

O Trauma e a Tripla Regulagem Terapêutica: Neurobiológica, Relacional e Informacional

Guy Tonella¹

¹ Docteur en Psychologie clinique, psychothérapeute en Analyse Bioénergétique depuis 30 ans en pratique libérale à Toulouse (processus individuel et groupe de thérapie), Membre Titulaire Didacticien du SNPPsy. superviseur et formateur en Analyse Bioénergétique dans la plupart des pays européens, au Brésil, en Argentine, au Canada et en Nouvelle-Zélande. Co-fondateur du Collège Français d'Analyse Bioénergétique. E-mail: guy.tonella@cfab.info; Site: <http://www.cfab.info>.

Resumo: O desenvolvimento do Eu é baseado em funções energéticas, sensoriais, tônico, emocionais e de representação e na integração mútua destes. Quando a ligação não regula a criança quando eles passam por suas diferentes experiências, a repetição e o acúmulo de experiências não regulamentados levam ao desenvolvimento de trauma. Três abordagens terapêuticas utilizadas em conjunto favorecem a regulação dos estados pré-verbais pós-traumáticos para a origem do caráter oral, o caráter esquizóide e estado-limite: (1) a regulamentação por meio de relações de apego terapêuticos, (2) auto-regulação neurobiológica ; (3) o desenvolvimento da informação que chega a cada etapa do Eu.

Palavras-chave: Eu, trauma, regulação, auto-regulação, pré-verbal, neurobiológica, relacional, informação, teoria polyvagal, dissociação, clivagem, identificação projetiva, caráter esquizóide, caráter oral, limitar estado, relação anexo.

Trauma and Triple Therapy Regulation: Neurobiological, Relational and Informational

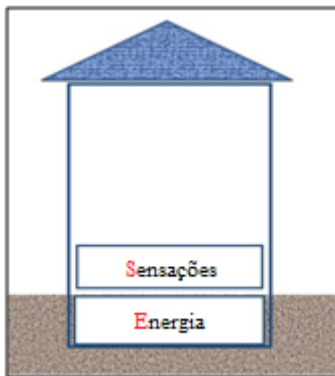
Abstract: The development of the Self is based on energetic, sensory, tonic, emotional and representational functions and on the mutual integration of these. When attachment doesn't regulate the child as they go through their different experiences, the repetition and the accumulation of unregulated experiences lead to development trauma. Three therapeutic approaches used together favor the regulation of post-traumatic preverbal states to the origin of the oral character, the schizoid character and the limit-state: (1) regulation by means of therapeutic attachment relations; (2) neurobiological self-regulation; (3) the development of the information reaching each stage of the Self.

Key Words: Self, trauma, regulation, self-regulation, preverbal, neurobiological, relational, information, polyvagal theory, dissociation, cleavage, projective identification, schizoid character, oral character, limit state, attachment relation.

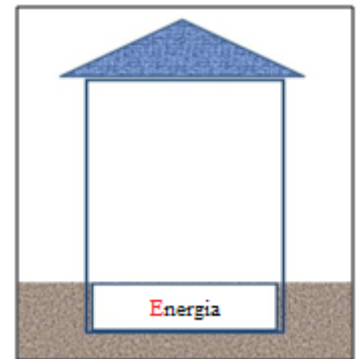
O Trauma e a Tripla Regulagem Terapêutica: Neurobiológica, Relacional e Informacional

O Trauma, incluindo o trauma pré-verbal, que ocorre durante os primeiros 2 ou 3 anos de vida, interrompe a construção do *Self*. Se o organismo é a casa onde a gente mora e que abriga seu *Self*, então, a construção do *Self* é comparável à construção de uma casa.

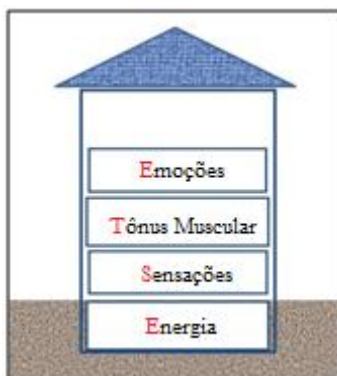
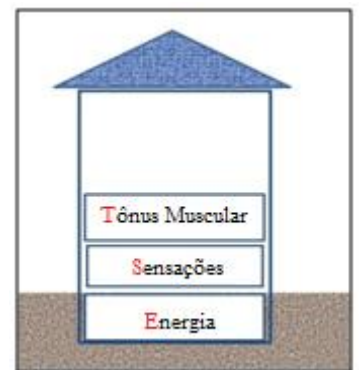
A *fundação* desta casa é energética: o metabolismo é produtor de fluxos de energia líquida e gasosa, de estados de excitação que se resolvem agindo e interagindo. Esses sistemas vitais geram estados de vitalidade e "afetos de vitalidade" (STERN, 1985);



O *térreo* é sensorial: Ele produz os estados de consciência de existir fisicamente e de estar vivo (sensações de cansaço/excitação, de fome/sede, de quente/frio, dor/prazer, tensão/relaxamento, etc.). Estas sensações nos informam sobre nosso estado homeostático e como regulá-lo;



O *primeiro andar* é tônico: a distribuição do tônus muscular em todo o corpo, feita a partir dos 2 anos, permite delimitar (as fronteiras do *Self*), conter e regular a expressão de si. Ela permite também agir e interagir;



O *segundo andar* é emocional: as sensações, sejam provenientes de dentro do corpo ou provenientes de fora, produzem variações no estado emocional. Estas emoções (ternura, medo, tristeza, raiva, alegria, etc.) auxiliam na consciência de si e no comportamento de tomada de decisão e de adaptação aos outros e ao mundo;

Por fim, o *terceiro andar* é cognitivo e representacional. A partir da idade de 2 a 3 anos, o córtex órbito-frontal, agora funcional, permite traduzir os estados corporais (de vitalidade, sensoriais, tônicos e emocionais) em representações. Com o desenvolvimento da linguagem verbal, estas representações serão progressivamente verbalizadas. A possibilidade de se visualizar e entender o que está acontecendo consigo mesmo e em torno de si permite tomar decisões e agir de forma adequada.

