



PUC

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
Departamento de Psicologia

**FERIDAS INVISÍVEIS: O VÍNCULO TERAPÊUTICO NA RENEGOCIAÇÃO DOS
TRAUMAS EM EXPERIÊNCIA SOMÁTICA**

BRUNA ZOBARAN STARETZ

ANDREA SEIXAS MAGALHÃES

Monografia II

Rio de Janeiro, RJ

2024



BRUNA ZOBARAN STARETZ

**FERIDAS INVISÍVEIS: O VÍNCULO TERAPÊUTICO NA RENEGOCIAÇÃO DOS
TRAUMAS EM EXPERIÊNCIA SOMÁTICA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Psicologia, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Psicologia.

Orientadora: Andrea Seixas Magalhães

Avaliadora: Regina Lúcia Pontes

Rio de Janeiro

Novembro 2024

AGRADECIMENTOS

À minha família, em especial aos meus pais, Mauro e Sylvia, e à minha irmã Giulia, que sempre estiveram ao meu lado, me ensinando a importância da persistência. Obrigada por acreditarem em mim em cada etapa desse percurso. A vocês, meu amor e minha gratidão sempre.

Às minhas orientadoras, Andrea Seixas e Mariana Matos, que não só toparam esse desafio, mas também embarcaram junto comigo, agradeço imensamente pela dedicação.

À minha supervisora, avaliadora e grande incentivadora, Regina Pontes, sou muito grata por tanto apoio, pelos inúmeros ensinamentos e por me instigar a aprender cada vez mais.

À minha terapeuta, Renata, obrigada por tudo. Por estar presente no meu caminho, e por me mostrar que coragem não é ausência de medo, mas a força de seguir, com ele.

Aos meus clientes, com quem tanto aprendo. Agradeço a confiança que depositaram em mim e no meu trabalho, e por me inspirarem a escrever sobre a relação terapêutica.

Ao meu avô, Ronald, minha inspiração, que sempre está presente me apoiando, incentivando e muito orgulhoso do que eu venho construindo. Obrigada por tudo sempre.

Aos meus amigos, especialmente, Cau, Liora, Beatriz, Maria Clara, Fernanda F, Fernanda B, Gabriel, Giulia e Janaina, obrigada, vocês tornam tudo mais leve e especial.

Ao universo, à espiritualidade e à vida.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo explorar a complexidade das experiências traumáticas, da teoria e da prática da Experiência Somática, bem como as nuances do vínculo terapêutico. A partir de uma revisão bibliográfica, buscou-se discutir o conceito de trauma para a Experiência Somática® (SE), explorando suas implicações emocionais, físicas e neurológicas, baseadas em pesquisas recentes da psicologia e das neurociências. A Experiência Somática® (SE) é uma abordagem contemporânea, naturalista e orientada para o corpo, que tem se mostrado inovadora no tratamento dos traumas. São abordadas as bases teóricas da SE em articulação com outras teorizações, que auxiliam na compreensão das experiências traumáticas, como a Teoria do Apego, de Jonh Bowlby, e a Teoria Polivagal, de Stephen Porges. São abordadas, também, as aplicações práticas da SE no tratamento dos traumas em psicoterapia, enfatizando o vínculo terapêutico como um elemento essencial no processo de renegociação do trauma. De acordo com a SE, tal processo consiste na revisitação da experiência traumática de forma gradual e controlada, proporcionando ao paciente um ambiente seguro, necessário ao processo de cura.

Palavras-chave: trauma; psicoterapia; Experiência Somática; vínculo terapêutico.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 O TRAUMA A PARTIR DA EXPERIÊNCIA SOMÁTICA	10
2.1 Conceituação e contextualização do trauma.....	11
2.2 Bases teóricas da Experiência Somática	13
2.3 O entendimento do trauma a partir da Experiência Somática.....	13
2.4 Trauma Agudo	17
2.5 Trauma: “um horror sem palavras” e o tratamento	17
2.6 Etapas da psicoterapia em Experiência Somática	19
2.6 Caso clínico	21
3 REFLETINDO SOBRE A PSICOTERAPIA A PARTIR DAS RELAÇÕES DE APEGO E SEGURANÇA	25
3.1 Teoria Polivagal.....	25
3.2 Teoria do Apego	27
3.3 Apego, sistema de engajamento social e relações	29
3.4 Trauma de desenvolvimento	31
4 VÍNCULO TERAPÊUTICO: UMA PONTE PARA A RENEGOCIAÇÃO DOS TRAUMAS EM PSICOTERAPIA	34
4.1 Vínculo	35
4.2 Relação terapêutica	35
4.3 O vínculo terapêutico no tratamento do trauma	37
4.4 Ressonância terapêutica	38
4.5 Relação terapêutica e Experiência Somática.....	40
4.6 A experiencição e as respostas centradas no cliente.....	41

4.7 Relação terapêutica como base segura	43
4.8 Relação Eu-Tu	45
4.9 Desafios: psicoterapia e relação terapêutica	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55

1. INTRODUÇÃO

No imaginário social, os traumas costumam ser associados a experiências intensamente disruptivas e devastadoras, como abusos, guerras, violência intensa, catástrofes ou desastres naturais, por exemplo. De fato, situações como essas podem resultar em experiências traumáticas. No entanto, não é necessário passar por uma situação extrema para que uma vivência seja traumática; o trauma atravessa todos nós. Foi a partir dessa constatação, e ao perceber a amplitude, e ao mesmo tempo, a sutileza do trauma, que comecei a me interessar pelo tema. Especialmente pois as marcas dos traumas, muitas vezes invisíveis, se manifestam não só no âmbito pessoal, mas também no seio familiar, atravessando gerações e impactando na história dos países e das culturas. Essas feridas têm o potencial de alcançar muitas pessoas para além das que foram diretamente atingidas por ela, o que aumenta a responsabilidade de dar voz às pessoas que foram afetadas, reconhecendo e validando a dor que carregam e incentivando um espaço de acolhimento e compreensão (Rossi & Netto, 2013).

Nesse contexto, a Experiência Somática® (SE) surge como uma abordagem contemporânea, orientada para o corpo, criada pelo Dr. Peter A. Levine. Sua proposta central é a de promover um diálogo profundo com o próprio corpo, com as sensações, vínculos, com quem somos e com a realidade da qual fazemos parte. Partindo dessa perspectiva, o trauma se manifesta, acima de tudo, no corpo; é, portanto, essencial ouvir essa “voz sem palavras” (Levine, 2012, p. 13) para alcançar as profundezas do trauma. Nessa abordagem, o trauma é renegociado, e não simplesmente revivido. Ou seja, ele é revisitado de forma gradual e controlada. Em vez de anestesiá-lo, silenciá-lo ou negar o sofrimento, a SE oferece um caminho, uma maneira de dialogar com ele, trazendo novas possibilidades e cultivando um olhar amoroso, conectando cada pessoa com os seus recursos internos. O vínculo terapêutico na psicoterapia orientada pela SE é entendido como um elemento central no tratamento. Diversos

estudos comprovam a relação entre o vínculo desenvolvido entre terapeuta e paciente e o sucesso do processo psicoterapêutico (Norcross & Lambert, 2018; Flückiger et al., 2012; Hatcher & Barends, 1996).

A escolha desse tema surge da minha vivência, tanto como terapeuta quanto como paciente. Trago uma visão integrativa sobre o ser humano, entendendo que o corpo, historicamente ignorado e subjugado, possui um papel essencial na cura do trauma. Além disso, vínculos seguros são igualmente fundamentais para que possamos viver de maneira mais plena.

Partindo da premissa de Martin Buber, que entende a existência humana fundamentalmente a partir das relações, o ser humano não é visto de forma isolada, mas relacional, encontrando sentido nos laços que estabelece. Neste trabalho, proponho explorar como a Experiência Somática e o vínculo terapêutico podem, juntos, formar uma base segura para a renegociação do trauma, proporcionando um caminho profundo e sensível para o processo de cura. Dessa forma, o objetivo geral do presente estudo é investigar a função da relação terapêutica na promoção da renegociação dos traumas em Experiência Somática.

Para atingir o objetivo proposto, no primeiro capítulo iremos explorar a conceituação e a contextualização do trauma, investigando suas repercussões emocionais, físicas e neurológicas, fundamentadas em pesquisas recentes da psicologia e das neurociências. Abordaremos as bases teóricas da Experiência Somática (SE), e como essa abordagem compreende o trauma, considerando aspectos como o “horror sem palavras” (Van der Kolk, 2014). Também discutiremos uma especificidade do trauma - o trauma agudo -, bem como as etapas da psicoterapia em SE e, por último, apresentaremos um caso clínico ilustrativo.

No segundo capítulo, refletiremos sobre a psicoterapia com base nas relações de apego em segurança. Discutiremos a Teoria Polivagal, uma das bases teóricas da SE, que entre tantos aspectos, investiga o sentimento de segurança no corpo, sob uma perspectiva da neuroanatomia

e neurofisiologia. Também trataremos da Teoria do Apego, que complementa a compreensão da segurança ao aprofundar as dinâmicas do vínculos; exploraremos o sistema de engajamento social, parte essencial para a SE, e sua relação com o apego. Abordaremos, ainda, o trauma de desenvolvimento, analisando a sua influência nas relações e na formação de vínculos seguros.

Por fim, no terceiro capítulo, investigaremos o vínculo terapêutico como uma ponte essencial para a renegociação dos traumas na psicoterapia. Exploraremos aspectos como a formação e o papel do vínculo, a ressonância terapêutica, e a relação terapêutica na Experiência Somática. Também discutiremos a experiencição e as respostas centradas no cliente, de Gendlin, que se conectam profundamente com a SE, além da relação terapêutica como base segura, proposta por Bowlby, e a relação Eu-Tu, de Buber.

2. O TRAUMA A PARTIR DA EXPERIÊNCIA SOMÁTICA

2.1 Conceituação e contextualização do trauma

O reconhecimento da importância do trauma emocional tem crescido exponencialmente, respaldado por pesquisas recentes que revelam descobertas significativas sobre este fenômeno complexo e multifacetado (Van Der Kolk, 2014). Van Der Kolk (2014), psiquiatra e um dos grandes pesquisadores do trauma, destaca que cada vez mais estudos demonstram que o trauma emocional afeta partes fisiológicas do cérebro, impactando no sistema de alarme cerebral e nos hormônios relacionados ao estresse. As manifestações traumáticas não se limitam apenas ao âmbito fisiológico, elas permeiam camadas mais profundas da subjetividade, influenciando as formas de existir, a autopercepção, a visão do outro e do mundo.

O trauma não é a situação em si, e sim, o que ocorre internamente em cada pessoa em resposta àquela situação, vivida de maneira única por cada indivíduo. De acordo com Badenoch (2016), o trauma é uma experiência corporificada e relacional. Ele atinge todas as vias neurais – Sistema nervoso autônomo (SNA), tronco cerebral, regiões límbicas, neocórtex, sistema emocional-motivacional – e permanece na memória do corpo, mesmo que não esteja acontecendo no presente. Levine (1999) e Maté (2023) são referências importante no campo de estudo dos traumas, e afirmam que o trauma está no sistema nervoso, e não na situação vivida.

Os sintomas traumáticos não são causados pelo acontecimento desencadeador em si mesmo. Eles vêm do resíduo congelado de energia que não foi resolvido e descarregado; esse resíduo permanece preso no sistema nervoso onde pode causar danos a nosso corpo e espírito (Levine, 1999, p. 31)

Maté (2023), por sua vez, descreve o trauma como uma ferida psíquica. Essa ferida não se limita ao episódio original e permanece ativa no sistema nervoso, na mente e no corpo, podendo ser suscitada a qualquer momento, muito além do(s) evento(s) que a originaram.

Embora o trauma seja frequentemente associado a situações catastróficas - como acidentes, guerras, abusos, violência e desastres – Maté (2023) argumenta que o trauma atravessa todos nós, afetando-nos culturalmente, pessoalmente, nas relações sociais, parentais, na educação, e até mesmo na economia e na política. O autor nos provoca a considerar que uma pessoa que não tenha vivido um trauma seria um “pária” na sociedade. Ele sugere que é mais frutífero nos perguntarmos:

Onde cada um de nós se encaixa no amplo e surpreendente inclusivo espectro do trauma? Qual de suas muitas marcas cada um de nós carregou por toda (ou quase toda) a vida, e quais foram seus impactos? (Maté, 2023, p. 33).

