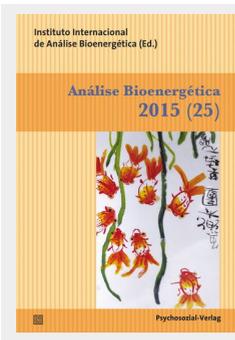


Wera Fauser

A Importância da Integração de questões Pré- e Perinatais à Análise Bioenergética



Bioenergetic Analysis

25. Volume, No. 1, 2015, Page 99–123

Psychosozial-Verlag

DOI: [10.30820/0743-4804-2015-25-pt-99](https://doi.org/10.30820/0743-4804-2015-25-pt-99)



Bibliographic information of Die Deutsche Nationalbibliothek (The German Library)
The Deutsche Nationalbibliothek lists this publication in the Deutsche Nationalbibliografie;
detailed bibliographic data are available at <http://dnb.d-nb.de>.

2014 Psychosozial-Verlag, Gießen, Germany
info@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de



This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License (CC BY-NC-ND 4.0). This license allows private use and unmodified distribution, but prohibits editing and commercial use (further information can be found at: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>). The terms of the Creative Commons licence only apply to the original material. The reuse of material from other sources (marked with a reference) such as charts, illustrations, photos and text extracts may require further permission for use from the respective copyrights holder.

Tradutores: Edna Velloso de Luna & Rael Soares de Godoy
Revisoras: Maê Nascimento & Odila Weigand
Cover design & layout based on drafts by Hanspeter Ludwig, Wetzlar
Digitalização: metiTec-Software, me-ti GmbH, Berlin, www.me-ti.de

<https://doi.org/10.30820/0743-4804-2015-25-pt>
ISBN (PDF-E-Book) 978-3-8379-7269-6
ISBN (Print) 978-3-8379-2471-8
ISSN (Online) 2747-8882 · ISSN (Print) 0743-4804

A Importância da Integração de questões Pré- e Perinatais à Análise Bioenergética

Wera Fauser

Resumo

Este artigo trata da importância da integração de questões pré e perinatais à Análise Bioenergética (AB), já que a nossa história individual começa muito antes de podermos olhar nos olhos de nossas mães. Os períodos pré e perinatais criam a nossa primeira base, o nosso primeiro *grounding* e o nosso primeiro vínculo com este mundo; a experiência que tivemos dentro do útero, assim como a saída dessa primeira morada e o que ocorreu nesses momentos iniciais e nos primeiros dias, tudo isso pode implicar em fortes repercussões ao longo de toda a vida. Depois de uma introdução, uma pesquisa histórica curta e um gráfico que mostra os estágios de desenvolvimento pré-natal relevantes à terapia corporal, descreverei exemplos de trauma pré e perinatal. Para alguns desses exemplos, apresento vinhetas clínicas que devem enfatizar que esses temas do início da vida não devem ser negligenciados, especialmente em métodos terapêuticos de orientação corporal como a Análise Bioenergética.

Palavras-chave: desenvolvimento pré-natal, trauma pré e perinatal, vínculo inicial, processo terapêutico

Introdução

“Estou dentro de uma caverna com uma lanterna na mão. Estou muito feliz e achando engraçada esta experiência. Daí estou caminhando ao longo de um canal escuro quando de repente a minha lanterna começa a falhar e eu entro em pânico de que a pilha acabe e eu fique no escuro. Será que ela vai durar até eu conseguir sair daqui?”

Duvido. Tenho certeza de que ninguém nunca vai me encontrar lá dentro. Eu acordo tremendo e morrendo de medo de morrer.” (Sonho de nascimento de um cliente, uma criança desejada, com síndrome do bebê azul, nascido com o cordão umbilical enrolado três vezes no pescoço. Um padre já lhe havia concedido um batismo de emergência de tão pouco provável que ele sobrevivesse.)

Até o fim dos anos oitenta o embrião e o feto eram vistos como um mero acúmulo de células sem nenhuma sensibilidade. Recém-nascidos e bebês de até quatro ou seis meses eram submetidos a operações sem nenhum sedativo. No entanto, a comunidade médica e terapêutica tem aceitado cada vez mais a noção de que os não nascidos e os recém-nascidos são dotados de uma vida emocional elementar e independente, de receptividade, além de uma memória rudimentar.

O fato de não nascidos e recém-nascidos terem tido a capacidade de experimentar a vida no útero e durante o parto principalmente através de sensações corporais e percepção física (Dowling 1991, Emerson 2000, Janus 2000, 2013) tem tido um papel cada vez mais importante especialmente no campo da psicoterapia corporal. É das primeiras experiências e impressões pré-natais e perinatais que derivamos as nossas atitudes fundamentais, as nossas conclusões mais profundas, as nossas convicções sobre a vida na terra e sobre o que podemos esperar daqueles que nos cuidam.

Nunca mais na vida seremos tão vulneráveis e dependentes de uma só pessoa quanto durante esse primeiro período. Sem a nossa mãe não podemos sobreviver os primeiros três quartos dos meses pré-natais, enquanto que depois do nascimento outros podem assumir o papel da mãe e podem pelo menos ajudar a manter-nos vivos. A nossa primeira moradia era o único lugar no mundo em que podíamos obter grounding, em que podíamos crescer em uma atmosfera segura e acolhedora. A forma como nos estabelecemos nessa moradia e como a deixamos dá forma à nossa existência e está gravada no nosso cérebro e no nosso corpo.

Se esse vínculo e esse grounding intrauterinos ou essa ligação extrauterina durante as primeiras semanas forem severamente perturbados e caso o parto tenha ocorrido sob circunstâncias traumáticas, os efeitos em todo o desenvolvimento psíquico e físico da criança serão profundos (Bauer 2011, Nathanielsz 1999, Schore 1994, Verny 1995). O bebê será forte, resiliente e autoconfiante ou será fraco e desprovido de habilidade para tolerar o estresse? Será capaz de controlar a sua índole ou será nervoso, hiperativo ou em estado constante de alerta? Como fará para concentrar-se e para dormir em paz? Quanta confiança básica terá? Quanta desconfiança profundamente arraigada? Que tipo de caráter formará? Que tipo de doenças poderá ter mais tarde?

Esse período inicial de nossas vidas também pode ser responsável pelo desenvolvimento de distúrbios mentais ou doenças psicossomáticas (Janus [ed.] 2013, Nathanielsz 1999, Schore 1994). A fase mais decisiva e mais vulnerável é certamente

o período chamado de “programação fetal” durante as primeiras 12 semanas intrauterinas, quando os órgãos estão sendo formados e os primeiros reflexos de retrair-se passam a existir (Blomberg 2012, Dowling 1991, Emerson 2000, Nathanielsz 1999).

Quanto mais o não-nascido for deixado imperturbado, relaxado e à vontade, maior será a potência para que ele venha ao mundo sem complicações de parto. Isto determina o quão relaxado ele poderá ser na sua vida futura, contanto que ele venha a ser cuidado e criado da melhor maneira possível.

Respostas fundamentais não podem ser encontradas apenas considerando os genes e as experiências dos dias e semanas depois do nascimento, e sim retornando-se literalmente “ao maravilhoso mundo escuro da vida dentro do útero (Verny 2013) e às raízes das experiências pré e perinatais para encontrar a melodia de base das nossas vidas. Portanto, este artigo focará nessas questões e deixará de fora os primeiros meses formadores de caráter e os primeiros anos após o nascimento, os quais são obviamente muito importantes. Dado o espaço limitado, apenas algumas das questões mencionadas poderão ser descritas detalhadamente.

