

O Conceito de Resiliência: Diferentes Olhares

Resilience Concept: different perspectives

*Anne Orgler Sordi**
*Gisele Gus Manfro***
*Simone Hauck****

- * Médica Psiquiatra do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Doutoranda em Psiquiatria/UFRGS.
- ** Professora do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS e do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da UFRGS.
- *** Médica Psiquiatra. Doutora em psiquiatria/UFRGS. Professora do Curso de Especialização em Psicoterapia de Orientação Analítica do Centro de Estudos Luis Guedes.

Resumo

O conceito de resiliência transita entre aspectos físicos, biológicos e psíquicos. Podemos identifica-lo desde o primórdio da teoria psicanalítica, evoluindo para além da psicanálise nas mais diversas áreas da ciência. Seu estudo é muito útil na busca do entendimento dos fenômenos humanos, a partir da inter-relação entre as experiências primitivas, o ambiente, a neurobiologia e a genética. Este trabalho se propõe discutir o conceito de resiliência através de uma revisão histórica, partindo das teorias clássicas da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento e de sua evolução nos diferentes campos da ciência até os achados mais recentes da psicobiologia.

Descritores: resiliência; trauma; psicobiologia; neurociência.

Abstract

The concept of resilience moves through physical, biological and psychological fields. It can be identified since the beginnings of psychoanalytic theory, evolving beyond psychoanalysis in several scientific areas. Its investigation is very useful in the study of human phenomena, considering the inter-relationship between early experiences, the environment, neurobiology and genetics. This paper aims to discuss the concept of resilience through a historical review, starting from the classical theories of psychoanalysis and

developmental psychology and evolving to its development in different fields of science to the most recent findings of psychobiology.

Keywords: resilience; trauma; psychobiology; neuroscience.

Introdução

O conceito de *resiliência* pode ser identificado desde o início das teorias clássicas da Psicanálise e da Psicologia do Desenvolvimento. É um conceito presente nos mais diversos campos da ciência e seu estudo evoluiu, ao longo do tempo, a partir da integração de ideias provenientes dos diferentes campos da psiquiatria e de outras ciências como a física e a biologia, o que contribui para a complexidade deste constructo.

Este artigo inicia com a apresentação do conceito de *resiliência* relacionado às ciências humanas, com especial ênfase no campo da psiquiatria. A seguir, são desenvolvidas algumas ideias das teorias clássicas da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento que podem ser consideradas fundamentos para a construção atual do conceito de *resiliência*. Complementando esses aspectos, serão expostas algumas informações de como este constructo tem sido descrito, estudado e pesquisado no campo da psiquiatria atual, enfatizando sua importância teórica e utilidade clínica. Cabe salientar que não é objetivo deste trabalho reduzir o conceito de *resiliência* a uma ou outra característica que este fenômeno contemple; muito pelo contrário, o objetivo é estimular a curiosidade e uma reflexão crítica sobre este complexo constructo.

O conceito de resiliência

O termo resiliência¹ engloba um conceito que transita entre aspectos físicos, biológicos e psíquicos. Do latim *resiliens*, significa voltar para trás, recolher-se. Do inglês *resilience*, significa elasticidade, capacidade de recuperação¹. Tem suas origens na física, significando a propriedade de um corpo de recuperar sua forma original após sofrer choque ou deformação. Pode também ser relacionado ao conceito de *robustness*, remetendo à ideia de que uma organização estável, frente a uma perturbação, teria a capacidade de se manter intacta ou de organizar-se ao redor de outro fator a fim de manter a estabilidade, podendo este conceito ser aplicado a todo tipo de matéria².

Na biologia, a evolução do conceito incorporou a noção de adaptabilidade. Dessa maneira, pode ser aplicado tanto aos seres vivos, considerando-se todas as interações orgânicas que ocorrem, mesmo em nível

intracelular, a fim de que uma organização viva e funcional possa ser gerada e mantida; quanto ao ecossistema, que muitas vezes necessita sofrer reorganizações frente a adversidades para se manter preservado².

Quando aplicado à psicologia, o conceito de resiliência refere-se à capacidade do indivíduo de enfrentar as adversidades, manter uma habilidade adaptativa, ser transformado por elas, recuperar-se ou conseguir superá-las^{1,3}.

Teorias psicanalíticas e da psicologia do desenvolvimento

Apesar de resiliência^a ser um conceito aparentemente recente dentro do campo da psicologia, podemos identificar sua origem nos primórdios da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento. Desta forma, para entender a resiliência através dos diferentes paradigmas atuais, torna-se importante uma breve revisão de como a resiliência – como ideia e não como conceito – transitou por alguns dos principais autores da primeira metade do século passado.