Assim, Maté (2023) sugere que o trauma é, na verdade, uma experiência universal, manifestando-se de maneiras sutis e/ou profundas ao longo da vida. Essa perspectiva desafia a visão binária e simplista de que existem “pessoas traumatizadas” e as “não traumatizadas”. Todos, em algum nível, carregamos marcas dos traumas. Levine (1999) já havia afirmado anteriormente que todos passamos por experiências traumáticas na vida, independentemente de um diagnóstico formal de estresse pós-traumático (TEPT). Além disso, muitas pessoas podem não apresentar sintomas evidentes, pois eles podem permanecer latentes por anos, até serem ativados por uma vivência que os desencadeie.

2.2 Bases teóricas da Experiência Somática (SE)

A Experiência Somática se constitui como uma abordagem psicoterapêutica contemporânea naturalista, orientada para o corpo, reconhecida como inovadora no tratamento

do trauma e seus efeitos, tendo sido desenvolvida pelo Dr. Peter A. Levine (PhD em Física Médica e doutor em Psicologia), ao longo dos últimos 45 anos. Seu foco central reside em auxiliar o paciente a estabelecer uma conexão mais profunda com suas sensações corporais relacionadas à situação traumática. Isso ocorre através de um processo chamado sensopercepção - a capacidade corporal e psicológica que permite a vivência de estados de consciência envolvendo as sensações físicas.

O termo “somática” deriva da palavra grega “soma”, que se refere ao corpo vivo. Já “experienciar”, é um verbo que remete a intervenções ligadas ao campo fenomenológico, destacando intervenções focadas no aqui e agora, na experiência presente (Levine et al., 2018). A Focalização, método desenvolvido por Eugene Gendlin, influenciou significativamente a abordagem da Experiência Somática, baseando-se na escuta atenta e sutil da experiência corporal. Gendlin (1982) observou que os pacientes bem-sucedidos na psicoterapia tinham a capacidade de perceber as suas experiências corporais de maneira intuitiva, uma forma de consciência sutil que Gendlin nomeou “*Felt sense*”. A influência dos estudos de Gendlin na SE será desdobrada no capítulo 3.

A SE emergiu, de acordo com Rossi e Netto (2013), no contexto pós Segunda Guerra Mundial, um período marcado pela valorização do potencial humano. Nesse período, novos paradigmas foram criados com o objetivo de abranger a saúde integral do ser humano, considerando aspectos físicos, emocionais, mentais e espirituais. A SE é uma abordagem psicoterapêutica nova, atual e em constante construção, que dialoga com conhecimentos recentes das neurociências, absorve conhecimentos de pioneiros do campo da psicossomática, bem como práticas tradicionais, como meditação a partir do corpo.

Um diferencial da abordagem, conforme apontado por Payne et al. (2015), é o seu enfoque no modelo de compreensão dos processos de regulação emocional *bottom-up*, de baixo

para cima. Isso significa que o paciente é incentivado a direcionar sua atenção para as suas sensações internas, de forma que todo o corpo esteja envolvido no processo de regulação emocional. Levine (2012) resume isso a escutar primeiramente a “fala corporal” do paciente, e posteriormente, a emoção, percepção e cognição. Esse modelo contrasta com o processamento *top down*, de cima para baixo - que as terapias cognitivas utilizam – privilegiando os aspectos cognitivos da regulação emocional. Utiliza-se, nas abordagens cognitivas, uma estratégia chamada reavaliação cognitiva, uma forma de manipular o que disparou a emoção, e assim, interpretar os estímulos emocionais de forma distinta e transformar a maneira de expressar as emoções.

É importante destacar que a Experiência Somática utiliza princípios da Teoria Polivagal, desenvolvida por Stephen Porges. Essa teoria, de acordo com Porges (2022) descreve a relação entre o Sistema Nervoso Autônomo (SNA) dos mamíferos e o comportamento social, desenvolvendo uma ampla relação entre as respostas do SNA e as emoções. Além disso, investiga o sentimento de segurança no corpo, sob uma perspectiva da neuroanatomia e neurofisiologia, de modo que essa teoria contribui para a regulação emocional, a partir do processamento de baixo para cima, mencionado acima. Trataremos mais a fundo da Teoria Polivagal como uma das bases da SE no capítulo 2 e 3.

2.3 O entendimento do trauma a partir da Experiência Somática

No entendimento da Experiência Somática, o trauma é visto como tudo aquilo que gera ruptura ou paralisia em nós e que não conseguiu se reintegrar, devido à falta de suporte ou cuidados necessários para tal (Lauriano, 2022). Portanto, o choque traumático ocorre quando nos deparamos com situações que são potencialmente ameaçadoras à vida e que ultrapassam nossa capacidade de responder de forma eficaz.

Levine (1999) define um evento traumático como sendo caracterizado por provocar uma desregulação prolongada no sistema nervoso autônomo. No entanto, ele enfatiza que o trauma não é um distúrbio no cérebro, e o Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), diagnóstico incluído ao DSM em 1980, é apenas um de seus desfechos. Bonzon (2013) ressalta que o sistema nervoso de uma pessoa que sofreu um trauma grave não está danificado, e sim, congelado. Assim, o diagnóstico de TEPT descreve um conjunto de sintomas que ocorrem após a exposição a eventos traumáticos graves, abrangendo uma ampla gama de situações. “O trauma provoca um choque no cérebro, atordoa a mente e paralisa o corpo” (Levine, 2023, p. 23).

Ao perceber uma ameaça, o sistema nervoso se prepara para enfrentar o perigo, operando em um estado de alta energia nesse momento. Assim, não apenas percebemos a ameaça pelo que vemos, mas também pelo que sentimos – por exemplo, aumento dos batimentos cardíacos, músculos tensos, percepção consciente mais intensa e restrita do ambiente, tônus muscular alterado, entre outros. A forma mais saudável de lidar com essa energia seria a de descarregar a energia nos defendendo ativamente. No entanto, se a defesa não for bem-sucedida, a energia acumulada pelo sistema nervoso não é descarregada e o corpo conclui que ainda está em perigo. O sistema continua trabalhando em alta ativação, porém não é possível sustentar essa ativação indefinidamente. Assim, o corpo necessita encontrar uma forma de sair desse ciclo e voltar ao equilíbrio, embora nem sempre consiga. Quando esse processo falha, o organismo busca uma forma de “compensar” e organizar o nível elevado de energia no sistema nervoso em sintomas. Dessa forma, os sintomas do trauma surgem depois desse processo, servindo para auxiliar o organismo a organizar a energia que estava excessivamente alta (Levine, 1999).

No entanto, antes de adentrarmos mais profundamente no trauma, é essencial entender sobre as respostas primárias de répteis e mamíferos quando enfrentam situações potencialmente ameaçadoras. Essas respostas fornecem uma base crucial para a compreensão do trauma sob a perspectiva da SE, uma abordagem naturalista que se fundamenta nos processos biológicos inatos do corpo humano para a cura do trauma. Assim como os seres humanos, outros animais utilizam também as respostas primárias instintivas: luta, fuga ou imobilidade (ou congelamento). Essas estratégias são ativadas quando há uma situação ameaçadora e o sistema nervoso provoca processos fisiológicos para manter o equilíbrio do corpo.

P. Levine destaca a resposta de imobilidade como um aspecto importante para a compreensão do trauma, pois os seres humanos e outros animais a utilizam involuntariamente quando percebem uma ameaça avassaladora, como uma estratégia de sobrevivência. No entanto, segundo Levine (1999), tendemos a evitar essa resposta, pois o congelamento se assemelha ao estado de morte.

Quando os seres humanos se sentem ameaçados, muitas vezes enfrentam um dilema entre as respostas de luta ou fuga. Isso ocorre porque o cérebro humano questiona nossa capacidade de reagir de forma a preservar a vida. No passado, os povos pré-históricos eram tanto predadores quanto presas. Eles eram caçadores, mas também passavam dias em cavernas frias, cientes de que poderiam ser presas fáceis para outros animais. Com o tempo, adquirimos novas ferramentas, como o fogo e as armas para caçar, além da união em grupos maiores de seres humanos, o que aumentou significativamente as possibilidades de sobrevivência. Hoje em dia temos muito mais recursos e não precisamos caçar para sobreviver. No entanto, nosso cérebro ainda carrega a memória genética de termos sido extremamente vulneráveis no passado. Esse questionamento interno “será que vou sobreviver?” - nos torna suscetíveis a sofrer efeitos drásticos do trauma. Na prática, nosso cérebro duvida de nossa capacidade, e

podemos, assim, “congelar de medo”, o que possivelmente resultará nos sintomas traumáticos (Levine, 1999).

Um exemplo elucidativo dado por Levine (2012) sobre a resposta de imobilidade pode ser observado em um animal. O exemplo dado é o de um pombo andando na rua; ao perceber a aproximação de uma pessoa, a sua primeira resposta provavelmente será a de fuga. No entanto, se ele for capturado após ser perseguido, a sua reação provavelmente será a de congelamento. Ele ficará imobilizado até sair desse “transe”, e, se sobreviver, voltará com uma energia frenética, se debatendo, bicando ou correndo. Isso pode salvar a sua vida. Nos seres humanos, a resposta de imobilidade também ocorre, mas há uma diferença crucial em comparação com outros animais. “Os humanos, além disso, se reaterrorizam pelo seu medo (equivocado) das próprias sensações intensas” (Levine, 2012, p. 67). O medo está intrinsecamente ligado ao estado de congelamento, e nesse sentido, o medo não apenas intensifica a resposta, mas também a prolonga, tornando o processo de sair da imobilidade muito mais desafiador. O que seria uma resposta adaptativa para a sobrevivência, acaba se tornando ineficiente, disfuncional e crônico. Portanto, a entrada e a saída da resposta de congelamento são pontos-chave para evitar efeitos drásticos do trauma.

O trauma surge quando as respostas de imobilidade de uma pessoa não se resolvem; ou seja, quando ela não consegue fazer a transição para a vida normal e a resposta de imobilidade se acopla cronicamente ao medo e às outras emoções intensas como pavor, repulsa e desamparo (Levine, 2012, p. 73).

Essa dificuldade em lidar com as próprias sensações é trazida também por Van Der Kolk (2014), que afirma que pessoas traumatizadas experimentam sentimentos difíceis e tidos como insuportáveis, como a angústia, acompanhada de sensações na boca do estômago e de

aperto no peito. O que passa a ser o seu inimigo não é mais a situação ou pessoa que lhe feriu, e sim, as suas próprias sensações.

O que Netto (2016) descreve como o “terrível da vida” ocorre quando não temos a capacidade de corrigir as dificuldades que foram causadas pelo trauma. Em situações potencialmente traumáticas, a falta de uma “testemunha empática” é um elemento crucial para a ocorrência do trauma, conforme apontado por Lauriano (2022). O desamparo é identificado como um fator-chave, evidenciando a dificuldade no processamento do trauma a partir da falta de um suporte emocional durante o evento.

2.4 Trauma agudo

Levine (2012) diferencia indivíduos que estão cronicamente traumatizados daqueles que sofreram traumas agudos. Pessoas que estão cronicamente traumatizadas sofreram com abusos e negligências repetidas vezes em suas vidas. Elas tendem a ter sintomas de dissociação, como a dispersão, dificuldade em relação ao senso de realidade, despersonalização e outros diversos sintomas no corpo e na saúde, como asma, fadiga, falta de envolvimento e dores que persistem.

Já pessoas que sofreram traumas agudos, geralmente passam por um único acontecimento de alta intensidade emocional – por exemplo, acidentes e desastres naturais –, mas não possuem em sua história de vida abusos repetidos e negligência. Embora não tenham um histórico de abusos ou negligência, esses indivíduos podem ter sintomas como *flashbacks* relacionados ao evento traumático e taquicardia.

