



ISADORA MARTINS DE LIMA PERLATTO

**O TRAUMA E SEUS DESDOBRAMENTOS NO CORPO,
MENTE E CÉREBRO**

JUNDIAÍ
2022

ISADORA MARTINS DE LIMA PERLATTO

**O TRAUMA E SEUS DESDOBRAMENTOS NO CORPO,
MENTE E CÉREBRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade Anhanguera, como requisito parcial para a
obtenção do título de graduado em Psicologia.

Orientador: Amanda Castilho

ISADORA MARTINS DE LIMA PERLATTO

**O TRAUMA E SEUS DESDOBRAMENTOS NO CORPO, MENTE E
CÉREBRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade Anhanguera, como requisito parcial
para a obtenção do título de graduado em
Psicologia.

BANCA EXAMINADORA

Prof(a). Titulação Nome do Professor(a)

Prof(a). Titulação Nome do Professor(a)

Prof(a). Titulação Nome do Professor(a)

Jundiaí, dia de mês de 2022

Dedico este trabalho especialmente à minha família, que me apoiou neste momento de transição. Sem eles, nada disso seria possível.

PERLATTO, Isadora Martins de Lima. **O trauma e seus desdobramentos no corpo, mente e cérebro.** 2022. 55 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Faculdade Anhanguera, Jundiaí, 2022.

RESUMO

O trauma atravessa a história. Com diferentes ênfases no decorrer das décadas, o estudo do trauma evoluiu de acordo com as demandas da sociedade. Com o avanço da tecnologia e da neurociência, os últimos anos proporcionaram novas descobertas nas consequências do trauma para o corpo humano. Isto teve grande impacto na percepção dos danos e das novas configurações cerebrais após um evento traumático e suas consequências no corpo e na mente, bem como na reorganização da vida social e das formas de percepção de si e do entorno. Conceitos como autorregulação, mecanismos de luta e fuga, despersonalização, dificuldades concretas na capacidade da utilização da linguagem como forma de expressão, estão sendo ampliados. Além disso, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático também vem ampliando os estudos a respeito do trauma e seus desdobramentos. O papel do psicólogo neste contexto surge para amparar e auxiliar na busca do equilíbrio pós-traumático. A partir de técnicas, da escuta e amparo, e de um olhar voltado para uma questão que perpassa a saúde mental, o profissional tem um papel de suma importância para os indivíduos afetados, bem como na sociedade, uma vez que o trauma se apresenta cada vez mais como um problema de saúde pública. O presente trabalho teve como objetivo aprofundar os temas supracitados, dar um panorama histórico e atual do trauma, e da atuação do psicólogo neste contexto.

Palavras-chave: Trauma. Cérebro. Corpo. Mente. Psicologia.

PERLATTO, Isadora Martins de Lima. **Trauma and its consequences in the body, mind and brain**. 2022. 55 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Faculdade Anhanguera, Jundiaí, 2022.

ABSTRACT

Trauma runs through history. With different emphases over the decades, the study of trauma has evolved according to the demands of society. With the advancement of technology and neuroscience, the last few years have provided new discoveries in the consequences of trauma for the human body. This had a significant impact on the perception of damage and new brain settings after a traumatic event and its consequences on the body and mind, as well as on the reorganization of social life and in the ways of perceiving oneself and the environment. Concepts such as self-regulation, fight and flight mechanisms, depersonalization, concrete difficulties in the ability to use language as a form of expression, are being expanded. In addition, Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) has also been expanding studies on trauma and its consequences. The role of the psychologist in this context arises to support and assist in the search for post-traumatic balance. From techniques, listening and support, and a focus point at an issue that permeates mental health, the professional has a role of paramount importance for the affected individuals, as well as in society, since the trauma presents itself increasingly as a public health problem. The present work aimed to deepen the aforementioned themes, to give a historical and current overview of trauma, and of the psychologist's role in this context.

Keywords: Trauma. Brain. Body. Mind. Psychology.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CPFM	Córtex pré-frontal medial
DMN	Default mode network
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
NYDN	Not Yet Diagnosed, Nervous
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-traumático

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. A CONCEPÇÃO HISTÓRIA E ATUAL DO TRAUMA A PARTIR DA MEDICINA E DA PSICOLOGIA	11
3. O IMPACTO DO TRAUMA NO CÉREBRO, CORPO E MENTE	23
3.1. O TRAUMA E SEU IMPACTO NO CÉREBRO	24
3.2. CORPO E CÉREBRO UNIDOS	30
3.3. CORPO, CÉREBRO E MENTE	35
4. DESAFIOS DA PSICOLOGIA NA ABSORÇÃO DO CONCEITO DO TRAUMA E BREVE ANÁLISE DO TEPT	43
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS.....	53

1. INTRODUÇÃO

O ser humano é uma espécie extremamente complexa e multifacetada. Ao longo de sua existência, uma intrincada evolução tornou possível que se alcançasse um patamar único em termos de desenvolvimento cognitivo e espacial. É uma espécie com extrema capacidade de adaptação, porém dotada de memória, e estas deixam marcas. O trauma é o resultado de uma experiência que deixou danos, sejam eles psicológicos, físicos, emocionais ou mesmo uma sequência combinada de várias esferas afetadas.

O trauma enquanto dano não é um conceito novo. O trauma físico é presente e visto desde os tempos primitivos, em uma época muito mais selvagem e perigosa, com danos possivelmente fatais. O trauma psicológico, provavelmente sempre presente, passou a ser considerado como passível de estudo de forma mais recente, porém com considerável material disponível. O trauma enquanto instância, pode-se dizer, perpetua a história humana e a vida.

É importante ressaltar que por trauma não está em consideração eventos apenas com resultados potencialmente fatais ou violentos. Eventos traumáticos ocorrem corriqueiramente, muitas vezes não sendo processados imediatamente, mas deixam marcas. Pontos que alteram a percepção do indivíduo ou até mesmo de uma comunidade, suas formas de vida e suas capacidades cognitivas e emocionais, podendo se estender até mesmo por gerações e criando um enorme efeito em cadeia. O impacto que o trauma gera e como mensurá-lo é passível de inúmeros estudos, bem como quais as consequências mais comumente percebidas até o momento.

Assim, diante do contexto apresentado acima, a pergunta que norteou a pesquisa foi: Qual o impacto do trauma no corpo, mente e cérebro?

O objetivo geral, dessa forma, foi investigar o impacto dos traumas ocorridos nos indivíduos e seus desdobramentos. Os objetivos específicos foram investigados ao longo de três capítulos, um para cada tema, possibilitando maior ênfase em cada um deles. O primeiro, desta forma, conteve o componente histórico do trauma, o segundo investigou os efeitos do trauma na mente, corpo e cérebro, e, por fim, o terceiro analisou o TEPT e os desafios dos estudos do trauma na Psicologia atual.

O trabalho teve como base uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo e descritivo do tema, em que foram pesquisados livros, dissertações e artigos científicos

selecionados através de busca nas bases de dados Scielo, Pepsic, Google Acadêmico, além de obras físicas completas. O período dos artigos pesquisados foram os publicados nos últimos 20 anos e as obras completas abarcaram do final do século XIX até o momento presente. As palavras-chaves utilizadas na busca foram “trauma”, “TEPT”, “corpo”, “cérebro”, “mente”, “neurociência”.

2. A CONCEPÇÃO HISTÓRIA E ATUAL DO TRAUMA A PARTIR DA MEDICINA E DA PSICOLOGIA

O trauma é o resultado de uma experiência que deixou danos, sejam eles psicológicos, físicos, emocionais ou mesmo uma sequência combinada de várias esferas afetadas (CONTI, 2014). Quando se fala de trauma, o tema não está reduzido a situações extremas e potencialmente fatais, já que a experiência traumática se dissemina ao longo de uma existência nas mais diversas formas e espectros. Não se trata apenas de um fato isolado, mas compreender o impacto que este ocasiona em múltiplas frentes.

O trauma está enraizado na sociedade. É a origem de diversas patologias e distúrbios, mas continua, muitas vezes, sendo relegado nas diversas formas de abordagem, não raro ainda sendo visto como consequência e não origem de questões mais profundas. O trauma é silencioso, mas possui consequências bastante ruidosas.

A palavra trauma tem origem grega e significa ferida, contendo uma dupla referência ao ato de lacerar. Durante o século dezoito, o termo era usado na psiquiatria e na psicologia clínica para indicar um efeito avassalador ou um estímulo tão forte que o indivíduo não conseguia abarcar (PERROTTA, 2019).

Na literatura, a *Ilíada*, escrita atribuída a Homero na Grécia Antiga, narra um período da Guerra de Troia. Pode ser lida como uma alegoria para problemas enfrentados por soldados retornando à vida civil. Após a obra, passou-se um milênio até que outra obra retratasse as questões da guerra desta forma. Um outro exemplo é o dos soldados na Guerra Civil americana, normalmente retratando o conflito de forma elegante e deixando de lado o sofrimento. O pintor Goya foi uma exceção, ao retratar os horrores da invasão francesa na Espanha em 1808, em sua obra *Os desastres da Guerra* (WEIASETH, 2014).

Na Inglaterra, a história da estrada de ferro acabou por contribuir com a percepção do trauma. Estudos foram conduzidos após trabalhadores ficarem severamente feridos em acidentes. O livro escrito pelo cirurgião inglês John Eric Erichsen, em 1866, *“On Railway and Other Injuries of the Nervous System”*, cunhou o que hoje é conhecido como sintomas de estresse pós-traumático nos passageiros feridos. Nas autópsias dos mortos, foram encontradas lesões no sistema nervoso, em uma época em que a medicina não considerava o binômio corpo-mente. A ansiedade

não era considerada na época, logo os sintomas foram reconhecidos como lesões orgânicas (WEISEATH, 2014).

A tendência a atribuir sintomas pós-traumático a sintomas orgânicos permaneceu por décadas. Durante as posteriores guerras do século XIX, era uma solução muitas vezes honrosa para todas as partes envolvidas. Doenças cardíacas causaram muitas baixas na Guerra Civil americana, com sintomas que incluíam dores no peito, palpitações, pulsação acelerada e falta de ar, e foram agrupadas na “Síndrome Da Costa” (WEISEATH, 2014)

É interessante observar que historicamente o estudo do trauma passa por um “recorrente ciclo envolvendo negação, exagero, entendimento e amnésia” (WEISEAETH, 2014, p.34). Os estudos e descobertas eram praticamente arquivados a cada final de etapa, sendo esquecidos e retomados tempos depois. Como o autor aponta, o que era e ainda é apresentado como descoberta, pode ser, na verdade, uma redescoberta.

O final do século XIX marca o início sistemático da investigação médica dos problemas mentais e o trauma foi um dos temas mais estudados. A neurose traumática para Charcot (1888) teve um impacto importante para a descoberta do inconsciente e seus desdobramentos, incluindo o desenvolvimento da psicoterapia.

Para Kolk (2007), a questão da origem traumática nos pacientes histéricos é um dos mais importantes legados da psiquiatria no século XIX, pois abriu o campo para o estudo da mente e do corpo. Em 1887, Jean-Martin Charcot, que comandava o laboratório de psicologia do Hospital Salpêtrière em Paris, propôs que os sintomas dos pacientes com histeria tinham origem no trauma. Vale dizer que muitas de suas formulações teóricas continuam válidas até hoje. Para Weiseath (2014), ao mesmo tempo na Alemanha, Herman Oppenheim, em 1889, cunhou o termo “neurose traumática”. Ele defendia que problemas funcionais eram causados por mudanças moleculares no cérebro, o que possibilitava que a histeria e a neurose traumática pudessem ocorrer em qualquer indivíduo.

Como Kolk (2014) aponta, Pierre Janet, Sigmund Freud e Jean-Martin Charcot descobriram que o trauma era a origem da histeria, especialmente o trauma originado pelo abuso sexual infantil. Os traumas eram referidos por eles como “segredos patogênicos” ou “parasitas mentais”, justamente por ficarem na mente dos pacientes, aprisionando-os, mesmo quando estes queriam se esquecer.

A primeira formulação dos efeitos do trauma na mente surgiu a partir da noção de que o paciente traumatizado era incapaz de integrar as memórias do ocorrido devido à sua intensidade. Janet (1919/1925, p.661) afirma que “eles são incapazes de fazer o que chamamos de memória narrativa, e, ainda assim, permanecem confrontados pela difícil situação.” Isto impedia uma síntese, uma reintegração destes eventos traumáticos, dividindo estas memórias da consciência. Como não eram processadas, tornavam-se ideias fixas e inconscientes, pois não entravam dentro da narrativa pessoal, permanecendo como percepções deturpadas.

Para Weiseath (2014), as memórias se dividiam e se tornavam dissociadas da percepção e do controle voluntário. Quando os traços da memória do evento traumático são restaurados, como ideias inconscientes fixas que permanecem inalteradas, o indivíduo fica apegado. Isto gera um enorme gasto de energia e reduz a capacidade do paciente de assimilar novas experiências. As memórias, ao retornarem, surgem na forma de sensações físicas, imagens e reconstituição de elementos do trauma.