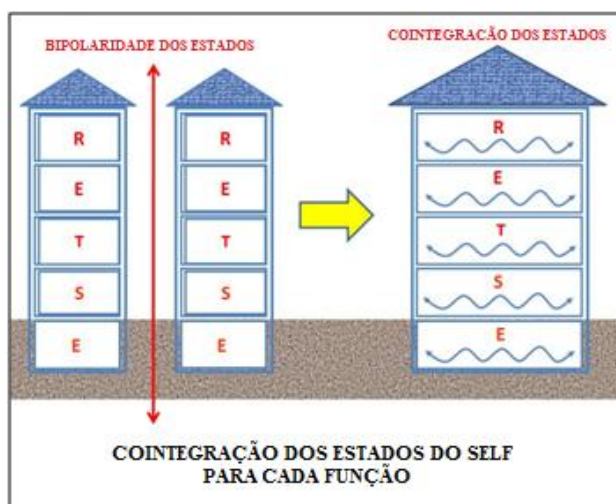


A partir de uma experiência global e indiferenciada no nascimento, a criança terá a tarefa durante os primeiros 2 a 3 anos:

- De distinguir e diferenciar progressivamente os estados que compõem cada uma de suas experiências: estados de vitalidade (energética), estados sensoriais, estados tônicos, estados emocionais e estados mentais:



- De desenvolver um continuum relacionando os extremos de cada um desses andares, passando de um funcionamento bipolar (ou/ou) para um funcionamento associativo (e/e):



- De construir escadas interligando cada um desses andares, permitindo assim que a informação de qualquer andar circule pela casa toda. Este é o processo da plena consciência, da elaboração e da integração global da experiência:



- De construir paredes, portas e janelas, a fim de perceber suas próprias fronteiras corporais, para conter seus fluxos de excitação sensoriomotores e sensorioemocionais, também de se proteger das intrusões e dos abusos:



A jovem criança só pode executar essas tarefas com sucesso, se sua figura de apego lhe ajudar: regulando as experiências da criança, garantindo que elas sejam positivas e construtivas, fontes de sentimentos de segurança, de confiança e de autoestima.

Quando a figura de apego não faz estas regulagens da experiência da criança, ela se depara com intensas emoções negativas e tóxicas. A criança tenta alertar sua figura de apego, se tornando hiperativa (choro, hiperatividade motora). Se esta não responder, a criança opta em seguida pelo afastamento (retraimento, rigidez, insensibilidade emocional). Estas estratégias visam suprimir seus estados de angústia provocando em um caso como no outro o seu sistema nervoso autônomo, simpático e parassimpático. A repetição e o acúmulo destas experiências desreguladas conduzem ao trauma no desenvolvimento.



O trauma do desenvolvimento pode ser simultaneamente descrito por sua causa - a falta de regulação pela figura de apego - e seus efeitos - uma organização patológica do sistema nervoso autônomo.

A Hierarquia Polivagal

A teoria polivagal de Porges (PORGES, 1995; PORGES, 2001^a; PORGES, 2001b; PORGES, 2004; PORGES, 2005; PORGES, 2011) descreve três subsistemas do sistema nervoso autônomo que regem nossos comportamentos:

- O ramo parassimpático ventral do nervo vago: sua atividade é modelada pelo relacionamento humano ou social. É adaptável e regula nossos comportamentos de modo que nossas experiências possam ser vividas dentro de uma zona de ativação psicofisiológica aceitável ou ideal;
- O sistema simpático: ele está ao serviço de um desencadeamento rápido da ação motora e está correlacionado com a zona de hiperativação psicofisiológica;
- O ramo parassimpático dorsal do nervo vago: ele está ao serviço dos comportamentos de defesas primitivas, tais quais se imobilizar ou se fingir de morto, e está correlacionado com a zona de hipoativação psicofisiológica.

Zona de hiperativação
Fisiológica

**2 – Resposta de « ataque ou fuga »
simpático**

Zona de ativação ideal
(Margem de tolerância)

**1 – Resposta de « conexão social »
vagal ventral parassimpático**

Zona de hipoativação
Fisiológica

**3 – Resposta de « imobilização »
vagal dorsal parassimpático**

**Zonas de ativação Neurobiológica
(Correlações entre as zonas de ativação e a hierarquia polivagal)**



Em meio a contextos que não apresentam nenhuma ameaça, o ramo parassimpático ventral do nervo vago regula o sistema simpático e favorece o investimento no mundo ao redor, a formação das relações sociais e das relações de apego positivas (de "conexão social"). Nos seres humanos com uma ampla e flexível margem de tolerância, a resposta da conexão social parece ser a primeira resposta adaptativa e/ou de autoproteção contra uma ameaça. Esta é a resposta a uma procura de assistência, de conforto e de reafirmação junto às pessoas mais próximas, inibindo as outras duas possíveis respostas fisiológicas (respostas 2 e 3).

Se esta regulação não é eficaz e a ameaça de um perigo persiste, o cérebro ativa o sistema nervoso simpático, aumentando a ativação fisiológica (MCEWAN, 1995, VAN DER KOLK, McFARLANE e VAN DER HART, 1996; YEHUDA 1997, 1998) a fim de realizar uma conduta "de ataque ou de fuga". Estas "reações de emergência" (CANNON, 1929) mobilizam a energia do organismo prevendo uma intensa atividade que deverá ser implantada para lidar com a ameaça: o aumento dos processos energéticos (respiração mais intensa e aumento da irrigação sanguínea da musculatura), e o aumento dos processos de consumo de energia para a ação de ataque ou de fuga (hiperativação fisiológica).