2.4 Trauma: “um horror sem palavras” e o seu tratamento

Em suas observações ao acompanhar pacientes traumatizados, Levine (1999) observou que os sintomas pós-traumáticos são respostas fisiológicas que, por não terem sido

completadas, permanecem presas ao estado de medo. Portanto, é apenas ao entrar intencionalmente em contato com essas sensações e emoções - como a paralisia e o medo - e vivenciá-las que podemos transformá-las. Ao explorar essas imagens, pensamentos e sensações associados ao trauma, podemos modificá-los. De acordo com o autor, a cura do trauma ocorre por meio da nossa fisiologia instintiva.

Levine utiliza o termo “renegociação” (Levine, 2023, p. 69) dos traumas, um processo terapêutico que possibilita solucionar memórias traumáticas ao liberar emoções crônicas, de forma suave, e reestruturar as respostas disfuncionais. A renegociação não envolve reviver a experiência traumática, e sim, revisitar as sensações ligadas ao trauma, de forma gradual e dosada.

De acordo com o autor, temos o potencial inato de nos curar dos ferimentos traumáticos, pela consciência interna do corpo, embora muitas vezes precisemos de orientação e apoio apropriados. A jornada curativa do trauma pode ser um processo transformador para quem a vivencia, no sentido de despertar uma evolução no âmbito psicológico, social e espiritual. Abordaremos isso ao longo deste trabalho.

Van der Kolk (2014) relata seu estudo inovador ao analisar o cérebro de vítimas de trauma ao estarem em contato com imagens, sons e pensamentos relacionados à situação traumática. A pesquisa revelou diferenças na atividade do lobo frontal esquerdo do córtex cerebral, especificamente na área de Broca, responsável pela fala. Alterações nessa região desencadeiam dificuldades na formulação de palavras para expressar sensações e pensamentos. O trauma, assim, é pré-verbal, um verdadeiro “horror sem palavras” (Van der Kolk, 2014, p. 55).

O terapeuta, por sua vez, desempenha um papel fundamental ao ajudar o paciente a escutar a “voz sem palavras” (Levine, 2012, p. 13) de seu corpo, permitindo-lhe sentir e

expressar suas emoções. Peter Levine se dedicou ao estudo das descobertas científicas, principalmente da etologia - a ciência que estuda o comportamento dos animais em seus habitats –, para investigar a comunicação corporal. Nesse sentido, o que ele chama de “voz sem palavras” se refere às trocas silenciosas que ocorrem por meio de nossas expressões corporais (Levine, 2012).

A comunicação corporal direta é algo que nós, animais humanos racionais e linguísticos, também utilizamos. Apesar de nossa aparente dependência da fala elaborada, muitas das nossas trocas mais importantes se dão simplesmente por meio da “voz sem palavras” de nossas expressões corporais na dança da vida. Decifrar esse reino não verbal é a base da abordagem de cura que apresento neste livro (Levine, 2012, p. 26).

2.6 Etapas da psicoterapia em Experiência Somática

Segundo Levine (1999), a chave para a cura do trauma, mais do que a emoção intensa, é a sensação corporal. A Experiência Somática se propõe a ser, nesse sentido, não uma psicoterapia de exposição, que evoca as memórias traumáticas de forma direta, mas sim, a aproximação lenta e indireta delas, de forma que o paciente possa ter novas experiências corretivas, que não a de desamparo e opressão (Payne et al, 2015).

Nesse sentido, vamos explorar as etapas que Levine (2012) propõe para trabalhar a renegociação dos traumas em psicoterapia. O autor traz nove etapas para serem seguidas:

1. O primeiro passo é a criação de um ambiente seguro, onde o terapeuta demonstre calma e segurança. Deve haver uma vigilância tranquila e contenção compassiva, assegurando um espaço acolhedor e protegido para o paciente.
2. O psicoterapeuta deve oferecer apoio e amparo constantes para que o paciente possa explorar e aceitar as suas sensações. Pessoas que sofreram traumas frequentemente

perdem o contato com o seu mundo interno, e o terapeuta desempenha o papel de auxiliá-las a se reconectar com as suas sensações.

3. Estabelecer a “pendulação” e a contenção. A “pendulação” refere-se ao ritmo natural do organismo de contração e expansão, que fica frequentemente interrompido em pessoas traumatizadas, as deixando “aprisionadas” em suas sensações corporais. O papel do terapeuta é o de guiar o paciente nesse movimento, alternando gradualmente entre sensações desconfortáveis e de bem-estar, enquanto modera a intensidade e velocidade dessa transições para evitar sobrecarregar o paciente.
4. Aqui, há a utilização da titulação, processo gradual da renegociação do trauma, onde estados emocionais muito primitivos são abordados de maneira controlada. Levine compara a titulação com a química, - o terapeuta neutraliza elementos que sejam potencialmente corrosivos e que poderiam provocar reações explosivas. Nessa etapa, o paciente é conduzido, muitas vezes, para a resposta de imobilidade e depois para fora dela, de forma gradual.
5. Nesta fase, as respostas de desamparo se transformam em respostas defensivas ativas e adaptativas, por meio de uma experiência corretiva. O terapeuta ajuda o paciente a explorar os seus processos de autoproteção e reflexos ativos. Assim, as respostas de desamparo se transformam em respostas defensivas ativas e adaptativas. O paciente percebe que não é uma vítima indefesa e que tem a capacidade de se proteger.
6. Nesse momento, há a desvinculação do medo e desamparo da resposta de imobilidade. O psicoterapeuta auxilia o paciente na finalização da resposta de congelamento. Nesse sentido, a imobilidade é vivida integralmente, em um processo gradual.
7. Na saída da imobilidade, o paciente fica em um estado de hiperativação. Assim, nessa etapa, o terapeuta facilita a resolução desse estado, de forma que haja uma “descarga”

e redistribuição de energia. Uma ação precisa ser feita para descarregar energia das respostas defensivas de luta ou fuga. Por isso, há tremores, estremecimento e mudanças na respiração.

8. O objetivo, aqui, é promover a autorregulação. Depois que a descarga de energia ocorre, há um equilíbrio dinâmico, que ocorre quando o sistema nervoso fica hiperativo em resposta a uma ameaça e depois é “reiniciado”. Essa reiniciação promove a mudança para a ativação no nível antes da ameaça ocorrer, e mais do que isso, ocorre um estado de alerta relaxado. Há sensações de bem-estar, de segurança, uma “base segura” dentro do corpo.
9. Finalmente, o terapeuta deve orientar o paciente no presente, para que ele se reconecte com o ambiente e reestabeleça a capacidade de interação social. Com o equilíbrio dinâmico estabelecido, estar no aqui e agora, nesse momento, já é possível. Assim, o paciente consegue ter tanto o desejo, quanto a capacidade de ter interação social, sentindo-se seguro e pertencente.

Conforme delineado por Levine (2012), a psicoterapia em Experiência Somática busca não apenas a renegociação do trauma, mas também que o paciente se conecte consigo mesmo e com o ambiente, no aqui e agora. O paciente, após essas etapas, se sente seguro, podendo direcionar sua energia para sua vida de forma mais plena.

2.7 Caso clínico

A partir de um estudo de caso trazido por P. Levine, observamos a aplicação prática da Experiência Somática na psicoterapia. Miriam, paciente de Peter, apresenta como queixas principais seu casamento e trabalho, além de acordar quase todos os dias agitada, com câimbras e com as pernas inquietas. Durante a sessão, há a descoberta de um trauma que ela viveu, que foi trabalhado na psicoterapia. Desde o início, Levine observa as posturas corporais de Miriam,

como a de cruzar os braços com firmeza, sugerindo uma proteção contra seus sentimentos e sensações, que são rejeitados por ela. Uma observação de Levine (2012) é que é muito necessário ficar atento para não “atacar” diretamente a resistência da paciente, pois retirar uma defesa do paciente de forma abrupta pode provocar opressão e uma possível retraumatização. Na medida em que a paciente percebe que é respeitada pelo terapeuta, em seu ritmo, através de reflexões e de espelhamento – o espelhamento ocorre quando a paciente gesticula e o terapeuta repete o movimento de forma semelhante – ela se sente mais segura e aberta no processo psicoterapêutico. Isso ocorre porque ela se sente reconhecida nesses movimentos, ao notar que o terapeuta os percebe e confia neles. Nesse sentido, a narrativa começa a se transformar, e a paciente tende a se expressar mais abertamente com o terapeuta.

No caso de Miriam, Levine foca em movimentos específicos que chamam atenção, por exemplo, quando ela estende os braços e dobra os pulsos. Ele a encoraja a repetir esses movimentos de forma lenta e prestar atenção nas suas sensações associadas. Isso ajuda Miriam a conectar suas queixas de trabalho e relacionamento com a percepção de que não tem um espaço que seja só seu. Quando Miriam demonstra agitação e uma sensação de firmeza, Levine a guia a explorar onde sente a firmeza em seu corpo. Inicialmente, a paciente estava relutante, porém o terapeuta pede para tomar o seu tempo e tentar perceber. Ela, então, fecha os olhos e diz que sente nas pernas e nos braços, começa a explorar também outras sensações para além dessas. Logo após, ressalta não gostar disso, pois sente tremores por dentro e uma sensação de falta de controle. Levine então explica que sensações que são desconhecidas podem incomodar, mas que ela poderia se permitir senti-las.

Essa abordagem permite que Miriam explore suas sensações de forma segura e gradual. Inclusive, em dado momento, ela expressa precisar da ajuda do terapeuta para isso, apesar de relatar que tem muita dificuldade de pedir ajuda, geralmente. Isso indica que ela começa a

utilizar seu sistema de interação social, o que favorece uma exploração mais profunda das sensações.

À medida que a sessão acontece, ela continua a perceber o seu corpo, e diz ao terapeuta que é bom receber a sua resposta sobre o que ela sente. Num dado momento, ela faz um semicírculo com as mãos na horizontal e diz poder traçar os seus limites. Ela começa a sentir os tremores de novo, que aumentavam e diminuía, o que demonstrava que estava passando por momentos de ativação e desativação. Diz sentir uma sensação de calor e náuseas. Ela fecha os olhos e relaciona essas sensações ao primeiro marido, já falecido, que morreu um mês após se casarem, e diz que nunca superou isso. Portanto, o terapeuta pede que ela repita a frase: “Não acredito que isso aconteceu. Não acredito que você tenha morrido de verdade” (Levine, 2012, p. 155). Nesse momento, ela repete a frase, no entanto, começa a respirar de forma contida e seu rosto fica pálido, e ele calcula que seu ritmo cardíaco, através da observação, tenha caído para cerca de 60 bpm. A partir de agora, o sistema de imobilidade está ativado. Miriam continua a observar suas sensações, e nesse momento, o terapeuta reforça que está tudo bem, e que, se ela precisar, pode abrir os olhos. Entretanto, ela diz querer continuar e disse dar conta do que estava sentindo. Nesse sentido, o terapeuta aproveita para perguntar: “O que lhe dá essa sensação, Miriam, de conseguir controlar isso?” (Levine, 2012, p. 155).

Ele sempre checa como ela está e ressalta que está ali, dando uma sensação de segurança para ela. Os tremores aumentam, depois diminuem e depois aumentam de novo. Sua respiração parece estar mais profunda e seu rosto mais tranquilo. Já não está pálida. Algumas lágrimas chegam, e ela diz em voz alta o quanto foi difícil para ela quando o ex-marido morreu. Dessa vez, no entanto, ela sente a dor que sentiu anteriormente, mas sem se sentir “destruída” por ela.

Na próxima fase da sessão, ela consegue integrar o que ficou inacabado, consegue sentir a raiva, a dor da perda e a culpa que carregava há bastante tempo. Dessa maneira, consegue

relacionar o quanto a dor de ter perdido o primeiro marido está influenciando seu relacionamento atual. O terapeuta continua checando como ela está e à medida que Miriam vai expressando sua raiva pelo ex-marido ter falecido ele pergunta como ela está se sentindo. Ela relata se sentir bem por estar trazendo isso para a terapia e diz sentir que algo está abrindo espaço dentro dela, principalmente em seu peito, na barriga e na cabeça.

