

Trabalho de Defesas em Pacientes Complexos

Professor Doutor André Maurício Monteiro

EMDR e paciente com TEPT simples – poucas sessões e resultados milagrosos.

A vasta maioria da clientela que acorre aos consultórios com queixas mais complexas, versando não somente sobre memórias perturbadoras, mas questões interpessoais ou intrapessoais que comprometem a vida de modo mais egossintônico.

Paciente normalmente hiper-responsivo

Acesso a Evento Chave é linear => causa – efeito

Estratégia de Intervenção: Protocolo Clássico com fase 2 mais simplificada

Ferramentas adicionais para pacientes com histórico extenso de trauma ou infâncias com abuso e negligência (traumas omissivos ou comissivos)

-Alguns terapeutas tentam formar um modelo híbrido de psicoterapia, o que pode significar lacuna de elemento crucial do EMDR, como:

-A tomada de alvo de certas memórias-chave; o uso focado de séries de movimentos bilaterais; identificação de crenças negativas relacionadas a eventos traumáticos; identificação de uma crença positiva, mais realista, decorrente de reprocessamento apropriado e passível de substituir a crença negativa.

Necessidade de suplementar treinamento básico de EMDR para tratamento de pessoas com transtorno de apego significativo, estrutura de personalidade dissociativa e defesas psicológicas rígidas (Forgash e Knipe, 2007 e 2012) = TEPT Complexo.

Transtorno também denominado de Transtornos de Estresse Extremo (van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday e Spinazzola, 2005).

-Van der Kolk também se refere a esses pacientes como portadores de transtorno de trauma de desenvolvimento (2005).

No livro Trauma and Recovery (1992), Judith Herman usou o termo TEPT Complexo pela primeira vez, de modo a descrever o conjunto de sintomas apresentados por pacientes com antecedentes extensos de abuso e/ou negligência.

Termo não consta do DSM IV ou o DSM-5,

-Ao menos TEPT não é mais listado como transtorno de ansiedade e sim codificado como transtorno relacionado a trauma e a estressores.

Os critérios atuais para TEPT ainda incluem os sintomas listados na definição do DSM IV: (foto alguém ansioso)

(a) exposição a morte real ou a sua ameaça, ferimento grave ou violência sexual;

(b) sintomas intrusivos do tipo flashbacks, pesadelos e disparadores emocionais relacionados às vivências traumáticas;

(c) pensamentos e comportamentos evitativos;

(d) sintomas de hiperativação e reatividade emocional associados ao evento traumático.

Na versão do DSM-5 outros critérios foram incluídos, tais como:

Alterações negativas em cognições e no humor;

dificuldades de memória;

A definição de TEPT também inclui referência aos subtipos dissociativos, com acréscimo de sintomas de despersonalização e desrealização.



A versão do DSM-5 não faz referências às possibilidades etiológicas, consideradas por vários terapeutas como resultantes de eventos traumáticos na infância, mas também por falta de engajamento parental durante infância precoce (atos omitivos e/ou omissivos).

Podemos destacar as principais características de clientes com TEPT Complexo:

Estrutura de Personalidade Dissociativa:

divisão da personalidade em partes ou entidades

partes podem ser co-conscientes, parcialmente conscientes ou sem consciência entre si;

Memórias traumáticas armazenadas de modo disfuncional

Defesas Psicológicas específicas:

Defesas de esquiva, incluindo comportamentos de adição

Defesas idealizadoras

Defesas de vergonha

Sintomas relacionados a transtornos de apego

Padrões de apego inseguro e/ou desorganizado nos vínculos atuais

Problemas para regulação de afetos

O fenômeno da traumatização se estende para além do DSM.

Há eventos aparentemente inócuos, ou de pouco impacto, mas desestabilizadores o suficiente para deixar marcas profundas e indelévels = eventos adversos de vida, ou eventos adversos de infância.

Teicher, Samson, Polcari e McGreenery (2006) descobriram que agressão verbal parental durante a infância contribuiu para mais sintomas psiquiátricos adultos (depressão, sintomas dissociativos e hostilidade generalizada) do que abuso físico intrafamiliar.