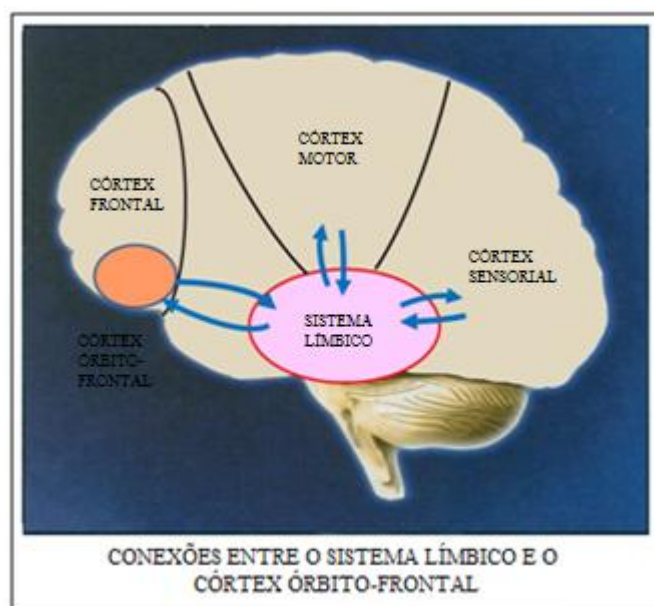
Quando a resposta simpática de ataque/fuga não pode afastar o perigo e restaurar uma sensação de segurança, então, o ramo vagal dorsal parassimpático entra em jogo. Ele é uma resposta de imobilização física e comportamental (SIEGEL, 1999, p. 254) acompanhado por uma diminuição da frequência cardíaca e respiratória, de uma sensação de dormência, de uma insensibilidade emocional e de uma extinção mental (hipoativação fisiológica): o organismo congela.

Quando o sistema de apego (de "conexão social") da jovem criança falha repetidamente, tentando livrá-la de suas angústias, isso resulta em trauma e a disponibilidade a longo prazo do sistema parassimpático vagal ventral, regulador, diminui. A criança então se atrela na hiperativação, na hipoativação, ou na oscilação entre hiper e hipoativação. Será então difícil voltar para sua zona de ativação ideal (Siegel, 1999). A criança, sujeita muito cedo às experiências traumáticas não reguladas pelas figuras de afeto, se estrutura em torno da desregulação de seu sistema nervoso autônomo. Esta desregulação estabelecerá os comportamentos futuros do adulto.

Patologias da Codificação Neurobiológica Pré-Verbal

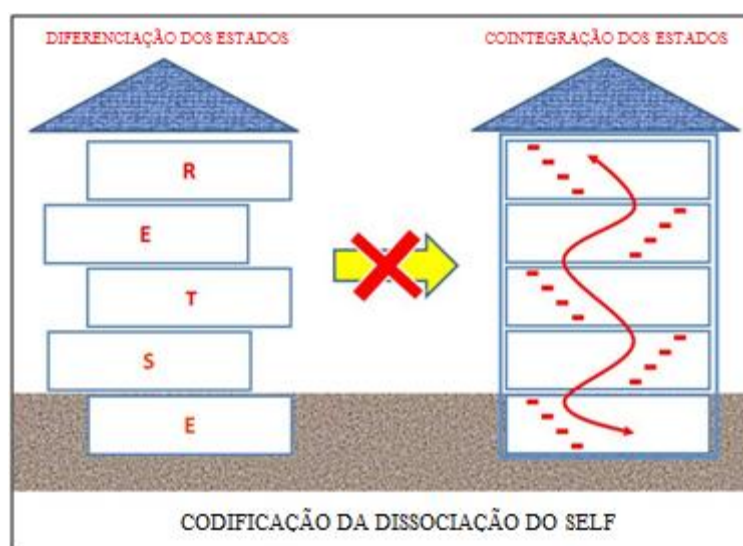
Codificação Estrutural da Dissociação

Os estados repetitivos de hiper e hipoativação experimentados pela jovem criança são gravados no cérebro em maturação, particularmente no sistema límbico (SCHORE, 1996, 1997, 2001; MATSUZAWA e cols, 2001). Esta codificação atrapalha o desenvolvimento do córtex órbito-frontal responsável pelos estados de consciência corporal, responsável pela elaboração das representações mentais e regulador dos estados emocionais.



A capacidade de modular a intensidade e a duração dos afetos primitivos, como a excitação, a euforia, o terror e pânico, o desespero, a raiva e a vergonha se encontra profundamente contrariada. Estes afetos, submergindo o *Self* em construção, alteram a percepção corporal, a percepção do mundo exterior e a formação do senso de si.

Ela cria assim desde cedo mecanismos de dissociação entre os estados de vitalidade, os estados sensoriomotores, os estados emocionais e as representações cognitivas. Estas dissociações se opõem à integração do *Self* em desenvolvimento.



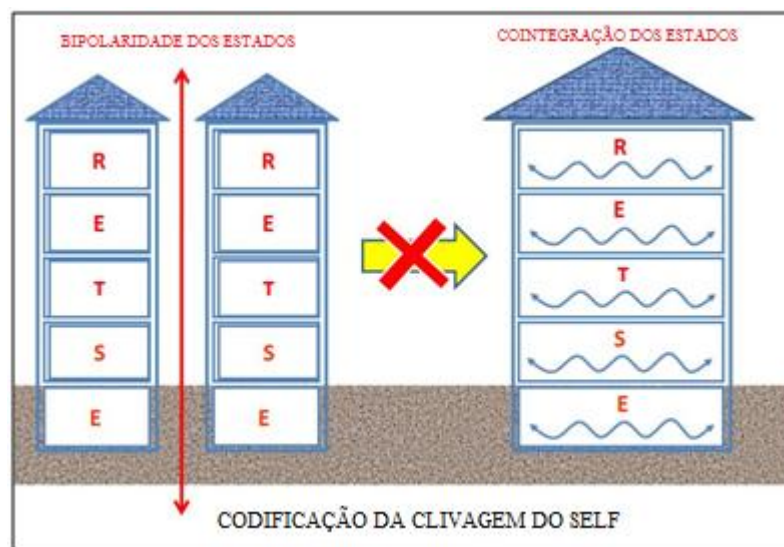
Os estados corporais, no fundamento da identidade de si, mantêm-se dissociados da consciência e dificilmente acessíveis para a representação e para a linguagem. O mecanismo dissociativo é eficaz: ele elimina

da consciência da criança sua angústia, sua destreza e seu terror. Mas, de outro lado, ele o expõe ao risco de um vazio interior.

