



O Trauma do Nascimento e sua Relação com a Doença Mental, Suicídio e Êxtase

Por Stanislav Grof, M.D.

Tradução de Álvaro Jardim

Em certo sentido, este artigo pode ser considerado um pouco datado, pois diz respeito à Psicoterapia com LSD, uma metodologia que não é usada clinicamente há mais de um quarto de século. No entanto, continua sendo os reinos inconscientes alcançados pela respiração holotrópica do Dr. Grof e aqueles que são acessados com LSD.

Nos Estados Unidos da América, declarados ilegais na década de 1960, Stan Grof e sua esposa, Christina, desenvolveram a respiração holotrópica “. . . um método poderoso de auto-exploração, transformação pessoal e cura. . . É baseado e combina idéias da pesquisa moderna da consciência, psicologia profunda e várias práticas espirituais. Através da respiração, música evocativa e trabalho focado de liberação, estados não ordinários de consciência são induzidos. Esses estados permitem a mobilização do potencial de cura espontânea da psique. . . A respiração holotrópica medeia o acesso a todos os níveis da psique humana, incluindo questões inacabadas da biografia pós-natal, sequências de morte e renascimento psicológicos e todo o espectro de experiências transpessoais”.

- John A. Speyrer, editor, The Primal Psychotherapy Page [O material citado acima é de uma brochura do Dr. Grof]

Para compreender o artigo seguinte, é necessário entender dois conceitos teóricos desenvolvidos pelo Dr. Grof:

- 1.A MPB (matriz perinatal básica) e
- 2.COEX (sistemas de experiências condensadas)

Matrizes Perinatais Básicas (MPB): são padrões experimentais gerais relacionados aos estágios do nascimento biológico. Essas MPB são usadas aqui como modelo teórico, e não necessariamente implicando nexos causais.



MPB I: - União Primordial com a Mãe. (Experiência intra-uterina antes do início do parto.)

Essa matriz está relacionada à condição original da existência intra-uterina, durante a qual a criança e sua mãe formam uma unidade simbiótica. A menos que alguns estímulos nocivos interfiram, as condições para a criança são ótimas, envolvendo segurança, meio adequado de proteção e satisfação de todas as necessidades. Essa unidade simbiótica pode ter uma natureza perturbada e não perturbada.



MPB II: - Antagonismo com a mãe. (Contrações em um sistema uterino fechado.)

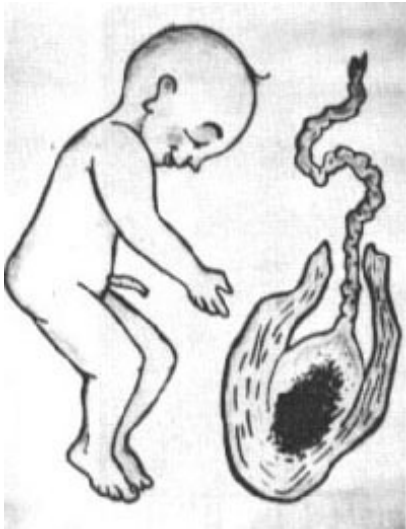
Essa matriz está relacionada ao primeiro estágio clínico do parto. Esse episódio talvez pertença às piores experiências que um ser humano pode ter. Os fetos alienados mecanicamente e quimicamente da mãe, sem possibilidade de fuga imediata, que mais tarde podem se manifestar como sentimentos de estar presos, de serem irremediavelmente pegos e oprimidos.



MPB III: - Sinergismo com a mãe. (Propulsão pelo canal do nascimento.)

Essa matriz está relacionada ao segundo estágio clínico do parto. As contrações uterinas continuam, mas o colo do útero fica totalmente aberto e começa a propulsão gradual e difícil através do canal de nascimento. Há uma enorme luta pela sobrevivência, pressões

mecânicas de esmagamento e alto grau de asfixia. O sistema não está mais fechado, no entanto, e uma perspectiva de término da situação insuportável apareceu.



MPB IV: - Separação da Mãe. (Cessação da união simbiótica e formação de um novo tipo de relacionamento.)

Essa matriz está relacionada ao terceiro estágio clínico do parto. Nesta fase, as experiências agonizantes de várias horas culminam, a propulsão através do canal do parto é concluída e a intensificação final de tensão e sofrimento é seguida por um súbito alívio e relaxamento.

COEX: Sistemas de Experiência Condensada: - Um sistema COEX é uma constelação de memória específica que compreende, de forma condensada, experiências (e / ou fantasias) de diferentes períodos da vida do indivíduo. As memórias pertencentes a um sistema COEX em particular têm um tema básico semelhante ou contêm elementos semelhantes e são acompanhadas por uma forte carga emocional da mesma qualidade.

Deve-se entender que os sistemas COEX geralmente são subordinados aos MPBs, mas mostram um grande grau de relativa independência funcional.

A tentativa de relacionar a psicopatologia ao trauma do nascimento ou mesmo à experiência intra-uterina não é inteiramente nova em psicologia profunda. Sigmund Freud mencionou em suas “Palestras Introdutórias à Psicanálise” a possibilidade de que a ansiedade experimentada no canal do parto possa ser o modelo básico para todas as ansiedades futuras. No entanto, ele não aprofundou mais essa idéia.

Inúmeras referências podem ser encontradas. na literatura psicanalítica, ao nascimento biológico ou à existência intrauterina: esses fenômenos frequentemente apresentados pelos pacientes são geralmente considerados fantasias, e não lembranças reais. Existem exceções à esta regra; é necessário mencionar a esse respeito o trabalho dos psicanalistas holandeses Nandor Fodor e Litaert Peerbolte, Barbara Low, que cunhou o termo “sentimentos oceânicos”, tentaram usar a experiência intrauterina primitiva para explicar certos fenômenos, para os quais os quadros de referência psicanalíticos parecia muito estreita. CG. Jung atribuiu grande significado à experiência do renascimento, mas

usou esse conceito em uma estrutura puramente psicológica e espiritual e não o relacionou a fenômenos biológicos.