Esse estudo de caso, de forma resumida, ilustra como a experiência somática pode ser aplicada, de forma respeitosa e cuidadosa com o processo da paciente. Por meio dele, podemos perceber algumas das etapas da psicoterapia em SE, como o ambiente de segurança, o apoio e o amparo do terapeuta, a pendulação, a entrada e saída da resposta de imobilidade e autorregulação.

Nesse sentido, como já ressaltado, existem vários aspectos que estão associados ao trauma, incluindo as primeiras relações com os cuidadores. No próximo capítulo, vamos explorar o trauma do desenvolvimento, conectando essa perspectiva com a Teoria do Apego, de Bowlby, e a Teoria Polivagal, uma base teórica fundamental da SE. Essa articulação proporcionará uma compreensão mais abrangente de como essas teorias interagem e contribuem para a abordagem e tratamento do trauma.

3. REFLETINDO SOBRE A PSICOTERAPIA A PARTIR DAS RELAÇÕES DE APEGO E SEGURANÇA

3.1 Teoria Polivagal

A Experiência Somática fundamenta-se, em parte, na Teoria Polivagal, que oferece uma compreensão neurofisiológica e neuroanatômica sobre os sentimentos de segurança e a regulação emocional, ao explorar como o sistema nervoso autônomo reage ao ambiente. Levine (2012) explica a Teoria Polivagal da seguinte maneira:

A teoria de Porges afirma que, nos seres humanos, três subsistemas básicos de energia neural dão suporte ao estado global do sistema nervoso e aos comportamentos e emoções correlacionados (Levine, 2012, p. 97).

Assim, essa teoria parte do princípio de que o SNA possui três divisões, e não duas – o sistema nervoso simpático; o parassimpático e seus dois ramos, o complexo vagal dorsal (mais primitivo) e o complexo vagal ventral (mais recente evolutivamente). Esses subsistemas seguem uma ordem hierárquica evolutiva. O mais primitivo deles é o vago dorsal, responsável pelas funções de imobilização, conservação metabólica e desligamento. Em seguida, temos o sistema nervoso simpático, que promove a mobilização e a ação aprimorada – como nas respostas de luta e fuga, por exemplo. Por fim, o mais recente do ponto de vista evolutivo é o sistema nervoso parassimpático e o ramo complexo vagal ventral. Esse subsistema media os comportamentos sociais complexos e relacionais e está relacionado com a ativação de músculos do nosso corpo envolvidos no processo de comunicação de nossas emoções, tanto para nós mesmos, quando para os outros. Dessa forma, o sistema nervoso parassimpático desempenha um papel crucial nos relacionamentos, vínculos afetivos e na mediação da inteligência emocional. Esses três sistemas estão “programados” para avaliar possíveis riscos

ao nosso redor, e por isso, quando percebemos que o ambiente é seguro, o sistema de interação social inibe as estruturas mais primitivas do tronco cerebral e do sistema límbico, responsáveis pela luta e fuga.

Porges (2022) enfatiza que os sentimentos de segurança foram fundamentais para a sobrevivência humana ao longo dos séculos. Esse estado de segurança possibilita que os sistemas nervosos favoreçam as funções homeostáticas vitais, de saúde, crescimento e restauração e permite aos indivíduos uma maior abertura aos outros, permitindo um acesso mais profundo às emoções, sem que se sintam ameaçados ou excessivamente vulneráveis.

Nesse sentido, a importância dos laços afetivos também se destaca para prevenir reações defensivas excessivas do organismo. Através dos vínculos seguros e das relações interpessoais, há a possibilidade de autorregulação e de equilíbrio homeostático (Porges, 2012). Em um artigo recente, Porges (2022) discute sobre o conceito de correção, que se refere à capacidade de regulação emocional na presença de outra pessoa. Essa conexão auxilia na própria regulação emocional, como foi sintetizado por Levine, ao afirmar que “O contato olho no olho, alma a alma, reduz o impacto do mar revolto dos remoinhos interiores” (Levine, 2012, p. 107).

A correção é especialmente importante no início da vida, no vínculo entre mãe e bebê. Porges (2022) faz referência à Bowlby, o criador da Teoria do Apego, explicando como esse processo funciona dentro dessa perspectiva. A correção permite que a mãe e o bebê se regulem através de sinais de segurança recíprocos, auxiliando a mãe na recuperação do parto recente e o bebê em seu desenvolvimento, promovendo o desenvolvimento do apego entre ambos.

No entanto, a correção não se restringe à relação mãe-bebê, e a Teoria Polivagal oferece uma explicação de como esse processo ocorre em outras relações, como a terapêutica.

A presença do terapeuta, suas expressões faciais, tom de voz e gestos podem atuar como sinais de segurança para o paciente. Esse processo acontece através de um mecanismo do sistema nervoso chamado neurocepção, que é a capacidade automática do sistema nervoso de detectar sinais de segurança, perigo ou ameaças no ambiente. Quando o paciente percebe esses sinais de segurança no terapeuta, sua defensividade diminui, contribuindo para o vínculo terapêutico. Isso ocorre, pois, ao identificar esses sinais, o sistema de engajamento social regula as reações defensivas diante de ameaças (Porges, 2022).

Diante dessas considerações, é possível tecermos pontes entre a Experiência Somática, a Teoria Polivagal e a Teoria do apego, que compartilham muitos aspectos comuns e se integram de maneira complementar. A Teoria Polivagal nos oferece uma perspectiva neurofisiológica dos sentimentos de segurança e da importância dos vínculos, enquanto a Teoria do Apego, embora fundamentada na psicanálise e na etologia, aborda questões semelhantes no que diz respeito à segurança nos vínculos. Bowlby (1989) destaca que a Teoria do Apego é compatível com os estudos da neurofisiologia e da biologia moderna, relacionando-se diretamente com os resultados obtidos por pesquisas nesses campos. Além disso, a Etologia, um dos fundamentos tanto da Teoria do apego, quanto da Experiência Somática, auxilia na compreensão do comportamento de cuidados dos seres humanos, principalmente ao estudar a ligação da criança à figura de apego.

3.2 Teoria do Apego

Bowlby (1989) destaca que o apego é um mecanismo humano que envolve a disposição de procurar proximidade com certo alguém. A teoria oferece uma explicação robusta para o comportamento de apego, colocando o apego, os comportamentos de apego e a figura de apego como parte de um sistema organizado: o sistema comportamental de apego.

A presença do apego pode ser observada a partir dos comportamentos de apego, que visam aproximar a figura de apego, tais como chorar, sorrir, fazer contato visual, fazer gestos e chamar. Esses comportamentos são ativados principalmente em situações de desconforto, dor, fadiga e medo. Embora sejam mais intensos na infância, continuam presentes na vida adulta. Desde o nascimento, temos uma necessidade profunda de cuidados e, ao longo do tempo, aprendemos a cuidar de nós mesmos, tanto fisicamente quanto emocionalmente, e grande parte desse aprendizado está diretamente ligado à maneira como fomos cuidados. Essas primeiras experiências de apego com a figura de apego influenciam profundamente o modo como formamos e mantemos as relações posteriores. Se um indivíduo tem um vínculo seguro com seu cuidador, é mais provável que ele tenha relações seguras e saudáveis no futuro. No entanto, se o apego foi marcado por insegurança ou inconsistência, poderá resultar em maiores dificuldades na construção de vínculos posteriores.

O apego se forma em todos nós, independentemente de a figura de apego ser responsiva de maneira sensível ou não. No entanto, a qualidade do apego depende de dois fatores principais: como é a sensibilidade dessa figura de apego para responder a essa criança e como (em termos de qualidade e quantidade) acontece a interação entre os dois. Ainsworth (1978), pesquisadora colaboradora de Bowlby, realizou pesquisas importantes no campo da Teoria do Apego, incluindo o experimento da “Situação Estranha”. Nesse estudo, ela observou e analisou o comportamento de bebês africanos inicialmente apenas na presença de suas mães. Em seguida, ela avaliou a reação dos bebês quando uma pessoa estranha chegava ao ambiente. Numa próxima etapa, a mãe se retirava, deixando o bebê com a pessoa estranha. Essas observações permitiram que Ainsworth identificasse padrões comportamentais que deram origem à primeira classificação de tipos de apego entre a criança e o cuidador. Uma dimensão que a autora considerou importante foi a segurança de apego da criança, de forma que

percebesse como a criança agia numa situação estranha. Num vínculo saudável, a partir da segurança e do conforto que são experimentados nessa relação com a figura de apego, há a possibilidade de explorar o mundo a partir dessa base segura. Os padrões de apego identificados nessa pesquisa foram: apego seguro; resistente e ansioso; e evitativo.

No modelo de apego seguro, o indivíduo confia que sua figura de apego estará disponível para oferecer, quando necessário, o que proporciona um sentimento de segurança, e, conseqüentemente, encoraja a exploração do mundo ao seu redor. No padrão de apego resistente e ansioso, por outro lado, o indivíduo vive na incerteza quanto à disponibilidade da figura de apego, que ora se mostra disponível, ora indisponível, gerando insegurança e ansiedade, o que dificulta a exploração do ambiente. Já no modelo de apego evitativo, o indivíduo não espera receber cuidado ou ajuda caso necessite, e sim, rejeição. Como resultado, podem se tornar emocionalmente autosuficientes e procuram viver a vida sem amor dos outros.

Alguns anos depois, Mary Main (1990) identificou um quarto padrão, o apego desorganizado. Esse modelo de apego é observado em crianças que passaram por experiências adversas em seu desenvolvimento. No experimento Situação Estranha, essas crianças demonstraram comportamentos contraditórios e estratégias incoerentes para lidar com a separação. Já na presença das mães, elas manifestavam raiva, confusão ou até sinais de dissociação. Main e Hesse (1990) sugerem que essas crianças vivenciam um conflito interno, sem a capacidade de adotar uma estratégia coerente para enfrentar o que as assusta.

3.3 Apego, sistema de engajamento social e relações

Levine (2012) acrescenta que o apego é uma das únicas defesas dos bebês e crianças pequenas, pois eles não têm a capacidade de ter respostas de luta ou fuga. Nesse sentido, o que o autor chama de apego está relacionado ao sistema de interação social/sistema de engajamento social, ligado ao envolvimento social dos seres humanos. O autor esclarece que há a hierarquia

de sistemas em crianças maiores e em adultos, a “hierarquia *default*”, descrito pelo neurologista Hughlings Jackson (1958) e presente na Teoria Polivagal de Porges (2011). Diante de uma ameaça, instintivamente o primeiro recurso é o envolvimento social, a busca por apoio e conforto de outras pessoas. Quando os comportamentos “pró-sociais” não resolvem, o sistema nervoso simpático aciona os membros do corpo e há a mobilização das respostas de luta ou fuga. No entanto, quando esses mecanismos falham, o sistema mais primitivo precisa ser acionado, resultando em respostas de congelamento, desligamento e dissociação.

Quando uma pessoa está em estado de congelamento, desligamento ou dissociação, o sistema de engajamento social fica quase completamente reprimido, eliminando a interação social nesse momento. Pessoas muito traumatizadas ou extremamente negligenciadas utilizam esse sistema mais primitivo amplamente, enquanto uma pessoa que sofreu um trauma agudo – fruto de um acontecimento único, intenso, sendo que a pessoa não tem histórico de negligências, abusos e outros traumas – geralmente é dominada pelo sistema simpático, de luta ou fuga. Assim, os indivíduos que sofreram traumas agudos usualmente têm aumento da frequência cardíaca e costumam sofrer com *flashbacks*, enquanto indivíduos cronicamente traumatizados geralmente não têm mudanças na frequência cardíaca, mas sofrem com sintomas dissociativos, somáticos e de saúde.

A maior parte das pessoas cronicamente traumatizadas – seja devido a eventos devastadores ou como resultado de abusos e negligências prolongadas – vive com pouco apoio emocional e tende ao isolamento. Essas pessoas costumam ser privadas de intimidade nas relações e tendem a carregar um profundo medo de se conectar emocionalmente. Como resultado, podem manifestar dois extremos: evitando o contato ou, por vezes, demonstrando um apego excessivo. Muitas vezes, essas dificuldades levam a padrões de relacionamentos

disfuncionais ou à busca por conexões irreais. Levine (2012) afirma que indivíduos cuja infância foi marcada por abuso ou negligência tendem a experienciar relações turbulentas.