Janet, como Kolk (2007) aponta que as reações dos pacientes foram relevantes no momento do trauma, porém após o evento não tinham mais valor adaptativo, trazendo profundo sofrimento. Da mesma forma, incapazes de seguir em frente após o evento, Janet afirmava que era como se os pacientes tivessem parado em determinado ponto, incapazes de seguir em frente.

Apesar de ter influenciado muitos pesquisadores em sua época com seu trabalho, como Sigmund Freud, Carl Jung, Jean Piaget, William James, entre outros, Janet foi esquecido só sendo integrado com o advento dos estudos do Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) na década de 80. Sua contribuição se estende pelo extenso material sobre o trauma, memória e o tratamento de estados dissociativos (KOLK, 2014). Freud adotou muitas ideias de Janet, entre elas a de que o subconsciente contém eventos marcantes alterados no nível do consciente (KOLK, 2007, p. 24). Quando mergulhou nas agressões sexuais na infância, porém, grande parte do seu foco era na energia sexual que, na teoria, a criança precisava reprimir, e não nas memórias traumáticas em si (KOLK, 2007).

Apesar disso, Freud utilizou a ideia de Janet de que emoções intensas estavam na base das neuroses traumáticas. Kolk (2007, p. 25) afirma que “a esmagadora intensidade do estressor, a ausência de freios verbais ou de canais motores e o

despreparo do indivíduo causava a falência da barreira dos estímulos”¹. Assim, o corpo torna-se incapaz de lidar com o que presenciou, paralisando-se.

Freud diferenciou pacientes histéricos de pacientes que sofreram abuso infantil. Também postulou a ideia de uma ação “atrasada”, que significava que os efeitos do trauma se manifestariam depois, quando revividas na forma de memória, após a puberdade – tratando-se dos traumas infantis. Ele afirmava que a memória, assim, apresentava-se de forma repetida, podendo ganhar contornos e novas peças, fato hoje bastante estudado em pacientes de Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), em que a lembrança é afetada com o tempo (WEISEATH, 2014)

A ênfase de Freud em atribuir ao sofrimento mental origens internas e a morte de Charcot, em 1893, diluíram o interesse médico no trauma, porém a Primeira Guerra Mundial, que teve início em 1914, novamente aproximou a Psicologia e a Medicina (KOLK, 2014, p. 221). O resultado da guerra foi devastador não só pelas vidas ceifadas e um continente dividido e destruído.

As controvérsias a respeito da neurose traumática ganharam força à medida que o combate se tornou mais intenso. Questões que já permeavam as discussões, como a dúvida sobre a extensão de um possível fingimento e da etiologia social, orgânica ou psicológica do trauma retornaram. Também retornou para as considerações se a histeria estava conectada ao trauma (WELSEATH, 2014).

Da mesma forma, sintomas antigos retornaram, como na “síndrome do velho sargento”², a “síndrome Da Costa”, “coração irritável” e “coração de soldado”, causando enormes evacuações do campo de batalha. A ideia de que o coração era anatomicamente atingido nas batalhas passou a ser visto como uma perturbação, levando a ser renomeada nos Estados Unidos por “astenia neuro circulatória”. Na Inglaterra, por sua vez, a menção ao coração passou a ser evitada, sendo chamada de “síndrome do esforço”. Percebe-se que duas das grandes potências envolvidas na guerra tratavam de forma diferente o mesmo conjunto de sintomas. Ainda assim, as doenças do coração eram a terceira maior causa de liberação do exército. Para se ter uma ideia, apenas em 1939, 44 mil ex-soldados recebiam pensão por problemas de saúde (WEISEATH, 2014).

¹ The overwhelming intensity of the stressor, the absence of abreactive verbal or motoric channels, and the unpreparedness of the individual caused a failure of the stimulus barrier, tradução nossa.

² Old Sargeant syndrome, tradução nossa.

Inicialmente, lesões cerebrais orgânicas eram o palpite para uma síndrome que se tornou a marca da Primeira Guerra Mundial. Os sobreviventes apresentavam sintomas únicos, como perda de memória e problemas médicos até então não vistos – expressões aterrorizadas, tiques, posturas estranhas e falas desconexas. O diagnóstico cunhado pelos britânicos logo no início do conflito, *shell shock*, não foi bem recebido pelos Estados (KOLK, 2014).

Desconfiavam de uma microscópica hemorragia causada por concussões ou pelo efeito tóxico dos gases após as explosões. A suposição caiu por terra ao descobrirem que muitos soldados não estavam próximos de explosões, sequer do combate. As especulações, então, eram de que a causa fosse o intenso estresse da batalha. (JONES; WESSELY, 2006).

O *shell shock* dividiu opiniões, entre os que o viam como uma síndrome da vontade e os que o viam como algo que necessitava de tratamento. Na Alemanha, a primeira opção tornou-se mais recorrente, abrindo espaço para terapias cruéis que afirmavam curar os sintomas apresentados (WEISEATH, 2014).

A ideia geral era de que o trauma podia ser largamente prevenido, fosse por uma unidade eficiente e seus comandantes, fosse por preparações internas de controle do medo. A Primeira Guerra Mundial viu o início de um método conhecido pelo acrônimo em inglês PIE (*proximity to battle, immediacy of treatment and expectation of recovery*³)).

Por causa do enorme estresse, os soldados eram evacuados da zona de combate, mas a uma distância próxima para evitar o desejo de fuga ou do ganho em apresentar-se doente. Era esperado, assim, que o soldado pudesse retornar em um curto período para o cumprimento de suas obrigações. Era entendido que isso impedia um ganho primário de salvar sua vida, reforçando seu senso de falha pessoal ao separá-lo de seu grupo (WEISEATH, 2014).

O programa consistia, portanto, em deixá-los próximos ao combate, mas seguros, onde eram alimentados, podiam descansar e eram colocados em um programa de exercício de 2 a 6 semanas. Os clínicos apontam que 80% dos soldados retornavam ao campo de batalha sem maiores problemas, ainda que estes dados hoje sejam questionados. (JONES; WESSELY, 2006). PIE continua o padrão de

³ proximidade à batalha, prontidão ao tratamento e expectativa de recuperação, tradução nossa.

intervenção para o estresse de combate, sendo utilizado na Guerra da Coréia, Guerra do Vietnã, do Líbano e nos conflitos no Golfo.

Ao final da Primeira Guerra Mundial, o termo “*shell-shock*” não era mais utilizado pelo exército, sendo banido. Tentaram substituí-lo pelo termo ‘Not Yet Diagnosed, Nervous’ (NYDN)⁴ ou neurastenia (que em sua definição abrange cansaço crônico, insônia, mal-estar corporal, fraqueza, dor de cabeça etc.) Novamente, a ideia era de que uma unidade estruturada e que mantivesse a energia não incorreria em soldados fragilizados. (JONES; WESSELY, 2006).

Para conter a epidemia de soldados traumatizados, as autoridades tanto civis quanto militares baniram as pensões de guerra para lesões psiquiátricas. Assim, um diagnóstico comum era o de exaustão, e o soldado permanecia nas Forças Armadas. A expectativa era a de que naturalmente o soldado fosse se recuperar (JONES; WESSELY, 2006). Os Estados não queriam se responsabilizar financeiramente pelos soldados incapacitados, porém a questão não era apenas política. Os próprios médicos notaram que ao diagnosticarem os soldados com sintomas somáticos apenas, a vida, bem como a autoestima do indivíduo era preservada (WEISEATH, 2014). Isso teve um peso concreto. Novamente, o estudo do trauma saiu dos holofotes por pressões políticas.

Ainda que psiquiatras tenham tentado utilizar o que foi aprendido e observado após a Primeira Guerra Mundial em um contexto pós-guerra, a influência nos subsequentes estudos não foi relevante (WEISEATH, 2014).

A literatura do momento inclinou-se a ver, especialmente nos países derrotados, as neuroses de guerra como uma fraqueza pessoal, o que implicava em menos pensões de guerra. Na Alemanha, só era aceito para possíveis compensações choques imediatos causados pelo trauma. Inclusive, uma linha de pensamento via qualquer doença originária da guerra como uma doença social, incluindo elementos como predisposição, constituição individual, uma “inclinação degenerativa” e a vontade de compensação. Dessa forma, a visão era de que o trauma era uma tentativa de burlar o sistema de seguros (WEISEATH, 2014).

Abram Kardiner foi uma exceção. Ao fazer estudos, observou a constante vigilância de pacientes traumatizados com o ambiente, bem como a sensação de

⁴ Ainda não diagnosticado, tradução nossa.

constante ameaça. Para Kardiner (1941, p. 95) “A síndrome traumática é sempre presente e inalterada.” Ele também notou que pacientes traumatizados possuíam uma concepção alterada da realidade, tornando-se fixados no trauma, altamente irritadiços, predispostos a ter reações explosivas e com difícil contato com a realidade, bem como uma percepção de si irreal (KOLK, 2007).

Em 1941, publicou o livro *The Traumatic Neuroses of War* e, ao longo do seu trabalho, reforçou a ideia de uma resposta biológica condicionada na forma de um estímulo psicológico extremo, cunhando o termo “psiconeurose”. Para Kardiner, assim como para Janet e Freud, a pessoa traumatizada continua agindo como se ainda estivesse no local do trauma, mantendo-se perpetuamente em alerta (WEISEATH, 2014).

A Segunda Guerra Mundial trouxe à tona antigos traumas. Enquanto a primeira Guerra fora uma guerra de trincheiras, a subsequente trouxe o movimento, além de combates que se estendiam por semanas. Isto gerou nos soldados um gradual desenvolvimento de ansiedade e sintomas de estresse pós-traumáticos. Fadiga (ou “exaustão de combate”) assolou grande parte dos combatentes (WEISEATH, 2014).

Após a Batalha de Dunkirk, em 1940, notou-se o aumento de questões psicológicas, fato também observado nas batalhas subsequentes. Ficou claro que as doenças ligadas ao trauma não eram totalmente previsíveis. Gradualmente, a percepção de que até mesmo soldados de elite expostos a situações intensas de estresse poderiam apresentar questões ficou mais clara. Estatísticas apontavam que a maior parte dos soldados afastados não retornavam ao campo de batalha, passando a exercer serviços burocráticos, o que não corroborava com as estatísticas médicas da Primeira Guerra Mundial (JONES; WESSELY, 2006).

Novamente, os princípios de PIE apresentaram-se como benéficos para os soldados incapacitados e sua unidade. Questões de grupo, como coesão, treinamento, liderança, tornaram-se mais prementes. (WEISEATH, 2014).

A geração seguinte de soldados traumatizados teve benefícios. Inicialmente, os padrões foram mantidos no que se referia à condução psiquiátrica no front e fora dele, entretanto, protocolos foram mais rapidamente implantados. Psiquiatras iniciaram pesquisas sobre fatores de proteção, como treinamento, coesão de grupo, liderança, motivação e moral, que influenciaram as intervenções em grupo até hoje (KOLK, 2007). Nomes importantes da psiquiatria americana como Lawrence Kubie,

Roy Grinker, Herbert e John Spiegel, entre outros, estavam envolvidos no tratamento de soldados com neuroses de combate.

Terapias somáticas foram iniciadas e descobertas interessantes vieram à tona, como, por exemplo, o fato de pacientes terem memórias somatossensoriais de aspectos da experiência traumática em diferentes estados de consciência (KOLK, 2007). A hipnose, após mais de quarenta anos, foi reintroduzida como forma de tratamento.

Os soldados acharam palavras para expressarem seus horrores, até com a inserção de terapias em grupo (KOLK, 2007, p. 28). Como Kolk (2014, p. 225) aponta, “a cultura molda a expressão do estresse pós-traumático”. Ainda assim, o movimento novamente se repetiu. Os veteranos tiveram mais atenção, mas após o final do conflito, as neuroses traumáticas não foram mais encontradas em compêndios psiquiátricos e as cicatrizes psicológicas da guerra permaneceram não reconhecidas.

O último livro científico foi publicado dois anos após o fim do conflito (*War Stress and Neurotic Illness*. Oxford, Uk: Hoeber, 1947) e o foco para o trauma só retornou propriamente após a Guerra do Vietnã (1955-1975), com a inserção, inclusive, do diagnóstico do TEPT no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e o interesse do público no assunto (JONES; WESSELY, 2006).

Uma linha paralela de investigação, entretanto, com sobreviventes dos campos de concentração conduzidas por Eitinger e Strøm mostraram os efeitos de um trauma prolongado. A experiência do campo de concentração criou um trauma complexo com efeitos psicológicos, sociais e estressores existenciais, resultando em sequelas complexas de diagnosticar. Entre os sintomas encontravam-se estados crônicos de ansiedade (normalmente acompanhado de pesadelos e insônia), pensamentos associativos perturbadores, depressão crônica, incapacidade de sentir felicidade ou de criar novas relações, capacidade laboral reduzidas, e menor tolerância ao estresse (WEISEATH, 2014).