A Codificação Estrutural da Clivagem

A criança, ao nascer, é formada nos extremos: em nível de vitalidade (passa rapidamente da vigília para o sono), em nível sensoriomotor (passa rapidamente da hipertonidade para a hipotonidade), em nível emocional (passa rapidamente dos choros de protestos para o sorriso de prazer).

Ela gradualmente aprende a construir pontes entre os extremos, de um lado graças à sua maturação neurobiológica, por outro lado, devido às propriedades de seu sistema de apego: sua mãe se relaciona com ela em nível de ritmicidade, de sincronização, das trocas emocionais, e ela lhe oferece modelos para passar de um extremo ao outro e encontrar esse centro de referência para o futuro "o centro de si". A criança é, então, integrada em cada um dos seus níveis de complexidade, energética, sensorial, tônica, emocional e representativa, e pode deslocar de um extremo ao outro.



As experiências repetitivas de não ritmicidade, de assincronia, de desafinação mãe-bebê induz desregulações em cada nível de complexidade do *Self*. Estas experiências são tóxicas para a homeostase da criança e afetam sua evolução integrativa: ele permanece clivado em uma percepção bipolar de suas experiências e no tudo ou nada (hiper ou hipo).

A Codificação da Identificação Projetiva

Para a maioria, os estados dissociados e clivados do *Self* constituem os estados *existenciais* sem imagens e sem palavras, mantendo-se fora do âmbito da consciência cognitiva. Eles não se dirigem a ninguém e não estão sujeitos a qualquer comunicação intencional implícita ou explícita. Eles só podem ser vistos do exterior, por outro, como indícios sensorioemocionais ou comportamentais susceptíveis de receber ecos que os trazem à consciência e os transformam.

Quando estes estados são reativados, eles só podem ser projetados (e não "comunicados") *dentro* do campo terapêutico (em vez *da* figura do terapeuta). Eles se manifestam então sob a forma de erupções emocionais (de pena, de desespero, de raiva, de vergonha...), sob a forma de fantasias irracionais ou de comportamentos incontroláveis já que estas personalidades manifestam uma "incapacidade de se autorregular, de receber, codificar e tratar suas experiências emocionais" (GROTSTEIN, 1990, p. 157). Este mecanismo tem sido descrito tal como identificação projetiva defensiva, uma tentativa autorreguladora patológica que tende a trazer o organismo para um certo equilíbrio homeostático, em situações de tensão ou de *stress*, na forma de descarga projetada para o exterior.

Estes estados reativados no lado direito do cérebro do paciente e projetados dentro do espaço terapêutico só podem ser recebidos pelo cérebro direito do terapeuta, a relação empática sendo uma relação cérebro direito - cérebro direito (SCHORE, 2003, p. 50). Isto implica que o terapeuta pode ativar seus neurônios espelho, entrar em ressonância com o paciente, e deixar



viver nele as sensações, emoções, expressões, posturas, gestos esboços de seu paciente. Então, ele será em condições de configurá-las, de desintoxicá-las e de regulá-las para que elas se tornem assimiláveis para seu paciente. Trata-se, durante esta sequência do processo terapêutico, de uma relação terapeuta-paciente não verbal, implícita, intersubjetiva. A comunicação implícita cérebro direito – cérebro direito precede a comunicação explícita cérebro esquerdo – cérebro esquerdo.

As Patologias Pós-Traumáticas

As desregulações neurobiológicas pré-verbal e os procedimentos de autorregulação patológica são gravadas desde o início na estrutura do cérebro e na memória de longo prazo (MATSUZAWA e cols., 2001). Eles dão origem a "traços de caráter estruturais" (PERRY e Cols., 1995), originando condutas biopsicológicas



de repetição em todos os níveis de desenvolvimento funcional do *Self*: somatossensorial da vitalidade, sensoriomotor, emocional e cognitivo/representacional. Estrutura biológica e estrutura de personalidade se sobrepõem: a hipótese de Reich (1933) sobre a "identidade funcional psique e soma", muitas vezes marginalizada, estava correta. Ela corresponde ao que hoje neurobiologistas poderiam chamar de "identidade estrutural cérebro-comportamento".

Três tipos essenciais de disregulações pré-verbais levam a três tipos de estruturação de personalidade pós-traumática. Nós os chamamos de "caráter" visto que estas estruturas do *Self* são modeladas por "traços de caráter estruturais neurobiológicos" (PERRY e Cols., 1995): o caráter oral, o caráter esquizoide e o estado limite.

O Caráter Oral

O caráter oral é a expressão de um trauma de desenvolvimento pré-verbal originado pelas experiências de separação repetitivas resultando em uma angústia fundamental de perda ou abandono.

A mãe desta criança está preocupada com o seu próprio estado afetivo e não é confiável (MAIN, 1995; BELSKY, ROSENBERG e CRNIC, 1995). Ela se caracteriza por sua incerteza comportamental, às vezes disponível para atender às necessidades de seu filho, às vezes, invasiva ou excessivamente carinhosa em função de seus próprios estados emocionais e mentais. Ela não interpreta corretamente os sinais de sofrimento do filho e parece ter desenvolvido um modelo "condicional" de atendê-lo: estratégias de defesa a distância ou estratégias para manter seu filho perto dela, promovendo sua dependência. Ela tem uma percepção desvalorizada de seu filho, enfatiza os aspectos negativos de suas interações mútuas, não é capaz de cointegrar o bom e o mau, o positivo e o negativo, e é incapaz de ajudar a criança a transformar seus afetos negativos.

A criança, por sua vez, reagindo e se adaptando ao sistema díade, desenvolve um modelo de apego "ansioso-ambivalente" (AINSWORTH, 1978). Ela busca o contato, mas resiste quando consegue (MAIN e MORGAN, 1996). Ela sente, constantemente, fortes angústias de separação sempre que suas necessidades de contato não são satisfatórias e busca, às vezes, a aproximação antes que ocorra a separação.

Esta criança é levada a desenvolver uma estratégia de hiperativação de seu sistema de apego: hiperativação do ramo simpático do sistema nervoso autônomo (SCHORE, 1994), em detrimento do desenvolvimento de suas funções cognitivas.



