

Estresse Pós-traumático: uma Abordagem Corporal

Frinéa Souza
Brandão¹

¹ Psicóloga e psicoterapeuta com treino em psicanálise clínica individual, psicanálise de grupos, analista institucional, gestalt terapeuta, EMDR - Eye Movement Desensitization and Reprocessing, níveis I e II - 1999; hipnoterapeuta ericksoniana, pelo Instituto Milton H. Erickson de Belo Horizonte – 1998. Cursos em terapia corporal, teorias da comunicação e psicanálise. Atuou em ambulatório no NEPAD/UERJ, Colônia Juliano Moreira e IBRAPSI. Seu trabalho clínico foi supervisionado por Claude Olivenstein. Fundadora da Neurofocus Psicoterapias, 2012. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Análise Reichiana - NEPAR - UFRRJ / CNPq.

. Contato:
frineasb@gmail.com

Resumo A Terapia Breve Reichiana apresentou eficácia no tratamento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), contando com técnicas respiratórias e oculares, ressignificação do trauma, trabalho com manobras corporais, exposição imaginária e conceitos baseados na vegetoterapia de Wilhelm Reich. A avaliação foi realizada através de medidas obtidas da frequência cardíaca, impedância da pele, além dos escores do Inventário Beck de Depressão (BDI), do Inventário Beck de Ansiedade (BAI), do *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* (PCL 5) e dos Escores de Resiliência de Wagnild & Young. Observou-se diminuição dos escores do BDI, BAI, e do PCL 5 e aumento dos escores de Escala de Resiliência ao longo do tratamento. O objetivo desse estudo foi demonstrar a eficácia da Terapia Breve Reichiana no TEPT auxiliada pelo Biofeedback. Aborda o caso de uma paciente que não tolerou outros tratamentos. Essa paciente demonstrou com sua significativa melhora que a administração do protocolo foi adequada, havendo evidências de eficácia da TBR e da relevância do biofeedback neste processo.

Palavras-chave: Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Terapia Breve Reichiana, Vegetoterapia, Biofeedback, Relato de Caso Clínico.

Post Traumatic Stress: A body approach

Abstract: Reichian Brief Therapy was effective in the treatment of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), relying on respiratory and ocular techniques, re-signification of trauma, work with body maneuvers, imaginary exposure and concepts based on Wilhelm Reich's vegetotherapy. The assessment was performed using measurements obtained from heart rate, skin impedance, in addition to scores from the Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL 5) and Wagnild & Young's resilience. There was a decrease in the BDI, BAI, and PCL 5 scores and an increase in the Resilience Scale scores throughout the treatment. The aim of this study was to demonstrate the effectiveness of the Brief Reichian Therapy in PTSD aided by Biofeedback. Addresses the case of a patient who did not tolerate other treatments. This patient demonstrated with her significant improvement that the administration of the protocol was adequate, with evidence of the effectiveness of TBR and the relevance of biofeedback in this process.

Keywords: Posttraumatic Stress Disorder, Brief Reichian Therapy, Vegetotherapy, Biofeedback, Clinical Case Report.

Introdução

O estresse é conhecido desde a pré-história através das condições adversas sofridas pela humanidade, como calor, frio, exaustão, fome, perda de sangue, medo, ou doença, situações que deflagram várias reações biológicas e psicológicas. No século XIX, o fisiologista francês Claude Bernard reconhece que o organismo procura se proteger em condições desfavoráveis, tentando manter um equilíbrio, nomeado homeostase no século XX, dando sustentáculo ao conceito de estresse.

Descrição do caso clínico

M., 32 anos, solteira, bailarina e residente no Rio de Janeiro, procurou atendimento após assalto ocorrido em sua residência, no qual vários pertences foram roubados. Ela estava sozinha e não reagiu. Como não foi agredida fisicamente, considerou-se uma pessoa de “sorte”, mas quando os assaltantes foram embora, apresentou sensação de “congelamento”, rosto quente e tremor nas pernas. Moradora de uma vila na zona sul do Rio, achava seguro o lugar que morava até esse acontecimento. Reforçou a segurança de sua casa com grades e trancas. Todos os dias depois que fechava tudo verificava novamente, desconfiando se havia fechado todas as janelas e portas.

Mostrando-se bastante amedrontada com a possibilidade de sofrer novo assalto, evitava quaisquer circunstâncias que a expusessem à violência urbana, relatando grande ansiedade ao sair de casa e interpretando qualquer situação como perigosa. Tinha fortes enjoos pela manhã, dores de cabeça, rins hiperativos, ora constipação, ora diarreia, pensamentos intrusivos, repetitivos e alterados por flashbacks. Nesse estado emocional associava determinadas pessoas ao trauma, ficando hiper vigilante, com dificuldade de concentrar e dormir, ou seja, não conseguia uma regulação emocional satisfatória. Sua amígdala estava hiperativa, e o nervo vago comprometido em seu funcionamento apontava para uma hiperativação do Sistema Nervoso Simpático.

