



Série de textos produzidos por associados e disponibilizados pela associação.

Depoimento sobre Processamento Focal Multifacetado e Hipóteses

Dr. André Maurício Monteiro

segundo semestre de 2013

Os trabalhos vivenciados com David Grand (DG) durante a segunda vez que ele conduziu o nível 3 da formação em Brainspotting em Brasília (agosto de 2013) proporcionaram muita aprendizagem de técnicas avançadas e possibilidades clínicas da abordagem. Para quem já havia assistido ao módulo no ano anterior, como foi meu caso, essa se mostrou uma oportunidade adicional para avaliar certos aspectos talvez menos evidentes das intervenções. Algo semelhante a esse fenômeno ocorre quando assistimos a um filme pela segunda vez, e podemos apreciar melhor certos detalhes que passaram despercebidos na primeira impressão.

Gostaria de comentar sobre alguns desses detalhes, na verdade precipitados pelo próprio DG, ao me interrogar sobre opiniões que teria, logo após uma demonstração a que eu acabara de assistir. Como ainda estava sob a influência da atividade de traduzir, precisei de algum tempo adicional para refletir a respeito. De certo modo, não tive mais oportunidade de fazer uma devolução completa para ele nem para o grupo, que seguiu adiante com o conteúdo a ser apresentado no último dia do treinamento. Esses comentários que se seguem não resultam de uma conversa com ele e refletem, portanto, ponto de vista puramente pessoal.

Antes de avançar nesse compartilhar técnico, algo que em certa medida me inquieta, na falta de palavra melhor, é a necessidade que ainda acalento de criar distinções adicionais entre EMDR e Brainspotting. Apesar de este ter se derivado daquele, por vezes fico ainda com incertezas quanto a diretrizes a serem seguidas, principalmente no campo teórico do Brainspotting. Claro que basta assistir a sessões

com cada uma das abordagens para de imediato identificar na vivência prática as diferenças marcantes, bem como as reações distintas dos clientes. Curiosamente, alguns desses clientes preferem de modo evidente e explícito a sessão de Brainspotting ao EMDR, apesar de o contrário também se evidenciar. Por isso mesmo, o que seria melhor indicação para um ou para outro? Tenho inicialmente adotado, mas sem radicalizar, o princípio de que para queixas com memória bem definida prefiro o EMDR, ao passo que nas queixas relativas a sintomas mais difusos, múltiplos ou com comprometimento físico, inicio os trabalhos com o Brainspotting.

Para além desse ponto mais imediato e prático de como escolher a melhor intervenção para cada cliente, outras distinções poderiam ser estendidas a conceitos teóricos, de modo a proporcionar melhor delimitação de vantagens de cada abordagem terapêutica, bem como a permitir que os terapeutas encontrassem elementos que permitissem escolhas mais embasadas de quando usar este ou aquele, dependendo do tipo de clientela e principalmente da categoria de queixas apresentadas.

Para tanto, e sem de modo algum imbuído da pretensão de que esses comentários sejam exaustivos para essa tarefa, refiro-me à demonstração de Helga (nome fictício da paciente, de quem obtive autorização para comentar sobre sua vivência pública com David Grand no Nível 3), já que mesmo para uma elaboração teórica a vivência clínica deve ser sempre soberana como referência última para as especulações metodológicas.

Os temas surgidos na demonstração de Helga versam sobre uma queixa inicial de dificuldade de perda de peso. Não importa a dieta escolhida ou a intensidade dos exercícios praticados. O peso não cedia e não cede. Mediante aprofundamento da entrevista que se segue com DG, surgem outras recordações, aparentemente não relacionadas entre si, mas conectadas em cadeias associativas de memória. Dentre as recordações citadas, destacam-se: durante uma checagem de rotina Helga surpreende-se com resultados dos exames laboratoriais, evidenciando um câncer de tireoide, operado pouco depois, no início deste ano de 2013. Comenta também sobre o falecimento da mãe (devido a erro médico), quando Helga conta com apenas um ano de idade; como é levada para uma tia para ser criada; depois levada a morar no exterior sem ser consultada; finalmente retorna ao país de origem também sem aviso nem preparo.

Nesse relato Helga começa a perceber uma impressão de não ter palavra, de não ter voz em momentos importantes da vida, de ser testemunha passiva sem o devido poder para uma tomada de decisões e de em geral receber imposições da vida. Finaliza com descrição de acidente automobilístico do qual guarda algumas sequelas de amnésia, apesar de felizmente todos terem sobrevivido. Estava no banco do passageiro e namorado conduzia o veículo.