Em 1895, Freud reformulou sua ideia sobre as origens do trauma que, até então, atribuía a fatores externos reais. Assim, passou a dar maior ênfase aos processos intrapsíquicos, inferindo que o traumático não é o acontecimento real, mas a “lembrança recalçada” (fantasia), salientando também que algo se torna traumático no momento em que fica dissociado e fora da percepção consciente^{4,5}. Em *Luto e melancolia* (1915), descreve o luto como um processo reativo a uma perda, onde ocorreriam inibição e diminuição de interesse, explicados pela absorção do ego devido ao trabalho de luto. A resolução do processo dar-se-ia a partir da possibilidade de renunciar ao que foi perdido, deixando a libido livre para se ligar a novos objetos ou ideais. De outro lado, Freud descreve a melancolia, processo que ocorreria de maneira diferente, resultando em uma diminuição intensa da autoestima e em um empobrecimento importante do ego. Enquanto no luto o mundo se torna pobre e vazio, na melancolia é o próprio ego que se esvazia. A melancolia estaria relacionada não somente à perda real em si, mas a todas as representações objetais inconscientes relacionadas a ela: a libido não fica livre para ser deslocada para outro objeto; ao contrário, é fixada na identificação do ego com o objeto abandonado, “e a sombra do objeto recai sobre o ego”⁶.

^a Resiliência: re.si.li.ên.cia. *sf* (*ingl* *resilience*) 1 Ato de retorno de mola; elasticidade. 2 Ato de recuar (arma de fogo); coice. 3 Poder de recuperação. 4 Trabalho necessário para deformar um corpo até seu limite elástico. Dicionário Michaelis, Ed Melhoramentos 2009.

Assim, pode-se dizer que o processo psíquico que se estabelece ao se vivenciar uma perda está ancorado não somente no significado real do objeto perdido, mas no que a perda simboliza e na capacidade de entrar em contato com esses significados. Aqui podemos pensar que a resiliência se constitui na capacidade de elaborar a perda, sendo o luto um “marcador” de resiliência, ao contrário da melancolia. O indivíduo seguir um ou outro desses caminhos ao ser confrontado com uma perda depende, já na época, pensando na equação etiológica de Freud, de fatores inatos, ambientais e da interação entre eles. Podemos pensar no “resultado” da equação etiológica de Freud como a resiliência ou a ausência dela.

Em 1930, ao falar sobre o trauma, Freud diz: “Acho que, considerando a extraordinária atividade de síntese do Eu, não se pode falar de trauma sem tratar ao mesmo tempo da cicatrização reativa” (Freud, 1930). O traumático seria, então, a incapacidade de integrar o evento intrassubjetivamente, considerando que a reação ao trauma se relaciona com um excesso de excitação não tratável^{5,7,8}.

Melanie Klein (1963), em *Sobre o sentimento de solidão*, dá continuidade à teoria de Freud, ampliando-a, ao afirmar que o ego existe e opera desde o nascimento, tendo a função de defender-se das ansiedades estimuladas pelo conflito interno e pelas “influências de fora”. Assim, estabelecem-se desde o nascimento os processos de projeção e introjeção, articulando a estruturação de um mundo interno que é, em parte, a reflexão do mundo externo. Esse processo continua e se modifica no curso da maturação do indivíduo. Porém, mesmo no adulto, o julgamento da realidade jamais está inteiramente isento da influência do mundo interno que se estruturou a partir dessas experiências primitivas. Sendo assim, qualquer evento estressor e seu impacto e significado estarão sob o crivo do jogo das projeções e introjeções que ocorreram ao longo da vida, determinando a capacidade de adaptação/resiliência frente aos fatores ambientais ou internos (p.ex., doenças orgânicas).

Klein explora o conceito de relações objetais no processo de integração entre as ansiedades paranoides e depressivas, o que tornaria o ego mais seguro não só em relação à sua sobrevivência, como em relação à preservação dos objetos bons introjetados. Ela afirma, porém, que essa integração ocorre de maneira gradual, e a segurança que ela alcança pode ser perturbada por pressões tanto internas quanto externas. Existe uma agressividade inata na criança, que poderá se intensificar como defesa contra as circunstâncias externas desfavoráveis, assim como será modulada pela compreensão e amor que a criança receber. Todos esses fatores continuam operantes durante todo o desenvolvimento. Dessa forma, Klein já fornecia suporte para o conceito de

resiliência ao discutir a capacidade de manter o ego integrado frente às adversidades, ou de reintegrá-lo quando desestruturado por um estressor mais intenso, buscando a predominância de objetos bons frente às ansiedades paranoides⁹.

Melanie Klein também discorre sobre a necessidade de um processo educativo que inclua a vivência de frustrações. Se a ausência de frustração e o excesso de indulgência podem gerar culpa na criança, o excesso de frustração pode reforçar a tendência da criança à repressão. A criança que reage intensamente contra toda frustração tende a se ressentir de maneira importante ante a quaisquer falhas do ambiente em que vive e a subestimar a bondade alheia. Dessa maneira, faz uso maciço da projeção para livrar-se das sensações que provocam desprazer. Pessoas que mantêm esse padrão adaptativo ao longo da vida tornam-se menos tolerantes a situações frustrantes e podem fazer uso maciço desses mecanismos de defesa mais primitivos, o que acaba por gerar prejuízo nas relações interpessoais⁹.