Eitinger e Strøm cunharam o termo “Síndrome do Campo de Concentração”, que continham sintomas hoje listados dentro da gama do TEPT, e que continham mudanças de personalidade (KOLK, 2007). Os estudos foram essenciais para demonstrar os efeitos devastadores de experiências extremas e do estresse brutal que se seguia, bem como os efeitos na saúde. Tais descobertas corroboravam com

observações de sobreviventes de outros eventos, como dos sobreviventes dos campos de concentração japoneses.

Uma forma diferente de encarceramento foi observada pelos prisioneiros do Nacht und Nebel (NN). Esta consistiu em uma ofensiva de Adolf Hitler aos indivíduos que apoiavam a resistência, sendo presos e desaparecendo sem deixar rastros. Registros apontavam que as vítimas eram sentenciadas à morte e deviam desaparecer na “noite e na bruma”. Sem saberem de seu destino, esta consistia em uma técnica de terror praticada pelos nazistas. Nos dois grupos de sobreviventes, do Holocausto e do NN, estresse excessivo e permanente pôde ser observado - muito além da capacidade de aceitação natural do ser humano -, levando a mudanças consistentes da personalidade, muitas vezes irreversíveis (WEISEATH, 2014).

Outro efeito observado, desta vez por Henry Cristal, um psicólogo, foi a posterior desistência e aceitação da morte e destruição como algo inevitável por parte do sobrevivente, evoluindo de um estado de hiper vigilância para um progressivo bloqueio de emoções. Para Kolk (2007, p. 29), “incapazes de ‘saber’ o que sentem, eles se tornam propensos a não diferenciar reações psicossomáticas que não possuem significados pessoais e não podem ter respostas adaptativas.”⁵

Em 1968, ainda durante a Guerra do Vietnã, o DSM-II introduziu o termo “perturbação situacional transitória”, que incluía até pequenos episódios psiquiátricos. Cobria todas as reações agudas a exposições estressoras. Interessante, entretanto, que as reações ainda eram vistas como de curto período, resolvidas após descanso e recuperação. Caso isto não ocorresse, a provável causa era que a origem estava na vida anterior do indivíduo, provavelmente nos primeiros anos, e a guerra seria, desta forma, apenas o gatilho (JONES; WESSELY, 2006).

A década de 70, portanto, mostra uma mudança no paradigma da visão societal do soldado e de como o trauma era visto. Até então, como descrito, o trauma de guerra era tido como algo passageiro, mesmo que houvesse causado um agudo sofrimento psicológico. A imagem era de que seria como uma ferida que se auto curaria. Quem mantivesse danos de longo prazo era considerado vulnerável, produto de um

⁵ Unable to “know” what they feel, they become prone to undifferentiated affect storms and psychosomatic reactions that are devoid of personal meaning and cannot lead to adaptive responses, tradução nossa.

ambiente desfavorável, além de estar procurando um ganho secundário em sua reivindicação, como atenção e benefícios financeiros. De qualquer forma, a responsabilidade era individual (JONES; WESSELY, 2006).

A Guerra do Vietnã altera esta percepção, especialmente por mostrar soldados com sequelas não aparentes no momento da exposição. O evento traumático, antes visto apenas como gatilho, passou a ter uma importância considerável na investigação do surto subsequente.

A opinião desfavorável à Guerra do Vietnã também contribuiu para a mudança de opinião e reforçou o papel da sociedade em garantir as necessidades básicas do indivíduo, em que os direitos se sobreponham aos deveres (JONES; WESSELY, 2006).

Em 1978, Horowitz criou a Escala de Impacto do Evento, usada amplamente para mensurar a resposta ao estresse. O ressurgimento do trauma como objeto de estudo deve muito à combinação de ação política e pesquisas, especialmente nos Estados Unidos (WEISEATH, 2014).

Na Escandinávia, em meados da década de 70, estudos foram conduzidos sobre populações expostas a eventos coletivos, como desastres. Cinco aspectos patogênicos dos traumas de desastre foram de lesão física, sendo estes: perigo extremo, terríveis experiências presenciadas como testemunhas, perda de entes queridos, e responsabilidade pelo trauma, como, por exemplo, escolhas impossíveis de salvamento.

A ligação entre a severidade da exposição ao estresse e do desenvolvimento de TETP que perdura por anos após o trauma foi comprovada, dando peso aos critérios para o transtorno (WEISEATH, 2014).

A partir da década de 80, portanto, os profissionais da saúde passam a usar o estresse pós-traumático como possível diagnóstico. (KASNIAK; KRISTENSEN; HAAG, 2006) O termo Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) foi cunhado no DSM-III, originalmente chamado de “Síndrome do Vietnã” e identificado em soldados americanos após retornarem ao próprio país (JONES; WESSELY, 2006).

Importante ressaltar que evidências de conflitos anteriores apontam que o trauma tende a ser somatizado. Além disso, que as reações aos traumas mudam com o tempo. Cada guerra ou período da história particularmente intenso, possui um conjunto de sintomas experimentados pelos soldados, quase como uma assinatura

de lesão. Para tal mudança, é importante computar fatores sociais, culturais e o tipo de armas e situações geradas na guerra (WEISEATH, 2014).

Na Primeira Guerra Mundial, soldados expostos a eventos traumáticos eram comumente diagnosticados com síndromes cardíacas (batidas irregulares, falta de ar e dor no peito), pelo “*shell shock*” e seus sintomas como tremores, tiques e congelamentos. A Segunda Guerra Mundial já apresenta soldados com problemas gastrointestinais, como úlceras (JONES; WESSELY, 2006).

A psicopatologia do trauma, assim, não é estática e a cultura se apresenta como determinante na influência da forma como as memórias traumáticas se expressam. Assim,

A concepção de uma “reação universal ao trauma”, na qual terríveis experiências são permanentes e precisamente preservadas ao serem gravadas no cérebro na forma de habilidades, hábitos e reações de reflexo, aparentam ser falhas. Aparentemente, o TEPT é um passo adiante em um constante padrão em mudança de resposta a situações de risco de vida. (JONES; WESSELY, 2006, p. 219, tradução nossa).⁶

A história do estresse traumático percorre os últimos 150 anos e dentro desse período, pode-se dizer, foi cercada de controvérsias em relação à sua importância, a fatores de predisposição, bem como de uma elaboração psíquica dos fatos (exemplo fato x fantasia). Esta abre um leque de possibilidade de estudos e discussões, entre elas as motivações inconscientes, ganho primário e secundário ao manifestar e verbalizar um trauma e fingimento. No campo dos sintomas apresentados, as possibilidades também são vastas, incluindo lesão cerebral orgânica, ferimento, perturbação psíquica, problema social, entre outros (WEISEATH, 2014).

Nota-se, assim, que o trauma acompanha os eventos da história, moldando-se aos componentes sociais e impactando a vida dos indivíduos. Estudar o trauma não traz apenas a compreensão da extensão da ação humana no âmbito externo, mas

⁶ The concept of a ‘universal trauma reaction’, by which terrifying experiences are permanently and accurately preserved by being encoded in the brain in the manner of skills, habit, and reflex reactions, appears flawed. It seems that PTSD is one further phase in a constantly changing pattern of responses to life-threatening situations.

possibilita o início do entendimento das consequências em cada indivíduo afetado, assunto que será tratado no próximo capítulo.

3.O IMPACTO DO TRAUMA NO CÉREBRO, CORPO E MENTE

O trauma não tratado impede saídas saudáveis. Como Kolk (2014, p.10) aponta “o trauma é insuportável e intolerável”. Isto implica que ele não afeta apenas a pessoa traumatizada, mas todos à sua volta, em uma cascata de consequências.

Os eventos traumáticos podem ser únicos (ocasionais ou repetidos) ou reverberarem no tempo, com uma ou mais acontecimentos entre eles. Se não processados, a condição pode se tornar crônica, gerando um distúrbio e envolvendo uma série de sintomas adjacentes, como: solidão, desespero, hostilidade, perda de coerência e de conexão com o self, irritabilidade, desregulação emocional, entre outros (PEROTTA, 2019).

Como visto no capítulo anterior, a história não deu ao trauma uma trajetória linear. Nas últimas décadas, entretanto, com o avanço da ciência, o cenário se alterou. Avanços na área de pesquisa, aplicação e tecnologia têm andado de forma paralela e, muitas vezes, concomitante. Três áreas relativamente recentes permitiram uma nova abertura de conhecimento na abordagem do trauma. São estas, a neurociência, a psicopatologia e a ciência interpessoal (KOLK, 2014).

Nota-se que o “trauma emocional é definido não só por experiências difíceis e assustadoras, mas pelo impacto que estas experiências têm sobre nós e pelos seus efeitos de longo termo em nossas vidas” (SIEFF, 2014, p. 14, tradução nossa).⁷ Assim, nota-se que o trauma é uma experiência que ressoa muito além de seu acontecimento pontual. Experiências traumáticas deixam marcas e estas não se restringem necessariamente a apenas uma localidade, seja ela o corpo, a mente ou o cérebro, apenas em nossa realidade ou culturalmente, ou mesmo restrita a uma geração.

Com a nova abertura nos campos de estudo, hoje é comprovado que o trauma causa mudanças fisiológicas reais, como alterações na regulação hormonal, no sistema de alarmes cerebrais, na forma como os sinais são enviados para o corpo (KOLK, 2014), os quais transformam a forma como estes indivíduos reagem e se relacionam. Essas respostas, portanto, não passam por escolhas conscientes dos indivíduos, que escolhem como agir. São expressas a partir das ações neurais e hormonais e invisíveis à percepção diária (SIEFF, 2014).

⁷ “Emotional trauma is defined not only by painful and frightening experiences, but also by the impact these experiences have on us and by their long-term effects on our lives.”

Seus efeitos, entretanto, não se limitam à parte física. Conti (2021, p. 91, tradução nossa) afirma, “trauma é fundamentalmente danoso para a psicologia humana”.⁸ Uma das maiores questões posteriores ao trauma é a vergonha. Confrontar a vergonha que se instala após um episódio traumático é apontado por diversos autores como uma real dificuldade. O trauma influencia na forma como as memórias são processadas, bem como se sente as emoções.

Existe uma tendência da projeção dos traumas em situações corriqueiras e da dificuldade da real compreensão de seu entorno. Além disso, o trauma perturba a imaginação (KOLK, 2014, tradução nossa).

Um dos aspectos mais danosos do trauma emocional é que as consequências se tornam tão arraigadas dentro de nossas mentes e corpos, que não somos capazes de nos afastarmos de trauma e vermos seu impacto, quanto mais mudá-lo. (SIEFF, 2014, p. 17, tradução nossa.)⁹

O trauma não se cura sozinho. Também não é possível apagar um trauma. Pacientes dissociados ou com perda de memória ainda sofrem as consequências do evento que os traumatizou, mesmo que não tenham consciência disso. A única forma de se recuperar dos efeitos de um trauma emocional é ir a fundo no inconsciente e explorar as feridas, possivelmente encontradas nas três esferas (SIEFF, 2014).

A seguir, três instâncias serão analisadas, corpo, mente e cérebro, e como o trauma as afeta direta e indiretamente.

3.1. O TRAUMA E SEU IMPACTO NO CÉREBRO

É importante a compreensão de estruturas cerebrais relacionadas à experiência de absorção e processamento de informação quando se trata da análise posterior do impacto de um trauma.

A função primordial do cérebro é manter-se vivo e o corpo em que habita, isto incluir analisar as necessidades internas, perceber o mundo externo para obter

⁸ “[...] trauma is fundamentally damaging to human psychology.”

⁹ “One of the most damaging aspects of emotional trauma is that its consequences become so deeply ingrained within our minds, brains and bodies that we are unable to step aside from the trauma and see its impact on us, let alone change it.”

segurança, gerar energia, avisar e proteger o corpo de perigos e ajustar as ações de acordo com o momento, promovendo um maior equilíbrio (KOLK, 2014).

O trauma pode alterar o cérebro de diversas formas. As mais críticas mudanças em um cérebro traumatizado podem acontecer em três áreas: O córtex pré-frontal (responsável em parte pela regulação das emoções), o córtex anterior cingulado e a amígdala – responsável pelo manejo de emoções (PERROTTA, 2019). Como veremos abaixo, elas englobam diversas atividades fundamentais como pensamento racional, solução de problemas, expressão da personalidade, planejamento, empatia e comportamento.

Para Kolk (2014), o cérebro é construído de baixo para cima em termos de evolução. A parte mais jovem do cérebro, o racional, não chega a ocupar 30% do espaço interno do crânio. É responsável por captar o funcionamento do mundo externo, coisas e pessoas, por administrar o tempo, por ordenar atos etc. Abaixo dele, encontram-se dois cérebros mais antigos, responsáveis por todo o resto: identificação de sensações (como medo bem-estar, fome etc.), controle do corpo, registro de informações, entre outros.

A parte mais antiga do cérebro, chamada de reptiliana ou primitiva (ou complexo R), atua desde o momento do nascimento. Encontra-se no tronco encefálico logo acima do ponto em que a medula espinhal se conecta com o crânio, responsabilizando-se por todas as atividades básicas que um neném já pode fazer. Junto com o hipotálamo, o cérebro primitivo é responsável por controlar a energia do corpo, do funcionamento do coração, pulmões, sistemas endócrino e imunológico. Cabe ao cérebro primitivo conservar o bem-estar do corpo, mantendo-o, pode-se dizer, vivo (KOLK, 2014). Quando ele está no comando, as pessoas são motivadas por instintos antigos e enraizados, porém com certo grau de controle (ROBERTSON, 2021).

