UMA VOZ SEM PALAVRAS

Como o corpo libera o trauma e restaura o bem-estar

PETER A. LEVINE

summus
editorial

8 NO CONSULTÓRIO

Para adquirir conhecimento, deve-se estudar, mas,
para adquirir sabedoria, deve-se observar.
Marilyn vos Savant

Pode-se observar muito só olhando.
Yogi Berra, receptor de beisebol,
New York Yankees (por volta dos anos 1950)

O terapeuta que conhece os sentimentos do corpo conta com uma visão privilegiada da vida primária da psique e da alma. Por mais que se converse não se consegue superar essa posição vantajosa. Muito antes do advento da psiquiatria, o filósofo francês Pascal observou que “o corpo tem razões que a própria razão desconhece”[1]. O austríaco Wittgenstein, da mesma tradição, escreveu que “o corpo é a melhor imagem da mente”. E, perto da virada do século XIX, o australiano F. M. Alexander fez um longo estudo da postura das pessoas e concluiu: “Quando os psicólogos falam do inconsciente, eles falam é do corpo”.

A atual falta de reconhecimento do corpo na psicoterapia levou o analista Masud Kahn[2] a lamentar: “Não topei com nenhum estudo que discuta a contribuição ao

nosso saber e conhecimento do paciente dada pelo que vimos em seu corpo, em contraposição com o que vimos apenas no material verbal e nas respostas afetivas na situação analítica".

Os terapeutas adeptos do somatismo dão aos pacientes um *feedback* meticuloso na forma de sugestões para que explorem as sensações corporais que surgirem. Esse *feedback* baseia-se sobretudo na capacidade do terapeuta de observar e acompanhar as alterações posturais, gestuais, faciais (emocionais) e fisiológicas do paciente ao longo de uma sessão para que façam parte da percepção consciente dele próprio. Isso permite ao paciente e ao terapeuta descobrir conflitos e traumas que estejam fora do alcance da razão. Freud mostrou ter captado esse conceito em sua obra inicial ao afirmar que "a mente esqueceu, mas o corpo não, felizmente". Sim, felizmente! Embora Freud pareça ter esquecido essa premissa, seu aluno Wilhelm Reich passou toda a carreira estudando como os conflitos se instalam no corpo. "Quando se trata de consultório", ressaltou ele, "existem apenas dois animais e dois corpos."[3]

Neste capítulo, usarei exemplos dos meus atendimentos para ilustrar os princípios esboçados do Capítulo 5 ao 7. No começo do trabalho nas sessões, o paciente pode não entender o *feedback* do terapeuta a respeito de suas atitudes inconscientes. Porém, à medida que ganha consciência de suas sensações, o paciente consegue usá-las para acessar seus recursos inatos e aprofundar sua capacidade de "se conhecer" por meio das instigações de seu corpo. No primeiro caso (Miriam), apresento a linguagem corporal expressiva mas oculta. Relativamente

simples, esse caso demonstra certas aptidões essenciais de observação corporal que os terapeutas podem utilizar com os pacientes para promover o despertar destes e aumentar a integração de seus sentimentos, sensações, percepções e conotações.

Miriam: na linguagem sem palavras do corpo

Miriam entra na sala, senta-se vacilante e cruza os braços com firmeza sobre o peito. Essa postura dá a impressão de uma rígida autoproteção. Claro que há muitos motivos para cruzar os braços: ela poderia estar se reconfortando ou até se aquecendo. É o contexto como um todo que conta a história. Miriam está agitada, balançando sem parar as pernas cruzadas. Seu rosto está visivelmente contraído; os lábios, finos e apertados. Miriam revela que está descontente e ressentida com seu casamento e seu trabalho. Ela se sente “de mau humor muitas vezes” e quase sempre tem o sono interrompido. Quando acorda, em geral é por causa de cãibras na barriga e inquietação nas pernas. Ela descreve essa situação incômoda resmungando: “É como se me chutassem à noite e me acordassem”. Seu médico acha que ela pode ter “síndrome das pernas inquietas” ou depressão e lhe receitou um antidepressivo. No entanto, ela primeiro quer tentar “botar as coisas pra fora”.

A linguagem corporal de Miriam reflete tanto sua aflição quanto sua “resistência”. Essa resistência tem um motivo: é a expressão física de como ela se protege. Em parte, Miriam defende-se como se houvesse um “ataque” externo.

Todavia, ela se protege essencialmente dos seus sentimentos e sensações rejeitados. A resistência precisa ser trabalhada com suavidade e de modo indireto. A confrontação frontal costuma ser insensata: é provável que o "ataque" direto à resistência a intensifique ou a desfaça precipitadamente. O rompimento súbito de uma defesa pode provocar opressão, transtorno e uma eventual retraumatização.

A observação da resistência *no plano corporal* permite ao terapeuta monitorar a capacidade progressiva do paciente de se aproximar de suas sensações e sentimentos à medida que corre a sessão e, assim, avaliar a eficácia e a intensidade das diversas intervenções terapêuticas, verbais e não verbais. Quando começa a se sentir mais seguro (por meio de reflexão, ritmo e espelhamento), o paciente percebe que é notado e respeitado; e então, naturalmente, as posições defensivas diminuem paulatinamente. Se, por outro lado, o paciente se esforça bastante para se abrir (por exemplo, revelando muito mais sobre si do que está preparado para fazer física e emocionalmente), seu corpo reflete isso pelo aumento da resistência ou por alterações incongruentes em seu comportamento verbal e não verbal. Porém, quando o terapeuta consegue rastrear a crescente consciência do paciente e auxiliar na descoberta de seus mecanismos somáticos de defesa (sem forçá-los ou se afastar deles), os níveis mais profundos do sistema de comunicação inconsciente do corpo começam a se manifestar, tanto para o terapeuta quanto para o paciente.

Mesmo que de início Miriam não esteja consciente de sua postura protetora habitual de cruzar os braços, trata-se

de um gesto relativamente voluntário. À medida que ela se sente mais segura e confiante, essa narrativa sem palavras transforma-se em expressões mais espontâneas, não habituais. Conforme ela conquista acesso a sentimentos incipientes mais profundos, começam a emergir questões mais fundamentais, prontas para ser investigadas.

Miriam continua a falar de suas dificuldades no trabalho e com o marido, Henry. Embora esses sejam os mesmos problemas com que ela se debatia minutos antes, agora há mais ânimo em sua voz. Ela gesticula com os braços, estendendo-os um pouco para a frente. Suas mãos ficam quase em ângulo reto com os pulsos, quase como se estivesse empurrando algo para longe. Faço um movimento parecido com os meus braços, a fim de "espelhar" os movimentos dela e ajudá-la a sentir seus movimentos (renegados) e confiar neles[4].

Chamo a atenção de Miriam para o fato de ela ter estendido os braços e dobrado os pulsos e sugiro que ela repita esses movimentos lentamente. Peço-lhe que tente se concentrar na *sensação* em seus braços quando ela faz o movimento, para que perceba por dentro a sensação física dele. A princípio ela parece intrigada. Depois de alguns movimentos, ela para, sorri e diz: "Parece que estou empurrando algo para longe... não, é mais como segurar algo longe... Preciso de mais espaço – é isso que eu sinto". Ela movimenta os braços em arco da sua frente para cada um dos lados, criando um leque de movimento livre de 180 graus. Ela expira profunda e espontaneamente: "Não me sinto tão sufocada, e a minha barriga não dói tanto quanto no começo". Ela estende os braços e dobra os pulsos de

novo. Dessa vez ela os mantém estendidos por vários segundos, praticamente esticados. “É o mesmo problema... no trabalho e com o meu marido também.” Ela então pousa as mãos suavemente sobre as coxas. “É difícil pra mim, não sei por quê, mas... acho que não tenho direito de fazer isso... como se eu não tivesse direito a um espaço só meu.”

Pergunto a ela se se trata mais de uma sensação ou de um pensamento. Ela para, dá um risinho e responde: “Ora, acho que é mesmo um pensamento”. Aí ela solta uma gargalhada.

Ao entrar em contato com sua expressão corporal não verbal, Miriam consegue penetrar o verniz das suas ruminações a respeito de Henry e do seu trabalho, a fim de investigar livremente a história que seu corpo começa a contar. Com essa consciência cinestésica e proprioceptiva emergente, ela passa a perceber a *atitude neuromuscular* escondida por trás de seus conflitos internos.

Depois de se acalmar com sua experiência corporal, Miriam volta a se agitar. Observo a pulsação em sua carótida e noto um aumento em seu ritmo cardíaco, além da respiração contida, rápida e curta. Peço-lhe que deixe os questionamentos de lado por um instante e concentre-se de novo em seu corpo. Aliviada com a sugestão, ela fecha os olhos.

“Agora me sinto mais firme... como se eu fosse mais eu.”

Quando lhe peço que tente identificar *onde* em seu corpo ela sente a firmeza, Miriam diz: “Não sei. Só me sinto assim”.

“Não se apresse”, proponho. “Não force. Apenas se tranquilize dentro do seu corpo e veja o que você começa a perceber.”

Miriam fecha os olhos. Parece um pouco confusa e não fala por um ou dois minutos. “É mais nos braços e nas pernas... Parece que têm mais substância... Parecem mais firmes... *Eu* me sinto assim.”

Nesse momento, Miriam começa a investigar mais além, dessa vez por conta própria, fechando os olhos sem que eu sugira. Após um ou dois minutos, seu queixo começa a tremer quase imperceptivelmente. Espero para ver se ela vai notar sozinha.

“Sinto-me estranha”, diz Miriam, “meio que tremendo por dentro... Não gosto disso... Me faz sentir meio esquisita por dentro... como se eu estivesse perdendo o controle, como se não fosse eu, como se eu não fosse assim.”

Eu a reconforto explicando que, de início, as novas sensações quase sempre são incômodas e estranhas, e a encorajo a “deixar acontecer... tentar não rotular nem julgar as sensações por um tempinho”. Miriam me diz estar se sentindo pior, mais desconfortável. Identifico isso, mas, com suavidade e firmeza, encorajo-a a “aguentar um pouquinho mais”, a voltar a atenção para os braços e as pernas – os lugares do corpo em que ela disse se sentir enraizada pouco tempo antes.

“Ahn, eles não estão tremendo... na verdade parecem mais fortes... meu queixo está tremendo... Minhas pernas estão firmes.”

A sobreposição das sensações de força nos braços e nas pernas sustenta a capacidade de Miriam de vivenciar

sensações “de tremor” associadas a fraqueza sem ser dominada por elas. Agora a respiração dela está mais profunda, contínua e espontânea. Sua pele tem um brilho rosado quente, indicando que o sistema de interação social começa a funcionar, a despertar.

Peço-lhe que abra os olhos lentamente e olhe ao redor.

“É curioso”, diz ela. “As coisas parecem um pouco mais nítidas; as cores estão mais vivas e... acho que mais quentes também. Na verdade, eu me sinto um pouco mais quente, e o tremor está menos... ou não está tão assustador... Parece que agora eu consigo voltar para dentro... Quer que eu faça isso?”

“Isso é com você”, respondo, sabendo da importância do fator da escolha. “Mas o que eu sei dizer é que você começa a se tornar capaz de ir ao seu interior e parece menos assustada e menos desamparada.”

Ela me olha por um momento, mas desvia o olhar para o chão. Devagar, ergue-o e me encara. Uma lágrima rola por sua face. “Tem razão; não me sinto tão assustada... De certo modo eu me sinto um pouco empolgada... Sim, quero continuar... Dá medo, mas acho que consigo... Só preciso de um pouco de ajuda... a sua ajuda.” Mais lágrimas brotam de seus olhos. As palavras se atropelam enquanto ela balbucia: “Pra mim é difícil pedir... É emocionante... Acho que não tenho muita experiência em pedir ajuda”.

Essa admissão me deixa saber que o sistema de interação social está ativo e que uma investigação mais profunda é possível. “Fico feliz em poder lhe dar apoio”, respondo. Quando lhe pergunto se sabe que tipo de ajuda

poderia ser útil, ela responde que quer que eu continue a fazer o que tenho feito. Peço que seja mais precisa.

“Não sei bem”, diz ela. “Na verdade, acho que é sentir que você está aqui, que está aqui para mim. Quando você me dá *feedback*, isso me ajuda a ter contato com o que eu sinto... de certo modo, com o que *eu* sou.”

“Quando você diz isso” – percebo o rosto dela relaxar –, “parece se soltar mais.” Miriam sorri, e eu prossigo: “É diferente de alguns minutos atrás, quando você disse que não tinha experiência em pedir ajuda”.

“Sim”, concorda ela, “é realmente diferente pedir que você me ajude a aprender a estar disponível para mim mesma... Desse jeito não me sinto menor que você; sinto-me mais igual... Gosto disso... Eu sinto que, se eu não quiser fazer algo que você sugeriu, poderei lhe contar”. Sem que eu lhe pedisse, Miriam volta a estender os braços e as mãos e faz um semicírculo com eles na horizontal. “É, estas são as minhas fronteiras. Eu posso traçar os meus limites – isso me faz bem... e eu *posso* dizer a você o que eu necessito.”

Nós dois sorrimos. Miriam fecha os olhos e fica serena por vários minutos. Embora possa parecer simplista, o fato de ela ter tido uma experiência real, cinestésica e proprioceptiva de ser capaz de formar e reter fronteiras dá a Miriam uma experiência física significativa que contradiz a sensação dominante de impotência que tem orientado a sua visão do mundo.

Os braços dela, em vez de estarem cruzados defensivamente sobre o peito, agora repousam nas pernas, mostrando uma postura mais aberta e uma disposição de olhar para si.