Esses comportamentos relacionais estão fortemente ligados aos padrões de apego, que, embora se formem na infância, continuam a influenciar a vida adulta. Esses padrões atuam como “mapas internos” que moldam nossos relacionamentos ao longo da vida.

3.4 Trauma de desenvolvimento

Levine (1999) introduz o conceito de “trauma de desenvolvimento”, trauma específico que ocorre devido a abusos, negligência, e/ou cuidados inadequados em períodos críticos do desenvolvimento na infância. Liana Netto, psicóloga e pesquisadora do trauma a partir da Experiência Somática escreve:

Trauma de desenvolvimento é trauma de relacionamento. Nenhum ser humano sobrevive sem um cuidador que assegure a incorporação das necessidades mínimas de sobrevivência (alimentação, contato, higiene, segurança, regulação emocional/fisiológica), durante todo seu extenso período de dependência. E essa qualidade de relação primordial irá modular não só a forma como o indivíduo subsequente regulará suas emoções, fisiologia, e impulsos, como também a capacidade que terá para estabelecer relações com seus pares e se adaptar aos desafios emergentes. (Netto, 2016, p 1).

Nesse artigo, a autora explica que para o desenvolvimento da personalidade acontecer, é necessário que exista uma expansão gradual das capacidades motoras, psicológicas e relacionais, que precisam ser cultivadas com prática, incentivo e apoio dos cuidadores. Assim, esse suporte é essencial para que cada etapa do desenvolvimento aconteça de forma integrada e bem-sucedida. Importante ressaltar que em cada etapa de aprendizado são construídas

habilidades necessárias para o enfrentamento dos próximos desafios. Essas etapas do desenvolvimento, dependendo da forma que foram vividas, asseguram maior proteção ou vulnerabilidade nas experiências estressoras posteriores da vida.

Um trauma de desenvolvimento ocorre, segundo Netto (2016), quando uma criança enfrenta situações adversas em seu ambiente sem que tenha recursos internos – psicomotores e relacionais - para lidar com elas. Isso pode ocorrer devido às negligências, abusos, inconsistência ou imprevisibilidade na relação com os seus cuidadores, o que resulta na perda da capacidade de estabelecer um senso de segurança. A criança permanece, então, em estado de insegurança, enfrentando uma ameaça (real ou psicológica) da qual se defende com os recursos disponíveis. No entanto, isso gera padrões de defesa fixos, característicos do período em que essa ameaça ocorreu. Essas defesas, como o nome já diz, protegem a criança nos momentos da ameaça, mas se tornam enrijecidas e inflexíveis ao longo da vida, pois se tornam uma forma de se relacionar com o mundo, consigo mesmo e com os outros.

Assim, a psicologia do desenvolvimento e a neurociência são muito úteis para entendermos os traumas do desenvolvimento. Um dos conceitos interessantes para o entendimento desse tipo de trauma é o de “períodos críticos” ou “janelas de oportunidade”, espaços de tempo organizados em sequência que oferecem maiores possibilidades para a aquisição de certas habilidades. São momentos em que há maior plasticidade no cérebro, com sinapses formando circuitos neurais complexos e apoptoses – uma poda seletiva de neurônios – fortalecendo as conexões entre eles. Após um período, as conexões vão diminuindo, tornando-se menos propensas a mudanças. Um exemplo clássico desse fenômeno é o da aquisição da linguagem.

Um dos períodos críticos acontece entre seis e oito meses do bebê, período em que há o começo do comportamento de vínculo e ansiedade de separação. Embora o cuidador

influencie o desenvolvimento cerebral e a fisiologia do bebê desde o nascimento, os primeiros três anos de vida são especialmente importantes para esse processo. Durante esse período, a forma como o cuidador responde à criança tem um impacto profundo, levando a um padrão de apego e um modelo interno de funcionamento. No entanto, quando há um trauma nessa fase, existe uma ruptura nas conexões em diversos âmbitos. Quando as experiências afetivas e sensoriais são insuficientes, o desenvolvimento cerebral pode ser comprometido, podendo ser de forma duradoura, ou reversível, em alguns casos.

A renegociação do trauma em psicoterapia exige um enfoque no vínculo terapêutico, assim como no auxílio ao paciente na regulação de estados de alta carga, que acontecem frente à experiências desafiadoras (Netto, 2016). Mostra-se fundamental um vínculo sólido entre terapeuta e paciente, com o estabelecimento de uma relação de confiança, para que o paciente se sinta seguro para explorar suas sensações, emoções e experiências. Portanto, o próximo capítulo terá foco aprofundado no vínculo terapêutico, explorando como qualidade dessa relação influencia no tratamento psicoterapêutico.

4. TRAUMA, VÍNCULO TERAPÊUTICO E A PRÁTICA DA PSICOTERAPIA

4.1 Vínculo

Vínculo, segundo o dicionário Michaelis (2023), é o que ata, liga ou aperta; é o que liga afetivamente duas ou mais pessoas. Como mamíferos sociais, nossa sobrevivência depende das conexões, não existimos de forma isolada. Quando nascemos, tão imaturos, dependemos completamente de cuidados e apoio de outras pessoas para viver e nos desenvolver. Precisamos que outro ser humano auxilie em diversos âmbitos, como uma gestação extrauterina (Netto, 2016).

À medida que crescemos, embora a dependência direta diminua, a necessidade de conexão com outras pessoas persiste. Sentir-se seguro com outras pessoas é fundamental para a saúde mental, e vínculos seguros são essenciais para que possamos viver de forma plena. Os laços de apego funcionam como escudos contra ameaças, a sensação de segurança vem de saber que alguém mais forte e capaz está cuidando de nós. A reciprocidade – se sentir visto, ouvido e reconhecido – é um elemento crucial para a construção dessa segurança nos laços afetivos (Van der Kolk, 2014).

4.2 Relação terapêutica

Nesse contexto, a relação terapêutica emerge como um dos aspectos centrais do tratamento em psicoterapia, sendo amplamente estudada ao longo da história da psicologia. O termo “aliança terapêutica” foi primeiramente introduzido na teoria psicanalítica por Freud. Sua premissa básica era de que todas as relações humanas eram baseadas na transferência (Horvath et al., 2011). Em seu trabalho “A Dinâmica da Transferência”, Freud (1912)

aprofunda a compreensão sobre a transferência, definindo-a como uma repetição de padrões emocionais e relacionais vividos no passado e que são projetados sobre o terapeuta. Dessa forma, a transferência não é uma experiência isolada, mas um reflexo de experiências e relações passadas que se manifestam na relação com o analista. Embora este trabalho não se concentre na Psicanálise, é importante reconhecer que a compreensão desses conceitos sustenta o trabalho analítico e permite um espaço para o reconhecimento e a ressignificação de experiências passadas, aspectos essenciais para o processo terapêutico (Santos, 1994). Além disso, essas ideias foram pioneiras no campo da psicoterapia e serviram de alicerce para o desenvolvimento de diversas teorias posteriores que expandiram e aprofundaram a relação terapêutica em diferentes direções.

Bowlby (1969) foi um desses teóricos, tendo desenvolvido a Teoria do Apego, enfatizando a importância dos vínculos afetivos, aprofundada no segundo capítulo deste trabalho. Por sua vez, Winnicott (1965), introduziu o conceito de “*holding*”, que se refere à maneira que a mãe “segura”, sustenta o bebê, fisicamente e emocionalmente, enfatizando a necessidade de um ambiente seguro para o desenvolvimento emocional. No entanto, também podemos pensar no “*holding*” para além da relação mãe-bebê, pensando também na relação analista-paciente e na importância da sustentação emocional no manejo do *setting* terapêutico (Medeiros et al., 2014). Além disso, Ferenczi (1933) enriqueceu o campo da relação terapêutica ao explorar a dinâmica da contratransferência e a técnica ativa, ampliando as possibilidades ao *setting* analítico, mediante à transferência.

Em conjunto, esses teóricos contribuíram significativamente para a compreensão da relação terapêutica, reconhecendo a sua complexidade e importância para o sucesso do processo psicoterapêutico. Nesse sentido, a relação de cuidado e proteção oferecida pelo terapeuta se torna um pilar fundamental para a prática clínica. A própria etimologia da palavra

"terapeuta", que vem do grego *therapeutés*, "aquele que cuida", reflete o papel de cuidado do terapeuta na relação com o paciente. De acordo com Mendes (2021), assim como o ser humano, ao nascer, se apega a uma figura para atender suas necessidades básicas e emocionais, o paciente, em um contexto terapêutico, encontra no terapeuta essa figura de apego. O terapeuta assume a função de oferecer um espaço seguro e acolhedor, onde o paciente pode se sentir amparado e compreendido. A partir da relação com o psicoterapeuta, o paciente pode reconstruir sua forma de se relacionar consigo mesmo e com os outros, o que torna a psicoterapia um instrumento de mudança. É possível, através da relação terapêutica, transformar um sistema de significados e desconstruir padrões que foram construídos ao longo da vida (Mendes, 2021). Schore (2003), psicólogo e pesquisador da área de neuropsicologia, ressalta que o cérebro humano aprende a organizar as experiências em interação com outro cérebro. Ele enfatiza a importância da comunicação afetiva para a regulação emocional, manejo do estresse e processamento de estímulos, sejam corporais, emocionais ou sociais.

A relação terapêutica como uma base para o tratamento em psicoterapia tem sido amplamente sustentada por estudos e pesquisas. Norcross e Lambert (2018), em uma revisão meta-analítica abrangente, destacam que a qualidade da relação entre terapeuta e paciente possui uma grande influência nos resultados terapêuticos. Em suas conclusões, foi indicado que a relação terapêutica pode contribuir tanto quanto, ou até mais, do que as técnicas ou abordagens utilizadas.

Nesse sentido, vínculo é essencial para toda psicoterapia, funcionando como um solo firme sobre o qual qualquer técnica pode ser aplicada (Lauriano, 2022). Estudos consistentes (Norcross, 2010; Flückiger et al., 2012; Hatcher & Barends, 1996) demonstram que a relação terapêutica tem um impacto direto no sucesso do tratamento.

4.3 O vínculo terapêutico no tratamento do trauma

O vínculo terapêutico se torna ainda mais crucial quando consideramos a experiência do trauma. A recuperação dos traumas envolve a (re)conexão com pessoas, seja com o terapeuta, com familiares, amigos ou grupos de apoio, uma vez que a cura do trauma é fortemente dependente das relações que ofereçam segurança e acolhimento. A falta de amparo e suporte diante de situações aterrorizantes são aspectos que contribuem significativamente para o surgimento e perpetuação dos traumas (Van der Kolk, 2014). Como mencionado anteriormente, Badenoch (2016) descreve o trauma como uma vivência corporificada e relacional, o que significa que o trauma não está apenas no evento traumático em si, mas na forma que ele é vivido no corpo e no contexto das relações do indivíduo. Um elemento essencial é se o sujeito recebeu apoio antes, durante e após o acontecimento.

Como observa Lauriano (2022), compartilhar uma experiência de sofrimento com outra pessoa pode ser essencial para liberar emoções e vivências que ficaram “presas” no passado. Após a vivência de trauma, o mundo é vivenciado pelo indivíduo de maneira diferente, de forma que o risco e segurança sejam percebidos de forma distorcida. Essas distorções na percepção de risco e segurança podem se perpetuar indefinidamente, a menos que o indivíduo encontre um espaço seguro para processá-las, o que torna o contexto terapêutico um espaço para reconstruir essas sensações de segurança e reorganizar suas vivências internas (Levine, 1999).

O trauma congela, paralisa. O trauma faz com que o homem tente esquecer a sua própria história. E os homens sem história tem a alma dispersa. Sem memória e sem projeto, ficam submetidos ao presente como alienados, sem poder olhar para trás e nem para frente. E mesmo viver o presente perde sua lógica e sua luz, pois não tem uma razão de ser. Quem não tem memória não vira ninguém e quem tem medo do seu passado se

deixa apanhar pela própria sombra. É preciso então que se reconheça a própria história, com toda dor que sofreu. É preciso olhar para isso. Reencontrar os sinais do passado é colar de volta os pedaços do eu partido (Souza, A. P. de O. p. 268, 2013).