Zona de hiperativação Fisiológica	2 – <i>Resposta de « ataque » (protestos) simpático</i>
Zona de ativação ideal (Margem de tolerância)	1 – <i>Resposta de « conexão social » vagal ventral parassimpático</i>
Zona de hipoativação Fisiológica	3 – <i>Resposta de « imobilização » vagal dorsal parassimpático</i>
Estratégia de hiperativação neurobiológica	

Essa criança que se tornou um adulto "preocupado" está organizado pela hiperativação do seu sistema de apego que se tornou o sistema de conexão social, hiperativação codificada em seu sistema nervoso a longo prazo. Seu entusiasmo é tal que ele não consegue ter uma visão objetiva de si e de sua relação com o mundo. Sua angústia da perda, do abandono ou da separação pós-traumática o esgota, o mantém na dependência e na hiperexcitação emocional. Ela o predispõe à crise de pânico ou a alternância de estados de euforia (maníacos), seguido por estados depressivos.

O Caráter Esquizóide

O caráter esquizóide é a expressão de um trauma no desenvolvimento pré-verbal originária das experiências de rejeições hostis repetitivas e se traduzindo por um terror fundamental de aniquilação.

Nota-se na mãe uma ausência de expressão emocional (MAIN, 1977, in AINSWORTH e al., 1978). Ela rejeita e manifesta aversão ao contato físico (LOWEN, 1967, 1975; MAIN & STRADTMAN, 1981). Por vezes, ela é intrusiva (AINSWORTH, 1969, in MAIN, 1994; BELSKY, 1984). Esta mãe aprecia que a criança se torne desde cedo "independente", ao qual a criança responde positivamente (MAIN e GOLDWYN, 1994) inibindo suas pulsões de apego.

A criança se adapta a este sistema díade desenvolvendo um modelo de apego "ansioso-evitativo" (AINSWORTH, 1978). Além de um certo limite de hostilidade e de rejeição materna, a ansiedade tornou-se tão forte que ela escolhe uma estratégia de afastamento: ela evita o contato com sua mãe e se torna indiferente a ela. Ela entra em um estado de dissociação se retirando do mundo exterior e se recolhe em seu mundo interior, em uma zona de hipoativação fisiológica, sobreinvestindo a atividade mental.



Zona de hiperativação
Fisiológica

2 – *Resposta de « ataque »
(protestos) simpático*

Zona de ativação ideal
(Margem de tolerância)

1 – *Resposta de « conexão social »
vagal ventral parassimpático*

Zona de hipoativação
Fisiológica

3 – *Resposta de « imobilização »
vagal dorsal parassimpático*

Estratégia de hipoativação neurobiológica

Essa criança, que se tornou adulto, apresenta um padrão "desapegado". Esta atitude é consequência de uma dissociação entre os pensamentos e os afetos: os pensamentos negativos são separados da experiência emocional, determinando um pensamento fragmentado em vez de uma rede de pensamentos. Estas dissociações refletem a não integração dos diferentes elementos da experiência: somatossensoriais, sensoriomotoras, emocionais e cognitivas.

O Estado Limite

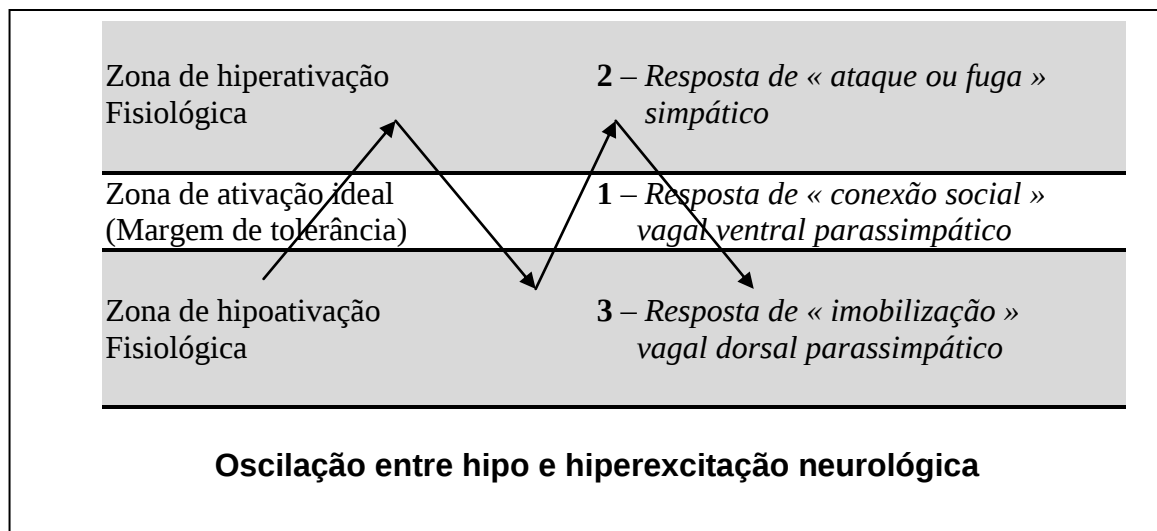
O estado limite é a expressão de um trauma no desenvolvimento pré-verbal originária das experiências paradoxais violentas e/ou intrusivas repetitivas se traduzindo por uma angústia constante, uma desorganização e uma desorientação comportamental e relacional.

A mãe, e o pai, oferecem à criança respostas contraditórias, paradoxais e imprevisíveis, que podem ser ameaçadoras ou violentas, invasivas ou abusivas, expondo a criança ao sentimento de medo de ser aniquilada, de ser violentada ou abusada, à ansiedade da separação e ao medo de enlouquecer. Tendo falhado no desenvolvimento de um "envelope tônico" e capacidades psíquicas, protetoras e reguladoras, ela permanece exposta às intrusões, às violências e aos abusos.

Neste contexto onde confiabilidade, permanência e continuidade estão ausentes, a criança não consegue definir nem padrões adaptativos, nem padrões defensivos estáveis. Ela não pode se desenvolver na ausência de referências estruturantes interiorizáveis. Seu recurso aos mecanismos de dissociação, de clivagem e de identificação projetiva não constitui uma estratégia eficaz: ela continua desorganizada e confusa. Ela não pode desenvolver um padrão relacional (um padrão de apego e de interação) estável: ela permanece desorientada e perdida. A criança "desorganizada-desorientada" permanece um adulto "desorganizado-desorientado" que oscila

entre a hiperativação emocional (se expressa na forma de identificação projetiva) e a retirada da relação (expressa pela dissociação).