Miriam continua: “Primeiro voltei a sentir o tremor... Ele ficou mais forte, mas depois diminuiu sozinho”. Agora ela começa a se autorregular, passando por ciclos de ativação e desativação. “Senti um calor que surgia na barriga e se espalhava em ondas... Foi muito gostoso... Senti até o calor indo para as mãos e as pernas... mas aí minha barriga deu um nó. Comecei a me sentir enjoada, nauseada, mareada. Percebi que eu estava pensando em Evan, meu primeiro marido. Aliás, vi a imagem dele andando na minha direção. Ele foi morto um mês depois de nos casarmos... Acho que nunca superei isso... Não conseguia acreditar que tinha acontecido... de um jeito que eu ainda não... Sonho muito com ele. É sempre o mesmo sonho. Ele vem até mim; estou abatida. Eu lhe pergunto por que ele me deixou. Ele não responde, mas me dá as costas e vai embora. Acordo com vontade de chorar, com a garganta apertada, mas não quero que Henry saiba. Sinto-me horrível, como se houvesse algo errado comigo... Não quero magoá-lo de jeito nenhum.”

“Miriam, vou pedir que repita umas palavras e perceba o que acontece dentro de você quando as disser. Mas lembre-se de que são minhas as palavras. Podem não significar nada para você. Só estou pedindo que tente repeti-las e então perceba como o seu corpo reage. Tente não pensar muito nisso; apenas faça. Tudo bem para você?” Digo isso não porque ela seja correta (ou errada), mas para que a pessoa possa observar o efeito da frase nas sensações corporais e nos sentimentos.

Ela consente. “Sim, tudo bem. Quero fazer alguma coisa com esses sentimentos, esses sonhos, se puder.”

“Esta é a frase: ‘Não acredito que isso aconteceu. Não acredito que você tenha morrido de verdade’.” O objetivo é tornar consciente a experiência corporal direta de negação para poder lidar com ela.

Miriam contém a respiração e fica pálida; o batimento de seu coração cai bastante, de cerca de 80 para 60, indicando que a imobilidade vagal/o sistema de desligamento entrou em ação. “Você está bem, Miriam?”, pergunto.

“Sim... mas minha barriga está mareada e retesada... como um punho frio e duro... estou enjoada de novo... está pior desta vez... mas acho que consigo controlar. Vou dizer se for demais.”

Procurando reforçar a habilidade progressiva de avaliar sua capacidade de lidar com sensações difíceis, pergunto a ela: “O que lhe dá essa sensação, Miriam, de conseguir controlar isso?”

“Bem, sinto isso principalmente nos braços e nas pernas de novo. Eles ainda parecem fortes, mesmo estando trêmulos.” Com os olhos ainda fechados, Miriam começa a tremer visivelmente.

“Tudo bem”, digo para encorajá-la. “Só tente ficar com isso. Saiba que, se precisar, é só abrir os olhos. Tudo bem se eu puser o meu pé perto do seu?”[5]

“Sim, eu gostaria... É, assim está melhor.” A intensidade do tremor aumenta, se estabiliza, aumenta e se estabiliza várias vezes. Miriam inspira profundamente e fica quieta. Parece tranquila; a cor das suas mãos e do rosto indica um aumento significativo da temperatura. Gotas de suor brotam em sua testa.

“Como você está agora, Miriam?”

“Estou quente... como se ondas de calor me queimassem... É tão intenso, mais que tudo que senti antes. Talvez uma vez quando eu... estava com... ai, meu Deus!”

“Tudo bem”, intercedo, “só fique quieta; deixe isso amainar.”

Lágrimas começam a rolar; Miriam chora silenciosamente. “É tão profundo. Eu não conseguia sentir isso antes. Foi demais quando ele morreu. É diferente... consigo sentir a dor no corpo sem ser destruída... Na verdade, a dor na barriga foi embora totalmente... e há um calor nela... uma espécie de calor gostoso.” Aí está um exemplo de ligação entre ilhas de segurança (veja o Passo 2 no Capítulo 5). A ligação dos recursos começa com as sensações de força e firmeza nos braços e nas pernas de Miriam quando ela se torna capaz de criar fronteiras. Depois, a experiência de sensações viscerais de calor e expansão lhe dá uma sensação crescente de poder e bondade íntegra. Esse “encadeamento” de recursos permite vivenciar paulatinamente as sensações e os sentimentos de paralisia e desamparo, que formam o núcleo de sua experiência traumática. Quando ela o faz sem se sentir transtornada, o tempo, em certo sentido, desloca-se do passado estático de negação para o presente. Na fase seguinte da sessão, Miriam acessa o “caso inacabado” da raiva, da perda e da culpa. Ao passar da estagnação para a fluidez, ela desperta sua vitalidade sensorial.

Nesse ponto, sugiro a Miriam que se deixe ficar tranquila com seu corpo, como que meditando e aguardando quaisquer sensações, sentimentos, imagens e

palavras. Ela fica bem parada, mas não paralisada como pareceu estar anteriormente na sessão. No entanto, algum tempo depois ela volta a se retesar:

"Não vejo uma imagem... Bem, até que vejo, mas é mais como se eu pensasse nele, no meu primeiro marido. E eu me sinto toda tensa."

"Veja", sugiro eu, "tente permanecer com essa tensão um pouco mais e ver o que surge da sensação em seu corpo."

Ela parece ter outra recaída. "Minha barriga está tão tensa que parece que vai explodir."

"E se explodir?", pergunto.

Ela fica em silêncio; depois, vem uma enxurrada de lágrimas. "Não vejo uma imagem dele, mas sinto um aperto na barriga de novo... O que eu devo fazer?"

Proponho a ela que se concentre no retesamento e emita o som de "vu" (veja no Capítulo 6) para ajudá-la a "abrir" a barriga.

"Você está sempre dentro de mim. Não consigo nunca me afastar de você... Por que você está aí? Entendo... Hum", entoa ela, ficando mais curiosa a cada avanço. Após alguns minutos, suas pernas voltam a tremer. O tremor se intensifica e se espalha – dessa vez, com espasmos nos ombros. Surge uma respiração profunda espontânea, e lágrimas lhe escorrem dos olhos.

Miriam estende os braços com hesitação e os recolhe rapidamente. Depois de mais uma inspiração, ela fala como se fosse com seu primeiro marido: "Evan, estou agarrada em você. Você está nas minhas vísceras. Não vou me abrir com Henry... Eu simplesmente continuo agarrada em você".

Ela começa a chorar, mas em seguida retoma: “Acho que estou brava com você. Não acredito que estou dizendo isto, mas estou brava com você porque você se foi. Me deixou sozinha. Detesto que você tenha morrido”. Ela aperta as mãos e grita: “Odeio você! Odeio você!... Não me deixe, poxa!... Odeio você!” Ela chora de novo, dessa vez soluçando bastante.

Quando volta a falar, sugiro que ela “deixe as coisas assentarem”.

“Sim, acho que você está certo... Estou tentando fugir de alguma coisa.” Passa um tempo e Miriam chora baixinho, com as pernas tremendo levemente. “Eu não me abri com Henry. Eu o tenho evitado. Não é de admirar que a gente esteja sempre brigando. E, quando ele tenta transar, eu só quero afastá-lo... Eu me sinto culpada por isso.”

Suas mãos voltam a fazer um movimento de empurrar. Aos poucos, o movimento se torna mais leve: as mãos se abrem em posição supina, e ela as traz suavemente para o peito, em um gesto de aceitar e levar para o coração um abraço contingente.

Não digo nada, e Miriam continua: “Eu preciso me proteger... Me senti muito magoada e culpada”.

“E como você se sente por dentro agora?”, pergunto, para que ela permaneça nesse momento.

“Na verdade, eu me sinto muito bem.”

“E como você sabe disso?”

“Principalmente porque sinto muito espaço dentro de mim.”

“Onde você sente isso?”

“Na barriga e no peito... Minha cabeça também parece ter mais espaço, mas é principalmente na barriga e no peito, que parecem muito abertos... É como se houvesse uma brisa fresca no meu corpo. Minhas pernas estão muito fortes, e tenho muita... tenho vergonha de dizer... eu sinto um calor e uma comichão na minha... na minha... vagina... É como se eu quisesse muito o Henry.” Ela para de falar.

“Fiz o que devia fazer na época”, continua ela, “mas é hora de deixar para lá. Eu tinha tanto medo da minha mágoa... mas mais medo ainda da minha raiva. É como se, sentindo o que eu sentia, eu magoasse Henry de algum modo... Não tem um sentido lógico, mas era isso que estava distorcido dentro de mim.” E acrescenta: “Mas não preciso mais disso”.

Miriam inspira profundamente com facilidade e diz com um sorriso aberto e jovial: “Essa respiração me pegou, me fez cócegas e me fez rir”. Ela ri solto, olha pela sala e então, lentamente, para o meu rosto.

Põe as mãos no rosto – primeiro, para escondê-lo de vergonha, mas depois o segura de leve e lhe dá tapinhas de timidez. As lágrimas rolam por sua face.

“Acho que acabei... quero dizer, desta vez”, afirma ela. “Sei que há mais coisas, mas eu só quero me sentar no seu quintal, ao lado do rio, por uns minutos, e depois caminhar... Obrigada... Até a semana que vem.”

Bonnie: um momento esquecido

A mente esqueceu, mas o corpo não, felizmente.
Sigmund Freud

Bonnie não é agressiva, mas também não é nada fácil, de maneira alguma. A maioria dos seus conhecidos e amigos a considera equilibrada, imparcial e firme. Por isso foi uma surpresa para os colegas – e para ela mesma – quando, sem motivo aparente, Bonnie se tornou cada vez mais submissa e inesperadamente explosiva. Quando seu comportamento começou a prejudicar as relações com os colegas, ela ficou preocupada.

Nas minhas aulas de capacitação em Berkeley, em 1974, Bonnie ergueu a mão quando pedi um voluntário para fazer uma demonstração. Deveria ser uma demonstração que começaria apenas com sintomas ou questões de comportamento, e não com um acontecimento imperioso. Costumo trabalhar sem um elo histórico para evitar que o paciente se esquive da análise “de baixo para cima” e pule prematuramente para um plano abstrato de interpretação. Nem eu nem os colegas de Bonnie conhecíamos sua “história” quando ela preferiu abordar seus sintomas comigo diante do grupo. Ela própria não correlacionou suas mudanças comportamentais com um fato que ocorrera um ano e meio antes, o qual era irrelevante de seu ponto de vista.

Pedi a Bonnie que recordasse um encontro inesperado recente com um colega que justificasse sua repentina mudança de comportamento, e então nós dois percebemos suas reações corporais. Bonnie disse estar com uma sensação de afundamento na barriga. Percebi que seus ombros estavam curvados para a frente e chamei-lhe a atenção para isso. Quando pedi que contasse como se sentia naquela posição, ela respondeu: “Me faz sentir ódio

de mim mesma". Bonnie ficou desconcertada com esse acesso repentino de autoaversão. Em vez de analisar *por que* ela se sentia assim, fiz que Bonnie voltasse às sensações em seu corpo[6]. Após uma pausa, ela revelou: "Meu coração e minha mente estavam correndo a um milhão de quilômetros por hora".

Então ela se sentiu incomodada com o que disse ser uma "sensação quente, de suor, malcheirosa" nas costas, que a deixou nauseada. Bonnie agora parecia mais agitada – seu rosto empalideceu e ela sentiu uma premência de se levantar e sair da sala. Depois de acolhida, Bonnie preferiu ficar e continuar buscando o desconforto, que se intensificou e diminuiu gradativamente. Após esse vaivém, ela se conscientizou de outra sensação: uma tensão na parte de trás do braço e do ombro direito. Quando voltou a atenção para isso, passou a sentir necessidade de jogar o cotovelo para trás. Ofereci uma mão como apoio e resistência para que Bonnie pudesse sentir em segurança a força do seu braço ao empurrá-lo lentamente para trás. Depois de empurrá-lo por vários segundos, seu corpo começou a ter espasmos e tremer assim que ela passou a suar em profusão. Suas pernas também começaram a se movimentar para baixo e para cima, como se estivessem sobre pedais de uma máquina de costura.

À medida que o braço de Bonnie persistia na lenta pressão para trás, o tremor no corpo diminuía, e ela sentiu que suas pernas ganhavam força. Disse que as pernas pareciam "querer e conseguir se mexer". Contou ter notado um forte impulso impelindo-a para a frente. De repente, surgiu um quadro diante de si: um poste de luz e a imagem

do casal que a havia “ajudado”. “Eu fui embora... Eu fui embora...”, lamentou ela com suavidade. Foi então que se lembrou de se amoldar ao tronco do homem, que segurava uma faca contra o pescoço dela. Bonnie prosseguiu: “Fiz isso para que ele pensasse que eu era dele... Depois meu corpo sabia o que fazer, e o fez... Foi o que me permitiu escapar”.

Então a história que o corpo dela vinha contando surgiu em palavras: 18 meses antes, Bonnie havia sido vítima de uma tentativa de estupro. Ao voltar para casa depois de visitar uma amiga em outro bairro, um estranho a empurrou para um beco e ameaçou matá-la se ela não cooperasse. De algum modo ela conseguiu se soltar e correu para uma esquina iluminada, onde dois transeuntes gritaram para chamar a polícia, que interrogou Bonnie com educação. Em seguida, ela foi levada para casa por um amigo. Surpreendentemente, não conseguiu recordar como fugiu, mas chorou de tão agradecida que estava por não ter sido ferida. Depois disso sua vida pareceu voltar ao normal, mas, quando se sentia sob pressão ou em conflito, *o corpo dela* ainda reagia como quando havia uma faca em seu pescoço.

Bonnie sentia-se indefesa e passiva ou com pavio curto diante da pressão do dia a dia, sem perceber que isso era uma repetição do breve fingimento de submissão que provavelmente lhe salvou a vida. Sua “submissão” conseguiu enganar o agressor, dando uma oportunidade momentânea para que a energia instintiva de um animal selvagem se impusesse, impulsionando seus braços e pernas numa fuga bem-sucedida. Todavia, tudo acontecera tão rápido que ela não tivera chance de assimilar a

experiência. Em um nível primitivo, ela ainda não “sabia” que havia escapado e continuava identificada com a “submissão”, não com a estratégia em duas etapas que na verdade lhe salvara a vida. Tanto do ponto de vista motor quanto do emocional, era como se parte dela permanecesse nas garras do agressor.