Teicher (2000) também descobriu que o efeito combinado de agressão verbal parental e violência doméstica contribuíram para medidas de sintomas psiquiátricos em adultos tanto quanto ou mais do que nos casos de abuso sexual intrafamiliar.

Os efeitos perniciosos de experiências adversas de infância (Felitti, 2013) aparentam ser cumulativos –

-Quanto mais a criança for exposta a violência doméstica, divórcio dos pais, punição excessiva ou testemunho de abuso de substância pelos cuidadores, depressão, potencial suicida, ou encarceramento –

- Maior a probabilidade de que a criança dessa família transforme-se em adulto com problemas físicos ou mentais: abuso de substâncias, depressão, doença cardiovascular, diabetes, câncer e/ou mortalidade prematura (Afifi, Mota, Dasiewicz, MacMillan e Sarren, 2012), bem como risco mais elevado de psicose (Varese et al., 2012).

Resumidamente, transtornos emocionais ou perturbações de comportamento atuais podem relacionar-se a eventos anteriores com características não ameaçadoras à vida, mas ainda assim prejudiciais à saúde do indivíduo.

Isso resulta não somente de traumas comissivos como de omissivos (falta de apoio em geral, falta de espelhamento para a criança, falta de engajamento parental ou falta de orientação) (Lyons-Ruth, Dutra, Schuder e Bianchi, 2006).

Parece que tanto traumas evidentes quanto eventos adversos de infância (EAI) promovem sintomas semelhantes e podem ser resolvidos de modo semelhante pelo EMDR.

Felizmente, a maioria dos eventos perturbadores de vida são processados e significados sem auxílio de terapia.

Pacientes com início de TEPT na infância demandam intervenção mais prolongada com EMDR, de modo a se incluir não somente o foco de memórias perturbadoras, mas também dificuldades em tarefas de desenvolvimento; defesas psicológicas incluídas na estrutura de personalidade da pessoa, derivadas das tentativas de adaptação do cliente a ambiente ameaçador na infância, bem como separação dissociativa de estados de ego.

Com frequência essas adaptações específicas não se enquadram diretamente na categoria de memórias específicas armazenadas de modo disfuncional.

Podemos pensar nisso como elementos disfuncionalmente armazenados (EDA) (Gonzales e Mosquera, 2012, Gonzales et al, 2012).

Apesar de surgirem como reação a vivências disfuncionais, incluem defesas patológicas, separação dissociativas de partes do Self, crenças limitantes sobre si mesmos/os outros e padrões disruptivos de apego.

Conforme Jim Knipe (2015), podemos avaliar o resultado de vivências traumáticas no desenvolvimento da personalidade de modos diferentes.

Um princípio do Processamento Adaptativo de Informação (PAI) é o de que sintomas e transtornos resultam de memórias armazenadas de modo disfuncional.

Podemos entender memória como os modos pelos quais as experiências de vida do indivíduo no passado afetam seu funcionamento no presente – não apenas a maneira como a pessoa relembra, mas a percepção, a previsão do futuro, os modos de proteger o self de emoções intensas e até mesmo os jeitos de se definir o Self.

Portanto, memória seria uma subcategoria de elementos disfuncionalmente armazenados (EDA). O aspecto fundamental que confere o título de traumático é o reviver, a recordação vívida do evento passado, como se estivesse no presente, normalmente acompanhado por certa perda da realidade do momento.

Essas experiências impedem a criança de passar por processo de integração saudável da personalidade.

A maioria dos clientes com problemas emocionais graves têm uma parte da personalidade que objetiva aparentar ser normal, sentir-se normal e até mesmo que deseja ser normal.

Essa parte recebe diferentes nomes, dependendo do autor (Schwarz, 1995; van der Hart, et al, 2006), mas tendem a apresentar características em comum,

- Uma parte que enfrenta o mundo; encontra-se orientada para a realidade consensual, externa e ligada ao presente; e administra, de modo normal, relacionamentos e tarefas do cotidiano.

