

BRAINSPOTTING: UMA NOVA ABORDAGEM PSICOTERÁPICA PARA O TRATAMENTO DO TRAUMA

BRAINSPOTTING: A NEW PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACH FOR THE TREATMENT OF TRAUMA

Resumo

O *brainspotting* é uma nova abordagem psicoterápica utilizada no tratamento de vivências traumáticas. Enfatiza a sintonia dual: a sintonia relacional entre terapeuta e cliente e a sintonia neurobiológica, representada pela manutenção do olhar do cliente direcionado a um ponto no campo visual, chamado *brainspot*, que tem ressonância com a ativação sentida ao pensar no trauma. Esses dois fatores contribuiriam para permitir que a resposta de orientação, que ficou truncada na ocasião do trauma, fosse completada, chegando a uma resolução profunda. Este artigo, primeiro trabalho brasileiro sobre o tema, visa apresentar o *brainspotting*, descrevendo sua descoberta, posterior desenvolvimento, princípios e utilização clínica, além de hipóteses neurobiológicas para explicar sua ação e um estudo preliminar para avaliar sua eficácia.

Palavras-chave: Psicoterapia, transtorno de estresse pós-traumático, neurobiologia.

Abstract

Brainspotting is a new psychotherapeutic approach for the treatment of traumatic experiences. It is based on a dual attunement frame: the relational attunement between therapist and client, and the neurobiological attunement, represented by fixation of the client's look at a given spot in the visual field, called brainspot, which resonates with the activation felt while thinking about the trauma. Both elements would contribute to the completion of the orienting response that remained truncated when the trauma occurred, finally leading to a deep resolution. This is the first paper published in Brazil on the topic. We will describe the brainspotting approach with a focus on its discovery, developments, underlying concepts, and clinical use. We will also present the

neurobiological hypotheses on how it works and describe a preliminary study to evaluate its efficacy.

Keywords: Psychotherapy, post-traumatic stress disorder, neurobiology.

INTRODUÇÃO

Brainspotting é uma abordagem psicoterápica que se desenvolveu a partir da observação de que as emoções e sensações físicas sentidas ao se relatar um evento traumático têm ressonância com um ponto no campo visual¹. A palavra é a junção dos termos em inglês cérebro (*brain*) e ponto ou local (*spot*). Há cerca de 8.000 terapeutas com formação em *brainspotting* no mundo, sendo 400 no Brasil. Este artigo, o primeiro trabalho brasileiro sobre o tema, visa apresentar o *brainspotting*, descrevendo sua descoberta, posterior desenvolvimento, princípios e utilização clínica, além de hipóteses neurobiológicas para explicar sua ação e um estudo clínico preliminar realizado para avaliar sua eficácia.

DESCOBERTA, DESCRIÇÃO E DESENVOLVIMENTO

O *brainspotting* foi descoberto por David Grand, terapeuta de Nova Iorque, em 2003². Como várias descobertas, ocorreu a partir da observação de um evento inesperado. O observador, no caso, foi um terapeuta que contava com mais de 20 anos de experiência clínica na época, com formação psicanalítica e em duas abordagens psicoterápicas usadas no tratamento do trauma: o *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) e a experiência somática. Tinha ampla experiência no tratamento de vítimas de trauma, tendo atendido socorristas, sobreviventes e familiares de vítimas do atentado de 11 de setembro de 2001².

Grand² havia desenvolvido uma adaptação do EMDR, chamada EMDR de fluxo natural. Nessa abordagem, solicita-se ao cliente que pense na imagem do evento traumático que se quer trabalhar, associada à emoção, sensação física e crença negativa despertada pela lembrança, enquanto acompanha o movimento dos dedos do terapeuta, que traça muito lentamente uma linha horizontal imaginária ao nível dos olhos do cliente. Em 2003, Grand estava usando o EMDR de fluxo natural com uma cliente que era patinadora do gelo. Trabalhavam na dificuldade que ela tinha de realizar um salto específico. Enquanto ela acompanhava o movimento de seus dedos, o terapeuta notou que, em determinado ponto, os olhos “tremeram” e se fixaram, como que “grudados” àquele ponto. Intuitivamente, ele manteve os dedos nesse ponto. Durante os 10 minutos seguintes, surgiram relatos de eventos traumáticos até então não mencionados, e eventos que já haviam sido trabalhados ressurgiram e foram trabalhados de maneira mais aprofundada. Isso chamou a atenção dele, ainda mais que já vinha trabalhando com essa cliente havia cerca de 1 ano, e haviam processado muitos traumas, tanto ligados ao esporte quanto fora dele – embora permanecesse a dificuldade com esse salto específico, que não é considerado particularmente difícil para os profissionais. O que tornou esse evento mais marcante foi que, na manhã seguinte, ela telefonou e lhe contou, muito feliz, que havia conseguido realizar o salto diversas vezes durante o treino (e nunca mais teve problemas para realizá-lo).