1. Introdução histórica

O psicanalista Otto Rank foi o primeiro a reconhecer, já em 1924, que a relação entre mãe e filho começa muito antes da criança nascer e que as memórias pré e perinatais são memórias verdadeiras. Uma de suas principais declarações nessa matéria diz que os sentimentos e as sensações pré-natais, assim como aqueles que ocorrem durante o parto, podem ter uma influência essencial na dinâmica entre terapeuta e cliente (Verny 2013, in Janus 2013). Tanto Otto Rank como Gustav Gruber pesquisaram e descreveram esse assunto de forma sistemática.

Otto Rank conferiu mais importância às questões intrauterinas e às relacionadas ao parto do que ao complexo de Édipo. Isto levou a um rompimento com Freud, o qual não estava disposto a revisar ou expandir o seu conceito psicanalítico. Otto Rank via o tempo passado dentro do útero como o início da relação entre mãe e filho e é considerado o precursor da psicologia do ego. No anos 30 o psicanalista húngaro Sándor Ferenczi percebeu a importância do período pré-verbal, dentro do útero e até um ano depois do nascimento, e lidou com a questão do não nascido e do bebê rejeitado (*The Unwelcome Child and His Death Drive*, 1929). Sem ter conhecimentos sobre trauma de parto, ele considerou esse procedimento como um evento de onipotência.

Todos os analistas mencionados acima, assim como Nándor Fodor no anos 50, o qual também se interessou pelo assunto e enfatizou os aspectos traumáticos, não chegaram a uma resposta positiva e permaneceram fora do debate.

Alfred Adler, por outro lado, observou os aspectos dos sentimentos de inferioridade e incapacidade durante esse período. Ele foi o primeiro psicanalista que não idealizou a fase intrauterina. Nos arquétipos de C. G. Jung, podem-se encontrar referências aos assuntos pré-natais. Assim como Freud, Wilhelm Reich se preocupou mais com os conceitos de impulso pós-natal e Alexander Lowen o seguiu nessa tradição.

Ao longo das últimas três décadas a pesquisa e a preocupação com esses assuntos do início da vida, iniciado pelos psicanalistas clássicos, têm sido assumidas por terapeutas e médicos da área corporal. Referindo-se a pioneiros como Arthur Janov (*Early Imprinting*, 1984) e Stanislav Grof (*Topography of the Unknown*, 1983), foram Terence Dowling e Alfred Tomatis que desenvolveram novas abordagens para ajudar os seus clientes ou pacientes a mergulhar nos períodos pré e perinatais de suas vidas. Nos anos 80 Tomatis foi o primeiro a recriar experiências de útero e parto traumáticas e usou a voz de sua mãe, gravada ou ao vivo, como remédio. Outro cientista e terapeuta muito importante, William Emerson, trabalha esse assunto com crianças e adultos há mais de 30 anos (Schindler 2011, p. 8).

Neste ínterim as questões pré e perinatais, assim como o trauma do período inicial, têm sido consideradas no universo bioenergético. A Análise Bioenergética parece ser especialmente apropriada para essa tarefa, contando com uma orientação corporal definida dentro de um contexto seguro e um relacionamento terapêutico gradual, afetuoso e baseado na confiança, além do seu *know-how* elaborado no que concerne ao trauma em geral.

Felizmente, a pesquisa neurobiológica atual reforça a necessidade de uma abordagem física para questões pré-verbais. Os padrões de rede neuronal são determinados de forma pré-natal pela disposição genética, mas como provam as descobertas neurobiológicas, o seu desenvolvimento depende das experiências que ocorrem dentro desse habitat (Bauer, 2011). “*Os traumas pré-natais ficam gravados no tronco encefálico, como formulou Bruce Perry (2005, p. 18) e esse trauma pré-natal estabelece os limites para o futuro desenvolvimento cerebral.*” (Schindler 2011, p. 55) Esses padrões iniciais formam fortes conexões, especialmente caso ocorram experiências negativas ou traumáticas que levem a convicções fixas porque o feto ou recém-nascido tira todas as suas conclusões a partir do seu pequeno e estreito mundo primário (Gerald Hüther: *Die Macht der inneren Bilder*, 2008).

Infelizmente, é comum o fato dessa visão de mundo nebulosa originada no início das nossas vidas ser completamente inconsciente, por isso ela acaba excessivamente negligenciada. Além disso, é muito difícil que alguém consiga mudá-la por pura terapia verbal e insights mentais. A pesquisa cerebral moderna provou que nós tendemos a perceber e repetir o que já nos é conhecido e tudo aquilo que é novo e desconhecido tende a ser desativado no cérebro. Assim que aprendemos

as nossas primeiras estratégias de enfrentamento, nós nos limitamos a elas e evitamos aprender e experimentar novas soluções.

2. Estágios importantes do desenvolvimento pré-natal

Tempo	Divisão Tamaranh	
		o Caracteritação
Dia 1	Desenvolvimento Inicial	Concepção, Fertilização
Dia 4-5		Blastocisto livre
Dia 5-6		Blastocisto adere à membrana mucosa do útero. Nidação. O projeto básico do corpo e do cérebro, neste momento, é para um feto feminino.
3a semana	0,2-2 mm	Disco embrionário trilaminar , começo do desenvolvimento da coluna (vértice principal), um pequeno cérebro já funciona depois de 20 dias. O tronco encefálico se desenvolve primeiro e cresce rapidamente. Logo depois o coração começa a bater. Células nervosas começam a se espalhar pelo corpo todo. A pele e o cérebro se original da mesma camada celular (ectoderma). Uma parte das células nervosas fica presa no cérebro em formação, outra parte flutua rumo ao abdome e forma o cérebro intestinal . O nervo vago dorsal amielínico (CVD) está se desenvolvendo. Esse sistema entérico funciona de forma quase independente do sistema nervoso central. (Porges, 2008)
4a semana	2-5 mm	Uma vesícula vitelina produz células tronco de leucócitos e de eritrócitos, pode-se reconhecer o que virão a ser braços e pernas, é criado o cordão umbilical. O embrião está nadando na cavidade amniótica.
5a-8a semana	Período Embrionário -40 mm	Organogênese A partir da sexta semana, desenvolve-se em primeiro lugar o sentido do tato, antes que a visão e a audição sejam possíveis. Logo depois, o embrião já é capaz de ouvir a circulação sanguínea e os ruídos intestinais da mãe (ou do gêmeo). A partir da sexta semana: surgem músculos e os primeiros movimentos ativos. O treinamento muscular estimula a criação e conexão das células nervosas. A partir da sétima semana, os músculos distribuem dopamina e endorfina. As emoções agora podem ser reprimidas contraindo-se os músculos, o que enfraquece a percepção. A partir da sétima semana, as gônadas dos futuros meninos começa a produzir testosterona. Os dedos das mãos, assim como as mãos, se formam antes que se desenvolvam os pés. As pálpebras ainda estão fechadas. O Reflexo de Babkin (Blomberg, p. 115) começa a se desenvolver. Se mais para frente o feto tocar as palmas das mãos, pode ser que ele incline a cabeça para frente, abra a boca e faça movimentos de sucção para treinar para quando mais tarde for amamentado. Esse reflexo continua por 3-4 meses depois do nascimento. Caso o recém-nascido não consiga sugar muito bem, pode-se estimular as palmas das mãos do bebê para estimular o reflexo de Babkin. O reflexo de paralisia por medo é uma reação de estresse que agora está se estabelecendo como uma forma precoce do reflexo de retrain-se. Se a mãe grávida sofrer muito estresse durante os primeiros meses ou se o feto for ameaçado, ele pode ficar num estado de congelamento e imobilidade na maior parte do tempo (DVC, Porges, 2011) ou num estado de estresse constante em que adrenalina e cortisol (SNS) são liberados (Blomberg, p. 109).

