediatamente a digressão de Freud sobre filologia nas Vorlesungen, (F.k) pg. 171, onde ele menciona outros pares, como:

- seco/suco,
- lock (fechar em inglês) / Loch (buraco em alemão)
- hurry (pressa em inglês) / Ruhe (calma em alemão)
- Stimme (voz em alemão) / Stumm (mudo em alemão)

a. Ataque:

1) Perigo destruído Lugar novamente seguro Reorientação, energia é descarregada

b. Fuga:

1) Escapa Lugar novamente seguro Reorientação, energia é descarregada

A situação vai ficando problemática quando não conseguimos decidir entre as duas táticas e temos que

c. Permanecer na situação de alerta em um nível de energia mais alto

Nesta repetição do ciclo o perigo se realiza e nós temos novamente que decidir entre:

1) Ataque

a) Perigo destruído Lugar novamente seguro Reorientação, energia é descarregada

2) Fuga

a) Escapa Lugar novamente seguro Reorientação, energia é descarregada

Caso não possamos adotar uma das reações acima ou elas não sejam bem sucedidas estamos de

3) Volta na situação de alerta em um nível de energia ainda mais alto

Agora o perigo é mortal e nós reagimos de novo de duas maneiras possíveis:

a) Raiva assassina

(1) Perigo destruído Lugar novamente seguro Reorientação, energia descarregada

b) Fuga em pânico

(1) Escapa Lugar novamente seguro Reorientação, energia é descarregada

Novamente, há a possibilidade de fracasso e de entrarmos num estado de

c) **Imobilidade tônica.** A energia fica bloqueada.

Como vemos cada repetição do ciclo é feita com um nível maior de energia mobilizada. A situação vai ficando cada vez mais emergencial e as reações vão sendo cada vez mais drásticas, tanto do ponto de vista cinestético como do ponto de vista psicológico e biológico. E ao mesmo tempo, cada vez maior é o perigo de esta energia, não podendo ser descarregada, se tornar traumatizante.

2. Aspectos neurológicos

Vimos que durante o choque, do ponto de vista biológico, o organismo da vítima vai adotando medidas de emergência cada vez mais drásticas que visam salvaguardar a sua vida. Na situação extrema de imobilidade tônica uma grande parte dos sinais vitais é desligada o que afeta, entre outros, profundamente o funcionamento do cérebro. Estes distúrbios são de caráter persistentes e são reativados quando a cliente retorna à região de memória em que ficaram armazenados. É como se durante o choque uma série de ligações neurônicas tivessem sido curto-circuitadas e assim permanecessem até hoje. O trabalho psicológico natural de superação da crise se restringe ao isolamento destas ligações do resto da rede neurônica sadia. Um análogo orgânico é a formação de um quisto traumático em volta de um corpo estranho que penetrou na pele e não pôde ser expelido. O trabalho

terapêutico de trauma de choque consiste, no nível neurológico, na reativação da área afetada oferecendo aos neurônios a oportunidade de se reorganizar.

Existem alguns sintomas de um estado de choque reminescente que são facilmente identificáveis e podem ser usados como uma sonda que informa cliente e terapeuta sobre a distância a que se encontram da reativação do estado de choque. São eles:

a. Fragmentação da memória

Lapsos de memória são freqüentes. Não se tratam propriamente de amnésia, pois a informação não chegou a ser armazenada uma vez que o córtex estava desligado.

O trabalho terapêutico aqui consiste em preencher a lacuna. Plasticamente, em preencher os lapsos com imaginação a partir de uma interpolação dos dados subsistentes. Isto é feito através de uma revivência controlada da situação de choque que permite a reorganização neurônica. O evento traumático é reconstruído temporalmente.

b. Desorientação

A cliente fica desorientada espacialmente durante o choque. Isto é explicado

fisiologicamente pelo excesso de excitação na região cortical emocional, impedindo a ligação entre os dois hemisférios.

c. Linguagem

Outra região cortical profundamente afetada é o centro de linguagem. Isto faz com que a cliente tenha dificuldade de organizar logicamente, sintaticamente, a sua experiência.