Seu organismo estava disfuncional, seu mal-estar corporal a transportava para percepções distorcidas, onde projeções dele distorciam a realidade de tal modo a fazer acreditar que qualquer pessoa com uma tênue semelhança com os assaltantes era um perigo extremo. Antes do acontecido se descrevia como pessoa “alegre e cheia de vida”. Percebemos que o choque emocional produziu um colapso, do qual derivou a

falta de contato e a anorgonia. Sintomas relatados por ela e detectados nas escalas, como o retorno de memórias repetitivas e involuntárias, emoções seguidas de sensações desagradáveis, sonhos angustiantes persistentes vêm da falta de contato produzida pelo colapso. A anorgonia pode ser detectada através das crises de despersonalização, desrealização e sensação de distanciamento do próprio corpo. Seu organismo encontrava-se colapsado pelas fortes contrações ocasionadas pela situação violenta.

Chegou para tratamento no terceiro mês de tratamento psiquiátrico. Foi relatado piora dos sintomas, com o aparecimento de sintomas de depressão apesar de 25mg de citalopram. Iniciou-se o tratamento com Terapia Breve Reichiana (TBR) depois de algumas tentativas com o método *Eye Movement Dessensitization and Reprocessing* (EMDR), onde dissociava e entrava em estado de angústia. Não permitia que ninguém se aproximasse ou a tocasse.

Foi destacado o seu contato com seu corpo e suas sensações, enfatizando a relação entre eles. Através desse caminho, pode-se chegar à construção de um planejamento terapêutico. Foi explicado que precisava de trabalho ocular. A hipótese terapêutica era dar diferentes informações a seu corpo para que mudasse suas sensações de contração.

Metodologia e Resultados

Acordamos 20 sessões de terapia uma vez por semana, intercaladas com 20 sessões de biofeedback com respiração abdominal profunda, medida por um polígrafo de alta definição (Nexus 10), uma vez por semana. Na revelação de sua história ficou claro que tinha uma boa relação com seus pais e isso revelava um bom prognóstico. Foram feitas exposições imaginárias e em seguida trabalho de acomodação ocular com lanterna durante cinco minutos nas quatro primeiras sessões, aumentando gradativamente até chegar a doze minutos nas 12 últimas sessões.

O trabalho de acomodação ocular é modulado como um sistema feedback, que opera de maneira a aumentar ou otimizar o contraste luminoso da imagem retiniana. Quando a fixação muda de um alvo longe para perto, cada olho acomoda e ambos convergem no interesse de manter a visão binocular, ajudando a ampliar a visão inter e intrapsíquica. Do ponto de vista simbólico, esse olhar para o dentro de si e fora de si

amplia conexões mais estáveis de segurança, diminuindo a contração e flexibilizando a maneira rígida e extrema dos pensamentos ocasionados pelo trauma.

Após o trabalho de acomodação ocular foram laboradas a reestruturação cognitiva das suas emoções, o que auxiliou no contato com seu corpo e na modificação de crenças de vulnerabilidade. Algumas cognições identificadas durante o tratamento foram “agora o mundo é perigoso”, “as pessoas não são confiáveis” e as emoções, sensações, sua localização no corpo. Na continuidade da terapia suas emoções e sentimentos mais positivos vieram à tona assim que as sensações desagradáveis foram perdendo força. Trabalhando com sua expressão facial e corporal e sentindo o seu reflexo emocional, ajudamos que ela se integrasse novamente.

No biofeedback a partir da sexta sessão conseguiu manter a respiração profunda durante seis minutos sem tontura ou enjoo. A frequência cardíaca também se manteve baixa. A partir da décima primeira sessão respirava ininterruptamente durante quatro minutos e após a décima quinta sessão durante dez minutos.

Com o avanço do tratamento, a paciente passou a sair de casa com frequência, trabalhar e participar de atividades de lazer. Embora o foco do tratamento tenha sido o TEPT, observou-se melhora qualitativa nas dores de cabeça, intestino e na hiperatividade dos rins.