30. mes	Período fetal	-9 cm	<p>Pernas e braços crescem. Papilas gustativas podem ser percebidas na semana 10. Na semana 11, desenvolve-se o Reflexo Plantar como forma precoce do reflexo de agarrar e treina o movimento dos dedos dos pés para que ele possa se segurar em alguém. Assim como o Reflexo de Babkin, outro reflexo de agarrar, ele também ajuda no aprendizado necessário para que o bebê possa ser amamentado mais tarde.</p> <p>A partir da semana 12 pode-se reconhecer e identificar o sexo. Os órgãos se formam. As primeiras ações e reações reflexas ocorrem depois de ser tocado (aborto, tentativas de aborto, amniocentese na semana 16/17). O Reflexo de Moro começa a se desenvolver e deveria estar completamente formado na semana 30 (Blomberg, p. 113f). Ele também pode ser desencadeado por ruídos incômodos, brigas, discussões, toques desagradáveis ou ameaçadores como socos ou tapas que possam vir de fora.</p> <p>A vesícula vitelina desaparece já que o fígado e o baço já estão funcionando. Eles produzem os próprios corpúsculos sanguíneos e já podem desintoxicar o sangue sem ter que mandá-lo todo de volta para a mãe. A partir da semana 14, já chupa o polegar.</p> <p>O reflexo de agarrar está começando a ser desenvolvido.</p>
40. mes		-16 cm	<p>Os ossos são perceptíveis, criam-se as articulações. Reflexo de engolir e reflexo de mamar. Um sistema de circulação sanguínea fechado e separado permite um pouco mais de auto regulação. Todos os 5 milhões de óvulos são desenvolvidos no feto feminino. A partir da semana 16, os sons e ruídos do mundo exterior podem ser percebidos.</p>
50. mes		-25 cm	<p>Crescimento de cabelo: pelos que parecem uma penugem cobrem o rosto e o corpo. As mães já conseguem sentir os movimentos do feto. Começo da mielinização. Até o fim do mês 6 todos os neurônios (100 bilhões) são formados. Sobretudo a parte de percepção, essa está completamente ativa. Partes do sistema límbico estão sendo desenvolvidas e interligadas. A amígdala já está funcionando plenamente (LeDoux 2002). A partir da semana 24 há um rápido aumento de fibras vagais mielinizadas (Ventral Vagal Complex, VVC, Porges, p. 122).</p> <p>Depois do nascimento, a conexão de neurônios continua em todas as partes do cérebro. A sinaptogênese do córtex começa apenas depois do nascimento. Demora de 6 a 8 meses depois do nascimento para o córtex órbito-frontal funcionar plenamente (Herman 2010, p. 90).</p> <p>Na semana 18 o reflexo tônico cervical assimétrico (RTCA) começa a se desenvolver. Quando o feto vira a cabeça para um lado, o braço e a perna estão alongados para o mesmo lado, enquanto do outro lado do corpo o braço e a perna se dobram. Isso produz movimentos de chute e é um treinamento para o parto (Blomberg, p. 114).</p> <p>Nesse ponto os ouvidos já estão completos e a capacidade de audição está inteiramente formada.</p>
70.–80. mes		-35 cm	<p>Durante os últimos três meses pré-natais o diafragma é treinado através de soluços. No mês 7 a especialização já está completa. A partir daí, o embrião apenas ganha peso. A comunicação entre a mãe e o filho ainda não nascido funciona através dos hemisférios direitos (A. Schore). Os olhos estão abertos, os pulmões funcionam, mas ainda estão imaturos. O feto é viável</p>
38a–40a semana			<p>Nascimento: <i>"O bebê humano não nasce com um sistema vagal mielinizado completamente funcional. O nervo vago mamífero se encontra apenas parcialmente mielinizado no momento do nascimento e continua a se desenvolver durante os primeiros meses após o parto."</i> (Porges, p. 122)</p> <p>Se não houver nenhuma interferência médica, o feto define a hora exata de sair do ventre e se empurra para fora das paredes concretas e estáveis do útero pelos dedos dos pés. Ele começa essa jornada com movimentos involuntários que se assemelham ao movimento dos peixes.</p> <p>(Quanto mais o não nascido houver precisado se proteger, menos móvel e vigoroso será durante o parto).</p>

3. Exemplos de circunstâncias que causam trauma pré-natal

“... a amígdala funciona plenamente na segunda metade do período pré-natal e se o bebê não nascido perceber através da sua atividade sensorial uma situação que ameace a sua sobrevivência, isso será armazenado na sua amígdala. Além disso, se a mãe perceber uma situação ameaçadora, os núcleos da amígdala do bebê não nascido também registrarão o contexto perceptivo juntamente com a resposta fisiológica da mãe.” (LeDoux, in: Janus, *Die pränatale Dimension in der Psychotherapie*, 2013, p.160)

- Tentativas de aborto
- Duração prolongada de forte ambivalência e sentimentos e pensamentos de rejeição
- Ansiedade crônica e estresse
- Depressão severa
- Contrações uterinas prematuras – (quanto mais cedo, quanto mais frequentes, maior o risco à vida do bebê)
- Uso prolongado de tocolíticos (medicamentos para conter parto prematuro)
- Violência e brigas no relacionamento ou no entorno próximo (por exemplo gritos, socos, chutes, empurrões)
- Catástrofes naturais, acidentes, tiroteios, terror, guerra
- Separação dos pais
- Problemas médicos como gestose, eclâmpsia, pré-eclâmpsia, etc.
- Morte intrauterina de um gêmeo
- Falta de comida
- Abuso de álcool, medicamentos, nicotina, drogas (Frank Lake, a síndrome do útero tóxico)

3.1. Tentativas de aborto

Tentativas de aborto são sempre experiências muito traumáticas e resultam na forma mais profunda de congelamento esquizoide. Em pânico, o coração começa a bater rapidamente, depois quando para a taquicardia, o embrião se retrai num reflexo de paralisia por medo e cai num estado de dormência total ativando o complexo vagal dorsal (Porges, p. 292). O embrião permanece nesse estado porque tem que se defender do perigo exterior, do seu próprio pânico e do medo de ser atacado novamente ou de ser atingido quando finalmente sair.

Possíveis consequências:

- frieza profundamente enraizada
- depressão severa
- sentimentos de inutilidade profunda
- vitalidade reduzida e baixa percepção do corpo
- sentimentos de não pertencer a este mundo
- psicoses, paranoia
- fortes sentimentos de desconfiança, insociabilidade, até autismo (Dowling 1997)
- movimentos de “hospitalismo”
- ataques de agressão incontroláveis
- síndrome de dor crônica
- sentimentos de estar ameaçada com o contato humano próximo (Lowen, O Corpo Traído)

3.1.1. Caso 1

“Um arranba-céus se encontra no meio de uma enxurrada. Eu moro no primeiro andar e só consigo chegar lá de barco. Eu penso: Pelo amor de deus, é lá que eu deveria viver, eu preciso escapar imediatamente. A enxurrada piora, ela vai me levar embora. Como conseguirei chegar à margem?”

“Alguém me passa uma criança sem vida com marcas terríveis de estrangulamento na garganta e, aterrorizada, penso comigo mesma: como podem fazer isso com uma criança?”

Uma mulher de 50 anos, ela mesma uma parteira, estava em terapia comigo há quase 6 anos.

Ela veio a mim por causa da sua hipertensão, dos seus pesadelos recorrentes, da sua grave depressão e por estar incapaz de trabalhar. No seu casamento com o marido muito mais velho que ela, sentia-se “confinada”, como que impedida de respirar. Ela era a sexta de sete filhos, com dois abortos logo antes dela. Não se tinha certeza se a sua mãe havia induzido esses abortos de propósito. Mas durante a terapia ela descobriu que isso certamente havia acontecido. Desde o início ela se lembrava dos seus sonhos claramente e aos poucos isso foi se tornando óbvio. Mais tarde a mãe confessou friamente que ela havia tentado se livrar dela várias vezes usando agulhas de tricô. O que a mãe não sabia naquele momento é que estava esperando gêmeos e quando um embrião saiu, ela parou com as tentativas de

aborto. Minha cliente mais tarde teve uma experiência in útero e se sentiu um feto congelado num conflito terrível. Estava com medo de ficar e com medo de sair.