O acesso à lembrança dos acontecimentos é por isso muito mais fácil no plano corporal. Por outro lado, vai ser um dos objetivos do trabalho terapêutico a expressão verbal do acontecimento. Em outras palavras: A reintegração cognitiva da experiência corporal subsistente e da experiência emocional parcialmente reconstruída.

d. Arcaísmo

Um último aspecto importante a ser mencionado é o fato de que também as emoções e sensações corporais a que a cliente tem acesso durante o choque são emoções e sensações corporais muito arcaicas, características de idades anteriores ao desenvolvimento da linguagem ou mesmo pré-natais. Serão assim emoções pouco diferenciadas das sensações corporais correspondentes como frio/medo, falta de chão/"split", etc..

E da mesma maneira os mecanismos de defesa serão os mais primitivos. Podemos observar isto no seguinte exemplo:

Exemplo 1: Dissociação

Um cliente é convidado a relatar um trauma de choque menor. Escolhe uma situação de guerrilha em que o cliente, então com onze anos, foi tomado como refém durante algumas horas! Classificar este choque como menor só pode ser explicado através de uma dissociação emocional crassa.

3. Sentido existencial, decisões existenciais

No tratamento de choque o aspecto existencial é muito importante, senão essencial. Durante o choque a cliente – possivelmente por ver a sua vida ameaçada – toma uma série de decisões existenciais que vão permanecer depois do

choque e podem afetar profundamente a sua qualidade de vida. Por exemplo⁷:

Exemplo 2: Decisões existenciais

Ao atravessar uma rua uma mulher de 30 anos é atropelada por um carro e quebra uma perna. Neste momento toma a seguinte decisão: "É perigoso atravessar a rua e eu nunca mais vou fazer isto". Ela dissocia o evento e anos mais tarde as suas pernas ficam paralizadas sem razão aparente; ela não podia mais andar – e nem atravessar ruas. Tratamento psicoterapêutico do caso revela a paralisia ser um claro sintoma de PTSD e o tratamento se concentrou na reassociação e revisão da decisão existencial.

É tarefa portanto da terapia rever estas decisões. Por isso ela não pode se esquivar da colocação de questões existenciais.

Da mesma maneira, é necessário para a cliente dar significado existencial ao trauma para poder superá-lo, reintegrando-o no resto de sua vida e até transformando-o em um recurso único. A importância desta significação é evidente se pensarmos no caso de haver uma deficiência física permanente resultante do trauma.

Exemplo 3: Significado existencial

Uma cliente, com uma estrutura de caráter muito rígida, conta a história de um acidente em que ficou pendurada pelo braço de uma cadeira de teleférico com a filha no colo. O teleférico se afasta da estação e ela não vai ter força para se segurar durante todo o percurso. Ela tem que se deixar cair para salvar a sua vida e a da filha. Durante o relato o seu braço vai ficando cada vez mais caído, sem tônus, e ela sente fortemente o ombro que ficara ferido. O trabalho terapêutico se desenrola na direção de entender a mensagem do braço, o sentido existencial do acidente. Ela pode vivenciar que a perda de controle foi o que lhe salvou a vida. Esta mensagem é radicalmente oposta à sua estrutura de caráter e aponta um caminho novo na sua vida. A cliente termina a sessão com uma forte sensação de libertação e convencida de que o trauma está concluído.

4. Segurança e recursos

Os aspectos positivos da relação terapêutica devem receber atenção especial uma vez que a

⁷ Referência (F.d).

cliente já se encontra em uma situação muito fragilizada e que está diante da tarefa de revivenciar o choque.

Antes do trabalho de tratamento do choque propriamente dito, deve-se assegurar da existência de segurança suficiente na relação terapêutica e no próprio espaço do consultório. Para isto chega-se a introduzir um conceito técnico específico, “lugar seguro”, do qual ainda falaremos mais longamente.

Por outro lado, é mais importante do que o habitual ter um bom repertório de recursos da cliente disponível. Eles serão usados durante a revivência do evento como um meio de evitar que a cliente entre novamente em choque, o que reforçaria os danos em vez de curá-los.

Estes dois temas, segurança e recursos, além de serem de primeira importância no tratamento de trauma de choque não são nada triviais para estas clientes. É comum a cliente se encontrar isolada socialmente, sem dispor de qualquer elemento que lhe ofereça segurança seja psicologicamente, seja em relações de amizade, profissionais ou sociais. A cliente está também em uma fase extrema, de alta excitação ou de muito pouco tônus, onde julga não dispor de qualquer recurso interior.