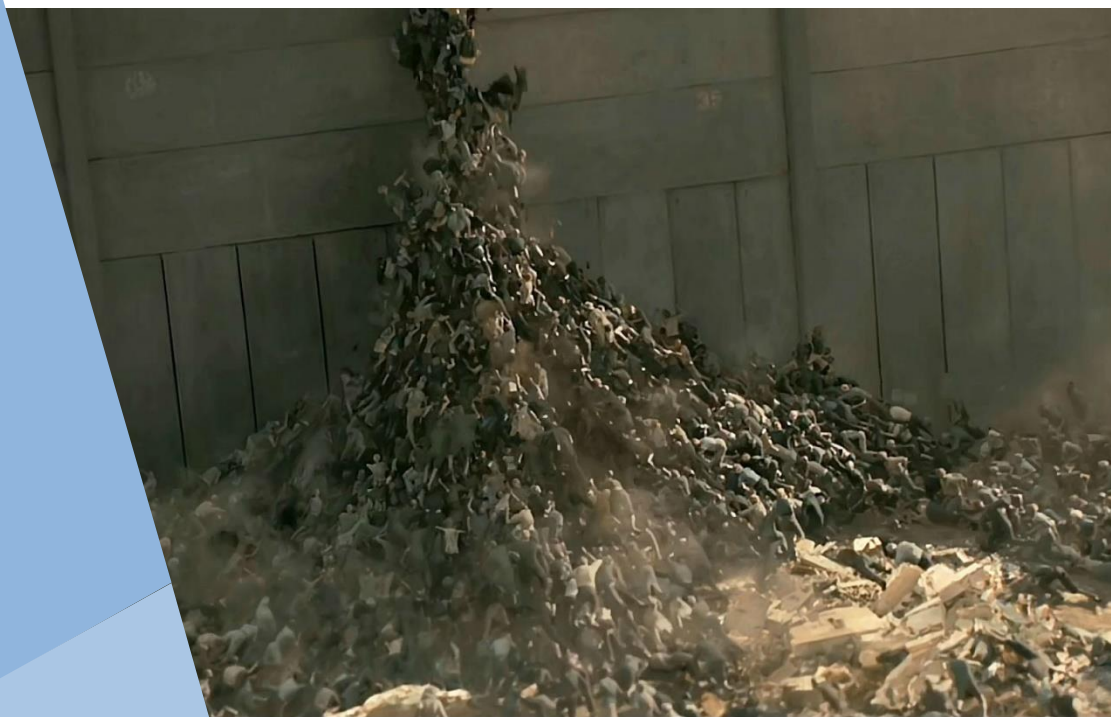
Se uma parte não aparenta ser normal, com frequência é encarregada de monitorar a adesão às expectativas de normalidade por outras partes.

A estranheza cria isolamento e rechaço, o que em nossa espécie significa riscos de sobrevivência.

O material traumático compromete a sobrevivência, se considerarmos que invade a parte normal da personalidade e interfere com a percepção e vivência do presente.

Uma forma de lidar com esse conteúdo perturbador é a organização de certas defesas que protejam a parte normal desse conteúdo desestabilizador.

Podemos, portanto, definir (Knipe, 2015) a defesa no âmbito do PAI como qualquer função mental ou ação comportamental que tenha a função de prevenir intrusão de partes traumatizadas na parte normal do self.



Se por um lado essa montagem defensiva protege o self, também dificulta/impede acesso do terapeuta ao material traumático, perpetuando a traumatização.

Nosso desafio é criar mecanismos de elaborar essas defesas o suficiente, de modo a permitir o acesso consequente reprocessamento do conteúdo perturbador, isolado da parte normal da personalidade.

Podemos classificar as principais defesas como evitativas, idealizadoras e de vergonha.

Alguns exemplos de defesa (evitativa) podem ser: Essa pessoa querida morreu, mas prefiro não falar sobre esse assunto.

Esse padrasto abusou de mim, mas prefiro nem pensar a respeito.