Na verdade, ela nasceu prematura (3 semanas antes do tempo) através de uma cesárea de emergência com o cordão umbilical enrolado duas vezes no pescoço. A mãe lhe contou várias vezes que seu parto havia sido o mais dramático de todos os seus partos, porque ela começou a sangrar de repente e demorou muito tempo para conseguirem parar o sangramento. Quando nasceu, minha cliente estava azul e não conseguiu respirar. Tanto a mãe como a filha estavam correndo risco de morte e foram separadas uma da outra. O médico e as enfermeiras seguraram a recém-nascida pelos pés, colocaram-na debaixo de água gelada e ficaram batendo nas suas costas e no seu bumbum até que ela finalmente chorou. Ela não parou de chorar nos três dias e noites que se seguiram. Felizmente sua avó aparecia de vez em quando para carregá-la no colo, porque a mãe não se importava com a filha.

Quando o bebê tinha três meses de idade, sua mãe marcou uma operação para a minha cliente porque ela tinha uma lesão tipo “nevos aranha” no pescoço que a incomodava. Essa operação não foi completamente bem-sucedida e teve que ser repetida aos seis meses de idade. Ambas as operações foram realizadas sem nenhum anestésico. A partir desse momento passaram a descrevê-la como um bebê muito quieto e bem-comportado, e depois uma criança com as mesmas características.

Quando ficou mais velha, tentou em vão conquistar o amor da mãe ajudando-a o máximo que podia. Felizmente, além da avó, ela encontrou compensação no pai, que era afetuoso e tolerante e, assim como o seu marido, era arquiteto. Sem eles ela “poderia ter morrido muito cedo”.

3.1.2. Caso 2

“Eu subo rastejando uma ladeira íngreme até uma torre que há no topo. Dentro há um buraco e eu entro primeiro com a cabeça por um canal estreito até chegar numa pequena caverna. De repente um cavaleiro me ataca pela direita com uma lança, em seguida outro cavaleiro me ataca com uma lança pela esquerda. Eu me aperto contra a parede e tento me esconder.”

“Eu me vejo num iglu em meio a uma paisagem ártica. Estou completamente só, sem ninguém a quem recorrer. Está um frio glacial e eu não tenho a menor ideia de como sobreviver nesse clima.”

Em 1986 um psicólogo muito pálido de 32 anos, extenuado, “cheio de medo, ódio e raiva” chegou ao meu consultório parecendo mais morto do que vivo. Ele

descreveu os sonhos acima como “sonhos padrão da minha infância” sem ter a menor ideia do que eles significavam. Durante a terapia ele percebeu e sentiu profundamente que “já naquele momento eu havia perdido toda a esperança, todo o otimismo e toda a alegria e confiança na vida”.

Ele estava vivendo quase em isolamento total até então, apenas com um amigo estudante e visitas regulares à sua família. Ele nunca havia tido contato próximo com mulheres e precisou juntar toda a sua coragem para vir a mim agora, porque ele “não conseguia mais suportar a vida e estava considerando o suicídio.”

Seus pais eram muito pobres e moravam num apartamento junto com a mãe da sua mãe. Ele era o primogênito e a mãe tinha sentimentos muito ambíguos em relação à gravidez. Já que a avó e o pai desempregado, que tinha um problema com bebida e mais tarde se tornou alcoólatra, eram ambos completamente contra o bebê, a mãe e a avó tentaram se livrar dele várias vezes usando agulhas de tricô. Ao perceberem que não estavam conseguindo, a avó finalmente disse: “Vamos parar. De uma forma ou de outra esse bebê vai ter que sair.”

Durante o seu parto, a mãe entrou em coma e assim ficou durante três semanas. A cada quatro horas as enfermeiras o levavam até ela, então pelo menos ele foi amamentado por algum tempo, apesar da mãe não percebê-lo, o que para ele era muito perturbador. A mãe precisou de meses para se recuperar plenamente e a avó cuidou dele na maior parte desse período. Quando ele cresceu um pouco, tornou-se uma criança bonita e a mãe começou a dar-lhe carinho, o que acabou abruptamente quando o seu irmão, quatro anos mais novo, nasceu. A situação econômica melhorou e agora eles moravam em apartamento próprio.

Em sonhos recorrentes ele era perseguido por cenas de guerra e assassinos que o caçavam. No início da terapia o seu único lugar seguro era uma nave espacial nos confins do universo que pelo menos tinha uma linha direta para ele falar comigo. Em 1990, depois de 4 anos de terapia, ele deixou a terapia porque finalmente havia se casado e sua esposa estava esperando um filho. Voltou 10 anos depois, recém separado e ficou durante alguns meses para superar a separação. No começo de 2013 ele apareceu outra vez, porque ele e a sua namorada, uma professora afetuosa e sociável, estavam planejando viver juntos depois de se conhecerem por cinco anos.

3.2. Ansiedade crônica e estresse

“Comparando com a maioria dos outros mamíferos, o contato via placenta entre mãe e filho é especialmente forte. Hormônios, medicamentos e substâncias tóxicas passam da circulação sanguínea da mãe para a placenta numa questão de poucos segundos. Por

um período curto a placenta pode até funcionar como filtro contra eles, mas se a distribuição continua, eles chegam até o não nascido.” (Terence Dowling, seminário 2006)

Em casos de ansiedade crônica e estresse, o não nascido é inundado com muitos hormônios de estresse maternos, como adrenalina, cortisol e noradrenalina, os quais estimulam o sistema nervoso simpático e geram taquicardia. “Num ambiente tenso, o sangue do feto flui mais para os músculos e para o tronco encefálico para suprir as partes do corpo necessárias para um comportamento de reflexo salva-vidas. Por causa dessa reação protetora, menos sangue flui para os intestinos e os hormônios do estresse também restringem a função do cérebro pré-frontal basal.” (Lipton 2007, p. 174). O feto consegue se autorregular durante algum tempo, mas se a situação persiste, ele sofre de estresse continuado e um sistema de estresse exausto pode causar infecções, já que o sistema imunológico fica enfraquecido (Bauer 2011, p. 47, p. 117). Mais tarde isso pode levar a diversas doenças como colite ulcerosa ou doença de Crohn. Geralmente esses bebês, por serem submetidos a tal insegurança, são muito ansiosos, permanecem muito apegados e tendem a chorar muito.

3.2.1 Caso 3

Um professor universitário de 57 anos chegou a mim depois de 700 horas de psicanálise, porque alguns dos sintomas mais irritantes que ele sentia como exaustão, hipertensão, sinusite crônica, bronquite e a sua inabilidade de se sentir bem quando sozinho não haviam mudado. A análise havia se concentrado no divórcio dos pais quando ele era muito pequeno, e no seu padrasto violento. Ele havia conquistado muito autoconhecimento, mas ainda sentia que não conseguia relaxar e se sentir confortável no próprio corpo.

Ele era o primeiro filho de uma mãe que tentava aprisionar o seu marido fraco, homófilo latente, que era um pintor talentoso. Quando ficou claro que ele nunca a amaria de verdade e nunca seria um pai responsável, ela se arrependeu da gravidez e ficava constantemente preocupada que não fosse capaz de criar uma criança sozinha. Ele nasceu duas semanas depois do previsto por uma cesárea de emergência e estava coberto de eczema infantil e furúnculos. A mãe se recusou a pegá-lo no colo ou cuidá-lo e apenas ocasionalmente lhe dava a mamadeira. Quando ela deixou a clínica depois de duas semanas, ele foi deixado num pequeno quarto escuro “para morrer”, onde o seu pai o encontrou duas semanas depois. Ele o levou para um hospital universitário, onde ele foi tratado com antibióticos por cinco meses. Nesse período, a mãe havia voltado ao trabalho e nunca foi visitá-lo. O pai o visitava raramente.