A tentativa mais sistemática e brilhante de incorporar o fato do trauma do nascimento na doutrina psicanalítica foi feita por Otto Rank. Foi mencionado em outro lugar que muitas de suas suposições poderiam ser usadas como uma estrutura para entender os fenômenos do estágio do tratamento com LSD, onde os pacientes lidavam com as experiências de morte e renascimento. Por outro lado, no entanto, seu conceito de trauma no nascimento é muito diferente do obtido nas sessões de LSD.

A ênfase de Rank está no elemento de separação da mãe; o verdadeiro trauma é deixar o útero materno quente e ser jogado no mundo frio e hostil. A pesquisa do LSD parece sugerir que uma psicotraumatização muito mais fundamental pode ser vista nas horas de emergência e agonia vital que são interpoladas entre as duas condições mencionadas.

A riqueza, a natureza dinâmica e a profundidade do material de repetidas sessões de LSD (em comparação com o material relativamente superficial e muitas vezes ambíguo do tratamento psicanalítico) tornam possível estudar em detalhes a "área perinatal", mapear o território e estudar suas relações à psicopatologia.

Precisamos usar o material das sessões seriais de LSD para ver as sérias contradições lógicas na atual abordagem dos primeiros períodos de desenvolvimento. Muitos analistas aceitam sem reservas o fato de que experiências de enfermagem muito precoces podem influenciar o desenvolvimento futuro de um indivíduo de maneira decisiva (por exemplo, na direção da sociopatia ou esquizofrenia). Por outro lado, eles não levam em consideração as horas imediatamente anteriores de emergência vital, agonia e maior sofrimento físico com luta pela respiração, talvez porque a experiência do nascimento seja tão humana.

De alguma forma, é silenciosamente aceito que o parto significa sofrimento para a mãe, mas dificilmente é vivenciado em um nível subjetivo pela criança. É difícil imaginar, no entanto, que uma criança que não tenha subjetivamente registrado horas de emergência vital possa distinguir logo em seguida um "seio bom" de um "seio ruim" ou ser afetada por várias outras nuances da maternidade. Parece fazer sentido atribuir importância às experiências precoces de sucção apenas se aceitarmos simultaneamente a importância primordial do trauma do nascimento.

Todas as especulações sobre traumatização sutil nos primeiros meses de vida parecem absurdas se o efeito traumático do nascimento for negado. Se o trauma

do nascimento é experimentado subjetivamente, ele tem um nível de importância completamente diferente do que qualquer traumatização psicológica posterior. É uma situação que envolve emergências vitais, luta pela respiração, iminência de morte e é comparável apenas a outras situações que envolvem agonia e morte.

O significado biológico e a profundidade dessa experiência sugerem que ela pode ser registrada em estruturas antigas do cérebro. A única objeção contra a possibilidade de lembranças de nascimento é o fato de que as vias corticais ainda não estão mielinizadas; portanto, não é relevante, a menos que excluamos a possibilidade de que as impressões do nascimento possam ser armazenadas em áreas subcorticais. O material das sessões de LSD apóia as teorias psicanalíticas, enfatizando a importância do período oral inicial, mas, ao mesmo tempo, sugere fortemente a importância única e fundamental do trauma do nascimento.

O complexo de fenômenos emocionais e biológicos experimentados durante o nascimento pode representar uma matriz muito natural e lógica para todas as psicopatologias futuras. Isso é óbvio, pelo menos para várias facetas importantes desse complexo experimental. A ansiedade intensa seria devida a um alto grau de ameaça à sobrevivência e dor associada à situação do nascimento. A agressão que chega ao ponto da fúria biológica parece ser uma reação natural à ameaça e à frustração prolongada.

Essa situação também poderia fornecer uma base natural para a compreensão de Freud sobre a depressão quando a agressão se voltava contra o indivíduo. O sistema fechado evitaria qualquer manifestação externa de agressão e a transformaria na experiência de depressão. A tremenda quantidade de impulsos neuronais que foram gerados pela situação de emergência e não podiam alcançar a periferia, poderia ser armazenada em circuitos neuronais fechados e responder no futuro por experiências de tensão excessiva, explosões agressivas, comportamento impulsivo ou até mesmo ataques musculares tardios. descargas. O desamparo da situação da criança, confrontado com forças brutais e elementares do nascimento, pode representar a base mais profunda da inferioridade futura.

Muito interessante é o problema da culpa angustiante que está sempre associada ao reviver do complexo do nascimento; as razões para esse fato parecem ser bastante obscuras. Parece que o sentimento de culpa pode ser derivado da sequência de uma experiência feliz e extremamente dolorosa, como um artefato de busca de explicação causal de um evento aparentemente absurdo e irracional.

Os sintomas físicos típicos que acompanham várias manifestações psicopatológicas podem ser muito logicamente derivados da experiência do nascimento (dor de cabeça no cinto, dificuldades em respirar, várias queixas cardíacas, náuseas e vômitos, tensão e contração muscular, ondas de calor e calafrios, sudorese e constipação ou diarreia).

A experiência do nascimento pode, portanto, representar uma matriz universal multifacetada presente em todos os seres humanos que tiveram o nascimento biológico (em comparação com pessoas nascidas por cesariana primária). Se a psicopatologia se desenvolve e que forma particular dela dependeria inteiramente das experiências pós-natais do indivíduo (os sistemas COEX). A boa maternidade e a predominância de experiências positivas de infância formariam uma barreira entre essa matriz e o ego. A continuação de experiências traumáticas, por outro lado, facilitaria as manifestações de várias facetas da experiência do nascimento. A ativação seletiva de facetas particulares dependeria inteiramente da natureza dos sistemas COEX pertinentes (envolvendo experiências de opressão, depressão, culpa, inferioridade e outras).