Ele passou a fazer o mesmo com outros clientes: quando observava um movimento ocular que chamava sua atenção, mantinha os dedos na posição em que o movimento ocorrera. Percebeu que, com muitos clientes, ocorria fenômeno semelhante ao que observara no caso da patinadora do gelo: o processo se aprofundava, surgiam novas associações e lembranças. Como vários dos seus clientes eram terapeutas, eles começaram a perguntar o que estava fazendo. Ele explicava e eles usavam o mesmo procedimento com os clientes deles. Grand começou a receber *feedback* de que seus clientes também estavam obtendo bons resultados².

Ele chamou essa maneira de localizar pontos (que passariam a ser chamados de *brainspots*) de método da janela externa; esta ocorria através da observação de movimentos involuntários do cliente, enquanto acompanhava o traçado lento de uma linha imaginária horizontal ao nível de seus olhos, estando mobilizado quanto à questão que desejava trabalhar. Alguns exemplos de movimentos involuntários

são: tremores dos olhos, piscamento, mudança de expressão facial, movimentos de lábios ou língua, deglutição, suspiro².

À medida que Grand tentava localizar pontos pelo método da janela externa, alguns clientes começaram a guiá-lo, dizendo para qual ponto estavam olhando, no qual sentiam maior mobilização em relação à questão trabalhada, etc. Por exemplo, diziam “é um pouco mais para a direita” ou “você acabou de passar por ele”. Então se constatou que o cliente pode perceber internamente uma maior ou menor ativação de acordo com o local para onde olha. Esse outro método de localizar *brainspots* foi chamado de janela interna².

Finalmente, a terceira maneira de localizar um *brainspot* é através da observação de locais para onde o cliente olha espontaneamente ao falar de uma questão. Há clientes que olham fixamente para um ponto no espaço enquanto relatam ou pensam naquilo que os incomoda. Pontos localizados dessa forma são chamados de pontos de mirada (*gazespts*).

Descrevendo de maneira bastante simplificada o procedimento básico usado no *brainspotting* (ver a seção “Princípios”, a seguir), pede-se que o cliente pense naquilo que o está incomodando, na questão que gostaria de trabalhar. Em seguida, pergunta-se a ele se está se sentindo “ativado”. Ativação é o termo que foi escolhido para nomear o que é percebido internamente pelo cliente, seja emocional ou fisicamente, ao pensar na questão. É um termo mais genérico e abrangente do que perturbação, sofrimento ou incômodo. Então, pede-se que a ativação seja quantificada numa escala de 0 a 10, onde 0 significa nenhuma ativação e 10 é o máximo de ativação que a pessoa consegue conceber (Subjective Units of Distress Scale [SUDS])³, e, em seguida, pergunta-se onde a pessoa sente a ativação no corpo. Com o cliente ativado em torno da questão, localiza-se um *brainspot* por um dos métodos descritos anteriormente, e pede-se que o cliente simplesmente olhe para o ponto e observe o que acontece, procurando não criticar ou interferir no processo. Realiza-se, então, o processamento da questão até que o valor na SUDS chegue a 0.

PRINCÍPIOS

A seguir são descritos alguns princípios que fundamentam e orientam o trabalho com *brainspotting*^{1,2}.