Depois que percebeu que os seus sintomas estavam estreitamente relacionados aos seus sentimentos reprimidos de não nascido e de recém-nascido, os sintomas começaram a desaparecer gradualmente e ele passou a cuidar melhor de si mesmo fazendo esportes, comendo comida mais nutritiva e em menos quantidade e trabalhando menos. Agora ele está no meio de um processo dramático de volta às suas primeiras feridas e aos seus profundos sentimentos de desesperação e congelamento.

3.2.2. *Caso 4*

Uma mulher perto dos quarenta anos, médica e terapeuta, foi indicada por uma colega que sentiu que ela precisava de uma terapia corporal e não apenas terapia falada. Literalmente, desde que ela tinha se mudado para a casa do seu marido atual (onde ele havia vivido com a sua primeira esposa, que o deixou contra a sua vontade), ela desenvolveu uma grave colite (doença de Crohn) com sangramentos pesados esporádicos. Logo antes do nosso primeiro encontro, ela esteve no hospital e os médicos sugeriram uma operação para remover as partes infectadas, o que a assustava muito. Segundo a sua descrição, ela se estressava muito facilmente; até fazer as malas para sair de férias a deixava terrivelmente estressada.

Era a segunda filha de uma mãe jovem e insegura, que havia perdido o primeiro filho dois anos antes durante o parto por causa de um erro iatrogênico. Durante a sua segunda gestação, ainda traumatizada pela perda do seu filho amado, ela sentia muito pânico de que ela pudesse perder essa filha também. Mais tarde a mãe confessou que ela teve medo de amar a minha cliente e de criar uma relação pré-natal forte com ela, para se proteger.

Em muitos sonhos e exercícios de memórias pré-natais, a minha cliente se lembrou desse período como um tempo de “completa solidão” e o seu corpo como duro e imóvel. Ao nascer, ela encontrou uma mãe triste e exausta, que a colocou aos três meses de idade num abrigo de crianças por três semanas, porque junto com o marido achava que precisava sair de férias. Quando os pais foram buscá-la, encontraram “um bebê completamente diferente, muito magro e frágil”, já que ela quase não se alimentou e ainda por cima teve diarreia.

Gradualmente ela foi ousando sentir a conexão entre o estresse e o seu começo de vida triste e estressante, o que ajudou na sua recuperação sem que fosse necessária nenhuma operação até agora. E apesar dela não estar ainda totalmente curada, o sangramento parou completamente.

No nível mais profundo do seu período pré-natal, ela encontrou o paralelo entre a sua mãe e o seu marido. Para ambos ela era “a pessoa errada” e a sua mãe

“com certeza teria preferido que o seu filho tivesse sobrevivido no meu lugar”. E o seu marido preferiria ter ficado com a sua primeira mulher. Depois de tentar terapia de casal ela terminou saindo de casa e agora está divorciada. Esse foi um passo que a não nascida não conseguiu dar!

3.3. Falta de comida durante a gestação

O crescimento e o desenvolvimento do bebê pode ser afetado de maneira duradoura pela falta de comida durante a gestação. Isso pode ser visto como a forma mais profunda de oralidade. Caso essa falta ocorra durante os três primeiros meses de gravidez, o desenvolvimento dos órgãos pode ser influenciado e eles podem ficar permanentemente atrofiados. (Nathanielsz 1999).

Consequências:

- O fígado não pode regular o nível de colesterol suficientemente, o que pode causar hipertensão crônica e arteriosclerose.
- O pâncreas não produz insulina suficiente para assimilar níveis normais de glicose no sangue.
- É provável que se desenvolva diabetes.
- Um risco geral de sofrer de obesidade e problemas cardíacos e circulatórios alguns anos mais tarde.

3.4. Abuso de álcool: uma toxicopatia

Junto com a nicotina, o álcool faz parte das toxinas mais daninhas durante a gestação. A cada ano cerca de 10.000 bebês nascem com problemas físicos ou mentais na Alemanha. Entre eles, 2.000 sofrem de sequelas severas e permanentes. A causa de males físicos e mentais em crianças é muito mais frequentemente o consumo de álcool pela parte da mãe do que doenças genéticas. Até mesmo pequenas quantidades de álcool durante os primeiros três meses de gestação pode danificar drasticamente o desenvolvimento do nervo ótico do embrião por causa da redução do nível de vitamina A. Caso a intoxicação se acentue, ela pode levar a hipertensão e insuficiência renal. Casos graves (aqueles que normalmente não vemos em nossos consultórios) podem chegar a deformações do rosto (Downing, seminário, 2006).

No segundo trimestre de gestação, o álcool pode atrapalhar a construção das células nervosas, enquanto no terceiro trimestre ele pode destruir neurônios que

já existam. Comparado com o abuso de nicotina, chega sangue suficiente ao não nascido, mas esse sangue está intoxicado, logo o feto precisa se proteger e o seu fígado precisa trabalhar intensamente.

Medidas físicas de proteção: Com a ajuda da contração dos músculos psoas, o não nascido junta as suas pequenas pernas para proteger a virilha. Por causa disso a frequência cardíaca diminui e o feto espera numa posição de proteção até o nível de álcool baixar e as toxinas começarem a se diluir (tudo isso precisa ser processado pelo fígado em desenvolvimento do feto). Aos poucos a frequência cardíaca volta ao normal.

3.5. Abuso de nicotina: Uma síndrome de privação

A nicotina é uma das toxinas mais daninhas que podem limitar o desenvolvimento do corpo e do cérebro. Até mesmo uma dose relativamente pequena dessa toxina (cerca de 6 cigarros por dia) é suficiente para corromper o crescimento e o desenvolvimento do cérebro. A hiperatividade pós-natal também está relacionada a ela (Dowling, 1997).

Se a gestante fumar durante a gravidez ou for forçada a fumar cronicamente de forma passiva, o risco da criança nascer natimorta, prematura ou por cesárea aumenta. A maioria dos bebês prematuros é mais leve, menor e tem a circunferência da cabeça diminuída. É mais comum que sofram de alergias, asma ou infecções, que mais tarde se tornem adictos ao tabaco e/ou obesos e podem demonstrar um desenvolvimento retardado e problemas de aprendizado e comportamento (Dowling 1997). O não nascido inevitavelmente acaba “fumando” com a mãe, causando os seguintes resultados:

- Pouco depois, a concentração de nicotina aumenta no sangue da mãe e do não nascido.
- Diminui o fornecimento de oxigênio e nutrientes.
- A nicotina causa estresse em ambos organismos; a pressão sanguínea aumenta, o que gera taquicardia e um estreitamento das veias e artérias, o que impede a circulação sanguínea. O sangue flui primeiro para o cérebro que é essencial para a sobrevivência, em seguida flui para o abdome e para as extremidades, as quais esfriam e recebem menos sangue.
- Até o desejo de fumar da mãe provoca taquicardia no não nascido
- O monóxido de carbono cria uma deficiência de oxigênio que pode levar a um chamado “falso sufocamento” e o organismo fica num estado de alarme e distribui muita adrenalina.

Medidas físicas de proteção: O não nascido pode proteger-se melhor dessa toxina, comparando com o álcool, porém a anóxia é muito ameaçadora. Acelerando a frequência cardíaca, o bebê empurra o sangue para fora da própria circulação sanguínea de volta para a placenta e assim acaba se esforçando excessivamente, o que pode tencionar ou até aumentar o coração. Mais tarde isso pode resultar num sentimento de que “eu tenho que trabalhar para sobreviver” (vide caso 5).