Em suma, o sistema de Processamento Adaptativo de Informação pode falhar tanto por (1) memórias traumáticas quanto por (2) defesas organizadas pela pessoa e que impedem a invasão do Self pelas recordações traumáticas, mas impedem o acesso apropriado do terapeuta ao material traumático.

Podemos caracterizar as defesas como categorizadas principalmente:

Defesas evitativas – essência do TEPT

Meus pais brigavam muito antes do divórcio, mas aprendi a me desligar; ou Tenho tanto medo que receio avançar na terapia e ficar com medo.

defesas evitativas conseguem conter a ansiedade fóbica com eficácia – o melhor jeito de não ter medo de voar é simplesmente nunca pegar um avião!

A defesa evitativa é um impulso, não influenciado pela cognição e tem o propósito de interromper a fluidez de um afeto perturbador que entra na consciência.

A defesa evitativa promove reorientação ao presente, o que também pode ocorrer com um papel sendo jogado entre terapeuta e paciente ou um gole de água.

A associação catártica, seguida de dissociação evitativa não podem ser completamente evitadas, e parte da psicoeducação tem por objetivo preparar o paciente para essa possibilidade.

exemplo

Defesas idealizadoras

Meu pai me batia muito, mas foi bom para minha educação. Eu era muito levado. Merecia isso.

Minha mãe agia dessa forma comigo por causa da mãe dela. Foi o jeito como ela aprendeu. Não podia dar amor, porque não recebeu também. Ela fez o melhor que pode.

Ele me xingava, mas esse é o jeito dele. É só a gente não ligar para isso. No fundo é uma ótima pessoa.

Consigo me lembrar claramente daquela vivência traumática, mas não me incomoda mais. Isso ajudou a formar meu caráter.

Como fazer com esses pacientes, cuja defesa é uma fiel aliada há vários anos? O ideal é redefinir o alvo e tomar a defesa como ponto de partida.

Durante um reprocessamento ou mesmo durante fase mais verbal, a associação resultante de uma recordação antes dissociada pode ser muito perturbadora para o paciente, em especial se acompanhada por catarse, pois a pessoa sente-se momentaneamente confusa.

Se a pessoa preserva uma imagem idealizada de um tempo (infância), uma pessoa (progenitores, o próprio self), não consegue acessar desamparo, fragilidade, medo, raiva, vergonha etc, o que também impede o acesso ao material traumático.



Esse equilíbrio precário precisa ser abordado como alvo (a pessoa vai inicialmente ficar pior), de modo a se alcançar o conteúdo armazenado de modo disfuncional e conquistar uma visão mais realista das pessoas e dos contextos.

- exemplo

A vergonha às vezes também pode funcionar como defesa.

O afeto de vergonha tem uma função de interromper outros afetos (principalmente de interesse ou de ativação) (Nathason, 1992).

A função de vergonha pode ser positiva para a pessoa se dar conta de ter feito algo negativo, mas também pode ser o resultado de uma transgressão moral.

Crianças e adultos podem sentir muita vergonha depois de um abuso sexual: deve haver algo errado comigo

O perpetrador deveria se sentir envergonhado, o que raramente ocorre.

Podemos dizer que a vergonha é uma ilusão de responsabilidade pessoal pelo que aconteceu e permite à pessoa negar a realidade de sua impotência durante o trauma – lócus de controle

Esse tipo de vergonha defensiva normalmente ocorre com uma defesa idealizada.

Dentro da lógica da criança, melhor ser um menino mau com bons pais, do que uma criança boa com pais maus.

Lógica encontra respaldo na sobrevivência: se pais reconhecidos como abusivos, negligentes e desengajados – paciente era criança inocente, sem forças para se defender e impotente diante do mundo, sem esperança de eles mudarem = risco de sobrevivência.

Se paciente for imperfeito e tentar melhorar, recupera certo controle sobre a situação. Quem sabe assim os pais vão mudar e mostrar o que têm de bom.

Ross (2012) fala sobre essa mudança de lócus de controle em uma situação em que a criança não tem controle.