Acima do cérebro primitivo está o sistema límbico, também conhecido como cérebro mamífero, por estar presente em animais grupais e que cuidam de sua prole. Começa seu desenvolvimento após o nascimento e pode-se dizer que é a sede das emoções. É também um posto de comando central, formando-se a partir das experiências, da composição genética e do temperamento (ROBERTSON, 2021).

Juntos, cérebro primitivo e sistema límbico compõem o que Kolk (2014) chama de “cérebro emocional”. Ele está no centro do sistema nervoso central, tendo como principal tarefa manter a vida e o bem-estar.

Vale ressaltar que o cérebro emocional (primitivo mais límbico) tende a analisar as informações de forma mais global, formando opiniões a partir de semelhanças. É ele o responsável pela luta e fuga, pois age a partir de planos pré-programados (KOLK, 2014). O cérebro racional, por sua vez, é organizado para analisar alternativas mais complexas.

A camada superior do cérebro é chamada de neocórtex. Nos humanos esta camada é muito mais espessa que em outros animais, como os mamíferos. O neocórtex desenvolve-se a partir dos dois anos da criança, a partir dos lobos frontais. Estes são responsáveis pela linguagem e o pensamento abstrato, integrando informações complexas e dando-lhes significado. É apenas com eles que podemos, como Kolk (2014, p.70) afirma: “planejar e refletir, imaginar e antever cenários futuros”. Ele também é a sede da empatia humana.

O córtex pré-frontal permite aos humanos orientar o que acontece em regiões mais primitivas do cérebro, especialmente as responsáveis pelas emoções, medo e estresse. É o que difere os humanos de outras espécies, auxiliando nos pensamentos e memórias e na gerência de emoções. Ele é o responsável pelo planejamento lógico (GOMES, 2019).

Ele também comanda as funções executivas do cérebro, organizando processos complexos que envolvem a razão, planejamento e memória. Contribui, assim, para a identidade, para o ser humano ser quem é. O córtex pré-frontal, assim, desempenha três funções primordiais: controle de atenção, integração de dados da memória e planejamento lógico, além da tomada de decisões (GOMES, 2019).

Dentro do sistema límbico existe uma área particular e diminuta em tamanho, a amígdala. É dela a função de avisar o corpo de uma ameaça ou perigo iminente, bem como ativar a resposta física do estresse. Uma vez ativado o sistema, uma enorme quantidade de hormônios do estresse e de impulsos nervosos agem, aumentando a pressão sanguínea, a frequência cardíaca e a quantidade de oxigênio. Toda essa atividade tem uma função básica: preparar o corpo para fugir ou lutar (KOLK, 2014).

Dificuldade em se manter calmo, no sono, estresse crônico, reação exageradas, hiper vigilância, medo, irritabilidade e explosões estão ligadas a uma amígdala hiperativada (PERROTTA, 2019).

Na prática, isso significa que a função executiva do cérebro é momentaneamente desligada. O cérebro primitivo toma conta e limita a ação do cérebro consciente, levando a uma série de ações de emergência, como: parar a tireoide, os músculos faciais, o coração, pulmão, laringe, o trato gastrointestinal – para reduzir a mortalidade -, as glândulas adrenais – liberação de hormônios do estresse (KOLK, 2014).

A adrenalina é um hormônio de suma importância para a situação de luta ou fuga. Em uma pessoa não traumatizada, após o evento os níveis hormonais, a pressão e a frequência cardíaca tendem a se normalizar, porém em pessoas traumatizadas o nível de adrenalina permanece alto. Outra reação possível à luta e fuga é a negação. Isto significa que a ameaça é registrada corporalmente, porém a mente consciente permanece negando o acontecimento (KOLK, 2014).

Para Kolk (2014, p.66) “a imobilização mantém o corpo num estado de choque inescapável ou de impotência adquirida”. Pessoas que se sentem incapazes de fazer algo para a proteção – própria ou de terceiros – tendem a ter cicatrizes permanentes do evento ocorrido.

O tálamo, também encontrado em um ponto interno do sistema límbico, é responsável por unir estas informações, criando uma percepção biográfica de si, integrando os elementos. A partir deste momento, as sensações seguem dois caminhos: para a amígdala – também situada no sistema límbico, com formato de duas amêndoas, e que pode ser considerada inconsciente – e para os lobos frontais – aonde vão para a percepção consciente.

A principal função da amígdala é o que Kolk (2014, p. 73) chama de “detector de fumaça do cérebro”. Ela identifica o necessário para garantir a sobrevivência de forma rápida e automática com a ajuda do hipocampo – que relaciona o novo com experiências passadas. Caso julgue necessário, ela envia uma mensagem tanto para o tronco encefálico quanto para o hipotálamo. Ela produz a noradrenalina e a dopamina, que instilam o corpo para uma resposta de luta, fuga ou congelamento. Isto afeta o lobo frontal e o pensamento racional (GOMES, 2019).

Hormônios importantes neste processo também são a adrenalina e o cortisol, que ajudam no “sequestro” do corpo até este estar em segurança. Sistemas

defeituosos, ou seja, uma falsa percepção de perigo, podem levar a profundos bloqueios ou explosões. Resumindo, pode-se dizer desta forma, que o sistema límbico tem três funções primordiais, que são: emoção, defesa e codificação da memória (GOMES, 2019).

A evolução hereditária, ou seja, o que trazemos a milhões de anos de geração anteriores, também tem uma influência direta na predisposição a achar que determinadas experiências são dolorosas e/ou assustadoras (SIEFF, 2014).

Os lobos pré-frontais mediais, situados acima dos olhos, possuem, por sua vez, uma visão panorâmica. Eles avaliam a situação, ao contrário da amígdala. Reagir com tempo e calma é uma prerrogativa de um sistema em bom funcionamento. O caso contrário leva a reações condicionadas e automaticamente entra-se no modo luta ou fuga. Esses dois tipos de regulação são essenciais para se entender a dinâmica do trauma. Existem duas opções para se alterar dinâmicas desreguladas: de cima para baixo ou de baixo para cima. Na primeira opção, cabe fortalecer e mediar as mensagens vindas do córtex pré-frontal medial, enquanto na segunda, o cérebro reptiliano deve ser controlado por meio de exercícios de respiração, de resgate de percepções de movimento e toque (KOLK, 2014).

O cérebro traumatizado é diferente do não traumatizado justamente porque o córtex pré-frontal aparenta ter uma ativação reduzida, bem como do córtex cingulado, além de uma hiperativação da amígdala. Outro sintoma é incapacidade de pensar claramente, de manter a concentração e atenção (PERROTTA, 2019).

Outra área importante localiza-se no lobo frontal do córtex, na área de Broca. Ela é um dos centros cerebrais responsáveis pela fala. Para Kolk, (2014, p. 56) “todo trauma é pré-verbal”.

Quando há algum flashback de um evento traumático, a área de Broca para de funcionar. É importante ressaltar que vítimas de AVC costumam ter a área de Broca bastante afetada, comprovando que efeitos do trauma não são necessariamente diferentes de lesões físicas. Essa área de atividade reduzida é interpretada como uma manifestação de um processo associativo enfraquecido enquanto o evento traumático é revivido (GIOTAKOS, 2020).

Como Kolk (2014) aponta, imagens de scans revelaram que na ocorrência de um flashback traumático, apenas o lado direito do cérebro se ilumina. Isto significa que o trauma desarma o lado esquerdo, apagando com ele uma série de ações. O

lado direito do cérebro é, via de regra, intuitivo, responsável pela visão espacial, pelas emoções e pelo tato, enquanto o esquerdo ocupa-se da fala, de todo o processo linguístico, de processos sequenciais e analíticos. Desde a infância, o lado esquerdo do cérebro está ativado, quando as crianças começam a desenvolver a linguagem.

Assim, comprova-se que o trauma psicológico tem efeitos concretos no cérebro de forma duradoura e que podem alterar drasticamente a subsequente evolução cerebral (REYNOLDS; WEBER, 2004).

Nota-se que os dois lados do cérebro processam o passado de forma diferente. O lado esquerdo recorda fatos, guarda estatísticas, possibilita armazenar vocabulário. O direito retém memórias táteis, olfativas e auditivas, bem como as emoções atreladas a elas. Desenvolve-se ainda no útero e possui a característica de que suas memórias soam como verdades intuitivas (KOLK, 2014).

A memória depende do estado em que o indivíduo se encontra. Normalmente, as lembranças não vêm a partir de pedaços isolados, mas essencialmente de contexto. Por isso é muito complexo lembrar-se de algo com detalhes em um ambiente diverso de onde o fato inicialmente ocorreu (ROBERTSON, 2021).

No processamento de um trauma, uma vez que o hemisfério esquerdo é desligado, as memórias, desta forma, tendem a ser armazenadas de forma desconexa, sem lógica, de forma que a experiência se calca nos sentimentos e percepções variáveis. Sem processamento lógico, é impossível para o cérebro fixar-se em causa e efeito. Outro efeito particularmente complexo para as vítimas é que, ao recordarem o fato, o cérebro reage a partir do hemisfério direito como se o evento estivesse ocorrendo naquele exato instante (KOLK, 2014).

Aqui o sistema límbico desenha uma função importante, pois cabe a ele codificar os dados e colocá-los em um contexto. Isso faz com que o córtex pré-frontal possa recuperar e organizar esses dados posteriormente. Em pacientes traumatizados, como visto, essa interconexão não funciona bem (GOMES, 2019).

A percepção de si é um produto da relação entre o cérebro emocional e o racional, portanto, qualquer alteração nesta relação causa fortes impactos na relação interna e externa. Problemas psicológicos normalmente se originam de regiões responsáveis pela percepção e atenção, raramente de defeitos de compreensão e discernimento. Para Kolk (2014) “dissociação é a essência do trauma”.

Perrotta (2019) afirma que a dissociação é a primeira desintegração entre a consciência e a intersubjetividade. A proteção da dor é o aspecto colateral da dissociação. Ela é a experiência mais próxima da aniquilação, em que a mente precisa se proteger de si para não se desintegrar.

Na prática, isto significa que a experiência em si é fragmentada, ganhando vida própria, tornando-se presente e sendo revivida. De certa forma, os flashbacks, comuns a pessoas traumatizadas, podem ser piores que o evento em si, por serem repetidos em um ciclo aparentemente sem fim. Sieff (2014), corrobora com essa ideia, pois para ela a reação mais comum a uma dor insuportável é a dissociação, fugindo da causa da dor.

Quando se fala de processamento de trauma, dois sistemas cerebrais são relevantes. A amígdala, que define a intensidade emocional, e a torre de vigia cerebral, o córtex pré-frontal medial, que lida com o contexto. O córtex pré-frontal dorsolateral (localizado na lateral do cérebro frontal) também é muito importante, pois quando está desativado, leva a pessoa a perder a capacidade de compreender passado, presente e futuro. Pessoas traumatizadas, como Kolk (2014, p. 83) afirma, acham que “isso vai durar eternamente”.

O tálamo, ainda para Kolk (2014), quando entra em pane leva a pessoa traumatizada a perceber o evento não como uma história, mas como sensações isoladas e profundamente intensas. Quando age normalmente, o tálamo é também um poderoso filtro, ajudando na concentração, aquisição de conhecimento e atenção, entre outros, todos estes bloqueados quando a pessoa sofre um trauma. Indivíduos traumatizados, desta forma, vivem em constante sobrecarga emocional.

Outro efeito do trauma é a despersonalização, quando externamente a pessoa expressa um congelamento interno a partir de olhos vagos e mente vazia. Quando isto ocorre é normal a pessoa “não sentir nada”. É uma reação protetora do corpo desenhada para a sobrevivência (SIEFF, 2014, p 25).

3.2. CORPO E CÉREBRO UNIDOS

O corpo é, muitas vezes, a expressão de situações internas. Como Kolk (2014) aponta, Ivan Pavlov, muito conhecido como precursor da terapia cognitivo-

comportamental, teve descobertas importantíssimas para o entendimento do trauma. Em seus experimentos com cachorros, ele descobriu que ao se verem em condições de estresse severo, o corpo encontrava um novo equilíbrio interno, que não se assemelhava à ordem anterior. Permaneciam agindo como se estivessem em perigo e seus sinais vitais acompanhavam tal mudança, mostrando instabilidade do sistema nervoso autônomo.

Pavlov, então, apontou dois impulsos físicos resultantes de uma experiência severa. A primeira é o choque inevitável, que ocorre quando o organismo não pode fazer nada para mudar a ação. O corpo está pronto para fugir ou lutar, mas a situação não permite, logo a ruptura interna e fina do corpo é quebrada. Isto leva ao que Kolk (2014, p. 93) chama de “desamparo aprendido”.