Após esse esboço geral, podemos tentar aplicar o conceito de sistemas MPBs e COEX às categorias diagnósticas mais importantes de distúrbios emocionais. Depressões graves de natureza endógena ou depressões reativas profundas parecem basear-se na segunda matriz perinatal.

A fenomenologia do BPM II nas sessões de LSD e a sintomatologia clínica nos intervalos pós-sessão dominados por essa matriz mostram a maioria dos aspectos essenciais da depressão: inibição motora geral, dor e sofrimento mentais agonizantes, ansiedade, sentimentos avassaladores de culpa e inadequação, absoluta falta de entusiasmo, percepção seletivamente negativa do mundo e da própria vida, percepção em preto e branco do mundo sem cores e sentimentos de uma situação de vida insuportável e inevitável, sem esperança de solução.

Também as manifestações físicas da depressão estão de acordo com este conceito: sentimentos de opressão e constrição, perda de apetite e rejeição de alimentos, retenção de urina e fezes, inibição da libido, dores de cabeça, angústia cardíaca, dificuldades respiratórias subjetivas e várias queixas físicas interpretadas ocasionalmente de maneira hipocondríaca. A idéia suicida dessa condição geralmente tem a forma de um desejo de não existir, cair em um sono profundo, esquecer tudo e não acordar no dia seguinte.

Os sistemas COEX relacionados ao MPB II e mediando sua conexão com o ego envolvem em concordância básica com o modelo freudiano episódios de frustração oral precoce na infância, privação emocional na infância e infância e

vários eventos traumáticos nos quais o sujeito desempenhou o papel de vítima passiva.

As situações familiares opressivas para o indivíduo e que não lhe permitem nenhum tipo de rebelião também pertencem a essa categoria. Uma parte muito típica e consistente desses sistemas COEX também são experiências envolvendo ameaças à sobrevivência e à integridade do corpo. Parece que os aspectos psicotraumáticos de doenças graves, lesões, operações e episódios de quase afogamento foram subestimados na psiquiatria dinâmica como possíveis fatores patogênicos na depressão.

Em contraste com as depressões inibidas e muitas vezes sem lágrimas descritas acima, as depressões agitadas parecem estar relacionadas ao BPM III. As características básicas desse tipo de depressão são um alto nível de ansiedade e tensão, agressividade orientada para dentro e para fora e excitação psicomotora excessiva. Os pacientes choram e gritam, rolam no chão, agitam-se, batem a cabeça contra a parede e rasgam seus cabelos e roupas

A idéia e tendências suicidas envolvem ações sangrentas e violentas. Os sistemas COEX que reforçam essa matriz lidam com violência e agressão, tratamento cruel, estupro e outras formas de abuso sexual; o denominador comum dessas situações é que o sujeito as experimentou em um papel ativo, tentando escapar ou lutar.

No que diz respeito à mania, ela pode ser colocada nesse esquema como uma manifestação transitória entre a terceira e a quarta matriz perinatal. O quadro clínico da mania foi ocasionalmente observado nas sessões de LSD e nos períodos pós-sessão; poderia ser considerado uma expressão de "renascimento" incompleto. Os sujeitos que demonstram essa sintomatologia já foram além das difíceis experiências do MPB III e experimentaram uma fuga superficial da agonia do nascimento.

Havia, no entanto, ainda um poderoso fluxo de ansiedade e tensão subjacentes, e os pacientes estavam tentando fugir do material inconsciente não resolvido. Nesse caso, os novos sentimentos positivos foram exagerados ao ponto de uma caricatura e usados como defesa contra a ameaça interna. Esses pacientes eram hiperativos, movimentavam-se de maneira agitada, tentavam socializar e confraternizar com todas as pessoas em seu ambiente, apresentavam planos grandiosos e demonstravam enfaticamente seus maravilhosos sentimentos.

Quando o tratamento com LSD foi continuado, essas manifestações exageradas desapareceram após o reviver completo do nascimento. As experiências

relacionadas ao BPM IV não contaminado não envolvem tensão e impulsos; eles são pacíficos, quietos e não ostensivos.

Parece que os registros de memória das seqüências no nascimento biológico, com uma mudança repentina de sentimentos agonizantes para uma experiência de alívio dramático, podem representar uma base natural profunda para a natureza episódica e periódica das depressões, bem como para a ocorrência ocasional de mania.

Deve-se mencionar a esse respeito que o conceito de matrizes perinatais parece sugerir uma maneira nova e interessante de encarar o fenômeno do suicídio e, especialmente, o problema bastante obscuro da escolha do método de suicídio. Idéias e tendências suicidas podem ser observadas ocasionalmente em qualquer estágio do tratamento com LSD, mas em pacientes psiquiátricos que estão lidando com a agonia do nascimento, os problemas suicidas são bastante frequentes e urgentes.

As observações da pesquisa do LSD parecem sugerir que as tendências suicidas se enquadram em duas categorias bastante distintas que têm relações específicas com matrizes perinatais básicas. A relação hipotética entre os problemas do suicídio e os estágios do nascimento biológico oferece uma base natural para a compreensão do suicídio. Se aceitarmos que a situação insuportável que os pacientes deprimidos experimentam está relacionada à BPM II (depressão inibida) e BPM III (depressão agitada), conforme a hipótese acima, os esforços para escapar dela por suicídio parecem seguir dois padrões básicos:

- O suicídio do primeiro tipo representa inconscientemente um esforço regressivo para retornar à situação intra-uterina original (matriz perinatal I). Como o motivo real é inconsciente e inacessível, os sujeitos tentam usar alguns meios que podem induzir uma condição semelhante - principalmente a redução dos estímulos dolorosos e sua eventual eliminação, abaixando o nível de consciência a ponto de perder a consciência individual do mundo se movendo para um estado indiferenciado e "esquecendo tudo". Esse grupo inclui planos suicidas e tentativas de usar grandes doses de hipnóticos ou ataráticos, inalação de monóxido de carbono ou gás iluminante, sangramento em afogamento em água quente ou congelamento na neve (sabe-se que, após um período de congelamento, as pessoas experimentam calor agradável e entram em uma condição semelhante ao sono). Esses fenômenos foram frequentemente relatados pelos sujeitos como fantasias ou mesmo tendências que reviviam o nascimento, quando suas experiências estavam relacionadas à fenomenologia do BPM II.