3.5.1. Caso 5

Uma professora de 46 anos nascida na Lituânia me procurou por causa de exaustão, estresse constante e uma má relação com a sua única filha. A sua mãe era médica e trabalhava como obstetra numa clínica. Ela mesma havia feito com sucesso doze abortos com um aparato de sucção até que ela acabou decidindo (“não tenho a menor ideia por que”) manter a minha cliente viva. Ela fumava sem parar, de dois a três maços de cigarro por dia, e nos fins de semana gostava de beber muito. A minha cliente nasceu com o coração aumentado, com hepatite e com um “corpo muito tenso”. Ela chorava por horas e apenas a sua avó conseguia acalmá-la. Durante meses da terapia eu tive que confortá-la porque ela estava num estado constante de hiperestimulação e estresse. Ela mal conseguia ficar parada um instante e relaxar. Era uma mãe muito exigente, impaciente e até agressiva com a própria filha. Demorou um bom tempo para percebermos como esses padrões haviam se configurado cedo e como era difícil mudá-los.

4. Exemplos de trauma perinatal

“O parto é o maior desafio para a sobrevivência humana... (ele)... corta a dependência da fisiologia materna e expõe o feto do seu ambiente seguro.” (Porges, p.83)

- Parto prematuro
- Cordão umbilical enrolado no pescoço com anoxia
- Cianose, síndrome do bebê azul (ou outros motivos)
- Operação cesariana
- Parto de apresentação pélvica
- Parto por vácuo extrator
- Parto a fórceps
- Antecipar o parto
- Placenta prévia

- Uso de embólicos durante o parto
- Separação pós-natal sem nenhuma criação de vínculo por causa de aspiração de líquido amniótico ou algum outro problema médico da mãe ou do bebê

4.1. Cesárea

Cesárea primária: 5 a 10% são planejadas antes do trabalho de parto por indicação médica e sem nenhuma contração uterina. Geralmente é feita sob anestesia geral ou, menos frequentemente, sob anestesia peridural (a princípio a mãe “desmaia” e logo depois o não nascido também fica entorpecido)

Cesárea secundária: Não planejada e subitamente necessária por causa de complicações durante o trabalho de parto. Nesse caso é mais frequente que o bebê sinta contrações uterinas durante algum tempo. Geralmente ela é feita com anestesia peridural.

Cesárea desejada: Planejada e com horário marcado sem motivos médicos e sem dores de parto. Tendência crescente.

Nos Estados Unidos as cesáreas são a operação mais frequente. A porcentagem fica entre 25 e 50%, dependendo da clínica (Emerson, 2013, p. 90). Para a mãe, isso significa uma grande cicatriz no abdome, dor, além do risco de trombose ou embolia. Para o filho, também pode haver sérias consequências, como por exemplo:

Problemas respiratórios: Já que não acontece nenhuma massagem no corpo do bebê para pressionar o líquido amniótico e/ou o mecônio para fora dos pulmões como durante um parto normal, é possível que ocorra aspiração de líquido amniótico e mecônio, o que frequentemente resulta em infecções pulmonares e problemas respiratórios. Um estudo suíço mostrou que “*uma cesárea aumenta o risco de asma comparada ao parto normal em cerca de 80%...e que as taxas de cesáreas e asma vêm crescendo paralelamente nas últimas décadas*” (RNZ. Wissenschaft, p. 15, dezembro de 2008).

Falta de experiências físicas: A mãe entorpecida não consegue estar lá para o bebê. Omitem-se a importantíssima primeira massagem de corpo inteiro e as experiências dos próprios limites físicos proporcionadas pelo parto vaginal. Além disso, é retirada do bebê a experiência de ser ativo e efetivo; ele não pode codeterminar a hora de sair. Involuntariamente, mecanicamente e muitas vezes prematuramente, de repente ele é retirado de seu cálido domicílio.

Problemas de amamentação: Eles acontecem frequentemente, já que o leite é produzido um dia depois do que normalmente e a mãe se encontra fraca e mais cansada.

Distúrbios de vínculo: A mãe intoxicada precisa de mais tempo para se recuperar e estar realmente presente para o bebê. Algumas vezes, por causa de complicações médicas, uma separação se faz necessária.

4.1.1. Caso 6

“Soldados nazistas abrem a porta do meu quarto de forma abrupta e violenta. Eles não me dão tempo para me vestir nem pegar nada. Eles me seguram com força. Eu preciso sair imediatamente.”

Três anos atrás, uma jovem professora que sofria de alergias, sinusite crônica e asma aguda combinadas a ataques de pânico, me procurou. Assim como a sua irmã mais velha, ela nasceu por uma cesárea planejada, junto com a terceira filha, a sua irmã gêmea. Infelizmente, ela havia engolido líquido amniótico e mecônio demais e tinha dificuldade para respirar. Enquanto a mãe ficava com a sua irmã gêmea, ela teve que ser levada a um hospital especial e teve que ficar lá por duas semanas. Sua mãe nunca a visitou e ela desenvolveu pneumonia. Durante a terapia, ela percebeu a relação entre o sofrimento daqueles primeiros dias e a doença e o pânico dos dias atuais. Ela perdeu o medo de morrer e, depois de passar por várias infecções respiratórias, está quase completamente saudável. Desde então ela nunca mais teve nenhum ataque de asma particularmente perigoso.

Durante o processo terapêutico ela tomou consciência e expressou com admiração que *“a minha criança interior ainda não tinha percebido que já havia nascido sem nenhuma massagem de parto e sem receber nenhum toque de amor depois”*.

4.2. Parto de apresentação pélvica

O bebê não desliza com a cabeça, mas sim com a pélvis, em direção ao canal do parto, enquanto as pernas estão dobradas para cima e cobrem o corpo e a cabeça. Logo, o bebê se encontra numa situação muito difícil. Quanto mais ele tenta se movimentar e seguir a necessidade natural de mexer as pernas para empurrar contra o útero, pior fica e o bebê se sente incapaz e impotente. Caso ele receba ajuda competente sem demora, isso não é necessariamente traumatizante. Mas se esse não for o caso, a pequena cabeça e as vértebra são expostas a uma alta pressão e uma forte resistência. Muitas vezes o bebê fica preso e é preciso anestesiá-lo a mãe, fazendo com que ela perca contato com o seu bebê.

Típicas consequências posteriores: Sentimentos de ansiedade e impotência, abuso de drogas, dor nas costas, problemas em discos intervertebrais, bloqueio das articulações sacro ilíacas. Muitas vezes a área pélvica é muito tensa, o que pode causar cistite e mioma. O próximo caso envolve parto de apresentação pélvica.

4.2.1. Caso 7

“Estou sentada numa cadeira de rodas e quero muito poder andar, mas não consigo mexer as pernas por mais que eu tente. Geralmente acordo em pânico.”

Um dos motivos para procurar uma terapia corporal foi esse sonho repetido de uma professora de creche de quarenta e dois anos. Além disso, ela mencionou que não conseguia dormir sem ter bebido de 6 a 8 garrafas de cerveja, que tinha medo do escuro, mas também tinha medo quando estava claro demais e que não conseguia ir visitar sua mãe no hospital porque tinha ataques de pânico ao se aproximar do edifício. Ela não conseguia explicar os sintomas, já que foi uma criança amada e tinha uma relação bastante boa com os pais.

Ao trabalhar profundamente com seus sonhos, descobriu-se que a pessoa na cadeira de rodas ainda não havia nascido. Quando ela questionou a mãe, esta contou que o seu parto havia sido de apresentação pélvica e que ela ficou presa no canal do parto por quase uma hora, enquanto três médicos e três enfermeiros pressionavam e empurravam a sua barriga. A dor da mãe era tão insuportável que, para seu alívio, os médicos lhe deram gás anestésico e depois disso ela não se lembra de mais nada.