A outra reação Pavlov chamou de estágio ultra paradoxal, em que a relação entre os estímulos e as reações não estão balanceadas, levando a reações extremas desnecessariamente. Kolk (2014) aponta que o balanço fino entre a percepção dos sinais (grandes e pequenos) que se percebe do mundo externo e do mundo interno é calibrado pela relação entre o sistema nervoso simpático e o sistema nervoso parassimpático, ambos ramos do sistema nervoso autônomo (SNA).

O primeiro, grosso modo, o autor continua, é o acelerador do corpo, responsável pela resposta de luta ou fuga, fazendo o corpo se preparar para a ação. Já o sistema nervoso parassimpático age como freio. Ele controla o alerta, diminui a frequência cardíaca, relaxa músculos e controla funções conservadoras do corpo, como alimentação e abrigo.

Aqui é importante mencionar os neurônios-espelhos, que sintonizam alterações emocionais de animais e pessoais, trazendo potentes indicações e facilita a sincronização com o estado interno, ajustando o corpo aos estímulos externos. Mensagens recebidas que indicam segurança produzem o mesmo efeito em corpo saudáveis e o contrário é também válido. Para Kolk (2014, p. 96) “quase todo sofrimento mental envolve problemas para criar relacionamentos viáveis e satisfatórios ou dificuldades para regular o estado de alerta”.

Pessoas traumatizadas possuem esta sintonia bastante prejudicada e perdem a capacidade de emularem internamente a sensação de segurança, com uma percepção alterada de risco. Este sistema trabalha para evitar que o corpo fuja de qualquer situação que leve à possibilidade de um novo trauma. Se não calibrado, a

sensação de perigo surge a partir de qualquer situação, incluindo as que trariam a noção de cura e pertencimento. Isso gera um ciclo de percepções distorcidas e que reproduzem a dificuldade de conexão (SIEFF, 2014).

Kolk (2014) usa a Teoria de Porges para explicar três estados fisiológicos fundamentais do SNA, em que a sensação de segurança interfere diretamente em qual será ativado. O primeiro nível, o envolvimento social, é o requisitado quando há a percepção de ameaça, pois envolve a necessidade de sentir apoio e segurança. Caso isso não ocorra, outro nível entra em ação, o de luta e fuga. Se esta estratégia não funciona, o corpo entra em seu terceiro estado, o de congelamento ou colapso, buscando gastar o mínimo de energia para poder sobreviver.

Muitos indivíduos traumatizados não conseguem definir corretamente a percepção de segurança. Isto pode levar de um estado de hiper vigilância a hipoatividade, ou seja, leva eventualmente à dissociação. O sistema social está comprometido. Estudos sugerem que o indivíduo deve experienciar diversas situações de segurança especialmente nos anos iniciais da vida para desenvolver um sistema social saudável, que levam a relacionamentos balanceados e apego positivo (MALCHIODI, 2020).

Para compreender os comportamentos gerados pelo trauma, é importante falar brevemente do nervo vago, extremamente ramificado e importante no corpo humano. O complexo vagal ventral (CVV), quando em ação promove relaxamento, centrimento e estímulos positivos. Quando, ao contrário, há alguma ameaça, as áreas inervadas pelo CVV se alteram. Se ainda assim a ameaça persiste, o sistema límbico é ativado e o sistema nervoso somático (SNS) entra em ação. Se nada puder ser feito e ameaça persistir, o terceiro sistema é ativado, com o complexo vagal dorsal (CVD) – conectado ao estômago, rins e intestinos, diminuindo drasticamente o metabolismo e funcionamento do corpo. É neste momento que o corpo “congela”. A pessoa “deixa de existir”, pois a consciência é bloqueada, impedindo até a dor física. Para Kolk (2014, p. 102), “a imobilização está na origem da maioria dos traumas”.

O nervo vago é essencial para os indivíduos perceberem a segurança e se sentirem confortáveis. Ele também é responsável por muitas formas de comunicação como escuta, percepção de expressões faciais e tons de voz, podendo influenciar na própria cadência da respiração (MALCHIODI, 2020).

Existe um circuito funcional do cérebro chamado de ponto de descanso (*rest state* ou *default mode network – DMN*), que é conhecido como ponto morto. Este estado é bastante importante, pois quando ativo acende áreas cerebrais que constituem a noção de *self*. Em pacientes traumatizados, há uma dificuldade concreta em organizar todas estas informações, desorganizando a noção de *self* (KOLK, 2014).

Esta região se concentra logo acima dos olhos e é composta por várias estruturas, todas envolvidas na criação e organização do *self*. O cíngulo posterior – maior região brilhantes do cérebro – é responsável por trazer a sensação física de onde se está. Como Kolk (2014, p. 112) afirma, “é nosso GPS interno”. O córtex pré-frontal medial é a torre de vigia (CPFM), como foi explicado acima. Há também a ínsula, que transmite mensagens das vísceras aos centros emocionais; os lobos parietais, que integram informações sensoriais; e o cíngulo anterior, que coordena emoções o pensamento. Todos estes combinados, é importante frisar, contribuem para a consciência.

Em pacientes traumatizados, em tomografias é possível notar que a atividade nestas áreas é praticamente inexistente (KOLK, 2014), levando a uma concreta dificuldade de percepção interna e relevância das informações recebidas. Há um bloqueio das áreas que transmitem sensações e emoções viscerais. Também, a falta de atividade da área pré-frontal medial ajuda a compreender a perda de direção e de propósito em pacientes traumatizados.

Assim, diversas áreas do cérebro devem ser levadas em conta quando se pensa em amenizar os traumas, especialmente na fase inicial destes, ou seja, logo depois que acontecem. Tal ação pode prevenir a consolidação de novos caminhos neurológicos e a degeneração ou congelamento de outros (BREMNER, 2008).

O sistema de percepção, nota-se, é de vital importância para a vida diária. Kolk (2014, p. 114). diz que “para se sentir presente, você tem de saber onde está e ter ciência do que está acontecendo com você.” Um *self* presente é basilar para o equilíbrio interior, pois apenas ao registrar sensações físicas é que se pode manter-se em segurança.

O sistema de *self* no tronco encefálico e no sistema límbico é ativado quando há uma situação de potencial ameaça, causando medo, terror e posterior estímulo físico. As pessoas revivendo um trauma se sentem presos no estado de terror, perpetuamente estimulados (KOLK, 2014).

É válido também ressaltar que ainda que o instinto luta, fuga e congelamento, bem como seus desdobramentos são aceitos de forma geral, deve-se levar em conta mecanismos individuais de sobrevivência a eventos traumáticos. As experiências, em última instância, são únicas e o cérebro se adequa às circunstâncias para o que ele entende como proteção. Isso pode gerar as mais variadas respostas (MALCHIODI, 2020).

É importante trazer o conceito de agência que nada mais é do que a capacidade de tomar conta da própria vida. Neurologicamente, este estado começa pela interocepção (percepção sutil de sensações sensoriais). Quanto maior a percepção, mais se tem o controle da própria vida. Isto só pode ocorrer se a torre de vigia (CPFM) estiver ciente do que ocorre internamente. Nas vítimas de trauma, o próprio corpo se torna inseguro (KOLK, 2014), pois a autorregulação está ligada a uma relação equilibrada com o corpo. Quando isto não acontece, é necessário recorrer a reguladores externos. Quanto menos conectadas às suas sensações, menos áreas importantes do cérebro, como a de autopercepção, são ativadas (KOLK, 2014).

Pacientes traumatizados podem sofrer de alexitimia (perda da capacidade de usar palavras para expressar ou sentir sentimentos) ou de despersonalização, que é a perda de si. Saber quem se é, deve-se ter a percepção de que se é capaz de definir o que é real. Para Kolk, (2014, p. 162), quando isto não acontece, ocorre um “assassinato da alma”. Perde-se quem se é, o que se sente e quem é confiável.

Atualmente, as pesquisas corroboram para o fato de que, como visto acima, o trauma afeta a homeostase do corpo e pode causar efeito de curto e longo prazo, indo além dos efeitos cerebrais, mas também invadindo o que dizemos como mente, além de outros órgãos (SOLOMON; HEIDE, 2005).

Nota-se que associar sensações intensas à segurança, bem-estar e tranquilidade compõem o fundamento da autorregulação, auto tranquilização e autoeducação. Quem, portanto, não possui uma sensação interna de segurança, terá dificuldade para distinguir o que é perigo.

Em situações normais, o cérebro racional consegue sobrepujar o emocional, regulando emoções e permitindo que o corpo se mantenha composto, sem deixar que os medos sequestrem o corpo. Quando a situação se torna muito ameaçadora (ou o corpo a entende assim), mapas antigos são ativados, tornando muito difícil para o cérebro racional tomar a frente (KOLK, 2014).

Todos esses componentes cerebrais se traduzem também para a vida diária. Intensos sentimentos de raiva podem surgir, incluindo uma raiva presente e um sentimento constante de perigo. Imagens traumáticas podem ressurgir, pensamentos intrusivos ou *flahsbacks*, além de pesadelos. Insônia também é um sintoma bastante comum. A memória, ainda que possa ser fragmentada ou mesmo ausente, pode levar ao retorno das emoções vivenciadas no momento de forma abrupta, sem correlação imediata. Com o tempo, isto pode levar à exaustão física e emocional, corroborando para distração, incapacidade de foco ou raciocínio (PERROTTA, 2019).

A dissociação de emoções dolorosas pode levar ao cancelamento de todas as emoções, chegando à dessensibilização. Emocionalmente o indivíduo aparenta entrar drenado e distante. A cascata de sintomas pode levar à sensação de desamparo, perde de autoestima e, geralmente, à depressão. A própria identidade da pessoa é posta em xeque (PERROTTA, 2019).

Por muitos anos, especulou-se o papel de genes ruins a determinadas questões. Como Kolk (2014) afirma, entretanto, pesquisas atuais apontam que não basta ter um gene para desenvolver determinada condição ou ter um resultado. Genes não são fixos e situações de vida podem alterar o comportamento do mesmo, ainda que mantenha sua estrutura original. Os novos padrões podem ser transmitidos para a prole através da epigenética. Ou seja, a forma como o mundo social encontra o indivíduo deixa marcas e pode alterar sua forma de ação e percepção.

3.3. CORPO, CÉREBRO E MENTE

O trauma está muito ligado às lembranças e a potência destas. O fato de algo ser lembrado está ligado ao grau de significância e de emoção que suscitou, bem como do nível de alerta empregado. Este fato é importante, pois “o *cérebro inteiro registra tudo o tempo todo*” (ROBERTSON, 2021, p.55). A adrenalina, hormônio já comentado anteriormente, é fundamental na retenção de memórias. Quanto mais adrenalina secretada, mais haverá uma lembrança. Entretanto, quando o corpo se depara com uma situação de terror, especialmente com o “choque inescapável” todo o sistema entra em colapso.

Em laboratório, Kolk (2014) aponta que quando determinadas memórias são acionadas e os vestígios vêm à tona com sensações originais, o lobo frontal se fecha e com ele a capacidade de traduzir sensações em palavras. O cérebro emocional (sistema límbico mais o tronco encefálico) toma a frente e desconecta outras partes importantes, como o hipocampo e o tálamo, para integração e armazenamento de informações de forma adequada. Isso se traduz em memórias não lineares e desconexas, com expressões sensoriais e emocionais fragmentadas, mas muito potentes.

Como Kolk (2014) afirma, Janet foi o primeiro a notar a diferença entre uma lembrança narrativa, ou seja, o que as pessoas contam, e a lembrança propriamente dita. Para Kolk (2014, p. 2015) “a memória de vítimas de trauma é, ao mesmo tempo, quase nula e excessiva”. As memórias não necessariamente estão completas, porém estão impressas em determinadas ações ou comportamentos.

Nas memórias traumáticas, ao contrário das comuns, há um ou mais disparadores específicos que servem de gatilho. Ela também não é condensada ou flexível, como na maior parte do que fica na memória, bem como é ausente de ganhos sociais, criando distanciamento. Estão congeladas no tempo, normalmente envolvendo sentimentos de humilhação, vergonha e solidão (KOLK, 2014). Além disso, o cérebro tende a ter mais flashes vívidos de memórias percebidas como negativas (CONTI, 2021).

Trazer à tona a lembrança completa, ainda que dolorosa, pode ajudar a compor o panorama fragmentado que o trauma criou. A psicoterapia se apoia na cura pela palavra, sendo esta a fala, ajudando o paciente a deixá-las no passado (KOLK, 2014).

É comum pacientes recobrem a memória de um evento traumático anos ou décadas depois. Quando se trata de abuso infantil, muitos pacientes perdem totalmente a memória. No DSM-3, em 1980, já era admitido nos critérios de diagnóstico de amnésia dissociativa a perda de memória a partir de um trauma. Pesquisas apontam que quando estas retornam, voltam com modificações (KOLK, 2014), pois a mente processa e dá sentido ao que recebe, alterando os fatos. Conti (2021) corrobora com tal ideia, ao afirmar que o sistema límbico, ao tentar proteger o próprio sistema, pode colorir de medo e vergonhas as memórias. Desta forma, estas se distorcem em crenças que não são verdadeiras.