- O suicídio do segundo tipo segue inconscientemente o padrão, uma vez efetivamente experimentado durante o nascimento. Durante o nascimento real, a libertação final ocorre depois que o sofrimento e a tensão aumentam, culminam e são transcendidos. Esse tipo de suicídio parece estar intimamente ligado à forma agitada de depressão e associada à BPM III. Os sujeitos aqui sentem um forte desejo de encerrar uma situação insuportável às custas de uma catástrofe sangrenta e tremenda liberação de tensão e agressão. Assim, os suicídios sangrentos parecem representar uma dramática reconstituição da situação que ocorre no nascimento e podem ser vistos como o resultado de um desejo tragicamente incompreendido pela entrega. Essa categoria inclui planos ou tendências suicidas que envolvem a morte sob as rodas de um trem, na turbina de uma usina hidrelétrica, se atirando de uma janela, torre ou pedra alta, cortando a garganta, soprando o cérebro, esfaqueando-se com um punhal, harakiri, kamikaze ou acidentes automobilísticos suicidas. O suicídio por enforcamento parece estar relacionado a uma fase anterior da terceira matriz perinatal caracterizada por elementos de estrangulamento, asfixia, agonia e, em momentos terminais, também sentimentos libidinais. Essa combinação de agonia e êxtase sexual é bem conhecida nos relatos de sujeitos que tentaram se enforcar, mas foram resgatados. Da mesma forma, o fato da ereção frequente e até a ejaculação em criminosos executados por enforcamento pode ser usado como ilustração desse ponto.

No que diz respeito ao problema de motivação para o suicídio, é interessante mencionar que em nossos sujeitos todos os sentimentos relacionados a modos particulares de suicídio precederam as tendências pertinentes. Assim, ocasionalmente, o LSD submete sessões ou intervalos livres aos sentimentos de serem esmagados ou despedaçados, estrangulados, sufocados ou esfaqueados antes da ocorrência de fantasias ou tendências suicidas específicas.

Parece que o mecanismo do suicídio pode ser explicado por um princípio semelhante ao descrito para os sistemas COEX, ou seja, por uma tendência geral a exteriorizar sentimentos irracionais e anexá-los a uma situação de realidade correspondente. A representação de uma situação suicida específica pode ser o resultado de uma tendência a obter congruência entre sentimentos internos pré-existentes e realidade objetiva. A consciência de uma profunda discrepância entre os dois parece ser mais insuportável do que o ato autodestrutivo que encerra essa dolorosa dissonância cognitiva afetiva.

Todos os fenômenos mencionados são bastante comuns em pacientes que revivem suas experiências de nascimento e as conexões mencionadas foram observadas em suas sessões e intervalos pós-sessão. À medida que a terapia de LSD avançava e os sujeitos transcendiam a área perinatal, eles obtiveram uma

percepção da dinâmica de suas tendências e fantasias suicidas anteriores. Uma e outra vez os sujeitos de LSD ofereceram independentemente a seguinte explicação sobre os impulsos suicidas em sua análise retrospectiva: A tensão que eles experimentavam estava alcançando proporções insuportáveis e eles desenvolveram um forte sentimento de que algo explosivo deve acontecer que trará a libertação final.

Antes que eles descobrissem que essa libertação estava realmente conectada com o reviver completo da agonia do nascimento e com a liberdade da consciência intrauterina ou neonatal, o desejo de libertação foi mal interpretado como desejo de morte e destruição física. A profunda necessidade psicológica de morte e transcendência do ego, parte integrante da experiência do renascimento, mascarada como tendências suicidas, antes que a natureza real desse desejo fosse reconhecida e aceita.

De acordo com a teoria psicanalítica, o alcoolismo e a dependência de drogas parecem estar intimamente relacionados à depressão. As raízes mais profundas dessas duas condições também estão no BPM II. A característica mais típica desses pacientes e, ao mesmo tempo, o motivo mais profundo para o consumo de drogas tóxicas parece ser um forte desejo de experiências de unidade feliz e indiferenciada que a criança experimenta durante a vida intra-uterina e a enfermagem.

O consumo excessivo de álcool ou drogas, respectivamente, pode ser entendido como um análogo mitigado das tendências suicidas do primeiro tipo, que visa inconscientemente atingir os elementos da primeira matriz perinatal. Parece que em pacientes deprimidos, alcoólatras e viciados em drogas é geralmente relativamente mais fácil obter experiências psicodélicas de maneira abreviada do que em outras categorias de diagnóstico. Experiências psicodélicas profundas parecem saciar o desejo subjacente pela unidade e reduzir a necessidade de abusar de álcool e drogas. Pacientes alcoólatras e viciados em drogas, depois de terem experimentado um êxtase unitivo relacionado ao BPM I, relatam com bastante frequência a percepção de que essa é a condição que eles tentam alcançar com o álcool e as drogas. Estes últimos, no entanto, provaram ser um meio inadequado para esse objetivo. Como o suicídio, o alcoolismo e o vício em drogas parecem representar uma necessidade incompreendida e distorcida não reconhecida de transcendência.

Várias manifestações importantes de desvios sexuais parecem estar diretamente relacionadas ao BPM III. Isto é especialmente verdadeiro para fenômenos sadomasoquistas, caracterizados por uma fusão peculiar de sentimentos agressivos e libidinais. Essa combinação representa uma parte essencial da

terceira matriz perinatal e provavelmente possui uma base fisiológica muito natural; uma dessas possibilidades seria, por exemplo, a ativação simultânea de estruturas límbicas relacionadas à autopreservação e aquelas relacionadas à preservação das espécies ou ao transbordamento da excitação neuronal da primeira para a posterior.