Discussão

A regulação emocional é extremamente importante na vida cotidiana. Nesse âmbito, a amígdala ocupa uma função considerável, que é a de facilitar a adaptação individual ao ambiente. As emoções com valência negativa, como o medo, são associadas a um aumento da sua atividade, enquanto as emoções com valência positiva, como o amor, a desativam. Os sentimentos interoceptivos e as expectativas e previsões dos próprios estados corporais fazem parte da experiência emocional consciente, na qual diversos movimentos internos não são sentidos e sim traduzidos pelas emoções (Šimic, G. et al., 2021).

Em compensação, o ego saudável que é observado através do funcionamento do caráter genital, apresenta uma couraça flexível o bastante para se adaptar às mais

diversas experiências (Reich, 1933/1998, p. 175). Suas funções incluem o reconhecimento do ambiente, sua adaptação e percepção dos estados corporais.

Em uma visão simplificada, o córtex entorrinal - área cerebral que é a origem do principal sistema fibroso neural aferente para o hipocampo, a chamada via perfurante - “converte” estímulos sensoriais emocionalmente importantes em uma resposta fisiológica (alterações na frequência cardíaca, alterações na pressão arterial, sudorese, tremores e sensações somáticas), além de modular o comportamento. A resposta final é o resultado do processamento de muitas informações complexas e dependentes do contexto. No TEPT, como na visão reichiana do ego colapsado, as contrações intensas e falta de pulsação informam ao polo perceptivo impressões de amortecimento. O movimento de contração é sentido como angústia (REICH, 1942/1975, p. 229).

Esses estudos recentes aproximam-se da teoria reichiana, na medida em que abordam a tradução da linguagem corporal pela linguagem verbal. A partir daí são trabalhados os segmentos ocular e oral, que facilitam essa comunicação. A propriocepção se restabelece na mobilização do segmento cervical, assim como as emoções são desbloqueadas a partir do segmento torácico.

A falta de contato, que também é comum no TEPT, caracteriza-se por um sentimento de isolamento interno, apatia e por uma tendência a se refugiar dentro de si mesmo, sensação de isolamento ou de insensibilidade interna, que, muitas vezes, é expressa como apatia e inflexibilidade. Ela surge a partir do conflito de forças opostas, entre o impulso em direção ao mundo externo e o impulso recalcado (Reich, 1933/1998, p. 296). A simpaticotonia ou atividade extrema do sistema nervoso simpático (SNC), envolve todo o corpo e seu funcionamento biológico e psíquico (REICH, 1948/2009, p. 158).

A eficácia da terapia reichiana no TEPT é alcançada por conter em um dos seus pressupostos técnicos a junção das lembranças com as emoções correspondentes. Assim o ego colapsado se distensionava, voltando a exercer suas funções de moderação do comportamento, sem a vigilância e a desconfiança comum nesses estados, como mostrado através da descrição e resultados desse caso clínico.

A TBR, baseada na teoria de Wilhelm Reich, pressupõe que as emoções são o principal elemento de ligação nas relações interpessoais e apreensão da realidade, sendo o polo central da terapia. Tecnicamente conta com uma metodologia sólida. Contém um

trabalho verbal esquematizado, prática de exercícios respiratórios, das manobras manuais e trabalho energético centrado nas emoções.

O tratamento, baseado nas premissas acima descritas, consiste em ajudar a providenciar ferramentas que auxiliarão o discernimento das emoções distorcidas, e, dessa forma, facilitarão o reconhecimento do sofrimento. Identifica, avalia e contribui para uma mudança significativa da percepção da realidade interna e externa. Os vários procedimentos técnicos são construídos para o alcance da mudança e diminuição dos sintomas, de acordo com a natureza da sintomatologia, respeitando as diferenças individuais.

A TBR vem apresentando eficácia no tratamento do TEPT, sendo comprovada por medidas de escalas e fisiológicas. A utilização de técnicas respiratórias, técnicas verbais específicas, exercícios e manobras levam a uma mudança permanente, facilitando o contato inter e intrapsíquico e o consequente restabelecimento da saúde emocional.

Conclusão

O presente caso sugere que a administração do protocolo foi adequada, havendo evidências de eficácia da TBR e da relevância do biofeedback como ingrediente importante nesse processo. A efetividade da administração do protocolo se evidencia através da diminuição dos escores dos inventários administrados ao longo do tratamento. Houve redução dos sintomas de TEPT, ansiedade e depressão nos instrumentos de autoavaliação, confirmada, através de instrumentos confiáveis, pelas medidas alcançadas de frequência cardíaca e impedância da pele.

Referências

AMARAL, H., RIBEIRO D., ABRÃO, J. Bloqueio no desenvolvimento emocional: diálogo entre as concepções de couraça e falso self. **116Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 116-137, ago. 2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5**, 2014, 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.