Gradualmente, e depois de muito trabalho bioenergético preparatório com suas pernas, ela ainda precisou de muitas revivências de cura do seu parto até que o pânico diminuiu. Depois de dois anos e meio de terapia ela deixou o consultório e não tinha mais tendência a beber álcool para aliviar a dor do bebê (que ela havia sido) como um dia o gás anestésico o fez.

4.3. Parto por vácuo extrator

Um tipo de parto vaginal bastante frequente acontece quando o não nascido fica preso no canal do parto, sua frequência cardíaca diminui ou a mãe não consegue empurrar. Com um aparelho que gera um vácuo, o bebê é puxado para fora com uma ventosa ao redor do seu crânio. Às vezes isso transcorre muito bem, num tempo relativamente curto e com pouco risco para a mãe e para a criança, mas em casos difíceis as complicações podem ser bastante sérias.

Possíveis consequências para o bebê:

- Inchamento e/ou fortes deformações da cabeça
- Hematomas e ferimentos na pele
- Síndrome KISS (assimetria induzida do Atlas)
- Pânico com taquicardia e medo mortal

4.3.1. Caso 8

Uma mulher solteira muito bonita de 34 anos me procurou com a sensação de “*eu sou feia, eu não estou bem, eu não tenho nada a dizer, nada a determinar, eu tenho medo de proximidade e eu precisaria do meu próprio ritmo mais lento, mas nunca consigo. Eu me sinto completamente dormente no corpo todo.*” A mãe havia tido tuberculose ocular quando era adolescente e quando deu à luz ao seu primeiro filho, o irmão três anos mais velho da minha cliente, as cicatrizes dos seus olhos abriram e ela ficou cega por várias semanas depois do parto. Ela estava com muito medo de ter um segundo filho, mas o seu marido a persuadiu. Com preocupações constantes, ela engravidou de novo. Durante o segundo parto, não permitiram que ela empurrasse de modo algum por causa dos seus olhos e a minha cliente foi puxada para fora por um vácuo extrator. “Em choque total e cedo demais”, como ela veio a descobrir depois em terapia, assim ela chegou mundo. O seu estado de congelamento, o qual poderia ter sido aliviado por uma mãe amorosa e reconfortante, foi agravado porque a mãe fria e nada empática se recusava a pegá-la no colo, porque a sua “cabeça estava alongada e coberta de hematomas verde azulados e inchaços.” Os enfermeiros a levaram embora por vários dias, porque a mãe não conseguia suportar olhar para ela.

5. Procedimento terapêutico

Estabilização

“As feridas só podem ser curadas da mesma forma como foram primariamente geradas: no relacionamento com outro ser humano.” (Herman 2010, p. 90)

- Anamnese verbal (lembança), incluindo o período da gestação da mãe e do parto, sem encenar, apenas registrando
- Anamnese física
- Estabelecer contato e criar uma relação de confiança numa atmosfera segura, calorosa e acolhedora

- Reforço mental
- Aprender técnicas de autoajuda e técnicas para acalmar a amígdala
- Grounding na mãe terra e no próprio corpo
- Mostrar exercícios físicos de relaxamento e de auto fortalecimento
- Focar nos recursos, no poder interno de cura e na auto regulação
- Estimular o trabalho da própria resiliência
- Gradualmente melhorar a respiração
- Trabalhar com a distância e proximidade corretas e – se for permitido – com toque e abraço
- Grounding no corpo do terapeuta, sobretudo quando a posição de pé não parecer adequada ou parecer impossível e quando não encontra ainda nenhum lugar agradável e seguro em si mesmo
- Atenção plena baseada em redução de estresse, exercícios de consciência sensível
- Perceber que a ansiedade e a imobilidade *não* devem ser associadas, aprender métodos para sair de estados de congelamento e dissociação
- Análise dos sonhos sem interpretação da parte do terapeuta. O cliente pode encontrar as suas próprias respostas.

Revivência/Reconstrução do trauma

“A energia tóxica não descarregada não se dissipa. Permanece no corpo e frequentemente força a formação de uma ampla variedade de sintomas como ansiedade, depressão, raiva inexplicável e sintomas físicos desde problemas cardíacos a asma” (Levine 1997, p. 20)

Já que o feto e o bebê não têm um córtex pré-frontal e um hipocampo desenvolvidos, os quais só chegam à maturidade aos três anos de idade, esses primeiros eventos e feridas não podem ser entendidos pela cognição, mas serão armazenados na amígdala como emoções e sintomas desgastantes (Herman 2010, p. 60).

Para comunicar-se com alguém que sofreu um trauma pré-natal ou perinatal, é preciso falar a língua do tronco encefálico, do sistema límbico e da memória corporal. Deve-se estabelecer um diálogo de hemisfério direito para hemisfério direito entre terapeuta e cliente (Shore, 1994).

Quando aparecem sonhos, posturas físicas ou memórias que indicam trauma pré- ou perinatal (às vezes estão lá desde o princípio), passo a passo o processo retrocede até o útero e o parto, com a ajuda das seguintes ferramentas:

- Trabalho com sonhos
- Aprender a diferença entre o adulto e a criança, o terapeuta e os cuidadores originais
- Entender os sintomas como a língua da criança ferida
- Cuidadosamente desenvolver um entendimento analítico e a descoberta de quando e por que isso aconteceu
- Diagnóstico das impressões digitais (Dowling, Nathanielsz)
- Mergulhar mais profundamente no próprio subconsciente e no próprio mundo interior, levando o cliente a um estado alfa (Place of super-learning, Lipton, 2007)
- Técnica da imaginação guiada em estado alfa. Quando não se tem nenhuma informação sobre o período no útero ou sobre o parto, é possível perceber e sentir precisamente o que aconteceu
- Reviver e reexperienciar o período no útero e/ou o parto de uma nova maneira curadora
- Às vezes voltar literalmente a um útero simbólico, coberto debaixo de um lençol escuro e com as pernas em grounding na barriga do terapeuta. Num diálogo com o não nascido podemos descobrir os seus sentimentos, por que ele poderia querer não nascer ou, em alguns casos, por que ele relutava em aninhar-se no ventre dessa mãe específica. O cliente precisa entender profundamente e aprender a acreditar que o perigo já passou. Que agora se ele se mexesse e vivesse plenamente no útero e na sua vida e se decidisse finalmente nascer, não existe mais mãe fria, desinteressada ou perturbada e sim um terapeuta caloroso e acolhedor, assim como a parte adulta do próprio cliente.
- Respiração pré-natal
- Exercícios rítmicos de respiração específicos
- Exercícios rítmicos físicos específicos do pré-natal para a integração dos reflexos primitivos não integrados. Esses exercícios rítmicos também promovem e hidratam o tônus simpático, promovem a ativação do vago emotivo e social (Porges, 2011) e uma estimulação do tronco encefálico. Isso é feito enquanto o cliente está deitado e o terapeuta movimenta o cliente rítmica e suavemente, começando pelos pés, depois os joelhos, quadril, peito e cabeça.
- Esse balanço passivo específico simula os movimentos, os batimentos cardíacos e a respiração da mãe. Ao ativar-se o tronco encefálico, partes mais elevadas das estruturas cerebrais também são influenciadas positivamente e podem amadurecer (Blomberg, 2011). Desta forma, o sistema límbico, o

qual sustentava os comportamentos de luta, fuga e congelamento (Porges, p.190), pode ser apaziguado e a atividade do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal também pode ser inibida.