Uma tentativa de explicar esses fenômenos dentro da estrutura psicanalítica usual apresentou dificuldades especiais, como exemplificado pelo estudo de Freud, "Além dos Princípios do Prazer". As características específicas das manifestações sadomasoquistas, bem como a estreita relação entre seus aspectos sádico e masoquista, são bem compreensíveis a partir da natureza da terceira matriz perinatal.

A alternância entre o papel da vítima sofredora e o agressor cruel, bem como o sofrimento que culmina e transcende ao êxtase, são características e características típicas dessa matriz. Mesmo que seja mais claramente expresso em pacientes sado masoquistas, o potencial de transcender o sofrimento extremo em êxtase parece ser inerente à natureza humana.

Foi descrito não apenas pelas mortes de mártires de santos na Idade Média, mas também nos tempos modernos, sob semelhantes condições como torturar os prisioneiros pelos soldados nazistas ou japoneses. Também é interessante mencionar a esse respeito que intenso sofrimento físico tem sido freqüentemente usado no passado como pré-requisito para o êxtase religioso (o que também é típico para experiências relacionadas ao BPM III). Assim, por exemplo, os flagelantes de todas as idades usavam chicotadas cruéis e outras formas de autotortura e automutilação como um meio para alcançar a iluminação religiosa. De acordo com a descrição, o sofrimento muitas vezes se transformava em excitação agradável, não diferente dos sentimentos sexuais e, finalmente, culminava em êxtase religioso. As imagens de procissões de flagelantes costumavam aparecer em sessões de LSD dominadas pelo BPM III.

Também a homossexualidade masculina parece estar significativamente relacionada ao trauma do nascimento, especialmente à terceira matriz perinatal. O medo dos órgãos genitais femininos, explicado na psicanálise pelo complexo de castração baseado em fantasias infantis sobre a vagina como órgão perigoso (vagina dentada), parece estar em um nível mais profundo, relacionado ao fato biológico de que o órgão genital feminino é um instrumento potencialmente assassino, que foi uma vez efetivamente uma fonte de agonia e ameaça vital. Não pode, portanto, tornar-se uma fonte de prazer sexual se a memória inconsciente do nascimento for muito vívida. Nesses pacientes, o medo do sexo heterossexual era frequentemente acompanhado por um desejo profundo de

contato não genital com a figura materna em um nível muito primitivo (necessidades anaclíticas).

No que diz respeito à homossexualidade feminina, parece ser mais superficial; no tratamento com LSD, geralmente poderia ser rastreado até níveis profundos de sistemas COEX e BPM IV. As raízes profundas das necessidades e tendências das lésbicas pareciam estar em um desejo insatisfeito por contato próximo entre mãe e filha durante a primeira infância e a associação entre o contato oral-genital e a liberação orgiástica ao nascer. Além disso, geralmente se podiam recuperar memórias traumáticas muito importantes nas quais o objeto sexual masculino estava associado a perigo, culpa ou humilhação.

A neurose obsessivo-compulsiva parece ter as raízes mais profundas do BPM III. O fato de os conflitos em relação à homossexualidade e agressão, bem como a inibição da genitalidade pertencerem aos problemas mais importantes encontrados nesses pacientes, está de acordo com essa suposição. A relação da homossexualidade com a ansiedade do nascimento já foi demonstrada acima. A inibição da genitalidade parece estar em última análise devido a uma semelhança entre o padrão do orgasmo sexual e aspectos negativos da terceira matriz perinatal. Assim, as tentativas de controlar a agressão e a ansiedade ligadas a esta matriz também inibem o padrão de resposta sexual.

Outra característica típica dos pacientes obsessivo-compulsivos apóia a visão mencionada, a saber, uma atitude muito específica em relação à religião. Muitos pacientes obsessivo-compulsivos típicos estão em constante conflito com relação à religião, alternadamente se rebelando e blasfemando contra um Deus punitivo do tipo Jeová e, ao contrário, tentando desfazer e expiar suas ofensas e pecados. Esse tipo de problema era frequentemente relacionado nas sessões de LSD às últimas fases da agonia do nascimento; onde a rendição final a uma força avassaladora alternava com revolta apaixonada, agressão e culpa agonizante. Além disso, isso estava acontecendo no contexto geral da consciência da relevância cósmica dessa situação e da antecipação da possibilidade de salvação. A força externa restritiva nesta fase (o canal do nascimento) parece representar a raiz instintiva mais profunda do futuro Superego (a parte violenta do Superego que a psicanálise deriva do Id).

Os conflitos em torno das funções excretoras e treinamento do banheiro (reforçando o aspecto "descarga cloacal" durante o parto), problema com a autoridade parental e uma relação simbiótica específica fortemente ambivalente com a mãe representam os temas típicos dos sistemas COEX subjacentes a essa neurose.

No que diz respeito às chamadas conversões pré-genitais, a estrutura básica da personalidade associada a elas parece ter importantes características obsessivo-compulsivas. Os principais sintomas nos quadros clínicos separados estão relacionados ao BPM III. Na asma psicogênica, o principal sintoma remonta à agonia e asfixia durante o parto¹. Nos transtornos mentais, as contrações musculares são causadas por descargas de tensão acumuladas durante o parto em circuitos neuronais fechados e perpetuadas na vida adulta por eventos específicos.

A gagueira psicogênica parece estar relacionada a conflitos em relação à agressão oral e anal, cujas raízes mais profundas podem ser encontradas em última análise na pressão sobre mandíbulas trancadas durante a passagem da cabeça pelo canal de parto e na tensão anal resultante do aumento da pressão intra-abdominal, respectivamente.