O sistema límbico, se danificado, pode levar a indivíduos com nenhuma percepção ou entendimento de suas reações automáticas em suas diversas formas. Assim, tudo é entendido como potencial ameaça, inclusive as interações mais simples, mas a pessoa não faz a mínima ideia de que se comporta desta maneira (MALCHIODI, 2020).

Em uma pesquisa feita em 1994 com um grupo de colegas do Hospital Geral de Massachusetts, Kolk, ao entrevistar pessoas traumatizadas notou duas diferenças importantes quando retratavam memórias saudáveis ou traumáticas. A primeira era a forma como se organizavam e a segunda as reações físicas que provocavam. Memórias traumáticas são desorganizadas, ainda que alguns detalhes sejam mantidos, sem sequência de eventos definida ou marcos determinantes. São, portanto, dissociadas, não se integrando a outros eventos (KOLK, 2014).

Ninguém quer se recordar de um trauma. Isto traz uma realidade complexa, uma vez que tratar pacientes traumatizados pressupõe uma realidade bipartida. Um presente fora do evento traumático e um passado devastador. Como Kolk (2014, pp.242) afirma “O trauma lhe rouba a sensação de que você é senhor de si”. Reestabelecer determinada unidade, portanto, é possibilitar a união do corpo e da mente, ou do *self*. Esta junção é complexa, uma vez que o trauma ganha contornos maiores do que o evento ocorrido no passado, distanciando as partes. Além disso, as reações e percepções traumáticas, como já visto, residem no cérebro emocional e se manifestam a partir de reações físicas, como palpitações, suor frio, sensações viscerais, entre outros.

Há também que se levar em conta que pacientes traumatizados podem ter uma lógica própria, pautada em sua história pessoal internalizada e padrões de reações. Estas reações tendem a ser automáticas, reforçando a forma de pensar, sentir e agir. Traumas podem gerar, além de lógicas disfuncionais a longo prazo, reações condicionadas a curto prazo ao evento traumático com o objetivo de sobrevivência e afastamento da ameaça (MALCHIODI, 2020).

Conseguir acionar o cérebro racional é de suma importância, uma vez que ele possibilita a compreensão das emoções e sensações. É necessário frisar que o cérebro racional não anula as emoções e pensamentos, porém permite que a pessoa tenha certo controle sobre suas ações e reações, inclusive as intensas. Novamente, a noção de que as memórias em si não contêm significado. O cérebro faz as conexões

e lhes dá sentido. Portanto, ajustar o sistema traumatizado torna-se vital para o equilíbrio (CONTI, 2021).

Uma outra área comprometida após um evento traumático é a linguagem. Para a maior parte das pessoas, colocar em palavras o que passou é quase impraticável. “Falar do trauma é menos dizê-lo do que construir bordas em torno de um impossível dizer” (CALDAS, 2012, p. 5).

Isto acaba reforçando o isolamento provocado pelo trauma. Expressar sentimentos complexos e ter os sentimentos validados ativa o sistema límbico. A dificuldade em integrar as partes e a repressão de informações leva a um estado de guerra interna, consumindo uma enorme quantidade de energia e comprometendo outras áreas da vida. Fisicamente, o corpo é inundado por hormônios de estresse, causando sintomas secundários potencialmente sérios (KOLK, 2014).

Isso também leva à dificuldade de colocar em palavra o que ocorreu. Há uma resistência e dificuldade cerebral em compor as partes. As palavras tornam-se apartadas das representações tradicionais que o indivíduo pode abarcar. Nem sempre a linguagem esperada é a possível (CANAVÊZ; HERZOG, 2012).

Para a neurociência, existem duas formas de autopercepção. A primeira, conhecida como self autobiográfico, conta uma história com nexos, juntando o self ao longo do tempo e da memória. Ele reúne histórias e experiências, com origem na linguagem, podendo ser alterado de acordo com a narrativa escolhida. O outro, conhecido como autopercepção de momento, está conectado às sensações físicas. Quando se sente em segurança, é possível comunicar esta sensação. Esta forma está localizada no córtex pré-frontal medial e pode influenciar o cérebro emocional (KOLK, 2014).

Apenas falar do trauma pode não trazer benefício algum. Muitas pessoas sequer conseguem, pois, a área cerebral responsável pela linguagem pode ter sido bloqueada. Para Kolk (2014, p. 292) “com o trauma o indivíduo se sente como *outra* pessoa ou como *ninguém*.” Retomar a sensação de si é entrar em contato com o próprio self.

Portanto, restaurar o equilíbrio, ainda que difícil, é o caminho. Retomar a sensação de controle e comando permite vidas mais produtivas. O estado de hipo ou hiper alerta impede funções normais do corpo e leva à desorganização. Também, um grave estado de desorganização (que leva a bloqueios, entorpecimento e raciocínio

lento) impede o acúmulo de experiências. Para Kolk (2014, p. 245) “a recuperação do trauma envolve restaurar as funções executivas e, com elas, a autoconfiança e a capacidade de bom humor e criatividade”.

Uma possibilidade é a “Terapia do sistema límbico” (KOLK, 2014, p. 245), em que os sistemas de alarme são recalibrados e fazem com que o cérebro emocional retome sua regulação funcional. A grande entrada para que isto ocorra é através da autoconsciência e isso acontece quando o córtex pré-frontal medial é acionado. Esta parte do cérebro, lembrando, é responsável pela percepção interna do que ocorre, além de nominar o que é sentido, também chamado de *interocepção*.

Pacientes traumatizados têm pouca ou nenhuma percepção do sentimento interno, do que ocorre dentro de si. A percepção de segurança, a compreensão da mente, corpo e cérebro de que esta é uma possibilidade concreta e presente, possibilita a recuperação. Kolk (2014) aponta que pessoas inseguras e perpetuamente aterrorizadas não conseguem compreender a si próprias, nem desenvolver a interocepção. Os vínculos são peças importantes para construir a sensação de segurança necessária, pois afastam a percepção de ameaça.

Os relacionamentos são de suma importância para a cura de alguma dissociação, pois os circuitos cerebrais são, em grande parte, especializados na conexão com o próximo. Quando trauma e o terror são gerenciados de forma individual e não usando as conexões de relacionamentos e sensação de segurança, os efeitos podem acarretar outros problemas, como dissociação, consumo de drogas, pânico, entre outros. Sieff (2014) vai além ao apontar o vício, em suas múltiplas facetas, como uma tentativa de buscar algo externo para diminuir a dor das feridas originais.

A desintegração de funções não é uma defesa da mente, mas um dano colateral potente com severas repercussões na capacidade de regulação emocional e identitária. É na dissociação estrutural da personalidade que reside a essência da traumatização. A personalidade, assim, é formada, nas pessoas traumatizadas, em pedaços compartimentados, que podem não se coordenar (PERROTTA, 2019).

É comum que traumatizados tenham medo de sentir. Passos possíveis para suavizar reações traumáticas podem ser elencadas da seguinte forma: o primeiro passo é tentar se concentrar nas sensações que percorrem o corpo. Após este início, tentar rotulá-las. A atenção plena é importante para acalmar o sistema nervoso

parassimpático. Entender, observar e conseguir tolerar o que se percebe é imprescindível quando se quer olhar para o passado. O próximo passo é conseguir observar a interação entre o que se pensa e como o corpo processa as sensações fisicamente. Um trauma, para finalmente ser ultrapassado, deve ser reproduzido com todas as estruturas cerebrais ligadas. Para isso, para haver um benefício em lembrar o trauma, o paciente não pode se sentir esmagado pelas lembranças (KOLK, 2014).

É importante mostrar a conexão entre estresse e o trauma. Situações extremas liberam hormônios do estresse que, em situações controladas, podem ser benéficos, pois são responsáveis por preparar o corpo para reagir a situações não convencionais. Pessoas que sofreram um trauma, entretanto, não param de secretar tais hormônios. A impotência e a imobilização que acompanham o trauma sequestram a capacidade de defesa, mas os hormônios continuam a ser secretados. O mecanismo que deveria ajudar o corpo, volta-se contra ele, produzindo respostas inadequadas de luta e fuga ou de paralização. Tal processo pode levar a muitas doenças posteriores. Assim, o corpo precisa restaurar este estado básico de segurança e relaxamento (KOLK, 2014).

O corpo entende o estresse como um sinal para processos inflamatórios. Sem uma lesão ou inflamação específica, entretanto, a inflamação circula pelo corpo procurando uma função. Problemas de coração ou câncer, entre outros, podem surgir deste processo. A inflamação cria uma cascata de disfunção que ativa o sistema imune e o faz se virar contra o próprio corpo (CONTI, 2021).

O trauma é relevante para o desencadeamento de psicopatologias ao longo da vida e o estresse é um fator determinante nessa composição. Para se ter uma ideia, no 5º DSM, lançado em 2013, há uma seção denominada Transtornos Relacionados a Traumas e a Estressores. As categorias incluídas são: Transtorno de Apego Reativo, Transtorno de Interação Social Desinibida, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Transtorno de Estresse Agudo, Transtornos de Adaptação, além do Transtorno Relacionado a Trauma e a Estressores Não Especificado e Outro Transtorno Relacionado a Trauma e a Estressores Especificado (MARTINS-MONTEVERDE; PADOVAN; JURUENA, 2017).

Para Kolk (2014), o principal objetivo ao se lidar com um trauma, não é dessensibilizá-lo – como a maior parte dos tratamentos traumáticos preconiza como procedimento padrão, a dessensibilização sistemática -, mas integrá-lo. Sistemáticamente dessensibilizar o trauma é gradativamente ir extinguindo suas

respostas negativas para o sistema. Integrá-lo por sua vez, implica em dar ao evento traumático seu peso real dentro do contexto do paciente. Isso se dá especialmente porque o trauma não é apenas viver no passado, mas de não se estar plenamente no presente.

Enfrentar um trauma cobra seu preço. Implica em analisar estruturas complexas e doloridas, entrar em espaços deixados de lado pelo corpo, mente e cérebro para garantir a sobrevivência. Como visto anteriormente, muitas armadilhas causadas pelo trauma um dia foram as únicas ferramentas ao alcance para a manutenção daquela individualidade. Para Sieff (2014), a única forma de recuperação para um trauma emocional é ir além da superfície, olhando para o próprio inconsciente e explorando as feridas do self.

Um outro conceito importante é o da autoliderança. Um self integrado e saudável ajuda na organização interna. Além disso, Sieff (2014) complementa, a atenção plena, ou seja, manter-se no presente, ativa o córtex pré-frontal medial e diminui a atuação da amígdala (e com elas as reações emocionais).

Interessante observar que o uso medicamentoso não é de todo eficaz para o tratamento. Perrotta (2019) aponta que pessoas traumatizadas podem procurar o alívio em substâncias psicotrópicas, incluindo o álcool, com a premissa de escapar do sofrimento em que se encontram. Reviver sintomas é um aviso de que o corpo está tentando lidar com a experiência traumática. Gatilhos e sintomas, assim, causam ansiedade e outros sintomas associados, sendo que, muitas vezes, o indivíduo não consegue nem identificar os gatilhos em primeiro lugar. Isto pode levar a comportamentos destrutivos, sem que saiba a natureza destes comportamentos. Ataques de pânico são um exemplo de uma reação psicossomática de gatilho.

Para Kolk (2014), eles moderam as expressões de uma fisiologia perturbada. Tampouco ensinam lições duradoura de autorregulação. A questão não é usá-los ou não, mas compreender que, pelos estudos, a melhora é apenas registrada quando se alcança a capacidade da autorregulação. Fora isso, os mecanismos, ainda que momentaneamente tragam algum alívio, apenas mascaram suas origens.

O trauma separa a linha entre presente e passado, danificando o futuro, como já dito.

O trauma faz com que as pessoas continuem a interpretar o presente à luz de um passado imutável. A cena que você recria numa estrutura pode não ser exatamente o que aconteceu, mas representa a estrutura de seu mundo interior: seu mapa interno e as regras ocultas segundos as quais você tem vivido (KOLK, 2014, p. 362).

Assim, para Sieff (2014) nota-se que a junção entre cérebro, mente e corpo são potentes tanto no momento do trauma, quanto nos eventos subsequentes. Ultrapassar e ir em direção a novos caminhos obrigatoriamente engaja as três instâncias. É necessário criar diferentes roteiros emocionais, desarmando circuitos anteriores. Somente ao se conseguir tolerar emoções profundas é que o trauma pode ser superado e esta é uma dificuldade presente em pacientes traumatizados: o conflito.

4. DESAFIOS DA PSICOLOGIA NA ABSORÇÃO DO CONCEITO DO TRAUMA E BREVE ANÁLISE DO TEPT

Entender os mecanismos internos que permitem que as pessoas consigam viver após um episódio traumático é de suma importância para a Psicologia. “A dissociação é a essência do trauma”, afirma Kolk (2014, p.80). A Psicologia, dessa forma, possui desafios em suas possíveis abordagens. O trauma está enraizado na sociedade, seja por falta de políticas de prevenção, seja pelo fato de ser bastante silencioso. Ele se insidia internamente e se manifesta através de outros sintomas e sinais, mas não se limita a danos individuais. Como Conti (2021, p. 107, tradução nossa) aponta: “Trauma e vergonha, e a negligência da sociedade promovem doenças e disfunções, e violência.”¹⁰ Pessoas em estado de vulnerabilidade (física ou mental) possuem mais dificuldade de se recuperar.