Diante de perguntas de DG, Helga traz ainda revelação surpreendente sobre o a cirurgia de tireoide: um sonho, ocorrido pouco antes de todo o processo cirúrgico se desenrolar. Encontra-se diante de um espelho e constata um corte na garganta. Algo sobe por dentro de seu corpo. Chega a mencionar o sonho com o clínico geral, que obviamente descarta qualquer seriedade ou necessidade de exame adicional, como resposta à mensagem onírica. No entanto, ao relatá-lo posteriormente para uma dermatologista, consultada por conta de uma irritação na região do pescoço, é acolhida com seriedade e a médica pede para que faça exames complementares, o que de fato resulta no diagnóstico de câncer.

Para a intervenção DG emprega a técnica de BSP com varredura. Focaliza principalmente o acidente e consegue a recuperação das memórias do momento da colisão, lembranças essas que haviam desaparecido da mente de Helga. David comenta posteriormente na elaboração da vivência sobre a importância de se tentar essa recuperação de memórias referentes a acidentes e colisões, por ser essa amnésia muitas vezes fruto de dissociação emocional e não de concussão cerebral. Para conseguir essa recuperação de recordações, pede para que Helga focalize a última lembrança que tem antes do acidente, bem como para que se concentre na primeira recordação após o incidente, ampliando o volume de recordação guardada no inconsciente. As recordações dissociadas retornam à consciência e integram-se à lembrança mais ampla.

Enquanto isso, DG volta e meia pede para Helga voltar às imagens do sonho e conferir como se encontram naquele momento. Surpreendentemente Helga descreve mudanças no modo de se relacionar com o conteúdo do sonho, que ao término da vivência desperta uma impressão de fechamento do corte no pescoço e de contato com sentimento de profundo alívio interior.

Helga volta ao tema do peso e fica mais claro o quanto a impressão de estar sujeita ao comando de “ter que fazer”, sem direito a se defender ou a fazer valer sua vontade, sem ter direito a palavra, aparentam ser agressão contra si mesma, contra o corpo que supostamente deseja cuidar. Agora que o assunto é processado sente-se mais habilitada a recuperar palavra sobre o assunto e ao pensar na dieta, essa não ser mais percebida como uma imposição de fora para dentro, mas sim como opção, como forma de cuidar de si.

Hipoteticamente as tentativas de implementar uma dieta a contragosto podem provocar em termos inconscientes a impressão de um ataque da pessoa contra si mesma, de um gesto de violência, com conseqüentes reações de defesa e de ativação crônica do sistema nervoso autônomo! O que não fica claro é em que medida esse equilíbrio entre sistema nervoso simpático e parassimpático sofre abalos que interferem no processo de dieta ou, se para mais além da díade simpático-parassimpático, outro nível prioritário neste caso seria o impacto no sistema nervoso entérico (SNE).

Também chamado de “segundo cérebro”, o sistema nervoso entérico opera de modo autônomo. Normalmente se comunica com o sistema nervoso central por meio do parassimpático (via parte dorsal do nervo vago, mais detalhadamente descrito por Stephen Porges em sua Teoria Polivagal) e pelo sistema nervoso simpático (via gânglios pré-vertebrais). Estudos mostram que mesmo quando seccionado o nervo vago, ou inoperante a espinha dorsal, o sistema nervoso entérico continua a funcionar. O SNE é capaz de funções autônomas, como a coordenação de reflexos peristálticos. Para seu estudo já foi batizada a neurogastroenterologia.

Seria o Brainspotting capaz de promover alterações nesse território predominantemente reflexo, via interferência na ativação vagal e em outras respostas cerebrais primitivas que almejam a manutenção da homeostase? Podemos considerar que no caso de Helga a dieta imposta implicaria o risco de perdas insuportáveis para o sistema, de modo que boa reação seria reter o gasto de calorias para tempos difíceis, como o que ocorre instintivamente com qualquer animal em estado de privação iminente. Diante disso, não seria possível levar adiante uma dieta por penalização apenas, e sim por escolha, por deliberação voluntária, que foi o que Helga se propôs, quase ao término da demonstração.

Diante dessa sequência do que observei, gostaria de acrescentar algumas ponderações sobre a evolução do treinamento em Brainspotting.

Um primeiro aspecto refere-se a mudanças longitudinais significativas da ênfase de DG quanto a uma ética terapêutica a ser privilegiada no treinamento. Comentei com ele o quanto nos primeiros treinamentos o motivador inicial parecia ser o encontro do ponto de ativação e o incentivo ao processamento, decorrente dessa primeira descoberta. É como se a atitude do terapeuta diante do paciente fosse a de um caçador de males, a serem extirpados prontamente e a permitir ao cérebro uma reorganização do melhor jeito possível.