Na histeria de conversão, a manifestação mais dramática - a principal crise histérica e outras manifestações de hiperatividade muscular estão relacionadas ao BPM III. Na crise histérica, a combinação particular de tensão, excitação psicomotora, dificuldades respiratórias e afeto agressivo-depressivo, bem como a impressionante semelhança com o orgasmo sexual, apóiam essa visão. O mesmo vale para a característica do arco de círculo, tão freqüentemente observada em indivíduos com LSD que tiveram nascimento. A paralisia histérica e outros sintomas de conversão parecem basear-se em inervações conflitantes de direção oposta durante o parto, bem como em situações posteriores específicas. Como já enfatizado por Otto Rank, o problema aqui não parece ser como os conflitos psicológicos resultaram em manifestações somáticas, mas como os fenômenos originalmente somáticos mais tarde adquiriram significado psicológico e simbólico.

Alguns fenômenos históricos profundos, como estupor, alucinação histérica, devaneios descontrolados e confundem fantasia com realidade, provavelmente estão relacionados ao BPM I e baseiam-se em uma profunda necessidade de restabelecer a situação típica dessa matriz. Em concordância básica com o modelo psicanalítico, as experiências psicotraumáticas específicas, características desta doença (sistemas COEX), estão relacionadas ao estágio fálico do desenvolvimento libidinal. O complexo de Édipo e Electra e vários outros aspectos da história sexual.

Na histeria de ansiedade, o componente emocional pode ser rastreado diretamente à ansiedade primordial durante o parto. A escolha dos objetos e situações às quais a ansiedade está ligada reflete alguns aspectos ou facetas específicos do trauma do nascimento, enfatizados e aproximados do ego pelas

experiências posteriores da vida. A relação com o trauma do nascimento é mais evidente no caso da claustrofobia (medo de espaços fechados), que pode ser rastreada diretamente até a opressão no sistema uterino restritivo.

Da mesma forma, a tanatofobia (medo da morte) pode ser facilmente relacionada a experiências de agonia e ansiedade vital, que são uma parte regular do trauma do nascimento. Também não é difícil encontrar a relação direta com o trauma do nascimento em caso de fobia da gravidez. Na fobia relativa aos cuidados com a criança (medo de magoar a criança geralmente combinado com uma compulsão para fazê-lo), as raízes mais profundas de sentimentos agressivos em relação à criança e seu antagonismo podem ser rastreadas até a situação do parto dessa criança quando a mãe e criança estavam se machucando. Essa situação ativa a memória inconsciente da mãe de uma situação semelhante durante o nascimento. Na cancerofobia (medo do câncer) e nosofobia (medo das doenças) em geral, a ansiedade do nascimento, juntamente com várias sensações somáticas e dores experimentadas durante o parto, podem ser encontradas em última análise. A relação da cancerofobia com os conflitos inconscientes em torno da gravidez é bem conhecida da psicanálise.

Uma explicação semelhante pode ser sugerida para certos tipos de hipocondria. Na cancerofobia também a identificação inconsciente do crescimento maligno com o desenvolvimento embrionário, bem como o caráter misterioso do câncer, parecem desempenhar um papel importante.

Na bacilofobia e na mofofobia (medo de microrganismos e sujeira), freqüentemente associadas à lavagem compulsiva, a combinação de ansiedade vital, agressão e contato com material biológico durante o parto parece ser essencial. Esses pacientes geralmente não apenas temem que se infectem, mas também causam desastres ao infectar outras pessoas. Em um nível mais superficial, o medo de crescimento e infecções bacterianas está inconscientemente relacionado aos espermatozoides e à concepção e, indiretamente, novamente com a situação do nascimento. De experiências posteriores, os conflitos relacionados ao treinamento e à limpeza do banheiro parecem ser muito importantes.

Nas fobias de alturas e pontes, o desejo suicida do segundo tipo e a luta contra ele parecem estar envolvidos. Uma forte compulsão de se atirar do telhado, torre, pedra ou pular da ponte para a água geralmente está subjacente a todas as fobias desse tipo. Na fobia de rua e agorafobia (medo do espaço aberto), as mudanças nas relações espaciais parecem ser importantes - sensação subjetiva de estreitamento e ampliação do espaço. Na fobia das ruas, além disso, o tráfego parece simbolizar o perigo vital durante o nascimento, mas geralmente é

adicionado um elemento importante de tensão sexual que resulta no medo de contatos promíscuos nas ruas e na exposição exibicionista impulsiva ao público. Em muitas sessões subsequentes nesses pacientes, os sentimentos orgásticos sexuais podem dominar completamente o quadro e depois aprofundar-se na experiência de agonia e renascimento. Esse desdobramento é baseado na semelhança entre a agonia do nascimento e o orgasmo sexual.

A relação das fobias dos animais com o trauma do nascimento já foi claramente demonstrada por Rank. No caso de grandes animais, o elemento de deglutição e incorporação parece ser importante (lobo), bem como a relação com a gravidez (vaca). No caso de pequenos animais, a possibilidade de entrar em buracos estreitos na terra e deixá-los novamente é provavelmente um fator significativo. Alguns animais pequenos parecem estar associados a alguns problemas especiais. Assim, por exemplo, as aranhas, com sua capacidade de envolver a vítima na rede e matá-la, apareciam de uma forma gigante com bastante frequência como símbolos de má mãe nas sessões de parto, sugerindo a importância dessa área para o desenvolvimento futuro, aracnofobia (medo de aranhas). Da mesma forma, as cobras, além de terem, em um nível mais superficial, um significado evidentemente fálico, estão em um nível mais profundo, símbolos típicos da agonia do nascimento e, portanto, do mau elemento feminino.

A verdadeira justificativa para isso parece ser a observação de grandes constritores, que podem estrangular e esmagar a vítima (agonia do nascimento) e depois engoli-la em sua totalidade (gravidez). Parece haver, no entanto, raízes arquetípicas muito profundas para esse simbolismo. No que diz respeito aos pequenos insetos, as abelhas parecem estar especificamente relacionadas ao problema de reprodução e gravidez (transporte de pólen, inchaço induzido pela picada). As moscas, devido à sua capacidade de contaminar e espalhar infecções, estão associadas geralmente a espermatozoides de um lado e sujeira pós-parto do outro. Eles parecem ter uma relação especial com a fobia de sujeira e microorganismos.