Assim, a absorção do conceito de trauma em dinâmicas da sociedade e de tratamento que, muitas vezes, têm outros diagnósticos pode impactar diretamente na possibilidade de uma atuação concreta na prevenção e mitigação do trauma e seus impactos.

Após a Guerra do Vietnã e a inclusão do Transtorno Pós-Traumático na terceira versão do DSM, houve uma transformação considerável na forma como os distúrbios passaram a ser compreendidos (ORTEGA; REIS, 2021). O autor aponta como o transtorno colocou novamente o trauma como tópico relevante de investigação, além de ampliar a forma como o trauma é visto no mundo atual.

É importante, entretanto, ressaltar que mesmo tendo bastante destaque atualmente, TEPT e trauma não são sinônimos. O primeiro se encontra dentro do escopo do segundo, sendo, portanto, passível de estudo, e um diagnóstico bastante comum em indivíduos com experiências traumáticas. Além disso, as síndromes pós-traumáticas englobam outros aspectos além do TEPT. Tais síndromes podem se manifestar a partir de traumas agudos, crônicos ou vicários (que surgem a partir da exposição à experiência traumática de outra pessoa, com respostas psicossomáticas (CONTI, 2021)).

Kolk (2014) aponta que para o DSM, a definição do TEPT é bem direta. Ao ser exposta a uma experiência traumática, envolvendo morte ou a ameaça da vida, ou da

¹⁰ “Trauma and shame and society’s neglect promote sickness and dysfunction and violence.”

integridade física de si ou de terceiros e que cause medo intenso, horror ou sensação de impotência, a pessoa passa a sofrer manifestações, como reviver o evento em múltiplas formas, evitamentos persistentes e potencialmente incapacitantes e aumento no nível de alerta. Após este evento inesperado, a pessoa não volta a ser ela mesma e passa a ter um sistema nervoso com outra configuração.

Ainda para o autor, no TEPT, o equilíbrio entre a amígdala e o córtex pré-frontal medial (detector de fumaça e torre de controle, respectivamente), altera-se e dificulta o controle de impulsos, levando a uma “perda do bom senso”.

Perrotta (2019) aponta que para o desenvolvimento do TETP é necessário:

- a) A pessoa deve ter sido exposta a um trauma com uma ameaça concreta ou ameaça de morte, lesão ou violência sexual, tendo contato direto ou indireto com a experiência.
- b) Há a presença de sintomas intrusivos que surgem após o evento traumático com os seguintes critérios: memórias, sonhos, flashbacks. Há intenso ou prolongado sofrimento psicológico e reatividade em resposta a gatilhos ligados ao trauma.
- c) O indivíduo se encontra em um lugar de constante evitação a um estímulo associado ao evento traumático. Afeta fatores internos, como memórias indesejadas, pensamentos ou sentimentos ligados ao evento, quanto fatores externos, como pessoas, lugares, conversas, atividades, situações e objetos que tenham semelhança.
- d) Há alterações negativas de pensamentos e emoções associadas ao evento traumático. Pode haver perda de memória de alguma parte do trauma, desenvolvimento de crenças exageradas ou expectativas negativas sobre si, outros e sobre o mundo. Pensamentos distorcidos e persistentes podem surgir, bem como sentimentos persistentes de medo, horror, raiva, vergonha, culpa. Falta de interesse em participar de atividades, sensação de dissociação e infelicidade.
- e) Mudanças de comportamento com explosões de raiva, irritação, agressão verbal e/ou física, comportamentos autodestrutivos, hiper vigilância, problemas de concentração e dificuldades no sono.

Desde a década de 80, portanto, o TEPT tem se tornado uma desordem psiquiátrica bastante em voga. Os critérios de classificação passaram por alteração,

tornando-se mais brandos, indo inicialmente da necessidade de um evento ameaçador para a existência a, atualmente, de uma situação em que o indivíduo experimentou ou presenciou algum evento potencialmente perigoso para si ou terceiros (JONES; WESSELY, 2006).

Os autores apontam a possibilidade de o TEPT ser uma síndrome ligada à cultura contemporânea. Isto porque mesmo que sintomas possam ser encontrados na literatura no passado, pesquisas apontam que a incidência era consideravelmente menor que atualmente. Cada conjunto de sintomas tende a gerar determinados comportamentos de acordo com o evento histórico e é improvável que, com o avanço de tratamentos e da própria tecnologia, que o trauma em sua grande complexidade permaneça estanque. Assim, o próprio conceito de uma reação universal não deve se manter e, para eles, o TEPT tende a ser mais uma etapa nas sempre mutáveis reações e consequências das experiências traumáticas.

Segundo Elhai, Ford e Reyes (2008), apenas uma parcela da população - estima-se que de 15% a 20% - que é exposta a um trauma psicológico desenvolve o TEPT, terminando, assim, com a ideia de que são automaticamente ligados. Desses, poucos são efetivamente tratados, mas a maioria se recupera ainda que não totalmente em até 6 meses. Interessante observar que atualmente não há como prever como e se o TEPT será desenvolvido, entretanto pesquisas mostram que mulheres estão duas vezes mais predispostas a desenvolver o TEPT após um trauma psicológico. Ainda que as razões não sejam tão claras, os autores apontam questões genéticas e papéis sociais como possíveis causas, bem como as diferenças nos tipos de trauma a que ambos os gêneros estão mais propensos a serem expostos (como por exemplo, abuso sexual para mulheres e traumas de guerra e físicos para homens).

Os autores também apontam quatro sintomas gerais que acompanham o TEPT: memórias indesejadas da experiência, tentativas de evitar tais lembranças, redução na habilidade de sentir emoções positivas e aumento em sintomas como tensão físicas, insônia, aumento de sensação de perigo e emoções negativas – em especial raiva, frustração e ansiedade. O TEPT também vem atrelado a outras formas de ansiedade, as mais comuns sendo o pânico, depressão, dificuldade no controle de impulsos e estresse, que podem se manifestar somaticamente.

Há uma ligação maior do que os autores chamam de Trauma de Traição (tradução nossa)¹¹, perpetrados na forma de abuso infantil, negligência e/ou violência familiar) e TEPT do que em outras formas de abuso psicológico, em uma escala de 50% a 75% a mais (ELHAI; FORD; REYES, 2008).

Quando se fala não só do TEPT, mas do trauma em geral, é complexo de se entrar no quesito prevenção. Mudanças seriam necessárias em larga escala, abarcando mudanças e iniciativas nas áreas de segurança e saúde públicas, primeira infância (abarcando violência e abuso infantil dentre outros), segurança no trabalho, cooperação internacional, combate à pobreza, às desigualdades sociais, violência etc., e isso não erradicaria o trauma psicológico completamente (ELHAI; FORD; REYES, 2008).

Para os autores, quando o trauma é recente e ainda há um estresse agudo ou este permanece por pelo menos um mês (vale ressaltar que este é o tempo mínimo para o diagnóstico do TEPT), o tratamento apresenta resultados positivos. Para o TEPT agudo, a Terapia Cognitiva Comportamental mostra-se eficaz, ainda que outras abordagens tenham mostrado resultados promissores com traumas muito recentes.

Kolk (2014) acrescenta que um dos grandes problemas do TEPT (e, novamente, do trauma em seu aspecto maior) é a dissociação. Logo, uma frente basilar no tratamento é trabalhar justamente a associação. A tarefa árdua de integrar os elementos separados pelo trauma em uma narrativa que inclua um passado ordenado e a possibilidade de um futuro, conseguindo ativar novamente a percepção da realidade é de suma importância.

Para Conti (2021), a sociedade deveria ao menos reconhecer o trauma como um problema de saúde pública. O trauma é fundamentalmente danoso à psiquê humana e o cérebro não está programado para lidar com o trauma por si. Desta forma, a ação do psicólogo é uma esfera de suma importância na união das partes fragmentadas pela experiência segregadora.

É importante trazer à luz um dos conceitos primordiais da terapia, isto é, a cura pela palavra. No caso do trauma, isto traz uma camada a mais quando se fala de um plano de tratamento independente da abordagem, uma vez que o trauma traz uma particularidade importante. Ele bloqueia a parte do cérebro responsável pela

¹¹ “*Betrayal trauma*”.

linguagem. Assim, torna-se muito difícil exprimir eventos traumáticos apenas pelo uso das palavras. Assim, a junção desses pequenos trechos, ainda que usem a linguagem, não necessariamente acontecerão de forma linear (KOLK, 2014).

Para o autor, o silêncio reforça o trauma e a cura pode começar quando o paciente consegue exprimir determinados fatos. A possibilidade de nomear eventos traumáticos dá novamente ao paciente o controle sobre suas próprias experiências. O psicólogo, assim, pode ser basilar nessa construção. A rede de apoio e a conexão que torna possível para o indivíduo se sentir acolhido, sentir que seus sentimentos são reconhecidos ativa o cérebro límbico.

A ideia continua para Kolk (2014), ao afirmar que manter segredos ou ser incapaz de expressar sentimentos gasta uma quantidade considerável de energia, falta esta que limita a motivação e a busca por metas. Na realidade, o indivíduo ainda se encontra em guerra, desta vez consigo mesmo.

A terapia pela palavra, portanto, é importante, porém há de se ter em conta que há a limitação da linguagem. Muitas vezes, pacientes são incapazes, como já dito, de transformar a experiência em um relato. A autopercepção pode ser transformadora. Relatar e falar o que se sente são questões diferentes para o cérebro. Kolk (2014) aponta que para a neurociência existem duas formas, portanto, de autopercepção. A primeira, chamada de self biográfico, é responsável por manter as histórias coerentes e fazer conexões. Estas, estão conectadas à linguagem; a segunda, a autopercepção, está calcada nas sensações físicas. Estão em locais distintos e distantes no cérebro e a parte da autopercepção (que fica no córtex pré-frontal medial) é que pode mudar o cérebro emocional. Os dois sistemas devem andar juntos.

Portanto, relatar experiências pessoais pode e é difícil. Para o terapeuta, abrir este caminho é de suma importância, ainda assim apenas falar pode não ser produtivo quando se trata de traumas, pode não trazer comunhão (KOLK, 2014). A linguagem também pode ser bloqueada cerebralmente. A terapia, desta forma, deve trabalhar não com detalhes imediatamente, mas ir aos poucos.

É importante para o psicólogo trabalhar a ideia de segurança. Como o medo é um componente central no trauma, é algo que deve se ter em mente para iniciar um processo de reparação interna. Sem a sensação de segurança, é improvável que o paciente consiga engajar, confiar e se abrir. Esta sensação de terror, vale reforçar, não está no âmbito da razão ou da lógica, mas das próprias experiências do indivíduo.

Assim, a terapia deve adereçar a experiência do corpo ao trauma e reduzir a sensação de desesperança e paralisia (MALCHIODI, 2020).

Kolk (2014) trabalha a ideia de “Ilhas de segurança”. Auxiliar o paciente inicialmente para se reconectar com as partes do corpo e seus sentimentos. Exercícios de respiração, pontos de acupuntura ou foco em determinadas partes do corpo podem servir de âncoras. Para ele, trabalhar em prol da resolução do trauma é, justamente, utilizar formatos que explorem e levem à sensação de segurança, ao corpo e ao trabalho com a linguagem, entre conseguir voltar ao passado, mas estar presente. O autor coloca uma informação pertinente ao afirmar que muitos dos comportamentos autodestrutivos e que hoje são classificados como problemas psiquiátricos, surgiram como formas de autoproteção, isto é, uma forma do indivíduo se proteger de uma realidade ou evento que lhe trazia a sensação de perigo ou destruição.

É importante ao psicólogo que se debruce sobre vítimas de trauma, que tenha em mente outro fator. A recuperação de memórias traumáticas por si só é um momento delicado, pois vem atreladas a emoções primordiais. O relaxamento é uma potente ferramenta, pois altera a percepção de um mesmo evento. A partir daí, novas interações com o conteúdo podem ser trabalhadas, moldando o contexto. O psicólogo deve estar apto a trabalhar com diferentes emoções e estados de consciência. Isto inclui reinterpretar e reconstruir memórias (MERCANTE; NASELLO; PERES, 2005).

Para os autores, deve-se levar em conta o processo subjetivo de cada indivíduo, apoiado no repertório individual do que se constitui como realidades, dinâmicas, limites e experiências. Além do evento traumático, o psicólogo deve investigar a forma de interpretação do mundo de cada sujeito, como cada memória se constitui em conteúdo. A dinâmica do sofrimento é uma pista valiosa, isto porque comportamentalmente pode ser repetida em diferentes contextos, levando a outras relações autodestrutivas, como abuso de substâncias e automutilação.

Desfazer dinâmicas patológicas perpassa o fortalecimento lento de novas estruturas. A elucidação de padrões pode trazer à luz comportamentos inconscientes, que se metamorfoseiam em novos mais saudáveis. Maior foco tem sido dado às terapias de exposição, em que confrontos sucessivos com as memórias acontecem visando reestruturar a parte cognitiva afetada, com foco na resiliência, ou seja, em ultrapassar as dificuldades e bloqueios encontrados, e não se perder no sofrimento.