Implicações de conhecimentos da neurociência

No *brainspotting*, há ênfase para que o terapeuta leve em consideração as implicações de conhecimentos da

neurociência no seu trabalho. O cérebro tem em média 10 bilhões de neurônios e 1 quadrilhão de sinapses⁴; a maior parte do seu funcionamento ocorre fora da consciência e do controle voluntário, e as inter-relações entre o cérebro e o restante do corpo são complexas e não totalmente conhecidas. Por isso, é impossível saber, momento a momento, o que está se passando dentro desse sofisticado sistema. Sabe-se da capacidade neuroplástica do cérebro⁵, e pensa-se que o *brainspotting*, assim como outras terapias, auxiliaria a colocar em funcionamento mecanismos intrínsecos direcionados para a cura, mesmo que ainda não se saiba como isso ocorre. Ou seja, não é a atuação do terapeuta ou a abordagem que causa diretamente a mudança, e sim os mecanismos intrínsecos cujo funcionamento seria facilitado ou otimizado com a atuação do terapeuta e da abordagem. Da mesma forma, não é possível, nem necessário para que haja melhora, que tudo o que ocorre numa sessão seja “explicável”. Portanto, é importante que o terapeuta e o cliente mantenham em mente que o que se busca é a melhora, mesmo que não se consiga explicar por que ela ocorreu.

A moldura da sintonia dual: neurobiológica e relacional

No *brainspotting*, há dois aspectos que funcionam como a moldura ou enquadre da abordagem, que direcionam o trabalho, e aos quais o terapeuta deve estar constantemente atento: a sintonia neurobiológica e a sintonia relacional. A sintonia neurobiológica é dada pela utilização do olhar em direção ao *brainspot* durante o processamento. O *brainspot* representa o ponto de maior ressonância com a ativação que o cliente sente, ou seja, há uma sintonia entre o que o cliente sente e esse ponto. Uma vez que o ponto é localizado, é como se o olhar do cliente em direção a ele, durante o processamento, fosse uma ancoragem neurobiológica, favorecendo um estado ótimo para que o processamento ocorra.

A sintonia relacional se refere à sintonia na relação terapeuta-cliente. Há grande cuidado com a comunicação verbal e não verbal, atenção ao que o cliente diz, às palavras que usa, à sequência das falas, às reações físicas que as acompanham; recebe-se o que o cliente diz, sem fazer pressuposições. Da mesma maneira, há um cuidado na maneira de estruturar perguntas ou fazer colocações. Procura-se criar um ambiente de segurança, confiança e respeito pelas vivências do cliente e pelas demandas que traz. Uma comparação que é feita com a sintonia no *brainspotting* é com um cometa: o cliente

lidera o processo, como a cabeça do cometa, e o terapeuta acompanha atentamente, procurando se manter na cauda do cometa. Portanto, localizar e usar um *brainspot* nunca deve ser um processo mecânico, mas sempre estar no contexto da relação terapeuta-cliente.

Uma das características marcantes do *brainspotting* é a ênfase nesses dois aspectos, combinando os benefícios terapêuticos de uma boa relação terapeuta-cliente, incluindo a comunicação verbal, com os benefícios da possibilidade de acessar áreas do cérebro que têm relação com aspectos não verbais associados às vivências do cliente, como sensações físicas (sobre isso, ver item “Importância das sensações corporais”, mais a seguir).

Presença sem pressuposições ou julgamentos

Considerando o que já foi mencionado sobre a complexidade do nosso organismo e a consequente impossibilidade de explicar tudo o que observamos no trabalho com o cliente, e também considerando o aspecto essencial da sintonia relacional, o terapeuta deve observar o processo de maneira atenta e presente, como num estado de *mindfulness*.

De maneira semelhante, pede-se ao cliente que observe o que se passa durante o processamento, procurando não criar expectativas, não julgar o que está acontecendo, simplesmente observar o que lhe acontece internamente. Ao se focar no *brainspot*, é como se o cliente estivesse num estado de *mindfulness* focado. Há evidências de que essa capacidade de auto-observação, enquanto se trabalha um evento traumático, seria importante para o processamento e a resolução do trauma⁶.