Também os distúrbios emocionais com manifestações somáticas parecem basear-se em suas camadas mais profundas em matrizes perinatais. Assim, a enurese e encoprese psicogênica (perda neurótica de controle sobre os movimentos da bexiga e do intestino) estão relacionadas à BPM III, onde a micção e a defecação podem ocorrer como uma reação reflexa ao alto grau de dor, asfixia, ansiedade vital e pressão intra abdominal elevada. Uma réplica dessa situação pode ser observada mesmo em adultos em situações extraordinárias, como ataques em guerra, acidentes ou outros casos de súbito perigo vital. Em indivíduos que revivem o nascimento nas sessões de LSD, a preocupação com o controle dos esfínteres é uma ocorrência regular e, ocasionalmente, pode ser observado

urinar na cama de verdade. Também existem relatos de sujeira na cama nas sessões, mas são extremamente raros.

Neuroses sexuais graves, como frigidez, impotência e impotência orgástica, parecem basear-se em última análise na semelhança entre o padrão do orgasmo sexual e a agonia do nascimento (BPM III). A capacidade orgástica parece ser bloqueada por uma forte mistura de agressão na forma de impulsos sadomasoquistas e ansiedade vital ligada ao trauma do nascimento. Em geral, a capacidade de relaxamento final e satisfação após o orgasmo está profundamente relacionada à capacidade de obter sentimentos de êxtase pacífico nas sessões de LSD (BPM I e IV) e é bastante aprimorada sempre que o indivíduo atinge esse nível de psicoterapia com LSD.

Os sintomas neuróticos do órgão (dores de cabeça com características típicas do cinto; náusea e vômito; irritabilidade do intestino e diarreia; asfixia e sensação de falta de oxigênio; angústia e palpitações cardíacas; sudorese; rubor; calafrios e ondas de calor; e contrações musculares podem ser reduzidos ao complexo de fenômenos somáticos, que formam uma parte lógica e compreensível da experiência do nascimento.

Uma síndrome vegetativa diferente que envolve maus gostos na boca e sintomas de "ressaca" ou "gripe" (tremores internos e sensação de frio; fraqueza; dispepsia com flatulência e constipação; distonia vegetativa e tremores sutis de músculos isolados) aparece nas sessões e intervalos em sujeitos que já passaram do ponto de morte e renascimento do ego. Essas manifestações podem estar relacionadas a distúrbios da vida intra-uterina. Os mesmos sentimentos parecem ser a base da hipocondria com base em sensações somáticas estranhas e dificilmente definíveis.

Parece haver dados suficientes em nosso material clínico e na literatura de LSD para supor que o BPM II e III também estejam envolvidos na patogênese de doenças psicossomáticas graves, como asma, psoríase, úlcera péptica, colite ulcerosa e hipertensão arterial.

A neurastenia e as neuroses traumáticas emocionais merecem uma atenção especial, porque nesses distúrbios os componentes do BPM III aparecem na forma original, não muito modificada pela experiência de vida posterior (sistemas COEX). A neurastenia parece ser a reação mais comum e normal de um indivíduo, vivendo por um período mais longo em uma situação objetivamente estressante.

Os sintomas observados nessas condições parecem representar os fenômenos típicos do nascimento de forma atenuada: dores de cabeça intensas, tensão

muscular, sudorese, angústia e palpitações cardíacas, opressão, diarreia e "fraqueza irritável" (sensação de fraqueza, mas ao mesmo tempo tensão e irritabilidade fácil).

Os distúrbios sexuais que são um componente bastante constante desse quadro clínico (impotência nos homens e dificuldades orgásticas nas mulheres) podem ser explicados pela relação descrita entre a BPM III e o padrão do orgasmo sexual. Nas neuroses traumáticas emocionais, a situação que precipita os sintomas se assemelha à situação original do nascimento, pois representa uma ameaça real à sobrevivência e à integridade do corpo e envolve ansiedade vital (ataques aéreos e ataques em guerras, acidentes e operações).

Diferentes manifestações da esquizofrenia estão relacionadas a várias matrizes perinatais; parece, no entanto, que a ênfase está na maioria dos casos no BPM I, a união primordial com a mãe e nos elementos transpessoais. Excepcionalmente, alguns pacientes esquizofrênicos podem ter episódios de sentimentos de êxtase relativamente puros de comunhão com Deus, atendendo a muitos dos critérios das categorias místicas de Pahnke. Em vez de serem entendidos como uma manifestação universal, como costuma ser o caso de mestres e mestres religiosos, eles são interpretados por esses pacientes no contexto de grandiosas ilusões de singularidade. Em vez de encarar sua experiência com humildade como manifestação de potencial inerente a todo ser humano, eles tendem a se declarar como Deus ou um de Seus profetas e a tentar convencer os outros de que merecem tratamento especial.

Por outro lado, sentem-se frequentemente perseguidos e gastam muito tempo e energia lutando com seus oponentes e adversários reais ou imaginários. Basicamente, a diferença entre as experiências de místicos e pacientes esquizofrênicos não parece estar primariamente na natureza e no conteúdo das experiências, mas na abordagem geral dessas experiências e na sua integração na vida cotidiana. Também o interesse em problemas místicos, filosóficos, religiosos e cosmológicos e reencarnação, que é tão frequente em pacientes esquizofrênicos, é uma manifestação típica do BPM I e dos domínios transpessoais do inconsciente.

Material clínico de sessões avançadas de LSD indica que catatonia e estupor de pacientes esquizofrênicos, freqüentemente associados à posição fetal e desconsideração pela ingestão de alimentos ou pelas funções excretoras, parecem estar relacionados à situação intra-uterina. As experiências de existência intra-uterina perturbada nas sessões de LSD são acompanhadas por muitos fenômenos essenciais para a esquizofrenia (sintomas somáticos bizarros atribuídos à influência de forças metafísicas ou cósmicas más, à ação de radiação

nociva ou a influências químicas, como gases ou venenos) . Isso pode estar associado a visões de demônios insidiosos e perigosos, contra os quais o sujeito deve lutar.