C. Técnicas especiais

Passamos agora a descrever uma série de técnicas especiais usadas no tratamento de trauma de choque. Na verdade são modificações de técnicas amplamente usadas em terapia caracterológica simplesmente levando em consideração a especificidade do estado choque. São elas a leitura de sinais remanescentes do choque no corpo, a resolução cinestética de um bloqueio energético e o conceito de que a função da terapia é oferecer à cliente um espaço psicológico onde ela pode abdicar de suas defesas e a auto-regulação pode acontecer.

1. Leitura de corpo

Eis aqui uma série de características de sinais de choque no nível corporal. A intenção é sobretudo diagnóstica.

- São sempre “restos” do choque. Movimentos que não foram concluídos e ficaram congelados durante o choque.
- São difícil de diferenciar dos padrões caracterológicos porque ficam superpostos à

estrutura de caráter de fundo. Mas os sinais de choque são sempre localizados, restritos e passageiros.

- Sempre reforçam os padrões de caráter já existentes na ocasião do evento.
- Têm uma certa tendência a serem esquizóides devido a sua impressão no sistema límbico.
- As reações simpáticas, no entanto, serão mais semelhantes às estruturas mais tardias: Excesso de estruturas de controle podem ser remanescentes de pânico.

Vejamos alguns exemplos (a reação complementar – o relaxamento destes reflexos – tem, é claro, o mesmo significado):

- a) Reflexo de susto (ombros para cima perto da nuca, olhos arregalados, joelhos para trás, respiração fixada na inspiração),
- b) Resto de movimentos de ataque ou de fuga,
- c) Desorientação (músculos do pescoço posterior contraídos),
- d) Musculatura infra-hióide contraída,
- e) Pupilas dilatadas e rígidas,
- f) Torpor,
- g) Incapacidade de contenção de energia,
- h) Corpo torcido,
- i) Excitação simultânea parcial do sistema simpático e parassimpático.

Na Figura 1 vemos um retrato de mulher em estado de choque de Cândido Portinari. Muitos dos sinais de choque previamente descritos podem ser facilmente identificados. É impressionante como o pintor, sem ter conhecimentos de terapia corporal, reproduz as exatamente tensões musculares como meio de exprimir a emoção. O quadro foi pintado em 1950 e provocou fortes reações da crítica, que se indignava com a “deformação da figura humana”. Quase 30 anos mais tarde ela foi forçada a se calar diante da fotografia de uma reportagem sobre terremoto (Figura 2).



Figura 2: Artigo do Globo de 10/6/1977

Na prática, no entanto, provou-se ser muito difícil, na maioria dos casos, separar aspectos de choque de aspectos caracterológicos. Uma leitura de corpo quanto a resquícios de choque parece assim só ser de uso prático em três casos:

- a) Quando ela solta aos olhos, para efeitos diagnósticos.
- b) Durante uma sessão, enquanto expressão da lembrança corporal do evento traumático.
- c) Como diagnóstico diferencial: É bastante possível um trauma de choque não ser notado durante uma terapia caracterológica. Às vezes pode ser uma explicação para a permanência de sintomas após a conclusão bem sucedida de uma terapia de caráter.

2. Lugar seguro

Lugar Seguro é um lugar imaginário para onde a cliente possa fugir de maneira a evitar entrar em choque durante o trabalho.

Há dois tipos de Lugar Seguro: aquele disponível hoje e aquele disponível na ocasião do acontecimento. Eles vão ser usados em situações diferentes, por exemplo, para a fuga para o consultório e como recurso durante a reintegração do trauma.

O Lugar Seguro compreende também pessoas com quem a cliente se sente segura. Da mesma maneira é interessante tê-las no passado e agora. Elas não precisam necessariamente pertencer ao mesmo espaço físico do Lugar Seguro.

É imprescindível que o Lugar Seguro seja, em princípio, realizável. Exemplo válido: mãe que mora em Estocolmo, amiga que mora na Tasmânia e Cachoeira no Brasil. Não serve:

pessoa que já morreu, anjo da guarda, casa destruída num incêndio.

É preciso também se certificar da não interferência do lugar seguro com o acontecimento traumático, por exemplo, uma pessoa foi assaltada em casa e escolhe como Lugar Seguro um quarto nesta casa! Observar também a contradição possível entre o Lugar Seguro e a estrutura de caráter.