Importância das sensações corporais

A importância dada às sensações corporais e à percepção interna do indivíduo fica clara na maneira como se localiza um *brainspot* pelo método da janela interna. Além disso, durante o processamento, as sensações físicas que o cliente relata podem ser usadas para acompanhar o processo. Por que é dada essa relevância às sensações corporais? O desenvolvimento do *brainspotting* foi influenciado por Levine & Frederick⁷ e por Scaer⁸, que mostram que as vivências traumáticas ficam registradas no corpo; muitas vezes, essa permanência está relacionada a sintomas. Assim, pedir ao cliente que perceba as sensações físicas é como voltar o foco do processamento para o que pode ser uma manifestação

do trauma, talvez o registro de componentes não verbais nas áreas subcorticais do cérebro (ver “Estudo clínico e hipóteses neurobiológicas”, mais a seguir).

APLICAÇÃO CLÍNICA

O *brainspotting* tem sido usado no tratamento psicoterápico de diversas situações. Frequentemente é usado no tratamento de eventos traumáticos – desde quadros de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) até eventos que foram marcantes e desagradáveis para o cliente, mesmo não acarretando TEPT. É comum verificar que existem vivências traumáticas subjacentes a queixas ou sintomas. Por exemplo, pode haver queixas de dificuldades relacionais atuais e, ao se trabalhar com o cliente, verificam-se associações com vivências anteriores marcantes que contribuíram para moldar a maneira como ele se relaciona e para formar sua autoimagem. Essas vivências podem, então, ser abordadas especificamente com o *brainspotting*. Elas podem ter ocorrido no início da vida, até mesmo no período pré-verbal. Não há memórias episódicas, factuais dessas vivências, porque o início da capacidade de formar esse tipo de memória ocorre em torno dos 2 anos de idade. Por outro lado, há memórias implícitas, de sensações físicas e emocionais referentes a esse período. Como o *brainspotting* tem ênfase no não verbal, nas sensações físicas, no corporal, e postula-se que consiga acessar mais especificamente estruturas subcorticais (ver “Estudo clínico e hipóteses neurobiológicas”, a seguir), ele conseguiria acessar e trabalhar vivências dessa época crucial para a estruturação do indivíduo.

Outra área onde o *brainspotting* tem sido aplicado é no aprimoramento da *performance* de profissionais como atletas⁹, atores, musicistas, dançarinos e cantores. Bloqueios na *performance* também estão frequentemente ligados a vivências traumáticas. O *brainspotting* permite não só tratar as vivências que contribuem para bloqueios, mas também ajudar na expansão da *performance*; ou seja, se pensarmos que os bloqueios prejudicam o desempenho de um atleta, por exemplo, a remoção dos mesmos “restauraria” o desempenho a um nível anterior; para além disso, o *brainspotting* tem sido utilizado no sentido de ampliar, aperfeiçoar e expandir a *performance*².

ESTUDO CLÍNICO E HIPÓTESES NEUROBIOLÓGICAS

Foi realizado um estudo aberto sobre o efeito do tratamento com *brainspotting* em 22 adultos com sintomas

de TEPT. Foram aplicadas a Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)¹⁰, a Clinical Global Impressions (CGI)¹¹ e a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)¹² antes do tratamento e após três sessões de *brainspotting*, além da SUDS antes da primeira sessão e após cada uma das três sessões. Houve redução significativa dos escores da PDS, HADS e SUDS, e cerca de 90% dos pacientes foram classificados na CGI como estando moderadamente ou muito melhores¹³.