Esses episódios, bem como as alterações bioquímicas adversas que anunciam o início do parto, parecem ser a matriz básica para sentimentos de perigo e ameaça indefinidos universais, típicos para pacientes paranóicos. As experiências de influência externa (por exemplo, por máquinas ou hipnose), bem como alucinações intrapsíquicas e acústicas, parecem estar relacionadas à união simbiótica indiferenciada original com a mãe. As ilusões e elementos desejosos de devaneios descontrolados e pensamento autista podem ser entendidos como resultantes de uma tentativa de restabelecer a situação intra-uterina original e não perturbada.

A participação da terceira matriz perinatal parece acrescentar ao quadro da esquizofrenia, especialmente os elementos de agressão sangrenta e elementos sadomasoquistas, como experiências de torturas físicas atribuídas a entidades más, perseguidores ou uma máquina diabólica e automutilação ou assassinato. Algumas outras características do BPM III envolvem episódios de tensão sexual, êxtase selvagem e outras manifestações sexuais, fenômenos motores bizarros, crises de ansiedade de pânico, mas também episódios espontâneos não frequentes de morte e renascimento do ego, experiências de destruição e recreação do mundo, sentimentos de identificação com Cristo, ou salvação e ressurreição.

Todos os elementos mencionados das matrizes perinatais foram ativados e aproximados do ego por várias experiências traumáticas de diferentes períodos da complicada história de vida do esquizofrênico. Isso poderia explicar a ocorrência frequente de material infantil na sintomatologia da esquizofrenia.

A diferença básica entre as experiências de pacientes psicóticos e neuróticos, desse ponto de vista, parece ser o fato de os primeiros estarem sob uma influência mais ou menos direta dos elementos das matrizes perinatais, enquanto os segundos estão sintonizados em vários níveis dos sistemas COEX e os níveis perinatais participam apenas como fonte transfenomenal de energia emocional para os sintomas. É razoável supor que em diferentes estágios da esquizofrenia também vários fatores biológicos, especialmente bioquímicos, possam estar envolvidos, contribuindo para a ativação dos sistemas COEX e, eventualmente, matrizes perinatais.

Outro problema interessante sobre o qual as observações das sessões de LSD podem lançar alguma nova luz diz respeito à relação entre as funções

reprodutivas femininas e os distúrbios emocionais. Trata-se, acima de tudo, da precipitação de transtornos mentais na gravidez e no período pós-parto. Devido à profunda semelhança descrita entre o padrão de agonia no nascimento, orgasmo sexual e parto de uma criança, a experiência de dar à luz a uma criança parece ativar a memória inconsciente do próprio nascimento da mãe (veja o reviver paralelo de ambos nas sessões de LSD)

Também ativa todas as elaborações secundárias posteriores de matrizes perinatais que fazem parte dos sistemas COEX apropriados. Também os problemas típicos relacionados à menstruação e ao sexo em geral parecem estar relacionados aos fenômenos do nascimento.

Muitos desses fenômenos provavelmente têm interconexões psicológicas muito importantes, até agora inexploradas e insuficientemente compreendidas. O desequilíbrio hormonal, que é tão frequentemente considerado o fator mais importante nos transtornos mentais que ocorrem na puberdade, menstruação, gravidez, puerpério e menopausa, parece, deste ponto de vista, ter um significado secundário.

Mais uma área interessante deve ser discutida em relação ao trauma no nascimento e matrizes perinatais. Parece que as observações das sessões de LSD poderiam contribuir para a nossa compreensão do fenômeno do êxtase. Da mesma forma, como podemos distinguir dois grupos de suicídios e relacioná-los com diferentes matrizes perinatais, também podemos identificar duas grandes categorias de êxtase.

O êxtase selvagem e dinâmico do "tipo vulcânico" é um tipo sensual de êxtase com um forte componente de tensão interior, excitação sexual e agressão. Está relacionado a danças rítmicas caracterizadas por monotonia intoxicante e um tom sexual, música alta com um ritmo distinto, fogo, fogos de artifício, explosões, cores ricas e parques de diversões. Também danças rituais com a mistura única de elementos sexuais e religiosos poderiam ser mencionadas neste contexto. Uma forma profunda e intensa desse tipo de êxtase envolve dor física e emocional e limita uma agonia com as expectativas religiosas de um grande resgate de libertação de eventos, salvação, renascimento. As experiências da psicoterapia com LSD mostram claramente que esse tipo de êxtase está relacionado ao BPM III. A experiência do orgasmo sexual e do parto da criança pertence a esta categoria.

O êxtase pacífico e harmonioso do tipo oceânico é um tipo espiritual de êxtase, uma condição livre de tensão com experiências de perda do ego, identificação com o Universo e Deus, com qualidades essenciais de amor, luz e segurança. Está

relacionado à dança suave e fluente, como balé clássico ou oriental, música lenta, calma e pacífica ou, --- coros solenes, belezas naturais (céu azul ou cheio de estrelas, montanhas altas, lagos claros e oceano), harmoniosa cores pastel, luz radiante ou ornamentos suaves e sutis.

Em um nível mais superficial, algumas vezes envolve elementos de satisfação anaclítica (bom ventre ou bom peito) e gratificação e realização sexual. Representa uma condição em que todas as necessidades do indivíduo parecem satisfeitas. A experiência de relaxamento total, fusão e união homem-mulher, após o clímax sexual e os sentimentos da mãe após o parto, pertencem a esse grupo. A maioria das experiências de pico no sentido de Maslow poderia ser classificada nessa categoria. Geneticamente, esse tipo de êxtase está relacionado à primeira e quarta matriz perinatal. A conquista dessa condição e estabilização nesse estado parece ser o objetivo final da psicoterapia com LSD.