Deve-se gastar o tempo necessário na procura deste Lugar, de maneira a assegurar-se da conveniência para o tratamento do choque. Isto serve também para a investigação da condição psicossocial da cliente, uma vez que o isolamento é um sintoma muito freqüente em vítimas de trauma. Neste sentido, é importante trabalhar no aqui e agora da cliente e procurar retirá-la do isolamento – por exemplo, terapia de grupo suplementar é recomendável. É ainda neste sentido que se pode usar *Pessoas de Apoio* na terapia: São pessoas com quem a cliente se sente segura que podem ser trazidas para a sessão para oferecer um Lugar Seguro mais real no consultório.

Discutiu-se sobre vantagens e desvantagens do acompanhamento de pessoas de apoio durante a sessão. É recomendável em crianças, em traumas muito fortes, onde de outra maneira não poderia ser provida segurança bastante. Estas pessoas de apoio não devem porém, de maneira nenhuma, servir de co-terapeutas, mas sua função deverá ser somente a de presença no consultório. A grande desvantagem é o monte de transferências sem controle que se produzirá. Coloca-se então a questão do objetivo da terapia: Caso a terapia seja de curto alcance, visando somente o tratamento do trauma de choque, uma transferência não resolvida – para a cliente, é claro – pode até ser positiva. Num terapia mais profunda estas transferências provavelmente irão só complicar o processo terapêutico de uma maneira desnecessária.

É claro que é importante que o relacionamento com a terapeuta e seu consultório também contribuam para o sentimento de segurança da cliente. E, na falta de outro Lugar Seguro, pode-se usar a própria relação terapêutica como provedora da segurança.

3. Fuga

Da mesma maneira a Fuga para o Lugar Seguro é tratada de uma maneira muito plástica. Como veremos, o tratamento vai consistir em um

retorno à situação do evento que levou ao choque, com a intenção de possibilitar uma reorganização, mas sem voltar a entrar em estado de choque. Evidentemente porém, ainda que involuntariamente, vamos muitas vezes ultrapassar a barreira. Aí será necessário ter uma possibilidade de fuga, retornando ao aqui e agora, possibilitando a continuação da terapia e dando à cliente a experiência emocional e corporal de que o choque não é inevitável.

A Fuga é feita na forma de uma corrida real no consultório. No colchão, sentada ou em pé sem sair do lugar. Deve ser necessariamente cruzada (isto é, braço direito com perna esquerda e braço esquerdo com perna direita), para favorecer a ligação entre os dois hemisférios e facilitar a reorganização também do ponto de vista neurológico.

Ao mesmo tempo a Fuga é feita imaginariamente, do local do choque até o Lugar Seguro. Para isto deve-se ter estabelecido previamente um mapa do local e uma rota de fuga. Eles devem ser muito detalhados por causa da desorientação da cliente. A terapeuta vai usar a rota como meio de conduzir a cliente durante a Fuga. A Fuga termina no Lugar Seguro e ao mesmo tempo no contato com a terapeuta no consultório.

Quero fazer ainda as seguintes observações:

- A Fuga deve ser curta (o objetivo é tirar a cliente da imobilidade e da regressão e não uma aula de ginástica),
- Prestar atenção para que não seja possível uma superposição com o choque (não use um carro na fuga, se o trauma foi provocado por um acidente de trânsito!),
- Dê importância a detalhes (uma porta normalmente trancada a chave pode impedir a fuga).

D. O trabalho de choque

Estamos agora em condições de falar sobre o trabalho de choque propriamente dito. Como já antecipamos, o seu objetivo é uma regressão gradual à situação do choque, mas sem voltar a entrar em estado de choque. Nesta situação a cliente pode se reorientar sensorialmente, voltando a tomar posse do seu corpo. Pode reintegrar as emoções que tiveram de ser dissociadas durante o choque, se livrando assim

do imenso estresse de evitá-las. Pode entender as implicações do acontecimento e seu significado existencial, permitindo assim se livrar dos sentimentos de culpa, evitar a sua reprodução e até transformá-lo em um recurso.

Tem por base a seguinte receita de trabalho ideal:

1. Escolha do choque a ser trabalhado

A primeira etapa é a escolha do evento a ser tratado. A cliente já terá se referido a alguns eventos que indicam um estado de choque remanescente (para isto a leitura de corpo é um bom instrumento). A terapeuta deve selecionar o evento de acordo com sua estratégia geral e levando em conta um certo equilíbrio entre a energia a ser mobilizada e os recursos disponíveis.

Uma vez escolhido o evento, as regras de trabalho devem ser revistas.