Os traumas podem ficar armazenados no corpo, manifestando-se através de tensões e de rigidez, por exemplo. Para auxiliar o paciente a reencontrar os sinais do passado e reintegrar os pedaços partidos, como Souza (2013) destaca, o terapeuta de Experiência Somática deve observar atentamente o corpo do cliente, as suas maneiras de se movimentar, seus padrões e suas formas não verbais, como postura e expressão facial.

A abordagem do terapeuta deve ser não diretiva, estando alinhada com a experiência do paciente no aqui e agora, de forma fenomenológica. Essa interação deve ser suave e gentil, de forma a evitar intervenções bruscas (Khoury, G. S., 2024).

Se o trauma representa uma ruptura do senso de segurança e integralidade, uma ferida que afeta o plano emocional, psíquico e físico, é no vínculo e no reencontro que reside a possibilidade de cura. O terapeuta, com sua presença, pode fornecer ao paciente um senso de segurança para que o paciente, aos poucos, possa reconstituir o seu próprio ser (Souza, 2013; Lauriano, 2022).

4.4 Ressonância terapêutica

No contexto da psicoterapia em Experiência Somática, o papel do terapeuta é também o de criar um ambiente seguro para o paciente, para que possam juntos percorrer um caminho, passando inclusive por territórios da desconfiança, desconexão e desesperança. Como afirma Souza (2013), o paciente traumatizado precisa de proteção ao adentrar esse território sombrio. Para que isso aconteça, de acordo com Lauriano (2022), é preciso que o terapeuta sustente esse percurso por meio de sua presença, o que exige que ele seja capaz de estar conectado consigo

mesmo, em nível físico e emocional. A autora destaca que essa segurança só pode ser oferecida ao cliente se o terapeuta já tiver passado por seu próprio processo emocional, trabalhando internamente para estabelecer um vínculo seguro.

Levine (2012) explica que a empatia é a chave para que as comunicações profundas aconteçam. Todos nós expressamos nossos estados emocionais, tanto para nós mesmos quanto para os outros, por meio de nossa postura e dos músculos faciais. Assim, podemos ressoar – sentir da mesma forma, em outras palavras - as sensações e emoções de outras pessoas, a partir da comunicação não verbal. No contexto da psicoterapia, a ressonância terapêutica - ou sintonia biológica - é essencial para que os terapeutas auxiliem os seus pacientes a se curarem de seus traumas. O terapeuta precisa estar sintonizado com seu próprio corpo, percebendo como ele responde às emoções e sensações do paciente, para, a partir disso, conduzi-lo a rastrear as suas sensações ligadas ao trauma.

O autor utiliza um exemplo para explicar a sintonia biológica fora do contexto terapêutico: durante um incêndio, as pessoas se sentem amedrontadas, alternando as suas posturas corporais e expressões faciais, de forma que essas mudanças “contagiem” rapidamente outras pessoas, espelhando a postura de medo (Levine, 2012). Essa perspectiva está em consonância com o que Van der Kolk (2014) traz em seu livro, a respeito dos neurônios-espelhos, descobertos por Rizzolatti e colaboradores, inicialmente no cérebro de macacos Rhesus e posteriormente nos cérebros humanos. Esses neurônios se ativam quando um indivíduo observa a ação de outro, desencadeando respostas do sistema corporal - mecanismos musculares e proprioceptivos são ativados – e, assim, tendemos a imitar naturalmente o que percebemos no mundo (Lameira et al., 2006). A partir do momento que esses neurônios foram descobertos, pôde-se explicar de forma mais clara sobre a empatia, sincronia e imitação, pois

a partir dos neurônios-espelhos, percebemos os estados emocionais, movimentos e intenções de outras pessoas.

Quase sempre, o trauma envolve não ser visto, não ser imitado, nem ser levado em consideração. O tratamento exige a reativação da capacidade de espelhar os outros e por eles ser espelhado com segurança, mas também a capacidade de não se deixar levar pelas emoções negativas do outro (Van der Kolk, 2014, p. 71).

No ambiente terapêutico, o desafio do terapeuta é o de espelhar a emoção do paciente, mas sem exagero, pois um espelhamento excessivo poderá aumentar o medo do paciente. Além disso, Levine (2012) destaca que quando o terapeuta se afasta, evita ou se defende das sensações do paciente, na verdade, pode acabar impedindo, de forma inconsciente, que o cliente vivencie o que precisa ser sentido. Essa evitação do terapeuta pode ser comparável a abandonar o paciente num momento em que ele precisa de presença e apoio. Portanto, o psicólogo clínico deve aprender a estar verdadeiramente presente com seus pacientes, oferecendo um espaço seguro onde eles possam se permitir sentir.

4.5 Relação terapêutica e Experiência Somática

A relação terapêutica deve não só cuidar do que está nas relações do presente, como também em aspectos vividos no passado. O psicoterapeuta deve usar o vínculo terapêutico como técnica, incluindo os elementos da transferência e da contratransferência, para ajudar o paciente na sua regulação emocional e fisiológica e facilitar o suprimento de respostas que ficaram incompletas. A relação terapêutica, portanto, ajudará na construção de novos vínculos, de forma que a segurança e o estar no presente sejam priorizados (Netto, 2016).

Levine (2012) destaca que o papel central do terapeuta é criar um ambiente de segurança, que ofereça refúgio e esperança ao paciente, o que se conecta diretamente ao que

Bowlby descreve como base segura. O terapeuta deve oferecer ao paciente uma base segura, para que ele tenha a possibilidade de explorar suas dores do passado e do presente, sabendo que o seu terapeuta lhe oferece apoio, suporte e orientação. Esse processo está intimamente relacionado à correção descrita por Porges, na qual a presença de outra pessoa facilita a regulação emocional, promovendo equilíbrio interno. Fica clara a capacidade de regulação emocional, facilitada pela presença de outra pessoa, como um dos pilares do tratamento terapêutico. Vínculos seguros permitem que o paciente não apenas se sinta protegido, mas também ajudam a regular suas respostas emocionais, restaurando o equilíbrio interno. Como também aponta Stephen Porges (2011), a segurança é essencial para o processo de cura, sendo resumida na ideia de que a segurança é o próprio tratamento.

Como uma das bases da Experiência Somática, a Teoria Polivagal propõe que a presença terapêutica é crucial para uma psicoterapia eficaz. A presença do terapeuta faz com que o paciente consiga se sentir seguro para sentir e refletir com profundidade e compartilhar com o psicoterapeuta. Essa presença envolve, também, aspectos como expressão facial calorosa, gestos e a prosódia vocal – tom, ritmo e timbre de voz.

4.6 A experienciação e as respostas centradas no cliente

A exploração das sensações e emoções presentes no corpo remete diretamente à experienciação. A Experiência Somática, como o próprio nome sugere, coloca a experiência como um aspecto central, sendo uma psicoterapia experiencial. Eugene Gendlin, criador da Focalização (*Focusing*), que influenciou profundamente a SE, escreveu sobre uma das variáveis da psicoterapia nessa abordagem, o processo da experienciação.

Segundo Gendlin (1961), a experienciação possui algumas características específicas, sendo a primeira delas o sentir. A experiência é sentida, e não pensada, ou compreendida de

maneira racional. Além disso, ela acontece no aqui e no agora, no presente, não sendo possível experienciar no futuro ou no passado.

A experiencição é uma referência direta, ou seja, pode ser referida no processo psicoterapêutico. Embora não seja observável e seja particular para cada indivíduo, ela tem indicadores como maneira de expressar, tom de voz, gestos e contextos que algo é dito. Frequentemente, os pacientes podem sentir algo sem saber exatamente o que é, e, em conjunto, terapeuta e paciente começam a explorar esse sentimento, ainda que de forma vaga. Estão, nesses momentos, estão se referindo diretamente à experiencição do paciente. Outras vezes, isso pode ocorrer quando o paciente relata estar “nervoso” ou “preocupado” ou sentindo algo indefinido internamente, o que também é uma referência direta a uma experiencição presente.

Gendlin (1961) afirma que uma quarta característica da experiencição é o fato de ela ser um guia para a conceitualização. Mesmo que o paciente não consiga nomear o que está sentindo, ele usa a sua experiência como uma bússola para formular o que está sentindo. Além disso, essa experiencição é implicitamente significativa. Isso significa que apenas se torna explícito quando um próximo passo é dado, levando a uma conceitualização mais clara.

Um exemplo fornecido por Gendlin (1961) é o de um paciente que diz “eu preciso ir para um encontro hoje, mas por algum motivo, eu não desejo fazer isso”. Nesse momento, ele não compreende a razão, apenas sabe que não deseja ir. Ao entrar em contato com os seus sentimentos, com o que está experienciando no momento presente, pode surgir uma nova compreensão, como a percepção de que não deseja ir porque teme a presença de uma pessoa específica e o medo de ser ridicularizado. Esse *insight* emerge da experiencição, da exploração de suas sensações em seu corpo, que possivelmente estavam em seu corpo durante todo o tempo, expressando medo e sentimentos de inadequação. A partir dessa exploração, novos significados podem surgir, enriquecendo o processo psicoterapêutico.

A partir da experiencição, o autor propõe que os terapeutas deem respostas centradas no cliente, com objetivo de maximizar o papel da experiencição. Essas respostas se referem à experiencição vivida no presente e ajudam o paciente a nomear e elaborar algo que ainda não foi inteiramente formulado sobre o que ele está sentindo. Uma resposta eficaz faria com que o indivíduo formulasse um *felt sense* “significado sentido” da experiencição no aqui e agora.

No entanto, é importante que as respostas terapêuticas se concentrem na experiencição, evitando deduções teóricas sobre o paciente. As respostas devem capturar um significado implícito que o cliente expressa, está consciente e comunica indiretamente. Quanto às respostas que se referem à experiencição, elas revelam uma profundidade significativa, pois refletem o que indivíduo está sentindo no momento presente, um aspecto que muitas vezes transcende o que suas palavras podem expressar de forma explícita (Gendlin, 1961).

A atenção ao momento presente e ao que é sentido no corpo, nessa perspectiva, é fundamental para a construção de uma relação terapêutica genuína. Diversos autores oferecem perspectivas sobre como a relação terapêutica se desenvolve e qual o papel dela na psicoterapia, sendo Bowlby um deles.

4.7 Relação terapêutica como uma base segura

Bowlby (1989) descreve cinco tarefas ao terapeuta que deseja se guiar pela teoria do apego no processo terapêutico e oferecer uma base segura ao paciente. A primeira tarefa consiste em acompanhar o paciente em suas explorações de sua vida presente e passada, especialmente em temas difíceis. O terapeuta deve oferecer suporte, encorajamento e orientação, sempre que necessário, para auxiliar o paciente a enfrentar essas questões.

A segunda tarefa é a de acompanhar o paciente nas explorações e encorajá-lo a perceber como são as suas relações significativas em sua vida, suas expectativas em relação aos outros e os padrões que ele tende a repetir em suas interações.

Em seguida, o terapeuta deve encorajar o paciente a perceber a relação entre ele e o próprio terapeuta. Esse tópico é particularmente importante, pois, por meio da relação com o terapeuta, o paciente traz as os seus sentimentos, reflexões e percepções sobre o próprio vínculo. Essa construção auxilia no processamento de como o paciente se relaciona com suas figuras de apego e como essas figuras tendem a se comportar e sentir em relação a ele.

O quarto ponto diz respeito ao encorajamento do terapeuta para que o paciente perceba que seus sentimentos, percepções e comportamentos no presente podem também ser fruto de situações passadas que ele vivenciou na infância, adolescência, na relação com seus cuidadores, principalmente. A sua forma de se relacionar consigo e com os outros tem a ver com o que ele ouviu repetidamente de seus cuidadores. Essa pode ser uma tarefa desafiadora, pois as emoções e reflexões que surgem dela, dirigidas aos pais, podem antes ter sido impensáveis e inaceitáveis. Essas emoções também podem ser dirigidas ao terapeuta.