Depois de processar e completar as ações relativas ao estupro, Bonnie agora dizia sentir uma sensação generalizada de capacidade e poder. Ela voltara a ser “mais o seu [antigo] eu” em lugar do ódio anterior por si mesma. Esse novo eu passou a ser capaz de *sentir fisicamente* a reação motora de dar uma cotovelada no agressor e depois *perceber* a imensa força nas pernas que, na realidade, a levou a um lugar seguro.

Trata-se de um caso em que os sintomas não se mostram por inteiro por 12 ou 18 meses após a experiência traumática. Portanto, não estava claro de imediato que eles fossem sequelas de um acontecimento. Por motivos desconhecidos, não raro os sintomas atrasam seis meses ou até um ano e meio a dois anos. Além disso, eles podem manifestar-se apenas após outra situação inesperada traumática – às vezes, anos depois.

Quantos dos nossos comportamentos e sentimentos habituais escapam à nossa percepção consciente ou são *aceitos* há muito como uma parte nossa, de quem somos, quando na verdade não são? Melhor dizendo, esses comportamentos são reações a acontecimentos há muito esquecidos (ou racionalizados) pela mente, mas lembrados com exatidão pelo corpo. Podemos agradecer a Freud por ter conjeturado corretamente que tanto as marcas

indeléveis de experiências horríveis, e o antídoto, quanto o catalisador latente da transformação existem em nosso corpo.

Sharon: 11 de setembro de 2001

O corpo tem razões que a própria razão desconhece.
Pascal

Por meio do “eu” do corpo

Como fazia toda manhã no trabalho, Sharon estava lendo seus emails. Era um dia fresco e claro de outono, típico de Nova York – o tipo de dia que deixa o sujeito feliz por estar vivo. Sobressaltada com um barulho estrondoso e ensurdecedor, ela se virou e viu as paredes do escritório se moverem seis metros em sua direção. Embora tenha tomado uma atitude em segundo, saltando da cadeira e preparando-se para salvar a própria vida, Sharon foi levada lenta e metodicamente 80 andares abaixo pela escadaria tomada por um cheiro acre, sufocante, de combustível de aviação e destroços queimando. Quando enfim chegou ao mezanino da torre norte do World Trade Center uma hora e 20 minutos depois, a torre sul desmoronou de repente. As ondas de choque levantaram Sharon no ar, lançando-a violentamente em cima de um corpo esmagado e ensanguentado. Um detetive da polícia que não estava trabalhando a descobriu, aturdida e desorientada, sobre o cadáver do homem. O policial a ajudou a sair dos escombros e afastar-se do local, em meio a uma escuridão espessa, de breu. Ela encontrou-se com outros

sobreviventes à frente de uma igreja, e juntos todos agradeceram por estar vivos.

Nas semanas seguintes ao milagre de ter sobrevivido, uma densa nuvem a envolveu num entorpecimento insensibilizador. Sharon sentiu-se indiferente de dia, apenas tocando as coisas com pouco envolvimento, objetivo e prazer. Uma semana antes ela adorava música clássica, que agora não mais a interessava: “Não suportava ouvi-la”. Desalentada na maior parte do tempo, era acometida periodicamente de ataques de pânico. O sono tornou-se um inimigo; à noite ela acordava com os próprios gritos e o próprio choro. Pela primeira vez na vida, essa executiva sempre muito motivada não conseguia imaginar seu futuro; o pavor tornara-se o princípio orientador da sua vida[7].

O pavor de Sharon não se concentrava em nada em particular; estava em todo canto, “por aí” – num mundo que parecia ameaçador, mesmo quando tudo era claramente seguro e previsível. Não a deixava viajar de avião, de metrô, ou frequentar lugares públicos. Ela ficava sempre em guarda, acordada ou dormindo. Sharon me viu numa entrevista na televisão, me encontrou por meio do meu instituto e depois viajou quatro dias e noites, de trem, para me encontrar em Los Angeles, onde eu lecionava. Em 1º de dezembro de 2001, fizemos a sessão resumida a seguir.

Ao entrar no consultório, bem-vestida com um terninho laranja, Sharon encaminha-se direto para uma cadeira e senta, aparentemente sem dar conta de mim. Sinto um incômodo estranho quando, pouco antes de eu me apresentar, ela começa a discorrer com suavidade sobre o horror do acontecimento, como se tivesse ocorrido com

outra pessoa[8]. Se eu não compreendesse o que ela dizia, teria pensado que ela falava de uma festa chata no escritório e não de um confronto pessoal com a morte e a mutilação. Ao escutar sua narrativa emocionalmente desconexa, fico embaraçado, com vontade de me levantar e sair da sala. Estou inquieto com o que se oculta atrás da suavidade dela.

Minha introspecção é interrompida, atraída pela sugestão de um gesto ligeiro, amplo, feito pelos braços e pelas mãos de Sharon enquanto ela fala. É como se ela tentasse alcançar algo para se agarrar. Será que o corpo de Sharon está contando outra história, *uma história* escondida de sua mente? Peço-lhe que deixe de lado a narrativa verbal por um instante e volte a atenção à mensagem nascente que suas mãos nos transmitem. Encorajo-a a insistir nesse caminho repetindo *lentamente* o movimento e mantendo sua concentração na sensação física que ele dá[9]. Os movimentos lentos e a atenção focada neles levam o paciente a senti-los de um modo especial. Quando os pacientes fazem isso, na maioria das vezes sentem os braços (ou outra parte do corpo) mexer como que por si sós (“é como se o meu braço estivesse me movimentando!”). As pessoas costumam sorrir ou rir porque a sensação do braço mexendo-se sozinho é bastante incomum[10].

Perplexa de início, Sharon descreve o gesto como se “segurasse algo”. Uma mudança perceptível ocorre em seu corpo: pode-se ver o rosto menos tenso e os ombros menos rígidos. Inesperadamente, uma imagem fugaz do rio Hudson aparece em sua imaginação, a vista cotidiana de sua sala de estar no apartamento em Manhattan, através do rio.

Pulando de volta para a história narrativa, Sharon fica agitada quando me diz que é perseguida, visitada, pelas colunas de fumaça ardente, que ela hoje vê todos os dias dessa mesma janela. Elas evocam os cheiros ácidos horríveis daquele dia; Sharon sente uma queimação nas narinas. Em vez de deixá-la "reviver" à vontade a intrusão do trauma, eu a contenho com firmeza e a convenço a continuar concentrando-se nas sensações dos movimentos de seus braços. Uma imagem espontânea *emerge,* a de barcos percorrendo o rio. Eles lhe transmitem uma sensação reconfortante de perenidade, movimento e fluidez. "Podem-se destruir os edifícios, mas não se pode drenar o Hudson", declara ela com suavidade. Então, em vez de prosseguir nos detalhes horrendos do acontecimento, ela se surpreende ao descrever (*e sentir*) como estava lindo quando saiu para o trabalho naquela "manhã de outono perfeita".

Esse processo é um exemplo do aumento da "abertura" de uma imagem para o seu estado pré-traumático (conforme descrito no Capítulo 7). Até o momento anterior ao impacto do avião, o dia estava perfeito, cheio de cores vibrantes e aromas suaves. Essas impressões sensoriais ainda existem em algum lugar nas catacumbas da consciência, mas foram sobrepujadas pela fixação traumática. A restauração gradativa de todo o espectro de partes disparatadas de uma imagem é um componente fundamental da resolução do trauma[11].

O corpo e as imagens de Sharon começam a contar uma história que contrasta profundamente com aquela que sua fala transmite, quase como que narradas por duas pessoas bem diferentes. Enquanto retém as imagens do Hudson,

juntamente com as sensações corporais correlatas, ela se conscientiza de certa sensação de alívio. Agora relembra com inocência que estava animada para ir ao trabalho naquele dia. Sua gesticulação é mais forte e mais definida. A atenção contínua ao sentimento físico dos gestos aprofunda a sensação dela de relaxamento, estimulando uma curiosidade quase alegre. Quando ela olha intrigada para as mãos – primeiro uma, depois a outra –, suspiro de alívio. Essa mudança aparentemente insignificante tem implicações profundas, e a curiosidade alegre é um dos primeiros "antídotos" evidentes do trauma. A investigação curiosa, o prazer e o trauma não podem coexistir no sistema nervoso; do ponto de vista neurológico, eles se contradizem[12].

Essa capacidade de vivenciar os sentimentos corporais positivos (de interesse e curiosidade), ao mesmo tempo que mantém contato com os sentimentos de terror e desamparo, permite a Sharon fazer algo de que era incapaz poucos minutos antes. Agora, ela pode começar a se distanciar e "simplesmente" observar essas sensações *físicas* e imagens difíceis, desconfortáveis, sem se deixar vencer por elas[13]. Em outras palavras, elas ficam encurraladas. Essa consciência dupla induz uma mudança que permite que as sensações sejam sentidas como são: intrinsecamente cheias de energia, vitais e atuais, em vez de fragmentos, gatilhos e precursores de medo e desamparo vindos do passado. Essa diferença sentida possibilita a Sharon rever e assimilar muitos detalhes do terrível acontecimento sem revivê-los. Essa nova "destreza" de rever sem reviver uma experiência traumática é

essencial no processo de recuperação e reinteração a que chamo renegociação.

As pessoas precisam desvincular-se das *associações* emocionais e mentais provenientes de sensações físicas puras que elas passam a vivenciar como precursoras de um desastre, as quais, no entanto, não são mais que sensações de vitalidade. O restabelecimento dessas impressões reanimadoras é um dos cernes do tratamento eficaz do trauma. É curioso notar que isso faz parte de práticas curativas ancestrais, como a meditação, o xamanismo e a ioga.

O mergulho

Quando o primeiro avião atingiu o edifício apenas dez andares acima do escritório de Sharon, a explosão desencadeou uma onda de choque de terror pelo corpo dela. A reação imediata das pessoas a acontecimentos aterrorizantes desse tipo é parar, orientar-se e escapar. Isso em geral implica um impulso intenso de correr. Contudo, encurralada a 80 andares do chão com milhares de pessoas, Sharon precisava inibir essa reação básica. Contrariando o intenso impulso de fugir, ela se forçou a ficar “calma” numa fila ordenada escadaria abaixo, junto com dezenas de outros indivíduos aterrorizados – ainda que o seu corpo estivesse “carregado de adrenalina” para correr desabalado. Sem dúvida Sharon sentiu a possibilidade de qualquer um dos outros colegas encurralados entrar em pânico de repente e dar início a uma correria que traria mais risco para todos. Eles, como ela, também tiveram de reprimir o forte impulso primal de correr. Enquanto Sharon conta

lentamente os detalhes da fuga, ao mesmo tempo que *sente sua reação corporal*, *passo a passo*, ela recorda ter deparado com outro momento de puro terror quando encontrou a porta do septuagésimo andar trancada e intransponível.

Em razão do conforto físico que ela sentiu ao ter contato com os gestos espontâneos e amplos e as imagens do rio Hudson, agora confio em que Sharon consegue enfrentar sem percalços parte desse material bastante carregado sem se sentir subjugada e, consequentemente, traumatizada de novo[14]. Acompanhando sua "história corporal", começam a se formar ilhas de segurança (Passos de 1 a 3, no Capítulo 5) no mar tormentoso do trauma de Sharon. A segurança vivenciada com essas ilhas internas lhe permite lidar com graus crescentes de empolgação e atravessá-los sem sofrimento excessivo.

Com essa avaliação, eu a levo para o momento da explosão e depois a faço localizar onde e *como* aquela marca violenta se manifesta *em seu corpo*. Quando atenta para esse *felt sense*, Sharon se conscientiza de uma sensação generalizada de agitação nas pernas e nos braços e "nós" duros na barriga e na garganta. Ela diz sentir-se paralisada. Aí eu lhe mostro o uso do "vu" para ajudá-la a desfazer e transformar tais sensações de paralisia (veja o Capítulo 6). Quando ela se concentra nessas sensações físicas desconfortáveis (com a ajuda dos sons vibratórios), diminui a tendência para tentar entendê-las ou explicá-las. Com a atenção intensamente focada, eu a distancio da interpretação do que ela está sentindo, porque não quero que o sentido venha de determinada parte da mente. O

corpo precisa dizer *primeiro* o que se passa em sua "mente", a fim de emergirem novas percepções no momento presente. (Essa advertência sobre a "cognição prematura" estava em um adesivo de para-choque que vi recentemente: "Realidade: não é o que você pensa!")

Sharon reserva em silêncio um momento para refletir. Ao suspender a compulsão para entender, ela vivencia uma repentina "explosão de energia que vem de dentro da barriga". "Tem cor?", pergunto. "Sim, é vermelha, vermelho vivo, como uma fogueira." Embora visivelmente assustada com tal intensidade, ela não a evita. A sensação dela muda para o que ela considera um forte impulso de correr, concentrado nas pernas e nos braços. No entanto, só de *pensar* em correr ela volta a "travar". Intuo que ela está entre o desejo real e necessário de escapar e sua mente "inconsciente", que associa fugir a ser encurralado. Como na escada, ele teve de *conter* seu forte impulso de fugir e andou devagar – muito embora estivesse diante de um perigo mortal. Esse dilema estava acompanhado do choque de encontrar a porta trancada no septuagésimo andar. Depois, quando acabou chegando ao mezanino, a torre sul desabou e ela foi lançada violentamente no ar. Por fim, houve o puro terror de se ver semiconsciente sobre um cadáver.