2. Regras de trabalho

a. Stop!

Palavra-código para interromper todas as ações de ambos os lados, podendo ser usada pela cliente ou pela terapeuta. Outras palavras como “para”, “vai embora”, etc., não serão necessariamente seguidas.

b. Corre!

Quando a terapeuta disser para a cliente correr ela deverá impreterivelmente seguir a instrução. Isto é necessário por causa da imobilidade tônica do choque. O mesmo se dá para os outros planos de representação:

c. Grita!

d. Olha pra mim!

3. Relato da história

A cliente começa então a relatar o evento. Deve começar de um ponto aonde as emoções ainda estão bem integradas. A terapeuta chama atenção constantemente para a conscientização das sensações corporais e das emoções. O nível de detalhes e a interrupção do relato permitem controlar a energia mobilizada. A terapeuta verifica sempre se a cliente está voltando a entrar em choque e, se isto acontecer, ela instrui a cliente a fugir para o Lugar Seguro.

4. Fuga para o Lugar Seguro

Como já mencionamos, o objetivo da Fuga é tirar a cliente da imobilidade e da regressão permitindo então uma reflexão sobre o trabalho.

5. Reflexão

Esta reflexão tem por objetivo:

- a. A compreensão cognitiva e o significado existencial,
- b. A modificação de padrões psíquicos,
- c. A finalização de reflexos incompletos.

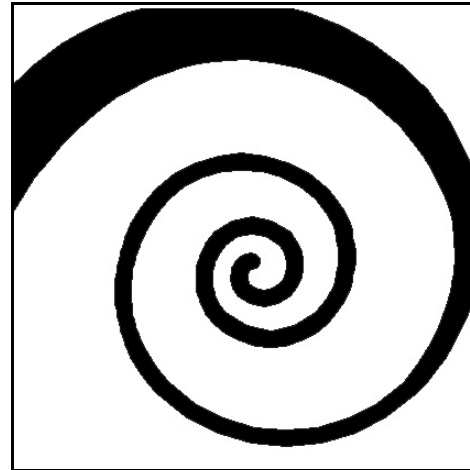
6. Trauma de choque resolvido?

Uma vez terminada a reflexão devemos verificar se o choque pode ser considerado resolvido. Isto acontece quando:

- O evento é encarado como parte da história individual (aconteceu realmente e atingiu a mim),
- A cliente é capaz de contar a história com emoção e sem dissociação, sem entrar em estado de choque,
- A cliente é capaz de reagir diferentemente em situações semelhantes,
- Os sinais corporais do trauma diminuem ou desaparecem.

7. Iteração

Caso haja sinais de que o choque ainda está ativo, é necessário voltar ao começo do trabalho (Item 3 - Relato da história) e repetir este ciclo iterativo até a pergunta do Item 6 (Trauma de choque resolvido?) poder ser respondida positivamente. O esquema é por natureza recursivo e imergente, com a forma de uma espiral descendente.



8. Comentários

Estamos aqui trabalhando dentro de um ciclo vicioso: A escolha do Lugar Seguro, por exemplo, depende do conteúdo do trauma, mas este só pode ser trabalhado uma vez estabelecido um Lugar Seguro. A chave para a resolução desta dificuldade é mobilizar em cada ciclo somente uma quantidade de energia que seja possível de descarregar no Item 4 - Fuga para o Lugar Seguro.

A quantidade de energia mobilizada pode ser controlada através de:

- Nível de conscientização das sensações corporais,
- Nível de conscientização das emoções,
- Nível de detalhes e
- Interrupção do relato.

O trauma não precisa ser resolvido todo de uma só vez. Podemos, por exemplo, trabalhar numa sessão o medo e não a agressão emergente. Esta ficaria em aberto para vir a ser trabalhada no futuro.

Esta receita não deve, é claro, ser seguida a risca, mas deve ser adequada ao processo da cliente.

Faz sentido também ser muito flexível quanto a frequência e duração da sessão. Por exemplo no caso de haver uma quantidade muito grande de energia mobilizada, ou em casos de crises muito agudas.

Esta técnica de trabalho de choque é indicada tanto em caso de PTSD como de traumas caracterológicos.

O trauma não deve ser trabalhado imediatamente após o choque. Ao contrário, deve ser oferecida à cliente a oportunidade de usar os recursos pessoais e sociais existentes para resolver a crise.