Por fim, a última tarefa é a de auxiliar o paciente a identificar o que Bowlby chama de imagens, que são modelos/padrões, tanto seus quanto dos outros, que vêm de experiências dolorosas do passado ou do que ouviu dos pais. Muitas dessas mensagens que ele pegou para si podem nunca ter sido condizentes com a realidade, nem no passado, no presente ou no futuro. Assim, ele percebe as origens desses modelos e percebe que essa lente que enxerga o mundo tem levado ele a pensar, sentir e agir de determinada forma.

Essas cinco tarefas propostas por Bowlby são fundamentais para criar um ambiente terapêutico seguro para o paciente. Elas permitem que o paciente explore sua história de apego, seus padrões relacionais e desenvolva uma nova perspectiva, mais integrada e realista, sobre si mesmo e sobre as suas relações com os outros. Embora Bowlby tenha focado principalmente no campo emocional e relacional, se pensarmos na perspectiva da Experiência Somática, essa segurança também se manifesta no corpo.

A Experiência Somática acrescenta uma dimensão experiencial, que se concentra no corpo e nas sensações corporais presentes. Levine (2012) destaca que, em momentos desafiadores, uma estratégia eficaz em psicoterapia para auxiliar o paciente a lidar com as sensações difíceis é a de ajudá-lo a focar em uma sensação no corpo “oposta” – algo que traga conforto e o faça sentir-se um pouco menos vulnerável. Isso possibilita que emergja a consciência uma nova percepção: a de ter uma “ilha de segurança” dentro de si (Levine, 2012, p. 82). Ao longo do processo, as ilhas vão sendo descobertas, e juntas, formam uma base de resiliência capaz de enfrentar os desafios trazidos pelo trauma.

Assim como Bowlby busca proporcionar uma base segura ao paciente em psicoterapia, para que ele se sinta seguro para aprofundar emocionalmente, Levine auxilia o paciente a desenvolver essa segurança principalmente através do corpo. Essas abordagens, cada uma do seu modo, e de forma complementar, auxiliam o paciente a acessar uma segurança interna.

4.8 Relação Eu-Tu

Martin Buber, conhecido como “o filósofo da relação” ou “filósofo do encontro”, foi o principal nome da filosofia do diálogo. O termo “diálogo”, por sua vez, se refere ao aspecto relacional do ser humano, sendo a existência humana nessa perspectiva fundamentalmente entendida a partir das relações. Assim, o ser humano sob esse olhar não é visto de forma separada, e sim, relacional (Hycner, 1995). Buber (2001) introduziu em sua filosofia dialógica o conceito de relação “Eu-Tu”, que enfatiza a importância da conexão genuína entre duas pessoas. Levine (2012) cita Buber, indicando a influência da filosofia dialógica em sua compreensão do encontro terapêutico.

A relação Eu-Tu representa uma forma de se relacionar em que há encontro genuíno, recíproco e autêntico, em que cada pessoa da relação é insubstituível e única, com abertura e presença para o outro. Nesse tipo de relação, o “Eu” encontra o “Tu” em sua totalidade, sem

reduzi-lo a uma função ou papel. Em contraste, existe a relação “Eu-Isso”, em que o outro é percebido mais como um objeto, alguém que cumpre uma função ou papel específico. Nesse tipo de relação, não há tanta abertura para a individualidade do outro (Buber, 2001). Por exemplo, ao passar um tempo com um amigo querido, tende-se a estabelecer uma relação Eu-Tu, pois existe uma troca genuína e autêntica. Já ao interagir com alguém que cumpre uma função específica, como um atendente em uma loja, a relação tende a ser Eu-Isso, pois ele é visto principalmente a partir de sua atividade.

Em suma, existem dois modos de presença. Sendo originários, a relação Eu-Tu e o conceito de presença recebem seu sentido autêntico na doação originária do Tu. No encontro dialógico acontece uma recíproca presentificação do Eu e do Tu. No relacionamento Eu-Isso se o Isso está presente ao Eu não podemos dizer que o Eu está na presença do Isso. A alteridade essencial se instaura somente na relação Eu-Tu; no relacionamento Eu-Isso o outro não é encontrado como outro em sua alteridade. Na relação dialógica estão na "presença" o Eu como pessoa e o Tu como outro (Buber, 2001, p. 29).

Na relação terapêutica, o terapeuta deve construir uma ponte em direção ao paciente, assumindo responsabilidade de criar um espaço seguro e receptivo. Hycner (1995), explora o que Buber chamou de “cura pelo encontro”, começando pelo significado da palavra cura, “tornar inteiro” (Hycner, 1995, p. 124). Esse processo parte do entendimento de que as relações de confiança do paciente com outras pessoas podem ter sido rompidas, o que torna essencial a construção de um vínculo seguro com o terapeuta. É por meio desse vínculo seguro que se espera que o paciente possa estabelecer, gradualmente, vínculos de confiança com outras pessoas, além do terapeuta.

Jorge Ponciano Ribeiro (2013), um dos pioneiros da Gestalt-terapia no Brasil - abordagem humanista, fenomenológica e existencialista, fortemente influenciada pela filosofia Buberiana - afirma que o terapeuta não “cura” o paciente diretamente, ele oferece cuidado. O autor explica que, ao sentir-se cuidado, o paciente cura a si próprio. Essa concepção coloca o terapeuta como um facilitador desse processo, valorizando o encontro entre terapeuta e paciente, sem retirar o protagonismo do paciente do seu processo terapêutico.

Complementando essa perspectiva de um encontro genuíno entre terapeuta e paciente, Hycner (1995) destaca que o terapeuta deve praticar a inclusão ao se relacionar com o paciente, um processo distinto de empatia. Enquanto a empatia é considerada um sentimento (Friedman, 1985 em Hycner, 1995) a inclusão implica direcionar a existência para o outro, a tentativa de experimentar ao máximo o que o paciente vivencia. Esse nível de envolvimento é um grande desafio para a grande maioria dos terapeutas, e requer um senso forte de um “centro” de si, para de fato conseguir vivenciar a experiência do outro, sem se perder nela.

A relação Eu-Tu na relação entre terapeuta e paciente é possível e necessária, mas possui uma particularidade: a relação possui restrições, pois ela tem uma finalidade específica - o tratamento do paciente (Buber, 2001). Hycner (1995) explora essa questão ao destacar o paradoxo da psicoterapia, que é simultaneamente subjetiva e objetiva. Isso significa que o processo terapêutico exige que o terapeuta esteja envolvido pessoalmente no processo do paciente, ao mesmo tempo que mantém objetividade. A objetividade se manifesta, por exemplo, no uso do conhecimento pelo terapeuta sobre o ser humano em geral, sobre as teorias que embasam a sua prática e técnicas adequadas ao contexto terapêutico. No entanto, essa objetividade deve sempre respeitar a singularidade da experiência compartilhada entre o terapeuta e o paciente. Portanto, tanto os aspectos subjetivos quanto os objetivos são essenciais na psicoterapia, e cabe ao terapeuta manejar e integrar essas dimensões.

Assim, Buber (2001) destaca que limitar-se a analisar o paciente pode proporcionar algum auxílio e melhora da queixa que trouxe o paciente para a terapia, mas de forma mais superficial. Entretanto, quando o terapeuta se coloca inteiramente presente com o paciente, com um olhar atento para a sua individualidade e singularidade, e não apenas como um objeto de estudo, ele abre espaço para uma transformação mais profunda e genuína.

Cardella (1994), psicóloga Gestalt-terapeuta, explora em seu livro *Amor na relação terapêutica*, a importância do vínculo terapêutico. Fortemente influenciada pela filosofia Buber, a autora dialoga com o filósofo ao afirmar que a relação genuína – Eu-Tu - está diretamente relacionada ao fenômeno do amor, introduzindo o conceito de “amor terapêutico”. Para a autora, o amor terapêutico é estado e uma forma de ser do terapeuta com os pacientes, na qual, por meio dessa presença amorosa, o paciente é incentivado a se ouvir, compreender e, eventualmente, amar a si mesmo.

O amor terapêutico manifesta-se através de um estado e um modo de ser caracterizados pela integração e diferenciação da personalidade que nos permite ver, aceitar e encontrar o outro (cliente) como um ser único, diferenciado, e semelhante na sua condição de humano. (...) O terapeuta em estado de amor é capaz de se auto-sustentar na relação com o cliente. Coloca-se a serviço dele e se dispõe a funcionar como instrumento para seu crescimento pessoal. (Cardella, 2001, p. 59).

Ela descreve o amor terapêutico como incondicional. Mesmo com regras, limites e um contrato profissional, é possível estabelecer um vínculo afetivo e amoroso. O amor terapêutico implica em aceitar o paciente como ele é, validando a sua existência como um todo. Esse processo exige do terapeuta a habilidade de colocar a sua própria história, experiências, sentimentos e seus conhecimentos em segundo plano, exceto quando esses aspectos podem beneficiar o paciente.

No entanto, essa relação de amor só ocorre quando ambos, terapeuta e paciente, estão abertos para ela. Se o terapeuta estiver num estado amoroso, mas o paciente não estiver disponível para isso, essa conexão não se estabelecerá. “Na relação Eu-Tu, o amor é compartilhado” (Cardella, 2001, p. 61).

Embora a atitude amorosa do terapeuta seja muito importante para o processo, sabemos que, como seres humanos, os terapeutas nem sempre conseguem estar nesse estado com os pacientes – seja devido à contratransferência, necessidades não atendidas do terapeuta ou defesas, como as projeções. Por isso, é essencial que os terapeutas também tenham acompanhamento psicoterapêutico, para que as suas questões não atrapalhem o processo terapêutico do paciente (Cardella, 2001). Levine (2012) introduz um capítulo sobre os desafios da psicoterapia e da relação terapêutica, desdobrado a seguir.

4.9 Desafios: psicoterapia e relação terapêutica

Um dos grandes desafios para terapeutas que trabalham com pacientes cronicamente traumatizados é lidar com a tentativa, por vezes frustrada, de corrigir padrões relacionais disfuncionais. Muitos terapeutas acreditam que, ao oferecer uma relação segura, positiva, uma relação Eu-Tu, poderão transformar esses padrões. No entanto, pessoas cronicamente traumatizadas possuem muita dificuldade em estabelecer uma relação “Eu-Tu”. Frequentemente o que ocorre é o desenvolvimento de uma dependência emocional intensa por parte do paciente, o que pode sair do controle e levar o paciente a repetir na relação com o terapeuta o seu trauma, ao ver o terapeuta como um “abusador substituto” (Levine, 2012, p. 109), por exemplo. Quando isso acontece, o paciente pode sentir-se muito decepcionado ou sentir uma raiva desmedida em relação ao terapeuta.

Levine (2012) alerta que a relação terapêutica, por si só, não é suficiente para a cura do trauma. Ele aponta o erro comum cometido por terapeutas que, embora bem-intencionados e

empáticos, acabam falhando por confiar exclusivamente na qualidade da relação terapêutica. Levine se baseia na Teoria Polivagal para explicar que pessoas traumatizadas ficam, muitas vezes, presas nas respostas de imobilidade/congelamento, o que suprime o sistema de engajamento social. Assim, esse estado reduz drasticamente a capacidade do paciente de interagir socialmente, de fazer contato com outras pessoas e de se apegar. Além disso, o paciente tem maiores dificuldades de identificar emoções positivas através da postura e das expressões faciais de outras pessoas, bem como de sentir as suas próprias sensações e sentimentos.

Quando o indivíduo está preso nas respostas de imobilidade/congelamento ou mesmo nas respostas de luta e fuga, ele tende a não aceitar receber e incorporar apoio e empatia. Dessa forma, muitos pacientes não conseguem perceber as expressões e atitudes de cuidado, carinho e apoio do terapeuta, nem distinguir se ele é uma pessoa confiável. Isso muitas vezes os impede de conseguir responder à segurança e ao afeto que o terapeuta proporciona, resultando, muitas vezes, em uma transferência improdutiva. Além disso, alguns pacientes chegam com expectativas muito elevadas em relação ao terapeuta. Qualquer erro, por menor que seja, pode ser interpretado como uma grande falha, o que pode levar ao rompimento da relação terapêutica.