Dois cérebros

Sharon sofreu o conflito entre dois centros cerebrais bem diferentes: as mensagens de autopreservação pura, primitiva, do tronco cerebral e do sistema límbico obrigando-a a salvar a própria vida, e as mensagens de

inibição e compostura provenientes do córtex frontal. Este lhe dizia que fosse “racional” e andasse com calma na fila ordenada. Em nossa sessão, era crucial *diferenciar* as *expectativas* aterrorizantes de ser encurralada dos *impulsos biológicos de agir e “metabolizar” aquela energia de sobrevivência.* A fim de *desacoplar* os dois, pergunto-lhe se ela consegue concentrar-se na forte “eletricidade” que ela diz sentir no corpo e imaginar-se levando essa eletricidade a algum lugar onde antes ela gostava de correr. Ela se retesa diante desse convite. E diz: “Isso me deixaria ansiosa demais”. Então eu a surpreendo perguntando *onde* ela sente essa ansiedade e *qual* sensação lhe dá (veja o epílogo deste texto). Desarmada, Sharon se abre: “Não sei. Ah, meu pescoço e os ombros, e meu peito parece que não consegue respirar... Minhas pernas estão tão duras que... não sei, parece que elas...”

“Elas o quê?”, perguntei.

“Parece que elas querem correr”, responde Sharon. Depois, um pouco tranquilizada, ela começa a sentir a sensação de correr por um caminho do seu parque preferido. Após alguns minutos, observo um leve tremor nas pernas dela. Pergunto-lhe o que está sentindo, e ela responde: “Eu realmente consegui sentir que corria; eu estava a toda... e não sinto mais aquela ansiedade”.

“Tudo bem, Sharon”, interfiro, “mas *o que* você sente?”

“Na verdade me sinto bem, aliviada... Eu me sinto com um formigamento e aliviada, a minha respiração está profunda e fácil, e minhas pernas estão quentes e relaxadas.” Uma lágrima lhe desce suavemente pela face. Seu rosto e suas mãos têm até um tom rosado.

Esse foi o início da *distinção* que Sharon fez entre o forte impulso *biológico* de escapar e a expectativa mental e emocional de que ela poderia voltar a ser encurralada e subjugada. Ao imaginar – com envolvimento total em sua vivência corporal – a sensação de estar correndo, sem restrição, num lugar seguro, ela conseguiu *completar* a ação bloqueada que estava encerrada em seu corpo[15]. Não teria tido muito efeito Sharon apenas imaginar que corria. Contudo, a solução terapêutica resultou de primeiramente aproximar-se do local em que ela foi encurralada, revisitar (*remexer*) aquele momento de terror e depois vivenciar a (nova) possibilidade de completar aquela ação motora[16].

Sentir as *sensações* com intensa carga física *exatamente como eram* – não como ela temia ou imaginava – foi o fator fundamental para desacoplar de sua experiência física real os pensamentos catastróficos e as emoções de terror e pânico. Durante esse processo, que durou quase duas horas e foi pontuado por ciclos de tremor e suor leves, ela desenvolveu aos poucos a capacidade de tolerar as sensações até que estas se completassem naturalmente. Acredito existir evidência que confirma a ideia de que essa ação concluída e bem-sucedida "ligou" com sucesso certos circuitos cerebrais cruciais, permitindo a Sharon vivenciar a possibilidade de uma ação significativa, eficaz, e não uma ansiedade impotente[17]. Dessa maneira, a ansiedade que a imobilizava transformou-se em uma "onda contínua de energia quente". A enorme energia de "vida ou morte" se metamorfoseara, através de ciclos de descarga com tremores, em sensações de vitalidade e bem-estar.

Depois de sentir esse alívio como uma sensação em seu corpo (a qual contradizia exatamente seu terror paralisante), Sharon reconquistou uma sensação de vitalidade e a realidade *sentida* de que ela sem dúvida havia sobrevivido e sua vida tinha um futuro cheio de possibilidades. Ela não mais se sentia presa ao pavor daquele acontecimento, que começou a se recolher para o passado, que era o seu lugar. E agora ela conseguia ir de metrô até o Lincoln Center para ouvir sua música preferida. Um sentido novo e diferente em sua vida surgiu de uma experiência nova e diferente no plano instintivo do corpo.

Essa foi a história contada pelo corpo de Sharon. Faz lembrar o texto de António Damásio:

> Usamos a mente não para descobrir fatos, mas para escondê-los. Uma das coisas que a cortina esconde melhor é o corpo, o nosso corpo, ou seja, todos os pormenores, o seu interior. Como um véu posto sobre a pele para lhe preservar o pudor, a cortina retira da mente em parte os estados internos do corpo, aqueles que constituem o sopro da vida enquanto ele perambula na jornada de todo dia.[18]

Epílogo

> Os sentimentos e o corpo são como água correndo para a água. Aprendemos a nadar conforme as energias dos sentidos [corporais].
> Tarthang Tulku

Durante milênios, por meio de seleção natural e evolução social, os seres humanos foram moldados para conviver com acontecimentos e perdas extremas, passar por eles e processar os sentimentos de desamparo e terror *sem* ficar paralisados e traumatizados. Quando

experimentamos sensações e sentimentos difíceis e especialmente horríveis, nossa tendência, no entanto, é retroceder e evitá-los. Mentalmente, nós nos desconectamos ou nos "dissociamos" desses sentimentos. Fisicamente, o corpo se enrijece e prepara-se para enfrentá-los. A mente se acelera tentando explicar e dar sentido a essas sensações estranhas e "ruins". Assim, somos levados a tentar, em estado de alerta, localizar sua origem ameaçadora no mundo exterior. Acreditamos que, se vivenciarmos as sensações, elas nos dominarão para sempre. O medo de sermos consumidos por esses sentimentos "terríveis" faz nos convencermos de que, evitando-os, nós nos sentiremos melhor e, no fim das contas, mais seguros. Existem muitos exemplos disso na vida: evitamos um restaurante ou certas músicas por nos lembrarem de uma antiga pessoa amada ou passamos longe da esquina em que o nosso carro levou uma batida na traseira um ano antes.

Infelizmente, o contrário é verdadeiro. Quando lutamos contra sensações e sentimentos desagradáveis ou dolorosos ou nos escondemos deles, em geral pioramos tudo. Quanto mais os evitamos, maior é o poder que eles exercem sobre o nosso comportamento e nossa sensação de bem-estar. O que não se sente permanece igual ou se intensifica, causando uma torrente de emoções virulentas e corrosivas. Isso nos obriga a fortalecer os métodos de defesa, evitação e controle. O ciclo vicioso criado pelo trauma é assim. Sentimentos relegados, na forma de *sensações físicas bloqueadas*, criam e impelem a crescente sombra da nossa existência. Como vimos no caso de Sharon, quando nos

concentramos de modo particular *nas sensações físicas*, em pouco tempo elas se alteram e mudam – e nós também.

Cognição prematura

As crenças equivocadas de Sharon (embora em grande parte subconscientes) são esforços para entender, dar sentido à sua experiência e ajudá-la a justificar *por que* se sente tão mal. Essas "explicações" não farão nada para ajudá-la a superar sua reação ao medo e concluir as ações inibidas que constituem a base da sua resposta ao trauma ininterrupto (o *como*). Nessa etapa, a atividade psíquica só atrapalha a resolução. Por esse motivo eu a levo a resistir à sedução de entender e, ao contrário, envolver-se inteiramente com o que ela está sentindo fisicamente no corpo *nesse momento*. A consequência da "cognição prematura" é tirar a pessoa de sua experiência sensorial antes que esta se conclua e possibilitar o surgimento de novas percepções e novos sentidos.

A sensação de ansiedade não é universal

Se você perguntar a pessoas ansiosas o que estão sentindo, todas talvez *digam* que sentem "ansiedade". Contudo, é provável que as respostas sejam diferentes se elas ouvirem uma pergunta epistemológica: "Como você *sabe* que está sentindo ansiedade?" Uma delas pode dizer: "Sei disso porque uma coisa ruim vai me acontecer". Outra diria que está sentindo um nó na garganta; outra, que o coração está pulando para fora do peito; e outra, que está com dor ou um aperto no estômago. Algumas pessoas ainda se queixam de rigidez no pescoço, nos ombros, nos braços

ou nas pernas; outras podem achar que estão prontas para agir, enquanto outras talvez sintam fraqueza nas pernas ou um afundamento no peito. Todas essas respostas, menos a primeira, são sensações *físicas* específicas e diversas. E, se a pessoa que disse que “alguma coisa ruim vai me acontecer” fosse encaminhada para um exame, ela descobriria alguma sensação *somática/física* motivando e definindo aquela ideia. Com um pouco de prática conseguimos mesmo começar a separar as emoções, os pensamentos e as crenças das sensações subjacentes. Ficamos então estupefatos com a nossa capacidade de tolerar e atravessar estados emocionais difíceis, como terror, raiva e desamparo, sem nos deixar levar nem afogar. Se descemos *abaixo* das sensações insuportáveis e remexemos as *sensações físicas*, algo muito profundo ocorre no organismo: surge uma sensação de fluidez, de “estar em casa”. Trata-se de uma verdade importantíssima para diversas tradições espirituais antigas, em particular certas vertentes do budismo tibetano[19].

O poder transformador da sensação

Para entender o poder transformador da experiência sensorial direta, é necessário “dissecar” certas emoções, como terror, raiva e desamparo (veja o Capítulo 13). Quando percebemos (consciente e inconscientemente) que estamos em perigo, as *posturas defensivas* específicas necessárias para a nossa proteção são mobilizadas no corpo. Instintivamente nos abaixamos, nos desviamos, nos encolhemos e nos enrijecemos – preparamo-nos para lutar ou escapar; e, quando a fuga parece impossível,

congelamos ou nos dobramos em prostração impotente. Todas são *reações corporais inatas*, dotadas de energia máxima para enfrentar situações extremas. Elas permitem que uma mulher de 60 quilos levante um carro para tirar o filho de baixo dele. É a mesma força primitiva que leva uma gazela a disparar a mais de 100 quilômetros por hora para se safar de um guepardo.

Essas energias de sobrevivência estão organizadas no cérebro e se expressam especificamente como estados padronizados de tensão muscular na *prontidão para agir*. Todavia, quando chegamos a esse ponto e, como Sharon, somos impedidos de *completar* a ação – como na luta ou na fuga –, o organismo congela ou sofre um colapso, e a tensão energizada permanece estagnada nos músculos. Por sua vez, essas tensões musculares não utilizadas ou usadas em parte armam uma corrente de impulsos neurais pela medula espinhal acima até o tálamo (uma estação central de transmissão de sensações) e depois a outras partes do cérebro (em particular as amídalas cerebelares), sinalizando a presença persistente de perigo e ameaça. Dito de forma simples, *se os músculos e as vísceras estão prontos para reagir ao perigo, a mente nos dirá que existe motivo para o medo*. E, se não conseguimos localizar a causa da aflição, continuamos a procurar uma – um bom exemplo disso é a luta de Sharon para entender o que aconteceu. Vemos isso nos veteranos do Vietnã que ficam aterrorizados com o som dos fogos de artifício no 4 de Julho, muito embora eles "saibam" racionalmente que não correm perigo algum. Outros exemplos são os de pessoas que têm medo de dirigir um carro depois de terem sofrido um acidente ou daquelas

que temem sair de casa por não saberem de onde vêm esses sinais de perigo. Na verdade, se não conseguimos encontrar uma explicação para o que estamos sentindo, sem dúvida forjaremos uma, ou muitas. Sempre culparemos o cônjuge, os filhos, o patrão, o vizinho (seja o da casa ao lado, seja o país ao lado) ou a velha má sorte. A mente continuará acelerada, buscando obsessivamente as causas no passado e se apavorando com o futuro. Continuaremos tensos e alertas, sentindo medo, terror e desamparo *porque* o corpo continua a avisar o cérebro de que existe perigo. A mente pode "concordar" ou não, mas essas bandeiras vermelhas (vindas de partes não conscientes do cérebro) não desaparecerão até que *o corpo* complete a ação. É assim que somos feitos – trata-se da natureza biológica, predeterminada no cérebro e no corpo.

Essas reações corporais não são metáforas; são posturas literais que revelam a experiência emocional. Por exemplo, rigidez na nuca, nos ombros e no peito, um bolo na barriga e um nó na garganta são fundamentais aos estados de medo. O desamparo é assinalado por um colapso literal do peito e dos ombros, juntamente com uma dobra na altura do diafragma e fraqueza nos joelhos e nas pernas. Todas essas "atitudes posturais" representam possibilidades de ação. Se elas conseguem completar sua ação cheia de sentido, tudo fica bem; se não, elas persistem no teatro do corpo.

Se não se dá às sensações de medo, como aquelas que Sharon sentia, o tempo e a atenção necessários para que atravessem o corpo e se resolvam/dissolvam (como nos tremores e nos espamos), o indivíduo continua sendo

dominado pela dor e por outras emoções negativas. O palco está pronto para uma sucessão de sintomas instáveis. A tensão no pescoço, nos ombros e nas costas deve se transformar, com o tempo, na síndrome da fibromialgia. As enxaquecas também são expressões somáticas comuns de estresse não solucionado. O bolo na barriga pode se transmutar em afecções comuns como síndrome do cólon irritável, tensão pré-menstrual grave ou outros problemas gastrintestinais, como cólicas. Essas afecções sugam as fontes de energia do paciente e podem assumir a forma da síndrome da fadiga crônica. Os que sofrem disso são, na maioria das vezes, pacientes com sintomas em cascata que consultam médico após médico em busca de alívio e em geral encontram poucas soluções para o mal que os acomete. O trauma é o grande dissimulado e participante de muitas das afecções e doenças que afligem as vítimas. Talvez se possa argumentar que o trauma não solucionado responde pela maioria das doenças da humanidade hoje em dia.