E. Conclusão

Como vimos o tema de trauma de choque se torna cada vez mais abrangente, englobando uma série de sintomas antes tratados isoladamente. É uma abordagem interessada nos efeitos do fator traumatizante mais do que na estrutura de personalidade ou na sintomática. Com esta abordagem estão sendo alcançados muitos resultados terapêuticos e de pesquisa científica. Mas vimos que os sintomas são muito comuns e que as técnicas desenvolvidas se prestam também para o tratamento de traumas caraterológicos, o cotidiano da maioria dos consultórios psicoterapêuticos.

Discutimos a psicodinâmica do choque, resumida na imobilidade tônica resultante da incapacidade de decisão entre os impulsos primários de “fight or flight”. Vimos que o organismo, numa estratégia de sobrevivência vai desligando as funções mais complexas e a reação ao choque só é possível em nível muito arcaico; o organismo regride a idades cada vez mais tenras perdendo as funções psicológicas mais diferenciadas. Neste contexto de emergência extrema conceitos como sentido existencial, segurança e recursos assumem um papel muito mais importante que o usual.

Técnicas especiais foram desenvolvidas para tratar de clientes com trauma de choque. São elas uma leitura de corpo específica para resquícios do choque, o estabelecimento de um lugar seguro muito concreto, e a fuga para o lugar seguro como solução cinestética para a imobilidade tônica. O Trabalho de Choque é uma receita clara e precisa de como abordar o tema levando em conta todas as especificidades do estado de choque.

Confirmamos que este tema se torna cada vez mais importante justificando o desenvolvimento das técnicas específicas aqui apresentadas e usadas na Reintegração Emocional. Existe uma preocupação de cientificidade muito alta e uma boa interface com vasta pesquisa científica de áreas afins. E, finalmente, abre uma grande

área de trabalho, nos permitindo oferecer tratamento terapêutico específico para vítimas de violência urbana e pessoas portadoras de deficiência física adquirida.

Quero agradecer muito especialmente a Peter Bolen pelo apoio dado a este projeto.

Contacto:

Isaias Costa
isaias.costa@tztg.at
www.psychotherapie.at/isaias.costa
Telefone: +43 (676) 7065065
Gentzgasse 135/25
A1180 Wien
Viena, Áustria

F. Referências

- a. “Bodynamic Analytic Work with Shock/Post-Traumatic Stress” – Steen Jørgensen, in *Energy and Character*, Vol. 23, N. 2, 1992
- b. “Bodynamic Analytic Work with Assault and Abuse” – Lennart Ollars, Preprint do Bodynamic Institute, Dinamarca
- c. “Character Structure and Shock” – Steen Jørgensen, Preprint do Bodynamic Institute, Dinamarca
- d. “Nervous System Imbalances and Post-Traumatic Stress: A Psycho-Physical Approach” – Babette Rothschild, Erik Jærnes, Preprint do Bodynamic Institute, Dinamarca
- e. “The Body as a Healer – A Revision of Trauma and Anxiety” – Peter Levine, in *Somatics*, Vol. 8, N. 1, 1990
- f. “The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Post-Traumatic Stress” – Bessel van der Kolk in *Harvard Rev. Psychiatry*, Vol. 1, S. 253, 94
- g. “Approaches to the Treatment of PTSD” – Bessel van der Kolk, Onno van der Hart, Jennifer Burbridge in *Trauma Info Pages*, Bookshelf, in the Internet.
- h. “BODYdynamic Institute – A Presentation”, Folheto do Bodynamic Institute, Dinamarca
- i. *Traumatic Stress, the Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society* – Editor: Bessel van der Kolk, Alexander McFarlane and Lars Weisaeth, The Guilford Press, New York, 1996
- j. PTSD Research Quarterly, Publicado pelo National Center for Post-Traumatic Stress Disorder, VA Medical Center (116D), White River Junction, Vermont 05009
- k. “Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse”, Sigmund Freud, Fischer Verlag, Frankfurt, 1991

Eis alguns endereços internet selecionados.

l. National Center for PTSD

- <http://www.dartmouth.edu/dms/ptsd/Overview.html>

m. PTSD Research Quarterly

- http://www.dartmouth.edu/dms/ptsd/RQ_list.html

n. International Society for Traumatic Stress Studies

- <http://www.istss.com/>

o. ICD 10 – PTSD European Description

- <http://www.mentalhealth.com/icd/p22-an06.html>