Levine sugere que, para auxiliar os pacientes a saírem desse estado de congelamento, é necessário ativar seu sistema simpático. Somente após a ativação e a subsequente descarga dessa energia acumulada, os pacientes conseguem estar mais abertos para receber apoio e estabelecer uma conexão com o terapeuta. Nesse contexto, Levine se apoia na pesquisa de Lanius e Hopper (2001), que analisou as áreas do cérebro responsáveis pela consciência do corporal e emocional, destacando uma diferença entre a ativação simpática e a dissociação em pessoas traumatizadas. A principal área responsável pela consciência mais refinada é a ínsula,

que fica localizada na parte frontal do cérebro límbico. A pesquisa concluiu que, durante a dissociação, a ínsula é inibida, o que explica a dificuldade das pessoas traumatizadas em sentir o próprio corpo, podendo chegar até a uma dificuldade de saber quem são ou quem os outros são. Em contraste, em ativação simpática, a área é profundamente ativada, o que faz com que tenha uma hipersensibilidade.

Assim, o terapeuta deve perceber quando o paciente está saindo da imobilidade, observando o que ocorre em seu corpo e auxiliando a tomar consciência dessas mudanças. Esse momento de maior receptividade e resposta devido à ativação simpática oferece uma oportunidade ao terapeuta de intervir de forma mais eficaz. No entanto, é essencial que essa transição da imobilidade seja facilitada com cuidado, evitando uma ativação simpática intensa. O objetivo é permitir que o paciente saia gradualmente da imobilidade, passe pela ativação, em seguida pela descarga da energia acumulada, caminhando para a desativação e descarga e, por fim, para o equilíbrio.

Portanto, o papel do terapeuta nesse processo é mais do que oferecer um vínculo seguro. Ele deve ser um facilitador sensível, que acompanhe o paciente na restauração de sua capacidade de engajamento e autorregulação. Assim, ele precisa estar atento às respostas de imobilidade e ativação simpática, ao mesmo tempo que oferece uma base segura ao paciente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluir este trabalho representa, para mim, um convite a refletir sobre múltiplos temas que se entrelaçam na clínica, e a imensa complexidade que envolve a psicoterapia e o papel de ser terapeuta. Mais do que um fim, este trabalho marca o começo de algo muito maior e traz para mim a compreensão de que há infinitos caminhos e possibilidades na psicologia clínica.

Inicialmente, considerei construir um estudo sobre os traumas sob diferentes perspectivas – tanto da Experiência Somática, quanto da Gestalt-terapia, da Psicanálise, entre outras abordagens. No entanto, percebi que tinham alguns aspectos da Experiência Somática que me interessavam de maneira especial - em particular, o foco no corpo e na experiência. Desde o começo da graduação, meu olhar esteve voltado para o corpo, uma dimensão historicamente subjugada e inferiorizada em nossa sociedade. Tanto a partir da minha própria terapia, quanto em cursos e estudos que estive envolvida, percebi que, em tempos em que o cognitivo é amplamente priorizado, valorizar o sentir, a experiência e ouvir as “vozes sem palavras” do corpo são práticas revolucionárias e transformadoras.

Além disso, como futura Gestalt-terapeuta e psicoterapeuta Psicodinâmica Integrativa (a perspectiva integrativa estabelece um diálogo entre diversas teorias e pesquisadores, inclusive com a Experiência Somática), o estudo do vínculo terapêutico me cativou, especialmente por já ter tido a oportunidade de ler sobre o tema anteriormente sob a perspectiva da Gestalt-terapia e das Integrativas, e vivenciá-lo, tanto em minha própria terapia, quanto no contexto terapêutico com meus pacientes. Foi gratificante refletir sobre esse tema a partir de diversos autores, no terceiro capítulo deste trabalho, especialmente ao perceber como essas perspectivas dialogam e se complementam. Essas reflexões teóricas, por sua vez, se fortalecem ainda mais quando pensamos na aplicação prática do vínculo terapêutico.

Nesse sentido, em um espaço seguro, é inspirador observar como duas pessoas se encontram e constroem, juntas, uma relação tão profunda e significativa, em que o propósito - tratamento do paciente – se amplia para algo maior. Quando essa relação é uma relação Eu-Tu, com uma presença genuína e recíproca de ambos, ela é capaz de transformar a forma como o paciente se percebe e se conecta com o mundo. Entretanto, não é apenas o paciente que se transforma; tenho refletido muito sobre como sou igualmente transformada a cada sessão, ao ouvir tantas histórias e detalhes da vida das pessoas que atendo. Ouvi recentemente que somos um mosaico de todas as pessoas que nos conectamos ao longo da vida – e percebo o quanto também sou moldada pelos encontros que tenho com cada pessoa que eu atendo.

A verdadeira essência de ser terapeuta se revela, para mim, no encontro com a complexidade do ser humano e no compromisso de caminhar junto do paciente, em meio às dores, descobertas e transformações. Há algo de imensamente belo nesse processo, em que em cada sessão, há abertura para o novo, para o desconhecido e para infinitas possibilidades. Acompanhar o processo de alguém é muitas vezes desafiador, mas é também profundamente enriquecedor. Ser terapeuta, portanto, requer uma compreensão sensível da complexidade do ser humano, especialmente quando lidamos com os impactos que um trauma pode ter na vida de uma pessoa. No trabalho desenvolvido a partir da Experiência Somática, o processo psicoterapêutico se desenvolve de maneira cuidadosa e gradual, no qual o terapeuta se dedica a construir um ambiente seguro onde o paciente pode, pouco a pouco, explorar sensações internas, (re)conectar-se consigo mesmo, e construir seu próprio caminho de cura.

Esse processo revela o verdadeiro poder do cuidado. O cuidado, para mim, representa o verdadeiro propósito de ser psicoterapeuta: ser um ponto de segurança para que cada pessoa reencontre o seu caminho. A cada encontro, compreendo que esse papel exige muita sensibilidade, presença e uma escuta atenta.

Concluo este trabalho, portanto, com a reflexão de que ser psicoterapeuta é um compromisso com a transformação. A beleza do processo psicoterapêutico não se revela apenas na cura, mas na confiança e na coragem de seguir um caminho que não se sabe ao certo para onde nos levará. A coragem se manifesta, assim, como a própria etimologia da palavra diz – do latim *coraticum* (*cor* + *-aticum*), *cor* significa coração e o sufixo *-aticum*, ação – quando agimos com o coração, caminhando junto com o medo – e não sem ele. E é no encontro com o desconhecido, na abertura para as muitas possibilidades, e na entrega ao processo, que surgem as maiores oportunidades de crescimento e transformação.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ABT: Associação Brasileira do Trauma. (n.d.). *Traumatemcura*. Recuperado de <https://www.traumatemcura.com.br/>

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Badenoch, B. (2016). *The heart of trauma: Healing the embodied brain in the context of relationships*. W. W. Norton & Company.

Bonzon, R. (2013). Intervenção da experiência somática em caso de TEPT complexo. In C. P. Rossi & L. Netto (Eds.), *Práticas psicoterápicas e resiliência: Diálogos com a experiência somática* (pp. 246-261). Scortecci.

Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Artes Médicas.

Bowlby, J. (1990). *Apego e perda: Apego* (Álvaro Cabral, Trad., 3ª ed., Vol. 1). Martins Fontes. (Original publicado em 1969).

Cardella, B.H.P. (1994). *O amor na relação terapêutica: uma visão gestáltica*. São Paulo: Summus.

COBRALT: Comitê Brasileiro das Ligas do Trauma. (n.d.). *O que é trauma?* Disponível em <http://cobralt.com.br/o-que-e-trauma/>

Ferenczi, S. (1992). Confusão de língua entre os adultos e a criança (a linguagem da ternura e da paixão). In S. Ferenczi, *Psicanálise IV* (A. Cabral, Trad., pp. 97-106). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1933)

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & et al. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10-20. <https://doi.org/10.1037/a0021939>

Freud, S. (1912). A dinâmica da transferência. In *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 99-108). São Paulo: Companhia das Letras.

Gendlin, E. T. (1982). *Focusing*. Bantam Books.

Hatcher, R. L., & Barends, A. (1996). Patients' view of the alliance in psychotherapy: Exploratory factor analysis of three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1296-1303. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1296>

Hycner, R. (1995). *De pessoa a pessoa: psicoterapia dialógica*. São Paulo: Summus.

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). The alliance in adult psychotherapy. In J. Norcross (Ed.), *Relationships that work* (pp. 316-340) New York, NY: Oxford University Press.

Jackson, J. H. (1958). Evolution and dissolution of the nervous system. In J. Taylor (Ed.), *Selected writings of John Hughlings Jackson* (pp. 45-118). London: Stapes Press.

Lauriano, C. (2022). *A função do vínculo no trabalho com trauma*. Appris Editora.

Lameira, A. P., Gawryszewski, L. de G., & Pereira Jr., A. (2006). Neurônios espelho. *Psicologia USP*, 17(4), 123–133. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642006000400007>

Levine, P. (1999). *O despertar do tigre*. Summus.

Levine, P. (2012). *Uma voz sem palavras*. Summus.

Levine, P. A. (2023). *Trauma e memória: Cérebro e corpo em busca do passado vivo*. Summus.

Levine, P. A., Blakeslee, A., & Sylva, J. (2018). Reintegrating Fragmentation of the Primitive Self: Discussion of “Somatic Experiencing.” *Psychoanalytic Dialogues*, 28(5), 620–628. <https://doi.org/10.1080/10481885.2018.1506216>

Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened/frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161-182). University of Chicago Press.

Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.

Maté, G., & Maté, D. (2023). *O mito do normal: Trauma, saúde e cura em um mundo doente*. Editora Sextante.

Medeiros, C., & Aiello-Vaisberg, T. M. J.. (2014). Reflexões sobre holding e sustentação como gestos psicoterapêuticos. *Psicologia Clínica*, 26(2), 49–62

Mendes, M. A (2021). *A Clínica do Apego: Fundamentos para uma Psicoterapia Afetiva, Relacional e Experiencial*. Novo Hamburgo: Sinopsys Editora, 2021. 264 p.; 23 cm. ISBN 978-65-5571-031-1

Michaelis. (2023). *Dicionário Michaelis online*. Melhoramentos. <https://michaelis.uol.com.br>

Netto, L. R. (2016). Trauma e renegociação na perspectiva do desenvolvimento. In C. P. Rossi & L. Netto (Eds.), *Diálogos estendidos com a experiência somática* (pp. 129-144). Scortecci.

Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. Oxford University Press.

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). *Psychotherapy relationships that work III. Psychotherapy*, 55(4), 303–315.

Payne, P., Levine, P. A., & Crane-Godreau, M. A. (2015). Somatic experiencing: Using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Frontiers in Psychology*, 6, 93. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00093>

Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. New York, NY: W. W. Norton & Company.

Porges, S. W. (2022). Polyvagal theory: A science of safety. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 16, 871227. <https://doi.org/10.3389/fnint.2022.871227>

Ribeiro, J. P. (2013). *Psicoterapia: Teorias e técnicas psicoterápicas* (3ª ed.). Summus Editorial.

Santos, Manoel Antônio dos. (1994). A transferência na clínica psicanalística: a abordagem freudiana. *Temas em Psicologia*, 2(2), 13-27.

Schore, A. N. (2003). *Affect regulation and the repair of the self*. W W Norton & Co.

Souza, A. P. de O. (2013). A renegociação de um trauma de desenvolvimento como um caminho para individuação. In C. P. Rossi & L. Netto (Eds.), *Práticas psicoterápicas e resiliência: Diálogos com a experiência somática* (pp. 262-271). Scortecci.

Van der Kolk, B. (2020). *O corpo guarda as marcas: Cérebro, mente e corpo na cura do trauma* (D. M. Garschagen, Trad.). Sextante.

Vianna, A. B., Almeida, A. C. S., Pereira, A. L. da S., Srour, H. A., Lemos, L. M. G., Lima, W. L. da C., & Ferreira, Y. T. (2024). A trilidade neurobiológica do mecanismo de luta ou fuga: Uma nova perspectiva. *Revista Contemporânea*, 4(5), e3896. <https://doi.org/10.56083/RCV4N5-022>

Winnicott, D. W. (1994). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In: Winnicott, C.; Shepherd, R. & Davis, M. (1994). *Explorações psicanalíticas: D.W.Winnicott*. (pp. 102-115) Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965).