- Estabelecer o reflexo de nascimento natural e involuntário que sacode o congelamento até ele se soltar e ajuda a preparar para a revivência do parto
- Descobrir quais reações primárias instintivas não haviam sido executadas e precisam ser feitas agora
- Aprender a expressar e integrar sentimentos mais profundos
- Entender e integrar o fato de não se estar mais preso num lar frio, hostil ou intoxicado.
- Geralmente são necessárias várias reencenações do parto até que os clientes realmente sintam a sua própria eficiência e potência e possam perceber que agora eles são capazes de nascer de uma forma normal com um corpo forte e adulto
- Aprender a encontrar soluções completamente novas
- Entender que o bebê pré-natal e o recém nascido tinha muito poucas possibilidades de reação, não podia nem fugir nem lutar, e que esse não é mais o caso agora
- O terapeuta deveria entrar em ressonância e sentir o que o bebê sentiu sem se impressionar e deveria estimular e consolar a criança interior (Bauer 2011, Levine 2011, p. 65)
- A conexão do tronco encefálico e do sistema límbico da criança pré e perinatal com o córtex e córtex pré-frontal do adulto deve ser fortalecida gradualmente para ajudar a alterar as convicções mais fortes e antigas e a entender melhor e a aceitar finalmente as experiências e percepções mais profundamente enraizadas desse período da vida, assim como a compreender física e mentalmente que tudo acabou.

6. Conclusão

Nunca mais em nossas vidas seremos parte de outra pessoa, estaremos conectados com outra pessoa tão profundamente, tão fundamentalmente influenciados por outra pessoa. Nunca mais seremos tão vulneráveis e dependentes. Mesmo antes de olhar nos olhos da nossa mãe, nós “sabemos” muita coisa sobre a sua personalidade, a sua força, a sua saúde, os seus sentimentos, a sua sexualidade, a sua atitude e sobretudo sobre a qualidade do seu vínculo e os seus sentimentos de amor em relação a nós. A nossa história pessoal começa muito antes de nascermos. Se o

vínculo primordial foi suficientemente bom e positivo, o nosso parto foi livre de complicações e o nosso período perinatal com a nossa mãe foi caloroso, amoroso e sereno, teremos recebido algo muito importante: uma primeira base segura neste mundo. Em casos em que isso não aconteceu, é inevitavelmente necessário voltar ao começo das nossas feridas e marcas mais antigas, senão elas nunca serão aniquiladas.

Os períodos pré- e perinatal criam um primeiro fundamento muito importante. Obviamente esse período é apenas o início de uma longa história, mas um início que pode deixar marca permanente em todo o restante das nossas vidas. Como formulou Thomas Verny: “Considerar-se os traumas pré- ou perinatais sem explorar traumas posteriores é tão incompleto quanto a psicoterapia que negligencia o período pré e perinatais.” (Verny 2013, p. 203).

Referências

- Albert, B. Die Seele fühlt von Anfang an. München, Kösel, 2005
- Bauer, J. Das Gedächtnis des Körpers, München, Zürich, Piper-Verlag, 2011
- Bowlby, J A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development, New York, Basic Books, 1988
- Blomberg, H. Bewegungen, die heilen. Freiburg, VAK-Verlag 2012,
- Chamberlain, D. Woran Babies sich erinnern. Die Anfänge unseres Bewusstseins im Mutterleib. München, Kösel, 2001
- Cheek, D. Prenatal and Perinatal Imprints, in: *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 1, Winter 1988, S. 97- 110
- Dowling, T. The Use of Placental Symbols in Acuming Pre-and Perinatal Experience. In Fedor-Freyberg, P. Vogel (Hrsg), Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine. Mattes Verlag, Heidelberg, 1989
- Dowling, T. The Roots of the Collective Unconscious. In: Janus, L., Haibach, L. (Hrsg.) Das Seelenleben des Ungeborenen, Centaurus, Herbolzheim, 1991
- Dowling, T. Pränatale Regression in der Hypnose, Heidelberg, Textstudio Gross; 1991
- Dowling, T. Arbeit mit autistischen Kindern. In: Janus, L., Haibach, L. (Hrsg), LinguaMed, Neulsenburg, 1997
- Emerson. W. Shock: A Universal Malady, Pre –and Perinatal Origins of Suffering, Emerson Seminars, Pataluma, 2000
- Fodor, N. The Search for the Beloved. A Clinical Investigation of the Trauma of Birth and Prenatal Condition. University Books New York, 1949
- Grof, S. Topographie des Unbewussten. Stuttgart, Klett-Cotta; 1983
- Häsing, W, Janus, L. (1990): (Hg.) Ungewollte Kinder. ext-o-phon, Wiesbaden.
- Hermann, J. Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden, Paderborn, 3. Auflage 2010
- Hollweg, W. H. Der überlebte Abtreibungsversuch. Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 10: 256-262, 1998

- Hüther, G, Die Macht der inneren Bilder. Bern, Hans Huber Verlag, 2008
- Kafkalides, A. The Knowledge of the Womb, Corfu, Triklino House, 1995
- Levine, P. The Tiger: Healing Trauma. California: North Atlantic Books, 1997
- Levine, P. Sprache ohne Worte. Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt, München, 2. Auflage 2011
- Lipton, B. Intelligente Zellen. Wie Erfahrungen unsere Gene steuern, Burgrain, KOHA-Verlag, 2007
- Janus, L. Zum Zusammenhang von Geburt und Lebensgestaltung, Kind und Umwelt. Nr. 57. S 3-19, 1988
- Janus, L. Erscheinungsweisen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings. Textstudio Groß, Heidelberg, 1991
- Janus, L. Der Seelenraum des Ungeborenen, Pränatale Psychologie und Therapie, Walter-Verlag, 2000
- Janus, L. (Hrsg.) Die pränatale Dimension in der Psychotherapie, Mattes-Verlag, Heidelberg 2013
- Janus, L. (Hrsg.) Die pränatale Dimension in der psychosomatischen Medizin, Psychosozial-Verlag, Heft 134, Gießen, 2013
- Ledoux, J. The Synaptic Self. How Our Brains Become Who We Are. New York, Penguin Books 2002.
- Nathanielsz, P. Life in the Womb. The Origin of Health and Disease, New York, Promethean Books; 1999.
- Nilsson, L. A Child is Created, Stockholm, Mosaic- Books, 1998
- Pearce, J. C. Biologie der Transzendenz. Neurobiologische Grundlagen für die harmonische Entfaltung des Menschen. Freiamt, Arbor- Verlag, 2004
- Porges, S.W. The Polyvagal Theory, Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, Self-Regulation. New York, Norton
- Schindler, P. (Hrsg.) Am Anfang des Lebens. Basel, Schwabe Verlag, 2011
- Schore, A. Affect Regulation and the Origin of the Self, New York, Erlbaum, 1994
- Sonne, J.C. Interpreting the Dread of being Aborted in Therapy. Int. Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 8: 317-340, 1996
- Storch, M., Hüther G. Embodiment, Hans Huber Verlag, Bern, 2006
- Ventling, C. D. Sensitivity Training during Pregnancy. Journal of Bioenergetic Analysis, Gießen, Psychosozial-Verlag, 2007
- Verny, T. Das Leben vor der Geburt. Zweitausendeins, Farnkfurt/M. 1992
- Verny, T. The Secret Life of the Unborn Child, New York, Dell, 1995
- Verny, T. Birth and Violence. Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine. 9: 5-15, 1997

Fontes da Internet

- Human Development aus The Virtual Embryo (L. W. Browder, University of Calgary)
- Human Reproduction Testfragen und Tutorial aus The Biology Project, an interactive online resource for learning biology (University of Arizona)
- Life Before Birth The Fetal Senses (David Chamberlain)
- Befruchtung, Schwangerschaft, Geburt, In-vitro-Fertilisierung und Empfängnisregelung (Vorarlberger Bildungsserver)

Sobre a autora

Wera Fauser é psicoterapeuta e terapeuta naturalista (Heilpraktikerin) em consultório particular; CBT desde 1987, supervisora, trainer local e atual presidente da SGfBA (Sociedade do Sul da Alemanha). Ela estudou letras e literatura na Universidade de Heidelberg. É especializada em terapia de família e casal, Gestalt e psicologia pré- e perinatal.