Em outros treinamentos subsequentes fiquei com a impressão de essa conduta ter sido atenuada e o terapeuta demonstrar preocupação menos marcante com o modelo de ativação em prol de um modelo predominante de recurso, com ênfase nas habilidades do paciente, bem como cuidado adicional com a dosagem da ativação. Essa condução menos assertiva significava na prática o acolhimento de clientes mais frágeis que conseguem operar dentro de suas respectivas janelas de tolerância e os permite a abordagem de conteúdos mais ameaçadores. Essa reformatação oferece mais opções para os terapeutas administrarem os níveis variados de perturbação/ab-reação que podem ser disparados durante o processamento e a operarem em um campo mais amplo de demandas dos clientes com saídas e caminhos para além da ativação. Compõem essa dimensão do recurso o ponto de observação e o recurso corporal como ingredientes da abordagem com recursos.

Ainda nessa época já havia algum destaque para a amplitude do enquadre, tomado tanto como conceito diagnóstico quanto relacional. Nos pacientes mais resilientes o enquadre seria mais frouxo, com o terapeuta intervindo menos vezes e com mais confiança na capacidade do cliente de se regular. Os tempos de silêncio seriam maiores e o processamento mais centrado na atividade psíquica do cliente. Por outro lado, nos casos de pacientes mais frágeis, com menos recursos emocionais internos e relacionais, o enquadre seria mais restrito, com mais participação ativa e mais centrada nos terapeutas, mais interferência e menos tempo de silêncio entre uma e outra checagem de progresso do processamento.

Nessa última rodada de treinamentos, observo nova mudança no eixo de atenção de DG, com repercussões dessas mudanças para a conduta dos terapeutas no atendimento dos clientes. Por um lado, destaque nem tanto para ênfase no cliente ou no terapeuta, mas maior destaque para a importância da presença do terapeuta no relacionamento interpessoal terapêutico, quando DG afirma repetidas vezes ser a presença física e emocional do terapeuta, sintonizado com o processo do cliente o maior recurso de todos. Portanto, o terapeuta presente diante do cliente, ambos conscientes dessa presença, de modo a oferecer um acolhimento maior para o que o cliente deixa emergir e para servir como um ponto de retorno à divagação que por vezes o reprocessamento suscita.

Simultaneamente, DG enfatiza a importância da busca por um foco de intervenção que durante o processamento privilegie mobilização mais subcortical, com ênfase em reações emocionais e corporais reflexas, não tanto em elaborações narrativas, mais restritas à região cortical do cérebro.

De certo modo, portanto, quando pensamos no modelo oferecido pelo cérebro triuno, o processamento de aspectos traumáticos registrados em regiões evolutivamente cada mais primitivas do cérebro, ligadas ao tronco cerebral, seria cada vez mais profundo e curador dos traumas mantidos pelo cérebro. O processamento de aspectos físicos e reflexos, portanto, decorreria de ativação de regiões do tronco cerebral. O processamento de conteúdos mais emocionais do trauma corresponderia à elaboração de material ativado em nível do sistema límbico. Finalmente, a parte mais referente ao processamento racional, relacionado à fala e à lógica consciente corresponderia à ativação do neocórtex, evolutivamente mais recente e civilizado, interacional.

Poderíamos supor ser o reconhecimento da presença do terapeuta uma forma de viabilizar a retomada de um registro de vinculação, de apego no sentido de da Teoria de apego proposta por Bowlby, bem como a possibilidade de melhor transitar por essas faixas mais primitivas ou mais modernas do cérebro triuno.

Diante dessa multiplicidade de camadas cerebrais que o BSP pode aceder, mobilizar, e curar, podemos falar de uma atuação que perpassa transversalmente diversas regiões cerebrais, sendo aquelas mais corporais e reflexas as mais

importantes de serem alcançadas no processamento, se comparadas com a elaboração discursiva.

O acesso a conteúdo mais profundo seria facilitado pela consciência da presença do terapeuta, cuja sintonia ajuda o cliente a recuperar aspectos interacionais vinculares de hemisfério direito mais frágeis no desenvolvimento físico e emocional. A consciência dessa presença abriria uma porta privilegiada para os registros de um mundo de hemisfério direito, predominantemente corporal e emocional. A elaboração verbal subsequente ocorreria via organização discursiva característica de hemisfério esquerdo. Apesar de DG enfatizar a dimensão subcortical do processamento, entendo que porta de entrada para esse conteúdo subcortical poderia se iniciar via hemisfério direito, com acesso a memórias não-verbais, e porta de saída via discurso e lógica característicos do hemisfério esquerdo oferecem um modelo cíclico mais integrativo do circuito de processamento de conteúdo traumático.