Renegociação

O conceito de renegociação é inteiramente diferente da “reencenação do trauma” por catarse, ou inundação, tipo comum de terapia de trauma ainda utilizado após “acontecimentos graves” como estupros, catástrofes naturais e terror, como o ataque ao World Trade Center vivido por Sharon em 11 de setembro de 2001. Estudos recentes indicam que essas terapias quase sempre pouco ajudam e até podem reforçar o trauma[20].

Uma das armadilhas de várias terapias de trauma é o seu foco na revivência de recordações traumáticas juntamente com a intensa ab-reação de emoções. Nesses tratamentos que se baseiam na explanação, os pacientes são levados a desenterrar lembranças traumáticas dolorosas e descarregar as emoções associadas a essas recordações, especificamente as de medo, terror, raiva e luto. Tais abordagens catárticas não cumprem as expectativas porque costumam reforçar as sensações de colapso e o sentimento de desamparo.

Adam: sobrevivente do Holocausto

Adam era um empresário bem-sucedido financeiramente de 60 e tantos anos. Tinha mulher e família e era dono de uma empresa multinacional de eletrônicos. Por ser tranquilo e gentil, seus empregados e conhecidos gostavam dele, mas Adam não tinha amigos íntimos. Recentemente nasceu seu primeiro neto. Pelas aparências, a vida havia sido boa. O suicídio de seu filho de 27 anos acabou com esse homem de enorme determinação, embora contido. A morte o fez culpar-se e ter ódio de si mesmo.

“Paulo sempre foi diferente”, afirmou Adam com naturalidade, “um menino sensível que se amedrontava com facilidade. Quando tinha perto de 4 anos, ele acordava gritando e chorando no meio da noite não se sabe por quê.”

No final da adolescência, Paulo sempre falava em suicídio. “A vida é muito difícil”, repetiu ele inúmeras vezes. Adam se assegurou de que seu filho nunca ficasse sozinho nos momentos ruins. Cansou-se desse seu suplício de uma década, mas insistiu no compromisso da vigília. Apesar do

exaustivo empenho de Adam para salvar o filho, Paulo, que não conseguia suportar a dor, enforcou-se no banheiro, onde Adam achou o corpo largado, sem vida, do filho. Depois do choque do suicídio de Paulo, Adam sentiu pela primeira vez na vida que não teria condições de prosseguir. Em vez de se sentir arrasado por causa do luto, não sentiu nada – um estado que ele conhecera mesmo antes de perder o filho. Dessa vez, porém, o torpor o deixou tão sem ação que ele não conseguia agir. Para ele, a vida tinha parado.

Após vários meses de inércia paralisante, Adam comprometeu-se a consultar um psiquiatra. Foi convencido por um amigo da família que o aconselhou a tomar algum remédio para esse abatimento. Depois de conhecer seu histórico pessoal, o psiquiatra insinuou que o passado de Adam não o deixava chorar a morte do filho e lhe deu o diagnóstico de "luto complexo". Embora estivesse atônito com a ideia de que sua vida anterior fora "traumática" ou até agravasse seu mal-estar atual, ele concordou em conversar comigo.

Adam nasceu órfão de mãe. Um enfarte fulminante obrigou a uma cesariana de emergência para salvar a vida do único filho. Ela morreu assim que ele nasceu, dois meses antes do previsto. Como seu pai estava servindo o exército russo, Adam foi dado ao irmão do pai e à mulher deste para ser criado. A tia, que deveria cuidar dele, era na verdade cruel, psicótica, e lhe batia vezes sem fim.

Além do tormento desse início difícil, vítima de abandono e maus-tratos, Adam teve uma vida entrecortada de mais privações e desgostos. Aos 4 anos, seu tio e duas

meias-irmãs foram deportados e exterminados pelos nazistas. Ele então passou por uma série de famílias cristãs, que tentaram ocultar sua origem judaica. Durante esse período, de acordo com aquelas famílias, ele gritava no meio da noite – do mesmo modo que Paulo faria com a mesma idade.

Aos 9 anos, Adam foi entregue a um grupo de fugitivos que morava na floresta. Ele “adorava ficar lá”, porque gostavam dele e pela primeiríssima vez se sentia benquisto. “Aquele ano foi o melhor da minha vida”, ele me contou. Embora adorasse sua “família da floresta”e se sentisse protegido por ela, seus acessos noturnos continuaram e aumentaram de intensidade. O choro e os gritos nunca amainaram, a despeito de todas as tentativas de acalmá-lo. Como nunca conseguiam acordá-lo, o barulho de seus acessos expôs a família a sério perigo. Então, tragicamente, antes de seu décimo aniversário, mandaram-no de volta para a aldeia, por onde o órfão perambulou sem destino.

Certa noite, Adam foi levado para a delegacia de polícia e interrogado. Como lhe haviam instruído, ele deu aos nazistas seu nome cristão. A polícia disse que o puniria se mentisse. Em seguida, forçaram-no a tirar a calça na frente de todos. Para esconder a vergonha, o garoto de 9 anos olhou para a parede e deu de cara com um crucifixo. Isso o aterrorizou, pois o fez acreditar que acabaria na cruz se o pegassem mentindo. Levaram Adam para um campo de concentração. “Ser deixado com vida no campo de concentração”, disse, “foi um alívio. Ao menos eu estava com outros judeus.”

Logo que Adam entrou no campo, um dos prisioneiros da aldeia perguntou-lhe seu nome. Já que estava entre os seus, Adam revelou o nome com que crescera e o nome daqueles que ele acreditava serem seus pais. O homem então exclamou: “Não, não, esse não é o seu sobrenome verdadeiro!” E lhe revelou o nome de seus pais legítimos e como ambos morreram. Adam lembrou-se de ter ficado indescritivelmente aliviado de saber que a mãe cruel que ele conhecera não era sua mãe de verdade.

No campo de concentração, ele viu pessoas serem espancadas, torturadas e assassinadas a tiros. Muitas outras sucumbiram ao suicídio, quase sempre por enforcamento. Durante seu internamento, Adam não teve consolo nem apoio que o ajudasse a enfrentar tal terror e pavor. Para a maioria de nós, a experiência de Adam é inimaginável. Se refletíssemos com toda a sinceridade sobre o efeito que isso teria provocado em nós, ficaríamos profundamente perturbados com esses fatos terríveis. Ainda assim, ao observar Adam na vida que tinha, ele parecia, ao menos na superfície, muito pouco diferente de você e de mim – apenas mais bem-sucedido, pelos padrões atuais.

Órfão desde o nascimento e sobrevivente de atrocidades e de um sofrimento humano o mais impensáveis, Adam suplantou seu tormento. Imigrou para a América do Sul aos 19 anos, na esperança de “fugir do passado”. Lá ele se instalou e construiu uma empresa, tornando-se um empreendedor internacional poderoso e bem-sucedido financeiramente. No entanto, quando chegou a mim, esse ser humano extraordinário havia sido reduzido a um farrapo. Estava encurvado e arrastava-se ao entrar na

sala. Sua postura e seus movimentos lembraram pacientes que eu vira nas alas de doentes graves em hospitais psiquiátricos. Seus olhos vazios miravam o chão, e ele não parecia notar a minha presença. Eu não tinha a mínima ideia de por onde começar. De um lado, ele estava tão apagado que o que eu dissesse ou fizesse aparentemente não o atingiria. De outro, porém, temi que, se eu conseguisse fazer aflorar seus sentimentos, estes o dominariam de tal forma que ele mergulharia em uma desesperança catatônica insondável. Como entrar em contato com esse homem sem destruí-lo? Senti-me perdido e intimidado pela dimensão e pelo delicado desafio da minha tarefa.

Adam prosseguiu de cor a ladainha que contara ao psiquiatra. Não havia indício de sentimento em sua narrativa: “Tudo isso aconteceu há tanto tempo”, acrescentou ele, com um curto suspiro cansado. Ouvi, sentindo-me bastante incomodado com tanto horror exposto sem emoção. Porém, estranhamente, fiquei aliviado de ele não sentir; assim eu também não precisaria fazê-lo. Racionalmente, distanciei-me do sentimento e de Adam. Consegui fazer isso recorrendo a uma análise clínica, perguntando-me que mecanismo ele usara para se apartar dessas experiências horrorosas e como conseguiu não acabar perambulando pelas ruas, como fizera quando órfão, ou num hospício.

A fim de iniciar algum contato, perguntei a Adam sobre trabalho, família e amigos – qualquer assunto que servisse para vislumbrar ao menos um indício mínimo de sentimento positivo. Não deu resultado algum. Eu me vi pedindo, de um

modo esquisito, que ele contasse o que lhe acontecera nas horas anteriores daquele dia. Aturdido, ele contou que perdeu o voo e alugou correndo um carro para dirigir os 400 quilômetros de Curitiba a São Paulo a fim de me encontrar. Lembrou-se de ter visto no estacionamento da locadora, perto do aeroporto, crianças empinando pipas que elas haviam feito com coisas achadas no lixão[21]. Captei o primeiro lampejo em seu rosto sempre inexpressivo. Mas aí, com a mesma rapidez, o rosto retomou a monotonia, e o corpo dele curvou-se para a frente, resignado. Querendo que ele não desabasse, pedi-lhe que ficasse em pé, com os joelhos levemente dobrados. Para ficar em pé, os sistemas proprioceptivo e cinestésico precisam ser ativados e coordenados. O efeito disso foi manter acesa a consciência de Adam ativando no sistema nervoso o ramo do estado de alerta. Essa intervenção é o oposto de deixar o paciente entrar em colapso pela ativação da reação de desligamento, perpetuando, assim, os sentimentos mórbidos de vergonha e derrota. Enquanto Adam estava em pé com os joelhos relaxados, orientei-o a “olhar para dentro” e achar algum lugar em seu corpo onde ele pudesse “encontrar a imagem das crianças brincando com a pipa improvisada”[22]. De início, ele disse sentir-se mais ansioso (devido à superexcitação do sistema simpático), mas, depois de estimulado, Adam conseguiu localizar um pequeno círculo de calor na barriga. Disse-lhe: “Apenas passe a conhecer essa sensação por um instante”.

Ele abriu os olhos abruptamente, surpreendendo-se com as próprias palavras: “Isso pode ser perigoso”.

“Sim”, concordei, “pode. Por isso é importante aprender a sentir – um pouquinho de cada vez. Seu corpo está congelado há muito tempo; vai demorar um pouco para descongelar”, acrescentei. Era importante confirmar seu medo legítimo e oferecer-lhe uma imagem (o degelo do congelado) que o ajudasse a atenuar o medo, convidando-o a investigar sua experiência interna.

Adam sentou-se e olhou pela sala. Pedi que descrevesse o que vira[23]. Isso deu oportunidade para relacionar o calor na barriga ao modo como ele percebeu o mundo externo no momento presente. Ele pareceu perplexo. “Ah, eu não tinha notado as flores – nem a mesa em que elas estão.” Quase como a expressão de curiosidade de alguém que sai do coma, o rosto dele mostrou outro breve lampejo de despertar. Ele olhou em volta e percebeu um tapete oriental e uma pintura. “Eles têm cores, cores vivas”, disse, inocentemente.

“Enquanto você olha aquelas cores, quero que encontre o lugar dentro do seu corpo que consegue senti-las – mesmo que só um pouquinho.”[24]

Adam olhou para mim com uma expressão de perplexidade, talvez à espera de outras instruções. Mas então ele fechou os olhos e mergulhou para dentro. “Está mais quente na barriga, e o círculo está aumentando de tamanho.”

Alguns momentos depois, pedi-lhe que ficasse em pé outra vez: “Adam, vou pedir que faça algo que pode parecer estranho... Quero que visualize o quadro das crianças com as pipas... Sinta os pés no chão e como as pernas o sustentam. Agora sinta os *seus* braços enquanto *você*

segura o fio da pipa... e imagine-se no campo com as crianças".

Adam respondeu quase com alegria: "Estou sentindo isso nos braços e na barriga... Está mais quente e maior... Consigo ver as cores; são vivas e quentes... Vejo as pipas dançando nas nuvens".

Depois de alguns momentos em silêncio, Adam sentou-se e olhou em volta. "Use quanto tempo quiser, Adam... Apenas sinta o ritmo disso... do lado de dentro e do lado de fora."[25]

Os olhos dele olharam alternadamente para a mesa com as flores e o quadro na parede. Ele focalizou a mesa e começou a dizer que a cor e os veios da madeira eram quentes... parou... "O calor por dentro é bom." Ele fechou os olhos de novo, sem a minha instrução dessa vez, descansou um pouco, depois abriu os olhos lentamente e se virou para mim, fitando-me sem embaraço algum. Essa foi a primeira vez que o sistema de interação social de Adam (veja o Capítulo 6) foi despertado e ativado.

O corpo de Adam mostrou alguma vitalidade; o rosto caído ganhou um tom colorido, quase vibrante, e a postura encurvada se ergueu e aprumou. Adam era como uma folha nova de bananeira, bem enrolada, que se volta para o sol e tenta alcançá-lo, confiando no seu calor enquanto se desdobra devagar. Ele estava maravilhado com a sala, como se a visse pela primeira vez. Olhou para as mãos e segurou de leve os dedos de uma delas com a outra. Então levou as mãos à parte superior dos braços e segurou os ombros, com os braços cruzados sobre o peito. Era como se estivesse

segurando e alimentando a si mesmo. Ele surpreendeu a nós dois ao dizer: “Estou vivo”.

Ao perceber que podia começar a sentir, Adam tornou-se, naquele momento, como a criança com orgulho da pipa maravilhosa que ela criou. Esse foi para Adam o início de um aprendizado gradual, rítmico. Agora ele podia começar a sentir seu eu corporal sem abrir demais em sua alma a porta sombria da violência e do horror. Era capaz de abrir apenas o suficiente para sentir – sentir sem ser aniquilado, sem ser engolido pelo buraco negro do seu passado terrível nem perdido na intensa treva do luto e da imensa culpa por Paulo. De certo modo, em sua consciência corporal, ele descobrira a existência de um chão intermediário. Descobrira um lugar entre estar inteiramente dominado e afogado, de uma parte, e imerso em uma depressão mortificante, de outra.