Se a criança traz para si o controle (eu é que sou mau/não merecedor etc), há uma relativa recuperação de controle, mesmo com o alto preço da autoestima prejudicada.

A vergonha é, para além da organização cognitiva, uma emoção com poder de mobilizar a pessoa visceralmente, ativando ativação parassimpática do sistema vagal dorsal (Porges, 2007), criando uma resposta condicionada de paralisia a situações de ameaça à sobrevivência física e/ou emocional da pessoa.

Um exemplo é o medo de falar em público.

À medida que a defesa for processada, há uma redução paralela na intensidade emocional do material traumático subjacente.

O afeto da defesa é um afeto positivo.

Contenção bem-sucedida = experienciada como positiva.

Tentativas do terapeuta de acessar a defesa provocam reações de intensificação da defesa – conteúdo traumático ameaça a sobrevivência da parte normal da personalidade.

Quando a defesa pode ser tomada como o alvo preferencial da terapia – tendo em vista a dificuldade de acesso ao material traumático, tentamos tomar como alvo as imagens positivas, as frases positivas sobre o self, as emoções positivas, pois todo esse conteúdo positivo impede o acesso ao material evitado... e que precisa ser acessado para que a pessoa consiga avançar em um processo terapêutico mais abrangente.

Baseado nas medidas de A. J. Popky (1994 e 2005), que fala sobre a medida do nível de urgência (Level of Urge), ou fissura, Knipe (2015) fala sobre o Nível de Urgência Para Evitar (NUPE) (Level of Urge to Avoid – LOUA).

O NUPE pode ser usado para avaliar a esquiva, a evitação gerada internamente para evitar conteúdos emocionais/memória.

Exemplo: Neste momento, de zero a 10, sendo zero = nada e 10 o máximo possível, o quanto que você NÃO quer pensar sobre o que aconteceu? O quanto você preferiria falar sobre qualquer outra coisa? Paciente diz: “9”.

Terapeuta pergunta novamente: Onde você percebe esse “9” em seu corpo?

Neste momento, você consegue manter em sua mente o quanto você NÃO quer falar sobre isso e observar essa emoção que sente em seu corpo – a emoção de não querer falar sobre isso... e siga meus dedos (movimento bilateral).

Paciente: Ocorreu-me que se eu pensar sobre isso, pode ser que eu fale sobre coisas que nunca falei antes/perca o controle.

Terapeuta: Siga com isso... Paciente: Se eu falar sobre isso, pode ser que as pessoas tenham uma opinião diferente sobre mim.

Terapeuta: siga com isso.

Paciente: Não sei.

Acho que veio uma tranquilidade. Terapeuta: E agora, de 0 a 10, o quanto você Não quer pensar a respeito? Paciente: acho que uns 3.

Acho que talvez eu possa pensar sobre o que aconteceu.

Terapeuta: siga com isso. Ou muda para o protocolo tradicional.

Jim Knipe

Portanto, considerado o PAI, podemos focalizar, em um ambiente seguro e apoiador, a defesa que bloqueia o andamento do conteúdo e, depois de dessensibilizá-la (= NUPE se reduz), focalizar a memória perturbadora com protocolo tradicional.

Normalmente, parte da perturbação associada à memória também diminui.

Com frequência a urgência é primariamente uma emoção, enraizada em memória implícita, em grande medida situada fora do campo de consciência, fora da influência do *insight* cognitivo ou de uma decisão consciente.

Jim Knipe

Narcisismo: está frequentemente conectado com defesas específicas de culpabilizar automaticamente os outros pelas dificuldades pessoais, bem como uma defesa de permanecer emocionalmente distante e não empático com relação aos outros, o que normalmente é uma defesa contra o dar-se conta integralmente das experiências dolorosas que ocorreram no passado, com cuidadores emocionalmente distantes (engajamento precário ou inexistente)

Outras possibilidades:

Paciente diz: não é possível que isso tenha acontecido (provável referência ao discurso do abusador: isso não aconteceu! Ninguém vai acreditar em você. Não confie em sua memória, somente no que eu te digo).