Sua desregulação fisiológica é caracterizada por uma oscilação instável entre os dois extremos de hiperativação e hipoativação fisiológica (POST e al., 1997; VAN DER HART, NIJENHUIS e STEELE, 2006; VAN DER KOLK e al., 1996).



Ela provoca no adulto "a instabilidade emocional, os distúrbios sociais, um déficit de resposta ao estresse, e uma desorganização-desorientação cognitiva" (SIEGEL, 1999, p. 119-120).

As Respostas Terapêuticas

O objetivo terapêutico é de ajudar o paciente a desenvolver uma ativação psicofisiológica (sensorioemocional e cognitiva) que possa se situar dentro da margem de tolerância fisiológica (resposta 1 no diagrama). Para isso, ele vai ter que substituir seus modos de regulagens patológicas (dissociação, clivagem, identificação projetiva) para novos métodos autorreguladores adaptados para sua vida adulta. O processo terapêutico é baseado em uma tripla regulação:

- Regulação por um sistema de apego terapêutico confiável e a nova possibilidade de "conexão social" segura que ele oferece;
- Regulação pelo sistema nervoso autônomo (parassimpático vagal ventral) e suas múltiplas conexões com o sistema respiratório, o sistema cardíaco e sistema muscular;
- Regulação pela capacidade de desenvolver a "informação corporal" (de baixo para cima) ou "a informação mental" (de cima para baixo).



A Regulagem pela Relação de Apego Terapêutica

O trauma no desenvolvimento nasceu da relação de apego patógena, ele só poderá se resolver na relação de apego reguladora.

O objetivo da díade terapêutica é proporcionar ao adulto o que faltou para a criança: uma sensação de segurança confiável. O terapeuta se torna o promotor, cumprindo a função de "base de segurança", respondendo aos sinais de destreza de seu paciente, desintoxicando suas experiências traumáticas reativadas, propondo-lhe novas experiências reparadoras e/ou construtoras de seu *Self* danificado.

Um sistema de apego terapêutico seguro desenvolve propriedades específicas: de ritmicidade e de sincronização das trocas intersubjetivas, de contenção dos estados do paciente, da sintonia afetiva mútua, da regulagem dos estados de vitalidade e dos estados sensorioemocionais, de reparação dos microfracassos vividos pela díade terapêutica.

A simulação dessas propriedades é facilmente controlada pelo lado direito do cérebro e STERN (1998), SCHORE (2001), BEBEE (2002) e TRONICK (2007) enfatizam a semelhança entre a comunicação pais-filhos e terapeuta-paciente. É essencial que a díade terapeuta-paciente firme primeiro suas trocas no modo "implícito" (olhar, postura, tom de voz, expressão facial, micromovimentos), porque é o modo essencial no qual a personalidade pós-traumática tem acesso (VANAERSCHOT, 1997). Por outro lado, as experiências pré-verbais desreguladas ainda são inacessíveis para os centros da linguagem localizados no lado esquerdo do cérebro (JOSEPH, 1982) e, ao mesmo tempo, suas novas experiências terapêuticas reguladas devem tender a se tornarem acessíveis para os centros da linguagem.

Um sistema de apego terapêutico confiável e seguro favorece o retorno gradual do regulador do sistema parassimpático vagal ventral (o sistema de "conexão social"), com seus efeitos inibidores dos sistemas simpático e parassimpático, esses dois sistemas ativadores da hiperexcitação e da hipoexcitação.

A Regulagem Sensoriomotora e Sensorioemocional dos Estados de Estresse Pós-Traumáticos

O objetivo terapêutico é também ensinar ao paciente a desenvolver sua plena consciência de corpo, a fim de desenvolver a sua capacidade progressiva de autorregulagem. A função de autorregulagem é de diminuir a atividade fisiológica no caso da hiperatividade, ou de aumentar no caso de hipoatividade: ela se apoia sempre na consciência corporal mediatizada pelo córtex cerebral.

Durante o processo terapêutico, diversas situações interativas, *scripts*, experiências podem ser propostas, respondendo a objetivos específicos, dependendo da natureza do trauma no desenvolvimento. Eles visam:

- Soltar os mecanismos de defesa (dissociação, clivagem, identificação projetiva) corporal codificados nos tecidos conjuntivos e na musculatura;
- Construir um envelope tônico, delimitando, contendo e regulador;



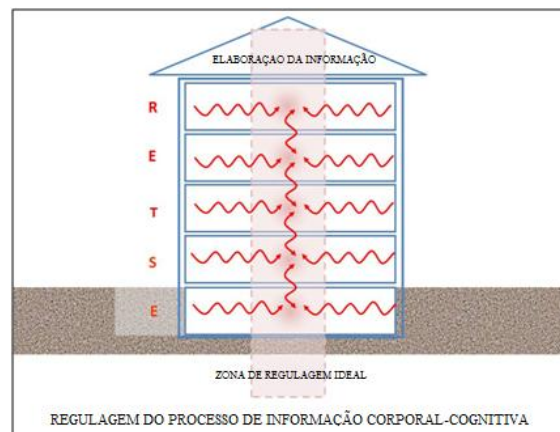
- Desenvolver uma consciência sensorial (interior-, próprio- e exteroceptiva) se apoiando na motilidade (respiração) e na mobilidade (movimento);
- Redefinir a comunicação implícita (visual, sonora, tátil, gestual);
- Desenvolver um senso de distância ideal e explorar as condutas de separação/individualização;
- Reiniciar as condutas de proteção e de defesa;
- Restaurar a conexão emocional e a expressão emocional regulada;
- Incorporar o *Self* na realidade corporal, especialmente em sua verticalidade e sua firmação à terra;
- Cointegrar erogenização e erotização e se ancorar na genitalidade.