Em outro dia, Adam escreveu para mim que essa experiência de um chão intermediário tênue mas perene permitiu-lhe experimentar um novo sentido de otimismo. Desse lugar ele era capaz de sentir compaixão por si mesmo por ter sido um órfão no Holocausto. “Foi também aí”, disse ele, “que comecei a ser capaz de chorar por meu filho amado e encontrar o prazer e a alegria de estar com a família.”

Questões para discussão

Refleti sobre a nossa sessão e o que teria levado Adam de uma depressão esmagadora para o fluxo da vida. Ele conseguiu identificar-se com a animação do menino favelado – uma animação que transcendia o futuro carente

da criança. Conseguiu sentir no próprio corpo a inocência, a empolgação e a alegria de uma criança empinando uma pipa improvisada com restos aproveitados do lixo. De certa maneira, Adam pegou coisas do monte de lixo do seu passado devastador e desumano. Agora, porém, em vez de desmoronar sob seu peso, ele engendrou uma solução criativa. Ao se levantar (contradizendo cinestesicamente sua prostração habitual) e estabilizar fisicamente a própria dor, ele mobilizou sua força vital e entrou para o transcendente jogo da pipa. Ele conseguiu sentir-se puxado para cima pela imagem elevada e na direção da possibilidade de liberdade autêntica e diversão espontânea. Metaforicamente, ele voltou a se familiarizar com a alegoria do seu nome. Adam associou-se à inocência do Adão bíblico – antes que o fruto amargo da terrível experiência lhe queimasse a língua com o gosto amargo da desumanidade cruel e maligna do homem. Esse homem antes destruído agora remexia na personificação arraigada e na resistente autocomiseração a ponto de começar a poder lamentar e, assim, iniciar o retorno à vida. Eu não quis expô-lo ao choque de ver seu filho pendurado no banheiro (quanto mais afogá-lo com essa cena). Minha preocupação principal, naquele momento, foi evitar o desligamento do sistema nervoso de Adam, provocado pelo choque, e começar a criar uma base para a resiliência e a autorregulação.

Quero convidá-lo, leitor, a ponderar as considerações a seguir. Teriam sido meras coincidências os episódios dos gritos inconsoláveis de Paulo, que começaram aos 4 anos, e sua decisão de se enforcar? (Lembre-se de que a mulher de Adam disse que o marido também gritava e chorava à noite,

do mesmo modo que o filho viria a fazer.) Ou esses incidentes foram um reaparecimento intergeracional de experiências despercebidas e das emoções relegadas de seu pai? Essas possibilidades estão entre os mistérios do trauma e do espírito humano.

Certos autores que estudam o Holocausto, como Yael Danieli[26] e Robert Lifton[27], fizeram análises inovadoras sobre as vítimas desse massacre horrendo. Ao trabalhar com Adam e poucos outros sobreviventes desse tipo de experiência, confrontei-me pessoalmente não só com o terrível conhecimento da crueldade de que os seres humanos são capazes, mas também com o extraordinário processo pelo qual o corpo é de algum modo capaz de compartimentar os efeitos dessa crueldade e tocar a vida adiante. Ele mantém um controle tênue – isto é, até que algo seja acrescentado à insustentável contenção do fardo. Mesmo assim, a chama lenta do eu profundo pode se reacender como que por milagre, desde que haja a oportunidade certa e um apoio cuidadosamente dosado.

Epílogo

Após a nossa sessão, Adam voltou à sua cidade natal na Polônia em busca de informações a respeito de sua mãe verdadeira, falecida quando ele nasceu. Os nazistas não haviam destruído a lápide, e Adam a substituiu por uma nova porque seu coração “estava muito enternecido por saber da existência” da mãe.

Vince: ombro travado

O choque entre dois processos contrários, um de excitação e outro de inibição, que dificilmente são simultâneos ou têm duração ou intensidade muito incomum, ou ambos, provoca a ruptura do equilíbrio.
Ivan Pavlov

Não é incomum, sobretudo para um bombeiro, ter relutância em consultar um psicoterapeuta – um "médico de cabeça". Quanto mais com relação a um problema "obviamente" físico. Vince estava indo a um fisioterapeuta por causa do ombro direito, travado. Essa incapacidade o impedia de executar seu trabalho de bombeiro. O tratamento não ia bem: depois de várias sessões, ele continuava sem conseguir afastar o braço do tronco mais que alguns centímetros. O ortopedista consultado recomendou cirurgia, em que o braço é "manipulado" (puxado violentamente), sob anestesia geral, na tentativa de curá-lo. Uma operação dessas implica uma reabilitação longa e dolorosa e em geral não melhora muito a situação.

Como não parecia haver lesão física, o fisioterapeuta, na esperança de evitar o difícil procedimento, indicou-me a ele. Os sintomas haviam começado alguns meses antes do nosso encontro. Ele trabalhava na garagem e pegou um motor de arranque para o seu carro. Quando o ergueu, sentiu uma "pontada de alguma coisa" no braço. No dia seguinte, o ombro estava duro e dolorido. Com o tempo, a dor ficou mais aguda e o alcance dos movimentos piorou progressivamente, tornando-se crônico. Como era de esperar, Vince atribuiu o "estiramento" do ombro ao trabalho no carro. É parecido com o caso de uma pessoa que se curva para pegar um papel no chão e tem um espasmo nas costas. O senso comum e a observação clínica

da maioria dos quiropráticos e massagistas dizem que se tratava de costas predestinadas – “era para acontecer”.

Vince está claramente atrapalhado por consultar um “médico de cabeça” e reluta em se entender comigo. Percebendo isso, eu o tranquilizo dizendo que não farei perguntas pessoais e me aterei a ajudá-lo a se livrar dos sintomas. “É”, diz ele, “meu corpo está arrebentado mesmo.” Peço-lhe que me mostre quanto ele consegue mexer o braço *antes* de começar a doer. Ele o movimenta poucos centímetros e olha para mim: “É mais ou menos isso”.

“Certo, agora quero que o movimente do mesmo modo, mas *bem* devagar, assim” – e lhe mostro com o meu braço.

“Hum”, diz ele, olhando para o braço. Sem dúvida está surpreso de conseguir levá-lo mais adiante sem dor.

“Desta vez, mais devagar ainda, Vince... Vamos ver o que acontece agora... Quero que você use realmente *toda a atenção*; focalize a mente no seu braço agora.” O movimento lento permite que a consciência seja levada para o braço. O movimento rápido, sem concentração, pode recriar um padrão de contenção para se proteger.

Sua mão começa a tremer, e ele olha para mim em busca de aprovação. “Isso, Vince, é assim mesmo. Isso é bom. São os seus músculos começando a se soltar. Tente concentrar-se aí, no braço e no tremor. Deixe o braço se mexer do jeito que ele quiser.” O tremor continua por um instante e depois para. Vince começa a suar muito na testa.

Quando ele vai ao extremo do padrão de tensão dos músculos, parte da “energia” retida em seu padrão de

defesa muscular começa a ser liberada. Aí se incluem as reações involuntárias do sistema nervoso autônomo, como espasmos, tremor, suor e mudanças de temperatura[28]. Como essas ações são subcorticais, a pessoa não tem a sensação de controle sobre as reações. Isso pode incomodar bastante. Minha função aí é a de tutor e parteira, ajudando Vince a se familiarizar com essas sensações "estranhas ao ego", ainda mais porque ele desconhece inteiramente reações involuntárias incontroláveis.

"O que é isso? Por que isso está acontecendo?", pergunta Vince num tom de criança assustada.

"Vince, vou lhe pedir agora que apenas feche os olhos por um minuto e entre em seu corpo. Vou estar bem aqui se precisar de mim." Depois de alguns momentos de silêncio, suas mãos e seu braço começam a se esticar – o braço inteiro, os ombros e as mãos passam a tremer com mais intensidade. "Tudo bem isso estar acontecendo", encorajo. "Deixe-o fazer o que ele necessita e continue sentindo o seu corpo."

"Está frio e em seguida esquenta", afirma ele, enquanto continua estendendo o braço, movimentando-o agora até cerca de 45 graus. Então ele para de repente. Surpreso por conseguir abrir tanto o braço, Vince arregala os olhos. Ao mesmo tempo, parece agitado; seu rosto fica pálido subitamente. Ele reclama de enjoo.

Em vez de recuar, eu o encorajo a ficar consciente das sensações físicas. Ele passa a respirar rapidamente. "Meu Deus, eu sei o que é isso."

"Que bom", interrompo, "mas continuemos com as sensações um pouco mais e depois falamos disso, está

bem?”[29] Vince faz sinal afirmativo e movimenta o braço para a frente e para trás como se estivesse serrando um pedaço de madeira em câmera lenta. Com esse movimento vagaroso, Vince começa a explorar o movimento interno contido e travado por tensão muscular crônica. Ele agora diferencia dois impulsos conflitantes – um diz respeito à extensão e o outro, ao recolhimento, em repulsão. (Observo a repulsão como um padrão particular que envolve a retração do lábio para um lado e a inclinação da cabeça, que se afasta um pouco.) O tremor aumenta e diminui de novo, depois se estabiliza. Lágrimas escorrem dos olhos de Vince. Ele inspira profunda e espontaneamente e então estende todo o braço para a frente. “Não dói nada!” Isso condiz com o que descobri sobre a dor crônica. Em geral existe um padrão de tensão muscular latente que, ao ser desfeito, faz a dor desaparecer.

Vince abre os olhos e me olha. Tendo sem dúvida terminado a análise “de baixo para cima”, ele agora consegue formar novos significados e me revela o acontecimento a seguir. Cerca de oito meses antes[30] ele foi fazer compras com sua mulher. Ao sair do supermercado, ouviu um estrondo. Um carro havia batido no poste do outro lado da rua. Ele largou a sacola e correu para o local do acidente. A motorista estava sentada imóvel, em aparente estado de choque. Como o motor do carro estava ligado, ele se esgueirou por sobre o corpo inerte dela a fim de desligar a ignição, procedimento recomendado para evitar um incêndio ou uma explosão. Assim que começou a girar a chave, Vince viu uma criança pequena no banco do passageiro, decapitada pelo *air bag*. E então ele *me contou*

por que seu ombro ficara paralisado: “Eu estava bem até ver a criança... Estou acostumado a fazer coisas assim, perigosas... mas, quando vi a garota, uma parte de mim quis puxar meu braço de volta e sair dali... senti vontade de vomitar... e a outra parte continuou ali e fez o que tinha de fazer... Às vezes é muito difícil fazer o que a situação exige”. “Sim”, concordei, “é difícil, e você e seus colegas continuam a fazer mesmo assim... Obrigado.”

“Hum”, acrescentou ele ao sair, “acho que tenho de aprender a pensar no meu corpo.” Vince aprendera que a mente e o corpo não são entidades separadas – que ele era um ser só. Disse que queria se conhecer mais e voltou para outras três sessões. Aprendeu a lidar melhor com situações estressantes e conflituosas e, desnecessário dizer, não precisou de cirurgia.

Quando precisamos salvar vidas, é enorme a quantidade de agitação e adrenalina que inunda o corpo. Quando Vince tentou salvar a passageira no acidente de carro, ocorreram dois atos de sobrevivência simultâneos mas opostos: um, fazer o possível para salvar a vida dela; outro, afastar-se do horror. Nesse conflito intenso, o sistema nervoso e os músculos de Vince travaram; o ombro ficou paralisado. Ao ser capaz de *“sentir através” dos impulsos conflitantes e distingui-los* – primeiro, estender-se para a frente e depois retrair-se de horror –, a vasta energia de sobrevivência[31] foi descarregada nas ondas de suor com tremores e náusea, em vez de cada um deles agir contra si próprio.

A vez do dr. Pavlov

Ivan Pavlov, premiado com o Nobel de Fisiologia ou Medicina em 1904 por sua prodigiosa obra sobre reflexo condicionado, foi levado a estudar experimentalmente a crise (traumática) por um acaso. A grande enchente de 1924 em Leningrado provocou a inundação do seu laboratório, localizado em um porão, e a água chegou muito perto da altura em que estavam as gaiolas de seus cães de experimentação. Os cachorros ficaram aterrorizados, mas não se machucaram fisicamente. Quando Pavlov retomou as experiências, ficou surpreso ao descobrir que os cães tinham perdido os reflexos condicionados que haviam adquirido. Ao mesmo tempo que isso obviamente interessava a Pavlov, outra série de observações mudou o futuro de seu trabalho investigativo. Uma proporção significativa de cães, embora fisicamente ilesos, teve uma crise emocional, comportamental e fisiológica, que implicava encolher-se e tremer no canto das gaiolas, enquanto outros animais antes dóceis passaram a avançar com ferocidade nos tratadores. Além disso, foram observadas mudanças fisiológicas, como batimentos cardíacos acelerados ou reduzidos sob tensão moderada e reações de grande susto a estímulos suaves (como sinais sonoros ou a aproximação de um pesquisador).

A enchente provocou duas tendências conflitantes, como mostra a definição de Pavlov: “O choque de dois processos [intensos] contrários, um de excitação e outro de inibição”. Em outro exemplo, o impulso simultâneo de comer e sofrer um forte choque elétrico (quando este ocorre junto com a alimentação) resulta em crise dos animais com fome. Diante da ocorrência de dois impulsos opostos – um

de ficar e comer e o outro de fugir de um acontecimento extremamente nocivo –, sem dúvida haverá uma crise.