ARALDI-FAVASSA, C., ARMILIATO, N., KALININE, I. Aspectos Fisiológicos e Psicológicos do Estresse. **Revista de Psicologia da UnC**, vol. 2, n. 2, p. 84-92, 2021.

BERGER, W., MENDLOWICZ, M. V., SOUZA, W. F., FIGUEIRA, I. Equivalência semântica da versão em português da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist. Civilian Version (PCL-C) para rastreamento do Transtorno de Estresse PósTraumático. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 26(2):167-175, 2004.

BERNIK, M., MARCIONILO, M., CORREGIARI, F. Tratamento farmacológico do transtorno de estresse pós-traumático. **Rev Bras Psiquiatr**;25(Supl I):46-50, 2003.

BISSON, J. Post-traumatic stress disorder. **Occupational Medicine**, 57(6): 399-403, 2007.

BORRELLI, E. A chilled-out knockout. **Nature Genetics**, vol. 19, nº 2, págs. 108-109, 1998.

BORGES DE SOUZA, M. **Estimulação não invasiva do nervo vago como uma alternativa de tratamento da hiperatividade simpática em pacientes com transtorno de estresse pós-traumático: uma revisão narrativa**. Orientador: Sousa, Maria Bernardete Cordeiro de. (Monografia de Graduação) Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Biociências, Curso de Biomedicina, 2021.

BRANDÃO, F., Eficácia da Terapia Breve Reichiana. **Academia.edu**, São Francisco, EUA. 2021. https://www.academia.edu/62077658/Efic%C3%A1cia_da_Terapia_Breve_Reichianahttps://www.academia.edu/62077658/Efic%C3%A1cia_da_Terapia_Breve_Reichiana

BURLA, R., MATOS, M., ROCHA, T., CORREA, F., SILVA, C. Anatomofisiologia do estresse e o processo de adoecimento. **Vértices** (Campos dos Goitacazes), vol. 20, núm. 2. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Fluminense, 2018.

CAMPREGHER, AC, MORETTI, CS, SAMPAIO, M., BRASIO, KM, Biofeedback e resistência galvânica da pele: medidas em pacientes com síndrome do intestino irritável e em indivíduos saudáveis. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, 15(3):223-230, maio/jun., 2006.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DEANGELIS, T. PTSD treatments grow in evidence, effectiveness. **American Psychological Association**, 39,1.2008.

GALVÃO-COELHO, N., SILVA, H., CORDEIRO DE SOUSA, M., Resposta ao estresse: I. Resiliência e vulnerabilidade. **Estudos de Psicologia**, 20(1), janeiro a março de 2015, 2-11.



GALVÃO-COELHO, N., Silva, H., CORDEIRO DE SOUSA, M., Resposta ao estresse: II. Resiliência e vulnerabilidade. **Estudos de Psicologia**, 20(2), abril a junho de 2015, 72-81.

JUBINI, M., et al. Abordando o transtorno de estresse pós-traumático a partir de um caso clínico. *In*: I Simpósio de Neurociência Clínica e Experimental. Poster. Liga Acadêmica de Neurociências (LANEU), Centro Acadêmico do curso de Medicina da UFFS, Campus Chapecó, **Anais**, 2021.

<https://portaleventos.uffs.edu.br/index.php/SIMPNEURO/issue/view/107>

LIMA, I. et al. Alterações neurológicas em indivíduos com transtorno de estresse pós-traumático secundário ao abuso sexual na infância: uma revisão de escopo. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, e1611427125, 2022.

MCEWEN, B., LASLE, E. The end of stress as we know it. **Joseph Henry Press**, Washington, D.C., 2002

NAVARRO, F. **Somatopsicopatologia**, São Paulo, Editora Summus, 1996.

NEVES NETO, AR, Biofeedback em terapia cognitivo-comportamental. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**; 55(3):127-32, 2010.

REICH, W., **A Biopatia do Câncer**. Martins Fontes, 1ª. Edição, São Paulo, 2009.

REICH, W., **Análise do Caráter**. Martins Fontes, 3ª. Edição, São Paulo, 1998.

SILVA RM, GOULART CT, GUIDO LA. Evolução histórica do conceito de estresse. **Rev. Cient. Sena Aires**. 2018; 7(2): 148-56

TECHE, S., RAMOS-LIMA, L. Indicações de tratamento psicoterápico individual no Transtorno de Estresse Pós-Traumático. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, 2016; 18(2):134-144.

YEHUDA, R. Current concepts: Post-traumatic stress disorder. **New England Journal of Medicine**, 346, 108-114, 2002.

Recebido: 23.10.2022

Aceito: 13.11.2022

Publicado: 30.11.2022