O processo de integração pode, então, se definir como a capacidade de tolerar os seus próprios estados de vitalidade, sensações corporais, emoções e pensamentos, passados ou presentes, dolorosos ou fontes de prazer, traumáticos ou domésticos, sendo sua própria testemunha, mas vivenciando-as e percebendo-as desta vez dentro de sua margem de tolerância fisiológica. Apoiando-se na plena consciência de si, o sistema nervoso autônomo é "reabilitado" e com ele, são reequilibrados os grandes sistemas que compõem o *Self* (sistema metabólico, sistema nervoso central, sistema endócrino, sistema cardiovascular e respiratório), bem como as grandes funções do *Self* (funções energéticas, sensoriomotoras, sensorioemocionais, e cognitivas).

A Regulagem da Informação Corporal e Cognitiva

O estado de consciência ideal, ancorada na consciência corporal, é a condição *sine qua non* para que se inicie um processo de regulagem da atividade psicofisiológica, contendo os estados de hiperexcitação fisiológica ou os estados de hipoexcitação fisiológica.

O estado de consciência possibilita a percepção da "informação" sem excessos ou *déficit* sensorio-emocional, sensoriomotor ou representacional. Ela torna possível sua elaboração. Este processo de desenvolvimento da informação pode assim, ser desenvolvida de maneira regulada numa direção ascendente (do corpo para a representação) ou descendente (da representação para o corpo). Ele implica o *Self* na sua globalidade e prepara a ação ajustada à realidade presente (sua realidade interna e a realidade externa).





No entanto, a maioria dos pacientes apresentando um trauma de desenvolvimento manifesta uma dificuldade na elaboração de suas experiências sensoriais e emocionais (FONAGY e TARGET, 1997). Faltam as ferramentas de tradução de suas experiências sensorio-tônico-emocionais nas representações mentais, por sua vez, traduzidas para a linguagem verbal. Este é o processo de simbolização. Estas ferramentas de tradução são (TONELLA, 2012):

- A configuração das experiências sensorioemocionais (interligar entre elas as informações energéticas, sensoriais, tônicas, emocionais e cognitivas);
- A representação corporal das intenções sensorioemocionais (as traduzirem corporalmente ou na forma de interações terapeuta-paciente);
- A metaforização das representações corporais (traduzi-las em imagens e representações);
- A abstração linguística das metáforas (traduzi-las em palavras para verbalizá-las).

A consciência de si, a capacidade de se autorregular, de comunicar e de receber ecos constituem o processo de humanização com base no desenvolvimento de um sentimento de identidade e de dignidade pessoal.

Conclusão

Eu apresentei três tipos de estruturas de personalidade originadas do trauma no desenvolvimento: oral, esquizoide e limite. Propus três abordagens terapêuticas conjuntas que favoreçam a regulação dos estados pós-traumáticos: (1) a regulação através da base de segurança que traz uma relação terapêutica de apego confiável. Ela se baseia na relação terapêutica intersubjetiva; (2) a regulação neurobiológica do sistema nervoso autônomo que traz as experiências de consciência corporal. Ela se baseia na relação terapêutica interacional; (3) a regulação pela elaboração transversal da informação atravessando cada andar do *Self*, e envolvendo a utilização dos tradutores, de um andar para o outro. Ela se baseia na relação terapêutica analítica.

As investigações neurobiológicas atuais confirmam: estas regulações sempre implicam uma abordagem corporal: sensorioemocional e sensoriomotora. Reich (1933, 1940) e Lowen (1958, 1965, 1985), com a análise bioenergética, foram os iniciadores e os promotores. A prática atual da análise bioenergética tende a cointegrar uma relação terapêutica necessariamente tridimensional: interacional, intersubjetiva e analítica.

Referências

AINSWORTH M.D.S., BLEHAR M.C., WATERS E., WALLS S. 1978, *opus cité*.

BEEBE, B., LACHMAN, F. **Infant research and adult treatment**, Hillsdale, NJ: Analytic Press, 2002.



BELSKY J. The determinants of parenting. A process model, **Child Development**, 1984, v.55, p. 83-96.

BELSKY J., ROSENBERG K & CRNIC K. The origins of attachment security: “Classical” and contextual determinants, S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), **Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives**, Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1995, p.153-183.

CANNON W.B. **Bodily changes in pain, hunger, fear and rage**, New York: Appleton (2ème éd.), 1929.

CARLSON E., AMSTRONG J., LOWEINSTEIN R. & ROTH D. Realationships between traumatic experiences and symptoms of posttraumatic stress, dissociation, and amnesia, J.D. Bremner & C. Marmar (Eds.), **Trauma, memory, and dissociation**, Washington, DC: American Psychiatric Press, 1998, p.205-227.

Conférence à la Faculté de Psychologie, Université de Belgrano, Buenos Aires, 03 Mai, 2012.

FONAGY, P. & TARGET, M. Attachment and reflective function: Their role in self-organization, **Development and Psychotherapy**, 1997, v. 9, p. 679-700.

GROTSTEIN J. S. Invariants in primitive emotional disorders, L. B. Boyer and P. L. Giovacchini (Eds.), **Master clinicians on treating the regressed patient**, Northvale, NJ: Jason Aronson, 1990.

JOSEPH, R. The neuropsychology of development: Hemispheric laterality, limbic language, and the origin of thought, **Journal of Clinical Psychology**, 1982, v.44, p. 630-673.

LOWEN, A. **The language of the body**, Grasse and Stratton, New York, 1977, trad. fr. **Le Langage du Corps**, Tchou, Paris, 1958.

LOWEN, A. **Breathing, movement and feeling**, Monograph, Institute for Bioenergetic Analysis, New York, 1965.

LOWEN, A. **Le corps bafoué**, Tchou Paris, 1967.

LOWEN, A. **La bioénergie**, Tchou Paris, 1975.

LOWEN, A., 1985, **Narcissism, denial of the true self**, Macmillan Publishing Company, New York, 1987,

MAIN M. A move to the level of representation in the study of attachment organization : Implications for psychoanalysis, Annual Research Lecture to the British Psycho-Analytical Society, London, July 6, 1994.



MAIN M. Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work, S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), **Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives**, Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1995, p.407-474.