Para os autores, três fases ocorrem na reconstrução de uma memória traumática, sendo estas: uma durante a anamnese – em que as memórias são interpretadas através de diálogos internos. Na segunda, o paciente narra e compreende suas emoções e consciência, entendendo sua dinâmica psicológica. Por fim, há uma reconstrução da memória, criando estruturas cognitivas mais adaptativas (MERCANTE; NASELLO; PERES, 2005).

Seligmann-Silva (2008) fala, entretanto, de que uma parte do trauma sempre permanece introjetada no indivíduo, um resquício de memória e melancolia, que deve permear uma redução do idealismo terapêutico de uma cura absoluta. O paciente que passa por uma experiência traumática terá conhecido “o outro lado”, de onde é impossível retornar completamente.

Kolk (2014) reforça que não se é possível retornar a um estado prévio, porém corrobora com outros autores ao afirmar que o caminho é fomentar novas narrativas, novos roteiros coesos que neutralizem os antigos. Uma das maneiras que ele aponta é o Neurofeedback, que consiste em uma técnica de indução ao cérebro para produzir determinadas ondas e frequências, diminuindo outras e criando diferentes padrões. Desta forma, promove-se a autorregulação.

O Neurofeedback possui diversas aplicações. No caso do trauma, ele atua desprogramando circuitos do medo, da vergonha, da raiva. O cérebro é estabilizado, permitindo a manutenção ou instauração da resiliência, abrindo caminho para mais respostas. Kolk (2014) aponta que pessoas que se mantêm em um estado de hiper alerta, confusão ou concentração também podem ser beneficiadas.

Outra técnica que tem mostrado resultado bastante promissores é a EMDR, uma técnica desenvolvida nos Estados Unidos no final dos anos 80. A sigla atende por *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. A técnica, portanto, usa a estimulação seletiva de hemisférios cerebrais, especialmente os envolvidos nas lembranças. O movimento dos olhos, similares ao do sono REM, reativa a capacidade cerebral de se regenerar, levando à metabolização do evento traumático (PERROTTA, 2019).

Brothers (2011) aponta que a psicanálise é populada por refugiados do trauma. Além da psicanálise, é possível ampliar este conceito para outras abordagens da psicologia, ao afirmar que o processo terapêutico em si é uma empreitada em que tanto o paciente quanto o terapeuta são unidos por uma necessidade mútua de cura.

Ela corrobora com Kolk ao teorizar que muitos diagnósticos de transtornos listados no DSM na verdade são respostas de tentativas restaurativas em face de um trauma severo.

Brothers (2011) vai além e traz que a dissociação não é encontrada apenas em pacientes conectados a uma violência extrema ou grande trauma, mas também nos que não possuem tais eventos em sua biografia. Como uma sociedade traumatizada e organizada por esse viés, pacientes e terapeutas não são estranhos ao conceito, tendo provavelmente experimentado pelo menos uma situação ao longo da vida. Assim, estão todos conectados em um sistema, em que traumas violentos afetam a todos. Inclusive, existe uma vertente de estudos de trauma ligados especialmente a traumas transgeracionais e culturais.

Como já apontador anteriormente em outro momento do capítulo, a autora reforça a qualidade relacional do trauma, portanto, bastante desconexa, imprevisível e maleável, calcada nas experiências e no contexto de cada paciente e de seus relacionamentos. Isto abarca, dentro da prática, um medo duplo de retraumatização, seja pelo paciente ou pelo próprio psicólogo, que pode se deparar com situações que servem de gatilho para experiências pregressas. Portanto, a relação terapêutica, especialmente no que concerne o trauma, deve ser pautada no incerto. Assim, muito do que acontece nesta egrégora apoia-se no poder da transformação da incerteza existencial para ambos.

Como explorado ao longo do capítulo e que a autora corrobora, o trauma possui sua própria língua, que se apoia muito no não dito, o que também traz ao terapeuta a necessidade de, mais do que nunca, estar atento às nuances trazidas. Assim, Brothers (2011), conclui que, juntos, terapeuta e pacientes podem aprender uma forma de comunicação que une a incerteza e faz dela não uma fonte de ameaça, mas, sim, de oportunidade de crescimento, criatividade e novas possibilidades. O consultório vira um local de segurança para ambos e permite ao paciente que ultrapasse a barreira que o trauma lhe impôs.

Independente das ferramentas disponíveis, da nomenclatura e da abordagem utilizada, percebe-se ao longo do capítulo que o trauma é um assunto vasto e complexo. As possibilidades para tratamento ainda estão profunda construção, muito amparadas no crescente campo da neurociência e suas implicações no entendimento do cérebro. Dar um passo para entender a implicação do trauma na sociedade e seus

desdobramentos coletivos e individuais, bem como da aceitação do impacto na construção de relações é sobremaneira importante. O psicólogo assim, pode ser fundamental para ultrapassar paradigmas e, seja na prática clínica, seja no campo de pesquisa, ser uma ferramenta de transformação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trauma perpassa a história e os estudos sobre seus impactos e causas foram ora negligenciados ora mapeados com rigor. Guerras, eventos violentos, traumas infantis e mesmo a realidade cotidiana impelem os seres humanos a lidar com os efeitos de eventos traumáticos. A sociedade, antes resistente a ver o trauma como um problema de saúde pública, atualmente volta-se lentamente para este caminho.

Com o avanço da tecnologia e da neurociência, o trauma voltou aos holofotes, desta vez mais embasado, e suas consequências no cérebro tornaram-se mais claras, bem como seus desdobramentos. A autorregulação, capacidade de concentração, de percepção e sintonia consigo e com os outros, bem como a capacidade de manter vidas produtivas e presentes, não calcadas no medo e nos mecanismos de luta e fuga, são de suma importância. Conectam o cérebro, mente e corpo, em uma gama de interconexões e possibilidades, que afetam a todos, traumatizados ou não.

Compreender o trauma e seus desdobramentos, desta forma, possibilita o foco em intervenções que auxiliam nas conexões perdidas após um evento desta magnitude, indo além do tratamento para a possível prevenção. O TEPT, que está dentro do arcabouço do trauma, tem gerado, a partir de sua difusão, maior exploração e resultados, além de conhecimento.

O psicólogo tem um papel importante neste cenário, pois pode ser uma das pontes que auxiliam nessa reconexão cerebral e societal. Seu trabalho visa retomar a integração social, a cooperação e a atuação produtiva dentro da realidade em que o indivíduo vive, mas, acima de tudo, auxilia na retomada do self. Assim, assiste na reorganização da percepção de perigo, dos relacionamentos e na transformação das sensações de desespero e desamparo para outras mais seguras. A construção de relações seguras é primordial para uma vida plena, e o psicólogo pode ajudar nesta jornada.

O estudo do trauma, portanto, traz à tona uma gama de reflexões sobre a sociedade. O papel do indivíduo localizado nela amplia a noção de fragilidade e desamparo a que podem estar sujeitos, mas também incute a enorme resiliência e capacidade de transformação a que estão sujeitos. Ampliar esta visão, mais do que auxiliar em políticas que visem a prevenção e a reestruturação de dinâmicas insuficientes, é debruçar-se sobre o cérebro humano e suas infinitas possibilidades.

REFERÊNCIAS

- BREMNER, J. **EFFECTS OF TRAUMATIC STRESS ON BRAIN STRUCTURE AND FUNCTION: Relevance to Early Responses to Trauma.** Journal Of Trauma & Dissociation, 15 mar. 2008. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J229v06n02_06. Acesso em: 05 nov. 2022.
- BROTHERS, D. **Toward a psychology of uncertainty: trauma-centered psychoanalysis.** New York: Routledge, 2011.
- CALDAS, H. **Trauma e Linguagem: Acorda.** Rio de Janeiro, 25 nov. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-14982012000200009>. Acesso em: 06 nov. 2022.
- CANAVÊZ, F.; HERZOG, R. **A linguagem das resistências: considerações sobre o trauma na clínica psicanalítica.** Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica, [S.L.], v. 15, n. 2, p. 327-341, dez. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-14982012000200009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/agora/a/rrhFJKSQTq4fkYLCwkWpk6q/?lang=pt>. Acesso em: 31 out. 2022.
- CHARCOT, J. M. **Clinical lectures on certain diseases of the nervous system.** Detroit: George S. Davis, 1888.
- CONTI, P. **Trauma: The Invisible Pandemic.** How Trauma Works and How We Can Heal from It. Colorado: Sounds True, 2021.
- GOMES, A. **Neurobiologia do Trauma em Vítimas de Violência Interpessoal.** Enfermagem Forense. [s.l.: s.n. 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/333114952_NEUROBIOLOGIA_DO_TRAUMA_EM_VITIMAS_DE_VIOLENCIA_INTERPESSOAL. Acesso em 30 out. 2022.
- GIOTAKOS, O. **Neurobiology of emotional trauma.** Quarterly journal published by the Hellenic Psychiatric Association, v. 31, n. 2, p. 93–184, 2020. Disponível em: <https://www.psychiatriki-journal.gr/documents/psychiatry/31.2-EN-2020-162.pdf>. Acesso em 13 de nov. 2022.
- JANET, P. **Psychological healing** (Vols. 1–2). New York: MacMillan, 1925.
- JONES, E; WESSELY, S. **History, Epidemiology, treatment psychological trauma: a historical perspective Paradigm change.** [s.l.: s.n.], 2006. Disponível em: <https://www.kcl.ac.uk/kcmhr/publications/assetfiles/historical/Jones2006-psychologicaltrauma.pdf>. Acesso em 25 out. 2022
- KARDINER, A. **The traumatic neuroses of war.** New York: Hoeber, 1941.
- KOLK, B. **O corpo guarda as marcas.** Cérebro, mente e corpo na cura do trauma. Rio de Janeiro: Sextante, 2014.

KOLK, B. **The History of Trauma in Psychiatry**. In: Handbook of PTSD. Nova Iorque: The Guilford Press, 2007. p. 19-36.

KRISTENSEN, C; PARENTE, M. A. e KASZNIAL, A. **Transtorno de estresse pós-traumático e funções cognitivas**. Psico-USF [online]. 2006, v. 11, n. 1, pp. 17-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712006000100003>. Epub 06 Out 2011. ISSN 2175-3563. Acesso: 28 mar. 2022.

MALCHIODI, C. **Trauma and expressive arts therapy: brain, body, and imagination in the healing process**. New York: The Guilford Press, 2020.

MARTINS-MONTEVERDE, C.; PADOVAN, T; JURUENA, M. **Trauma and stressor-related disorders**. Medicina (Ribeirão Preto), v. 50, n. supl.1, p. 37–50, 2017.

PERES, J; MERCANTE, J; NASELLO, A. **Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico**. Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 27, p. 131-138, 2005.

PERROTTA, G. **Psychological Trauma: Definition, Clinical Contexts, Neural Correlations and Therapeutic Approaches Recent Discoveries**. GFR Publishers, 6 jan. 2020. Disponível em: <https://grfpublishers.com/article/view/MTc4/Psychological-Trauma-Definition-Clinical-Contexts-Neural-Correlations-and-Therapeutic-Approaches-Recent-Discoveries>. Acesso em: 5 nov. 2022.

REIS, R.; ORTEGA, F. **Perspectivas neurocientíficas para uma teoria do trauma: revisão crítica dos modelos integrativos entre a biologia e a cultura**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2021, v. 37, n. 8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00352820>. Epub 30 Ago 2021. ISSN 1678-4464. Acesso em 06 abr. 2022.

REYES, G.; ELHAI, J. D.; FORD, J. D. **The Encyclopedia of Psychological Trauma**. [s.l.] Somerset Wiley Ann Arbor, Michigan Proquest, 2008.

ROBERTSON, R.; NETTO M. **Guia Prático de Psicologia Junguiana: Um Curso Básico Sobre Os Fundamentos Da Psicologia Profunda**. São Paulo: Pensamento-Cultrix Editora, Ltda, 2021.

SELIGMANN-SILVA, M. **Narrar o trauma: a questão dos testemunhos de catástrofes históricas**. Psicologia Clínica, v. 20, n. 1, p. 65–82, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pc/a/5SBM8yKJG5TxK56Zv7FgDXS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2022.

SIEFF, D. **Understanding and Healing Emotional Trauma**. Conversations with pioneering clinicians and researchers. Londres: Routledge, 2014.

SOLOMON, K.; HEIDE, K. **The Biology of Trauma: Implications for Treatment**. 2005. Journal of Interpersonal Violence. Disponível em:

<<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0886260504268119>>. Acesso em: 5 nov. 2022.

WEBER, D.; REYNOLDS, C. **Clinical Perspectives on Neurobiological Effects of Psychological Trauma**. *Neuropsychology Review*, v. 14, n. 2, p. 115–129, 2004. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1023/B:NERV.0000028082.13778.14>>. Acesso em: 5 nov. 2022.

WEISEATH, L. **The History of Psychic Trauma**. *In: Handbook of PTSD*. Nova Iorque: The Guilford Press, 2014. p. 38-59.