Em suma, a expressão motora de duas reações instintivas cria um conflito e resulta em paralisação, como na estase do ombro de Vince. Em condições normais, os músculos de extensão atuam reciprocamente com os de flexão. Nos estados traumáticos, porém, os agonistas e os antagonistas atuam um contra o outro, provocando um estado de travamento (imobilização). Isso pode ocasionar sintomas de debilitação em praticamente qualquer parte do corpo. A energia retida em respostas inibidas (frustradas) é tão forte que pode provocar uma tensão muscular extrema, que costuma ter efeitos profundos. Por exemplo, quando alguém salta de um prédio em chamas para uma rede de salvamento bem abaixo, as pernas podem ser fraturadas durante a queda, antes do impacto. Isso ocorre porque tanto os músculos extensores quanto os flexores contraem-se ao mesmo tempo, com uma intensidade brutal. Em guerras ou catástrofes naturais, o impulso instintivo de autopreservação quase sempre conflita com o de proteger um camarada. Na Primeira Guerra Mundial, o predomínio da fadiga de combate foi bastante alto nas trincheiras. Os soldados de infantaria eram literalmente encurralados e bombardeados com explosivos estrondosos semanas a fio. Instintivamente, eles eram “impelidos” a correr como loucos para escapar ou ficar sob fogo e lutar pela preservação do grupo. Aliás, muitos soldados acabaram mortos por correr para escapar sem refletir (ou foram fuzilados por suposta covardia). Nos poucos filmes documentais da Primeira Guerra Mundial com soldados acometidos de fadiga de

combate, veem-se as consequências dessa imobilização crônica na tortura, na contorção e na convulsão dos homens. Vemo-nos imaginando quantos soldados adquiriram traumas e sofreram de culpa por terem preferido proteger a si mesmos, largando os feridos à própria sorte. Seja como for, a coragem é um fenômeno muito mais complexo do que em geral se julga.

O trauma pelos olhos de uma criança

Trabalhando por toda a minha vida com adultos, pediram-me às vezes que eu visse os filhos dos meus clientes. Frequentemente fiquei assombrado com o fato de que, com intervenções muito breves, as crianças recuperaram-se daquilo que de outro modo teria sido uma incapacitação para a vida inteira. Essas crianças, desaferradas do jugo do trauma, tornaram-se livres para se desenvolver com confiança, resiliência e alegria. Fui coautor de dois livros sobre o tratamento preventivo e somático do trauma na infância. Um deles volta-se para terapeutas, pessoal médico e professores[32], enquanto o outro ensina aos pais recursos eficazes de auxílio emocional[33].

Nesta seção, apresento a história delicada de três crianças deprimidas: Anna, Alex e Sammy. O relato sobre elas ilustra o princípio de que quanto menos melhor, e fala da capacidade de recuperação inata do espírito humano.

Anna e Alex: piquenique frustrado

Anna, de 8 anos, tem olhos castanhos enormes. Ela poderia ter servido de modelo em uma das pinturas de Margaret Keane com crianças de olhos amendoados. A

enfermeira escolar acaba de trazê-la para conversar comigo. Pálida, com a cabeça pendente e mal respirando, parece um filhote de cervo paralisado pelos faróis de um carro. Seu rosto frágil não tem expressão, e seu braço direito pende inerte, como se estivesse prestes a se soltar do ombro.

Há dois dias, Anna foi à praia em um passeio da escola. Ela e uma dezena de coleguinhas brincavam no mar quando uma ressaca repentina os arrastou rápido para o fundo. Anna foi resgatada, mas Mary (uma das mães que se dispôs a acompanhar o passeio) afogou-se depois de salvar corajosamente várias crianças. Mary fazia as vezes de mãe de muitas crianças da vizinhança, Anna inclusive, e a comunidade ficou chocada com a trágica morte dela. Eu pedi à enfermeira escolar que tentasse localizar crianças com sintomas súbitos (por exemplo, dores em geral, dor de cabeça e na barriga e resfriados). Anna havia estado com a enfermeira três vezes naquela manhã, queixando-se de muita dor no braço e no ombro direito.

Um dos equívocos cometidos por quem atende a traumas é tentar fazer as crianças falar sobre o que estão sentindo logo após o acontecimento. Ainda que raramente seja saudável ocultar os sentimentos, aquela prática pode provocar trauma. Nesses momentos de vulnerabilidade, as crianças (e os adultos também) tendem a ficar transtornadas com facilidade. Traumas anteriores podem ressurgir em consequência de um acontecimento insuportável, criando uma situação complexa que envolve, por exemplo, segredos profundos, vergonhas ocultadas, culpa e ódio. Por essa razão, antes de vermos a criança,

minha equipe procurou e conseguiu de vários professores (e da enfermeira) da escola de ensino fundamental um pouco do histórico de Anna. Desse modo, obtivemos informações que tanto eram desconhecidas conscientemente da criança quanto poderiam ser perigosas se descobertas, dada a fragilidade do estado dela.

Soubemos que aos 2 anos Anna viu seu pai balear a mãe no ombro e em seguida se suicidar. Um detalhe extra que compunha os sintomas surgiu de uma situação por que ela passou antes do piquenique: ficou furiosa quando Robert, filho de Mary de 16 anos, brigou com o irmão dela de 12 anos. Havia uma grande possibilidade de Anna ter represado o rancor contra Robert antes do afogamento e querer uma revanche naquele momento. Isso suscitou a eventualidade de Anna estar sentindo uma culpa profunda pela morte de Mary – talvez até acreditando (por meio de uma fantasia) que fosse responsável por ela.

Peço à enfermeira que sustente com suavidade o braço machucado, o que poderia ajudar Anna a controlar a "energia do choque" estagnada nele, além de aumentar a consciência interna da criança. Com esse apoio, Anna seria capaz de destravar lentamente (isto é, aos poucos) e acessar os sentimentos e as respostas que ajudassem a trazê-la de volta à vida.

"Como é estar dentro do seu braço, Anna?", perguntei com suavidade.

"Dói demais", responde ela baixinho.

Seus olhos estão abatidos, e eu digo: "Dói muito, é?"

"É."

“Onde dói? Pode me mostrar com o dedo?” Ela aponta um lugar na parte superior do braço e diz: “E dos lados também”. Há um leve estremecimento em seu ombro direito, seguido de um suspiro curto. Por um momento, seu rosto abatido ganha um tom rosado.

“Está bem, querida. Com isso melhora um pouco?” – ela faz que sim, e pega mais fôlego. Após esse relaxamento leve, ela se enrijece imediatamente, puxando o braço na direção do corpo para protegê-lo. Eu aproveito o momento.

“Onde sua mãe se machucou?” Ela aponta o mesmo lugar no braço e começa a tremer. Não digo nada. O tremor se intensifica, depois desce pelo braço e sobe para o pescoço. “Anna, deixe a tremedeira acontecer, como numa tigela de gelatina – ela é vermelha, verde ou amarela? Você consegue deixá-lo tremer? Sente o tremor?”

“É amarela”, diz a menina, “como o sol no céu.” Ela respira fundo e em seguida olha para mim pela primeira vez. Sorrio e concordo com a cabeça. Os olhos dela se fixam nos meus por um instante e depois se afastam.

“Como está o seu braço agora?”

“A dor está indo para os dedos.” Os dedos tremem de leve. Falo com ela baixinho, com suavidade, ritmadamente.

“Sabe, Anna, querida… Acho que não existe uma pessoa em toda a cidade que não sinta, de algum modo, que a morte de Mary foi culpa dela.” Ela me olha por um instante. Eu prossigo: “Agora, é claro que isso não é verdade… mas é como todos se sentem… e isso acontece porque todos a amam muito”. Ela se volta e olha para mim. Há um quê de autorreconhecimento em sua atitude. Com os olhos dela grudados em mim, eu continuo: “Às vezes, quanto mais

amamos alguém, mais achamos que foi culpa nossa”. Duas lágrimas escorrem do canto externo de cada olho antes que ela vire o rosto para longe de mim.

“E às vezes, quando estamos muito bravos com uma pessoa e acontece alguma coisa ruim com ela, achamos que isso aconteceu porque nós queríamos que acontecesse.” Anna me olha bem nos olhos. Continuo: “E, sabe, quando uma coisa ruim acontece com alguém que amamos ou adiamos, ela não acontece por causa do que queremos. Às vezes o que é ruim apenas acontece... e os sentimentos, por maiores que sejam, são só sentimentos”. O olhar de Anna é penetrante e de agradecimento. Eu me sinto contendo as lágrimas. Pergunto a ela se quer voltar para a aula agora. Ela faz que sim, olha uma vez mais para nós três e caminha porta afora, com os braços movimentando-se soltos, no ritmo dos passos.

Alex, como várias das crianças que estavam na praia e presenciaram a tragédia, estava com dificuldade de dormir e comer. O pai dele o trouxe a mim porque o garoto estava se alimentando muito mal nos últimos dois dias.

Assim que nos sentamos, pergunto a ele se consegue sentir por dentro da sua barriga. Ele põe a mão de leve na barriga e, com uma fungada, responde: “Sim”.

“Qual é a sensação lá dentro?”

“Está duro como se fosse um nó.”

“Tem alguma coisa dentro desse nó?”

“Tem. É preto... e vermelho... Não gosto dele.”

“Dói, hein?”

“É.”

“Sabe, Alex, dói mesmo, porque você a ama... mas não vai doer para sempre.”

As lágrimas rolam pela face do menino, e a cor volta ao seu rosto e a seus dedos. Naquela noite, Alex come tudo. No velório de Mary, ele chora abertamente, sorri com afeto e abraça os amigos.

Sammy: brincadeira de criança

Descobre-se mais sobre uma pessoa em uma hora de brincadeira
do que em um ano de conversa.
Platão

Do mesmo modo que nem Vince nem os médicos conseguiram relacionar o travamento persistente do ombro dele com um acontecimento grave, é comum os sintomas das crianças ou mudanças em seu comportamento motivarem questões enigmáticas que desconcertam os pais e também pediatras. Isso ocorre principalmente quando a criança tem pais “bons demais”, que criam um ambiente estável e amoroso em casa. Às vezes, as novas atitudes da criança, ainda que não sejam nada sutis, são um mistério. Perplexa, a família talvez não consiga relacionar a conduta do filho ou outros sintomas à origem do medo extremo.

Em vez de se exprimirem de um modo facilmente compreensível, as crianças tendem a mostrar que estão sofrendo por dentro da maneira o mais frustrante possível. Mostram por meio do corpo. Podem se tornar irritantes, agarrando-se aos pais e tendo chiliques. Ou podem sofrer de agitação, hiperatividade, pesadelos e insônia. Ainda mais preocupante, elas podem externar os incômodos e as

mágoas maltratando um animal de estimação ou uma criança mais nova e mais fraca. Outras crianças talvez revelem seu sofrimento com dores de cabeça ou de barriga e urinando na cama, ou então evitando pessoas e coisas de que elas gostavam para conseguir conviver com a ansiedade insuportável. E os pais se perguntam: de onde podem ter vindo esses sintomas?

Os próprios símbolos de juventude – acontecimentos “comuns”, como quedas, acidentes e atendimentos médicos –, quando não solucionados, são suspeitos de esconder os culpados pela ansiedade da criança. Isso sem dúvida aconteceu com o pequeno Sammy.

Como as crianças pela própria natureza gostam de brincar, os terapeutas e os pais podem ajudá-las a se recuperar, superando seus medos para dominar os momentos mais amedrontadores por meio de brincadeiras orientadas. Quando as crianças expressam seu mundo interno ao brincar, é o corpo que se comunica diretamente conosco.

Esta é a história de Sammy, menino de 2 anos e meio, na qual a montagem de uma sessão lúdica originou uma experiência reparadora bem-sucedida. Depois da história deste caso, há sugestões para terapeutas, profissionais médicos e pais. A seguir, um exemplo do que pode acontecer quando uma queda comum que leva a um pronto-socorro para dar alguns pontos se complica. Ele mostra também que vários meses mais tarde a experiência apavorante de Sammy resultou, por meio da brincadeira, em um sentido renovado de confiança e alegria.

Sammy está passando o fim de semana com os avós, de quem sou hóspede. Ele tem sido um tirano insuportável, tentando controlar agressivamente e sem trégua seu novo ambiente. Nada o satisfaz; sempre que está acordado mostra-se temperamental; quando está dormindo, ele se agita e se vira como se estivesse lutando com as roupas de cama. Esse comportamento não é inteiramente inesperado em uma criança com 2 anos e meio cujos pais foram viajar no fim de semana – as crianças com angústia da separação em geral fazem isso. Sammy, no entanto, sempre gostou de visitar os avós, e seu comportamento estava passando dos limites para eles.

Os avós me revelaram que seis meses antes Sammy caíra do cadeirão e fizera um corte feio no queixo. Sangrando muito, foi levado ao pronto-socorro. Quando a enfermeira chegou para medir a temperatura e a pressão dele, Sammy ficou com tanto medo que ela não conseguiu concluir. Esse garotinho vulnerável foi então atado a uma maca pediátrica (uma prancha com tiras de velcro). Com o tronco e as pernas imobilizadas, as únicas partes de seu corpo que se mexiam eram a cabeça e o pescoço – que ele, obviamente, mexeu com o máximo de força que conseguiu. Os médicos decidiram apertar as tiras e imobilizar a cabeça dele com as mãos para poder suturar-lhe o queixo.

Após essa experiência perturbadora, a mãe e o pai saíram com Sammy para comer um hambúrguer e ir ao parquinho. A mãe foi muito atenciosa e, com cuidado, deu-lhe apoio com relação àquela experiência em que ele se assustou e se feriu. Logo tudo pareceu esquecido. No entanto, a atitude autoritária do garoto começou pouco

depois desse acontecimento. Estariam os chiliques e o comportamento dominador de Sammy relacionados com o desamparo sentido naquele trauma?

Quando os pais voltaram, concordamos em investigar a existência de uma carga traumática associada à experiência recente. Todos nos reunimos no chalé em que estávamos hospedados. Com os pais, os avós e Sammy observando, pus seu ursinho Pooh de pelúcia na beirada de uma cadeira de tal maneira que ele caiu no chão. Sammy deu um grito agudo, voou para a porta, atravessou correndo uma ponte e desceu um caminho estreito até o riacho. Nossas suspeitas se confirmaram. Sua mais recente visita ao hospital não havia sido nem inofensiva nem esquecida. A atitude de Sammy nos mostrou que esse jogo podia ser insuportável para ele.