Ainda em termos de modelo teórico, observo que DG privilegia mais recentemente a dimensão interpessoal do relacionamento terapeuta-cliente, com destaque do papel do terapeuta como estabilizador, o que seria nas palavras de Winnicott a sustentação (*holding*), de modo a interferir positivamente na janela de tolerância do cliente e a permitir o acesso à ativação de conteúdo mais traumático. Paradoxalmente, uma vez iniciado o processo, parcela significativa do foco de atenção do cliente deve se voltar para suas dimensões corporais e reflexas, não tanto para a ligação com o terapeuta, o que simula o processo também winnicottiano de conquista de autonomia relativa. Talvez valha a pena aprofundamento adicional do referencial analítico de Winnicott como uma leitura futura de leitura teórica do processamento.

Gostaria de finalizar esses comentários com retorno à demonstração e traçar uma distinção adicional do EMDR com o Brainspotting. No EMDR o terapeuta encontra com o cliente um alvo que serve como linha de base: ponto de partida e ponto de chegada ao término do trabalho. Nessa demonstração de Helga, o que observamos foi algo diferente: vários alvos foram processados em paralelo. Curiosamente, a multiplicação de alvos não comprometeu o processamento. Na verdade parecia que o ganho em determinado nível influenciava positivamente em outro, criando um circuito recursivo de retroalimentação. Assim, a recuperação de detalhes de memória do acidente automobilístico era acoplada à evolução da imagem do sonho, por sua vez com imagens mais estruturantes de um corpo menos lacerado. O processo se assemelharia à leitura de um livro com várias histórias paralelas que depois de um tempo convergem para a construção de um todo inter-relacionado.

Se conseguimos alcançar com o cliente a ativação de seu sistema de processamento, focos correlatos podem ser tomados em paralelo, sem a necessidade de o terapeuta ter que se desgastar na escolha de um ponto de partida

exclusivo: tudo o que for apresentado na entrevista ao início da sessão seria a antecipação desses retalhos inicialmente isolados de história e não precisaríamos ter o controle sobre esses temas, até mesmo porque a dimensão a ser alcançada seria pertencente a regiões subcorticais, regiões que dispensam discurso verbal. Dessa maneira, o Brainspotting abre espaço para o terapeuta lograr um processamento focal multifacetado.

Podemos, portanto, nos deter na distinção entre uma intervenção do EMDR mais focada em um alvo que serve como ponto de partida e como ponto de chegada – com destaque individualizado de um ponto de perturbação na cadeia associativa que mobiliza o sintoma atual.

Comparativamente, na descrição desta intervenção feita com Brainspotting no caso de Helga, observamos uma mudança paradigmática no processo da escolha do alvo, a saber: com a focalização paralela e simultânea de múltiplos pontos da cadeia associativa referente à queixa ativada. O Brainspotting se presta à possibilidade de processamento ao mesmo tempo focal, ao aprofundar o contato verbal - e principalmente não verbal do cliente em relação a determinado tema de ativação, bem como a elaboração de várias facetas simultâneas de determinado assunto ativado. Trata-se, portanto, de característica integrativa do Brainspotting, centrada nas necessidades emocionais e físicas do cliente, que engloba equilíbrio entre ativação e recursos do indivíduo na superação de suas dificuldades.

Um tema que se abre como possível fonte de investigação seria a necessidade de os terapeutas ampliarem foco de atenção diante de tantas possibilidades a serem acompanhadas em paralelo e de como priorizarem um ou outro subitem das cadeias associativas, entendidas essas não somente como composições puramente de memórias cognitivas de hemisfério esquerdo, mas com conexões ligadas a memórias emocionais e corporais, típicas de hemisfério direito. Focalizações de reflexos provenientes de regiões sub-corticais contribuiriam para redefinição e maior integração dessas cadeias.

Em relação às referências destacadas neste texto, enfatizo os modelos teóricos de Bowlby e Winnicott como possíveis contribuições para a prática do Brainspotting. Além das vertentes psicanalíticas, cabe ainda investigar e quem sabe integrar a importância ainda não-explorada do sistema nervoso autônomo entérico, participante ativo do equilíbrio simpático/parassimpático, bem como avanços adicionais nos estudos de neurobiologia interpessoal. Diante dessas construções abstratas e fisiológicas podemos avançar na elaboração adicional de referencial que melhor oriente os terapeutas e que corresponda à força prática e versátil do Brainspotting.