MAIN M., GOLDWIN R., 1994, *opus cité*.

MAIN M., SRADTMAN J., 1981, Infant response to rejection of physical contact by the mother: Agression, avoidance and conflict, **Journal of the American Academy of Child Psychiatry**, 20, 292-307.

MATSUZAWA, J., MATSUI, M., KONISHI, K., GUT. R. C., BILKER, W. & MIYAWAKI, T. Age-related changes of brain grey and white matter in healthy infants and children, **Cerebral Cortex**, 2001, v.11, p. 335-342.

MCEWAN B. Adrenal steroid actions of brain : Dissecting the fine line between protection and damage, D. Friedman, D.S. Charney & A.Y. Deutch (Eds.), **Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaptation to posttraumatic stress disorder**, New York: Lipponcott Raven, 1995.

PERRY, B. D., POLLARD, R. A., BLAKELY, T. L., BAKER, W. & VIGILANT, D. Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and “use-dependent” development of the brain. How “states” become “traits”, **Infant Mental Health Journal**, 1995, v.16, p. 271-291.

PORGES S.W. Orienting in a defensive world : Mammalian modification of our, **Psychophysiology**, 1995., v. 32, n.4, p.301-318.

PORGES S.W. The polyvagal theory: Phylogenetic substrates of a social nervous system, **International Journal of Psychophysiology**, 2001a. v. 42, n.2, p.123-146.

PORGES S.W. Is there a major stress system at the periphery other than the adrenals?, D.M. Brooom (ed.), **Report of the 87th Dahlem Workshop on Coping with Challenge: Welfare in Animals Including Humans**, Berlin, 2000, Dalhem University Press: Berlin, 2001b. p. 135-149.

PORGES S.W. Neuroception: A subconscious system for detecting threats and safety, **Zero to Three**, 2004. Retrieved August 8, 2005, from bbc.psych.unic.edu/pdf/Neuroception.pdf.

PORGES S.W. The role of social engagement in attachment and bonding: A phylogenetic perspective, C.S. Carter, L. Sachser (Eds.), **Attachment and bonding: A new synthesis**, Cambridge, MA: The MIT Press, 2005.

PORGES S.W. **The polyvagal theory**, www Norton & Company, New York, 2011.



POST R., WEISS S., SMITH M., LI H. & MMCCANN U. Kindling versus quenching: Implications for the evolution and treatment of posttraumatic stress disorder, R. Yehuda & McFarlane (eds.), **Psychobiology of posttraumatic stress disorder**, 1997, opus cité.

REICH, W., 1933, **Charakteranalyse**, 1949, **Character Analysis**, Wilhelm Reich infant Trust fund. **L'Analyse Caractérielle**, Payot, Paris, 1971.

REICH, W., 1940, **The function of the orgasm**, Orgone Institute Press, New York, (1952) trad. Fr. **La function de l'orgasme**, L'Arche, Paris.

SCHORE A. The experience-dependant maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology, **Development and Psychopathology**, 1996, v.8, p. 59-87.

SCHORE A. Interdisciplinary developmental research as a source of clinical models, M. Moskowitz, C. Monk, C. Kaye & S. Ellman (Eds.), **The neurobiological and developmental basis for psychotherapeutic intervention**, Northvale, NJ: Aronson, 1997.

SCHORE N. A. **Regulation of the right brain: A fundamental mechanism of attachment, trauma, dissociation, and psychotherapy, Parts 1 and 2**. Papers presented at the Conference on Attachment, Trauma, and dissociation: Developmental, Neuropsychological, Clinical, and Forensic Considerations, University College of London Attachment Research Unit and the Clinic for the Study of Dissociative Disorders, Sponsors, London, 2001.

SCHORE N.A. **Affect regulation and the repair of the self**, Norton and Company, New York, 2003.

SIEGEL D. **The developing mind**, 1999, opus cité.

STERN, D. **Le monde interpersonnel du nourrisson**, Paris, PUF, 1985.

STERN, D. N., BRUSCHWEILER-STERN, N., HARRISON, A. M., LYONS-RUTH, K., MORGAN, A. C., NAHUM, P. P., SANDER, L., & TRONICK, E. Z. The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult therapy, **Infant Mental Health Journal**, 1998, v.19, p. 300-308.

TONELLA, G. L'encodage corporel de la mémoire préverbale, Le corps et l'analyse, 2012, Vol. 13 trad. fr. **Gagner à en mourir, une civilisation narcissique**, Hommes et Groupes, Paris.



TRONICK, E., HARRISON, A. M. Contributions to understanding therapeutic change: Now we have a playground, **Journal of the American Psychoanalytic Association**, 2007, v.55, n.3, p. 853-872.

VAN DER HART O., NIJENHUIS E., STEELE K. **The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization**, 2006, opus cité.

VAN DER KOLK B.A., MCFARLAINE A.C., VAN DER HART O. A general approach to treatment of posttraumatic stress disorder, B.A. Van der Kolk, A.C. McFarlane & L. Weisaeth (eds.), **Traumatic stress: The effects of overwhelming stress on mind, body and society**, 1996, opus cité.

VAN DER KOLK B.A., MCFARLAINE A.C., VAN DER HART O. A general approach to treatment of posttraumatic stress disorder, B.A. Van der Kolk, A.C. McFarlane & L. Weisaeth (eds.), **Traumatic stress: The effects of overwhelming stress on mind, body and society**, 1996, opus cité.

VANAERSCHOT G. Empathic resonance as a source of experience-enhancing interventions, A. C. bohart and L. Greenberg (Eds.), **Empathy reconsidered: New direction in psychotherapy**, Washington DC: American Psychological Association, 1997, p.141-165.

YEHUDA R. Sensitization of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in posttraumatic stress disorder, R. Yehuda & A.C. McFarlane (Rds.), **Psychobiology of posttraumatic stress disorder**, New York: New York Academy of Sciences, 1997, p. 57-75.

YEHUDA R. Neuroendocrinology of trauma and posttraumatic stress disorders, R. Yehuda (Ed.), **Psychological trauma**, Washington DC: American Psychiatric Association, 1998, p.97-131.

●