Corrigan & Grand¹ apresentaram hipóteses para explicar a associação entre um evento traumático e um *brainspot* e de que maneira olhar para o *brainspot*, enquanto se está ativado em relação ao evento, contribuiria para o processamento e a resolução do trauma. Diante de um estímulo potencialmente ameaçador, haveria uma resposta de orientação, compreendendo as seguintes fases: excitação, suspensão de atividade, alerta sensorial, ajustes musculares, varredura, localização no espaço, identificação, avaliação, tomada de ação e reorganização¹⁴. A resposta de orientação inicial envolve os colículos superiores, situados no mesencéfalo; essas estruturas recebem informações da retina, mas também de outras modalidades sensoriais, e estão direta ou indiretamente ligadas a diversas estruturas corticais e subcorticais. Quando ocorre uma resposta de orientação adaptativa, as fases citadas são completadas em seguida ao estímulo, até a fase de reorganização. No entanto, quando ocorre um alto nível de excitação devido a um estímulo potencialmente traumático, a resposta de orientação pode ficar truncada. Podem não se completar as fases em seguida ao estímulo, levando à não resolução e gerando reações desadaptativas diante de elementos que lembrem o trauma. Um *brainspot* seria, então, uma resposta de orientação oculomotora a uma vivência traumática que ficou “armazenada” devido à não resolução e integração das fases da resposta de orientação. Acessar esse ponto e manter o olhar direcionado para ele durante o tratamento da vivência traumática permitiria que a resposta de orientação se completasse. É como se o ponto correspondesse ou “marcasse” a resposta não completada, e olhar continuamente para ele durante o processamento fornecesse e mantivesse aberta uma porta de entrada para o trauma, pelo mesencéfalo, ou seja, em um nível sensorial, não verbal, não controlado conscientemente, para que a resposta – que envolve diversas estruturas cerebrais, inclusive corticais – se completasse. Uma descrição mais aprofundada das hipóteses neurobiológicas pode ser encontrada no artigo de Corrigan & Grand¹.

CONCLUSÕES

O *brainspotting* é uma nova e promissora abordagem psicoterápica que tem sido utilizada no tratamento do trauma. Enfatiza a sintonia relacional entre terapeuta e cliente e a sintonia neurobiológica, com a utilização do olhar direcionado a um *brainspot* durante o processamento do evento traumático. Esses fatores podem contribuir para que a resposta de orientação truncada na ocasião do trauma se complete de maneira integrada e profunda. São necessários mais estudos para comprovar sua eficácia e conhecer melhor seus mecanismos de ação.

Agradecimentos

A autora é grata a Cristiane Damaso, Diogo Lara, Luiz Cuschnir, Márcio Ueda, Patrícia Jacob e Patrícia Mattos pelo apoio e incentivo.

A autora informa não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Cíntia Fuzikawa, Departamento de Saúde Mental, Faculdade de Medicina da UFMG, Av. Prof. Alfredo Balena, 190/235, CEP 30130-100, Belo Horizonte, MG. E-mail: cfuzikawa@ufmg.br

Referências

1. Corrigan F, Grand D. Brainspotting: recruiting the midbrain for accessing and healing sensorimotor memories of traumatic activation. *Med Hypotheses*. 2013;80:759-66.
2. Grand D. Brainspotting: the revolutionary new therapy for rapid and effective change. Boulder: Sounds True; 2013.
3. Wolpe J. Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford: Stanford University Press; 1958.
4. Shepherd GM. The synaptic organization of the brain. New York: Oxford University Press; 2003.
5. Doidge N. The brain that changes itself: stories of personal triumph from the frontiers of brain science. New York: Viking Books; 2007.
6. Lanius RA, Bluhm RL, Frewen PA. How understanding the neurobiology of complex post-traumatic stress disorder can inform clinical practice: a social cognitive and affective neuroscience approach. *Acta Psychiatr Scand*. 2011;124:331-48.
7. Levine P, Frederick A. O despertar do tigre: curando o trauma. São Paulo: Summus; 1999.
8. Scaer RC. The body bears the burden. Binghamton: Haworth; 2001.
9. ESPN Films. Fields of fear [Internet]. 2014 Sep 16 [cited 2014 Nov 29]. <http://espn.go.com/video/clip?id=11537464>
10. Foa EB, Cashman L, Jaycox L, Perry K. The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychol Assess*. 1997;9:445-51.
11. Guy W. ECDEU assessment manual for psychopharmacology. Revised, 1976. Kesington: The George Washington University; 1976. <https://archive.org/stream/ecdeuassessmentm1933guyw#page/n1/mode/2up>
12. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67:361-70.
13. Hildebrand A, Grand D, Stemmler M. A preliminary study of the efficacy of brainspotting: a new therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder. *Zeitschrift Trauma*. In press. 2015.
14. Ogden P, Minton K, Pain C. Trauma and the body: a sensorimotor approach to psychotherapy. New York: WW Norton & Company; 2006.