Os pais o trouxeram de volta do riacho. Ele se agarrou amorosamente à mãe enquanto nos preparávamos para outro jogo. Garantimos a ele que todos ficaríamos ali para proteger o ursinho. Ele correu mais uma vez, mas agora só até o quarto ao lado. Nós o seguimos até lá e esperamos para ver o que aconteceria. Sammy correu para a cama e bateu nela com os dois braços, olhando para mim, expectante.

“Raiva, é?”, perguntei. Ele me lançou um olhar que confirmou a pergunta. Interpretando sua expressão como um sinal de vá em frente, eu pus o urso embaixo do cobertor e coloquei Sammy na cama junto ao bichinho.

“Sammy, todos nós vamos ajudar o ursinho Pooh.”

Segurei o urso embaixo do cobertor e pedi a todos que ajudassem. Sammy olhou com interesse, mas logo se

levantou e correu para a mãe. Com os braços apertados ao redor das pernas dela, ele disse: “Mamãe, estou com medo”[34]. Sem pressioná-lo, esperamos até que ele estivesse com vontade de voltar a brincar. Na vez seguinte, a avó e o ursinho foram deitados e presos juntos, e Sammy participou ativamente do resgate deles. Quando libertamos o urso, Sammy correu para a mãe, agarrando-se a ela mais forte que antes. Ele começou a tremer e ter espasmos de medo, e depois, surpreendentemente, o peito dele expandiu-se com uma sensação crescente de empolgação e orgulho.

Vemos aí a transição entre a reencenação do trauma e a brincadeira curativa. Da vez seguinte que se aproximou da mãe, Sammy a agarrou menos e pulou mais de empolgação. Esperamos até que ele estivesse pronto para brincar de novo. Todos, exceto o menino, tiveram a vez de ser resgatados com o ursinho. A cada vez Sammy mostrou mais vigor ao pular do cobertor e fugir para a segurança dos braços da mãe.

Quando chegou sua hora de ser segurado sob o cobertor com Pooh, ele ficou muito agitado e temeroso. Correu para os braços da mãe várias vezes antes de ser capaz de passar pelo desafio máximo. Armando-se de coragem, subiu na cama embaixo do cobertor com o ursinho enquanto eu segurava o cobertor de leve. Observei os olhos dele, que se arregalaram de medo, mas só por um instante. Então ele agarrou o ursinho, empurrou o cobertor para longe e se lançou nos braços da mãe. Soluçando e tremendo, ele gritou: “Mamãe, me tira daqui! Mamãe, tira isso de mim!” O pai, assustado, me contou que essas foram

exatamente as mesmas palavras que Sammy gritou quando esteve atado à maca no hospital. Ele se lembrava bem disso porque tinha ficado surpreso com a capacidade do filho de fazer um pedido tão direto e com tal clareza com apenas 2 anos e meio de idade.

Repetimos a escapada diversas vezes mais. Sammy demonstrou estar cada vez mais forte e triunfante. Em vez de correr com medo para a mãe, ele correu de empolgação, subindo e descendo. A cada escapada bem-sucedida, todos aplaudimos e dançamos juntos, comemorando: “Viva o Sammy! O Sammy salvou o ursinho Pooh!” O garoto de 2 anos e meio dominou a experiência que o arrasara poucos meses antes. Desapareceu o comportamento agressivo e temperamental resultante do trauma, usado na tentativa de controlar o ambiente, enquanto a “hiperatividade” e a evitação dele (que ocorreram durante o trabalho com seu trauma médico) transformaram-se em brincadeira vitoriosa.

Cinco princípios para levar da brincadeira infantil à resolução

Esta análise da experiência de Sammy vai ajudar a esclarecer e aplicar os princípios a seguir no uso da brincadeira terapêutica em pediatria.

1. Deixe a criança controlar o ritmo do jogo.

A cura ocorre na desaceleração do tempo decorrido de momento a momento. Para ajudar a criança que você está atendendo a se sentir segura, siga o passo e o ritmo dela. Se você se puser na pele da criança (pela observação atenta do comportamento dela), aprenderá rápido a se

entrosar com ela. Voltemos à história para ver exatamente como fizemos isso com Sammy.

Ao sair correndo da sala quando o ursinho caiu no chão, Sammy mostrou em alto e bom som que não estava pronto para participar desse novo jogo de ativação. Ele precisava ser resgatado pelos pais, confortado e trazido de volta à cena antes de continuar. Para lhe dar segurança, todos nós lhe garantimos que estaríamos ali para proteger o ursinho. Ao oferecer esse apoio e reconfortá-lo, ajudamos Sammy a se aproximar do jogo – em seu tempo, em seu ritmo.

Depois dessa garantia, Sammy correu para o quarto, não mais porta afora. Era um sinal claro de que ele se sentira menos ameaçado e mais confiante no nosso apoio. Como é provável que as crianças não declarem verbalmente se querem ou não continuar, aproveite as dicas do comportamento e das reações delas. Respeite os desejos delas, seja qual for o jeito que elas escolham para comunicá-los. Nunca se deve apressar as crianças a passar rápido demais por um episódio nem forçá-las a fazer mais do que conseguem. Exatamente como com Sammy, é importante executar o processo mais devagar se você perceber indícios de medo, respiração contida, enrijecimento ou uma conduta confusa (dissociada). Essas reações desaparecerão se você apenas esperar, tranquila e pacientemente, e ao mesmo tempo garantir à criança que continua ao lado dela. Em geral, o olhar e a respiração do jovem indicam quando é hora de continuar.

2. Faça distinção entre terror e agitação.

Sentir medo ou terror por mais que um momento breve durante a brincadeira com o trauma não ajuda as crianças a se livrar dele. A maioria faz algo para evitá-los. Deixe-as soltas! Ao mesmo tempo, tente discernir se se trata de evitação ou fuga. A seguir, um exemplo claríssimo para ajudar a adquirir a aptidão de “captar” quando é necessário fazer um intervalo e quando está na hora de levar a oportunidade adiante.

Quando correu para o riacho, Sammy demonstrou um comportamento de evitação. A fim de solucionar essa sua reação a um trauma, Sammy teve de sentir que controlava as próprias ações e não que suas emoções o levavam a agir. O comportamento de evitação ocorre quando o medo e o terror ameaçam dominar crianças e adultos. Com as crianças esse comportamento é em geral acompanhado de algum sinal de sofrimento emocional (choro, olhar amedrontado, gritos). A fuga ativa, por outro lado, é estimulante. As crianças ficam excitadas com suas pequenas vitórias e costumam mostrar prazer com sorrisos, palmas e risadas efusivas. No todo, essa resposta é bem diferente do comportamento de evitação. A excitação é evidência da bem-sucedida descarga das emoções que acompanharam a experiência original. Isso é positivo, desejável e necessário.

Muda-se o trauma transformando os sentimentos e as sensações intoleráveis em desejáveis. Isso só pode acontecer com um nível de ativação semelhante ao da ativação que provocou a reação traumática em primeiro lugar.

Se a criança parece empolgada, você pode encorajá-la e prosseguir como fizemos ao bater palmas e dançar com Sammy.

Contudo, se a criança parece estar com medo ou retraída, reconforte-a, mas não estimule mais nenhuma ação. Em vez disso, permaneça com toda a sua atenção e apoio, aguardando com paciência até que uma parte substancial do medo tenha desaparecido. Se a criança apresentar sinais de cansaço, faça um intervalo de descanso.

3. Dê um passo pequeno por vez.

Nunca se deve avançar muito lentamente na renegociação de um acontecimento traumático com ninguém – quanto mais com uma criança pequena. A brincadeira com o trauma é repetitiva, quase por definição. Aproveite essa característica cíclica. A diferença fundamental entre *renegociação* e brincadeira com o trauma (reencenação) é que na renegociação existem diferenças incrementais nas respostas e nas atitudes da criança que avança para o domínio e a resolução. A explanação a seguir mostra como percebi essas pequenas mudanças com Sammy.

Quando Sammy correu para o quarto e não para a porta, ele estava respondendo com um comportamento diferente, indicando que houvera progresso. Independentemente de quantas sejam as repetições, se a criança passar a responder de modo diferente – com excitação um pouco maior, falando mais ou com movimentos mais espontâneos –, ela está atravessando o

trauma. Se as respostas da criança parecem pender para o retraimento ou a repetição compulsiva, em vez de expansividade e variação, talvez você esteja tentando renegociar a ocorrência com situações que contêm excitação demais para que a criança progrida. Se você notar que as suas tentativas lúdicas de renegociação estão falhando, recomponha-se e atente para as suas sensações até que a sua respiração lhe traga calma, confiança e espontaneidade. Então, diminua o ritmo da mudança subdividindo a brincadeira em incrementos menores. Talvez isso pareça contradizer o que se disse antes sobre seguir o passo da criança. No entanto, sintonizar-se com a necessidade dela às vezes significa impor limites para evitar que ela se excite e não aguente. Se a criança parece tensa ou amedrontada, recorra a alguns passos terapêuticos. Por exemplo, ao renegociar um trauma médico, uma alternativa é dizer: “Vamos ver o que a gente pode fazer para o ursinho [boneca, soldadinho etc.] não ficar com tanto medo antes que você [o médico/enfermeiro da brincadeira] lhe dê uma injeção”. Quase sempre as crianças se saem com soluções criativas mostrando a você exatamente o que elas *necessitam* – o *ingrediente misterioso* que as teria ajudado a ficar mais tranquilas durante o acontecimento.

Não se preocupe com o número de vezes que você tem de fazer o que parece ser “a mesmíssima coisa”. (Tentamos ao menos dez vezes levar Sammy a participar da brincadeira com o ursinho.) Sammy conseguiu renegociar suas respostas ao trauma bem rápido. Talvez os seus pacientes precisem de mais tempo. Não é necessário fazer tudo num dia só! Descanso e tempo ajudam a reorganizar

internamente a experiência da criança em níveis sutis. Saiba que, se a resolução não estiver completa, a criança voltará a uma fase similar quando tiver oportunidade de brincar na sessão seguinte.

4. Torne-se um abrigo seguro.

Lembre-se de que a biologia está do seu lado. Talvez o aspecto mais difícil e mais importante da renegociação de um acontecimento traumático com a criança seja você acreditar que vai dar tudo certo. Esse sentimento vem de dentro de você e é transmitido à criança. Ele se torna um abrigo que rodeia a criança com um sentimento de confiança, o que pode ser particularmente difícil se ela resistir às suas tentativas de renegociar o trauma.

Se a criança resiste, seja paciente e tranquilizador. O lado instintivo dela quer reprocessar a experiência. Você só tem de esperar que esse lado se sinta suficientemente confiante e seguro para se afirmar. Se você está preocupado demais com a mudança ou não da reação traumática da criança, pode transmitir uma mensagem conflitante. Adultos que tenham um trauma de infância mal resolvido talvez tenham mais propensão a cair nessa armadilha.

5. Pare se sentir que a criança realmente não está se beneficiando da brincadeira.

Em *Too scared to cry*, Lenore Terr[35], psicóloga infantil brilhante e estimada, chama a atenção dos clínicos para a permissão dada a crianças para que se envolvam em uma "terapia" lúdica que reviva o horror original. A autora descreve as respostas de Lauren, de 3 anos e meio,

enquanto ela brinca com carrinhos. “Os carros estão indo nas pessoas”, diz Lauren ao empurrar velozmente dois carros de corrida na direção de dedoches. “Eles estão apontando suas partes pontudas para as pessoas. As pessoas estão com medo. Uma parte pontuda vai entrar na barriga delas, e na boca e na... [ela aponta para a própria saia] Minha barriga está doendo. Não quero brincar mais.” Lauren se detém quando de repente a sensação surge em seu corpo. Essa é uma reação típica. Ela pode retomar seguidamente a mesma brincadeira, parando sempre que a sensação de medo passa a lhe incomodar na barriga. Alguns terapeutas diriam que Lauren usa a brincadeira na tentativa de dominar a situação que a traumatizou. Sua brincadeira assemelha-se a tratamentos de “exposição” usados rotineiramente para ajudar adultos a superar fobias. Todavia, Terr adverte que tal brincadeira em geral não é tão bem-sucedida. Esse processo, ainda que sirva para reduzir o sofrimento da criança, demora muito para produzir resultados. Mais frequentemente, a brincadeira é repetida compulsivamente sem resolução, e aquela que não se resolve e é recorrente pode intensificar o impacto do trauma do mesmo modo que a reencenação e a revivência catártica de experiências traumatizantes podem intensificar o trauma de adultos.

O reprocessamento, ou renegociação, de uma experiência traumática, como vimos com Sammy, constitui um procedimento que é em essência diferente da brincadeira com o trauma, ou reencenação. A maioria das crianças, se utilizar apenas seus recursos, tenta evitar, muito como Lauren no exemplo acima, os sentimentos

traumáticos que a brincadeira evoca. Todavia, na brincadeira orientada, *Sammy foi capaz de "experimentar seus sentimentos" dominando seu medo gradual e consecutivamente.* Usando essa renegociação em etapas do acontecimento traumatizante e a companhia do urso Pooh, Sammy conseguiu se sair como vencedor e herói. A sensação de vitória e heroísmo quase sempre assinala a conclusão bem-sucedida de um acontecimento traumático renegociado. Seguindo a deixa de Sammy depois de montar uma cena potencialmente ativadora, participando da brincadeira dele e compondo o jogo enquanto o jogávamos, Sammy teve de abandonar o medo. Uma orientação mínima (30-45 minutos) e apoio foram precisos para atingir o objetivo tácito de ajudá-lo a experimentar um resultado corretivo.