Hanna Segal (1954) utiliza os conceitos kleinianos em sua teoria sobre a formação de símbolos. A autora sugere que a capacidade de simbolização é uma relação entre o ego, o objeto e o símbolo. Trata-se de uma maneira de o ego lidar com ansiedades mobilizadas pela relação com o objeto, principalmente em relação ao medo do objeto mau e a perda do objeto bom. Para Segal, a formação de símbolos se inicia muito cedo, tanto quanto a formação das relações de objeto. Os primeiros símbolos são formados a partir de projeções do indivíduo para dentro do objeto, que se identifica com aspectos das partes projetadas. Da mesma maneira, objetos internos são projetados para o mundo externo, e esses símbolos externos passam a representar as partes do self projetado. A autora diferencia esses primeiros símbolos chamando-os de “equação simbólica”, pois são sentidos como próprios do objeto original. Esse fenômeno é mais verificado em indivíduos com funcionamento mais concretos, sendo considerado uma perturbação na relação entre o ego e o objeto, como ela exemplifica ao citar os pacientes esquizofrênicos¹⁰.

Quando o desenvolvimento se dá de maneira saudável, o indivíduo vivencia a fase depressiva, que consiste na integração do objeto bom e do objeto mau. Essa experiência possibilita uma diminuição na intensidade das projeções e maior diferenciação entre self e objeto, aumentando o sentido de realidade interna e externa. Assim, o objetivo do ego passa a ser a proteção do objeto contra as pulsões possessivas e agressivas tão fortemente presentes na fase anterior. A inibição dessas pulsões torna-se um estímulo para a criação de símbolos, no momento em que estes funcionam como uma maneira de desviar essas pulsões do objeto original, e não como uma equivalência do mesmo. Nesse sentido, a capacidade de simbolizar uma situação

traumática permite ao indivíduo atribuir algum significado ao ocorrido em vez de senti-lo como uma “equação simbólica”, o que geraria ansiedades muito intensas e a retomada de defesas mais primitivas. Sabe-se hoje que, nas patologias do trauma, a perda da capacidade de simbolização é um dos fatores centrais e também um dos focos dos tratamentos psicodinâmicos dessas condições. Manter a capacidade de simbolização frente a situações traumáticas, do ponto de vista psicodinâmico, é um dos marcadores mais consistentes de resiliência¹⁰.

Segal baseou parte de sua teoria nas ideias propostas por Bion (1959) sobre a relação entre continente e contido. Dessa maneira, não seria apenas a identificação projetiva que levaria à formação do símbolo, sendo importante levar em conta a relação entre a parte projetada e o objeto no qual foi projetado. A possibilidade de a mãe conter as angústias do bebê, acolhendo suas confusões e emoções, seria o primeiro passo na aquisição de uma autocontinência psíquica a partir da relação primária com um seio pensante. Dessa forma, a introjeção de um objeto compreensivo permite ao indivíduo expor-se ao desconhecido advindo tanto do mundo externo quanto interno, formulando suas próprias representações. Quando isso não ocorre, o bebê vivencia uma série de angústias que não podem ser compreendidas, o que Bion chamou de “terror sem nome”. Assim, há uma tendência à desconfiança frente ao mundo externo e seus objetos, favorecendo o fechamento narcísico com vivências de solidão, vazio e ameaça, além da incapacidade de elaboração de eventos traumáticos¹⁰. Atualmente, a epigenética nos ensina que a resposta do cuidador não apenas modula características já existentes como também modifica a expressão gênica e o sistema de resposta ao estresse, elucidando um dos mecanismos que propiciam a influência do meio (aqui especialmente cuidador-mãe) no desenvolvimento psicobiológico do indivíduo, já descrita pelos autores iniciais da psicanálise e psicobiologia do desenvolvimento¹¹.

Também para Winnicott (1960), para ocorrer um desenvolvimento adequado do self da criança, é essencial considerar-se a relação do bebê com a mãe. Neste aspecto, o autor introduz a ideia de verdadeiro e falso self. Descreve uma “mãe suficientemente boa” como aquela que, através de uma adaptação relativamente bem sucedida às necessidades do lactente, pode reforçar seu ego ainda em processo de integração, contribuindo para a formação de seu self verdadeiro. Isso é possibilitado por uma resposta repetida da mãe em relação ao gesto, ou alucinação sensorial do bebê, desenvolvendo nele a capacidade de usar símbolos. No outro extremo, quando a mãe é inábil para sentir as necessidades do lactente, ela falha repetidamente em satisfazer os gestos de seu bebê, substituindo-os pelo seu próprio gesto, que

deve ser validado pela submissão do lactente, dando início à formação do falso self. A este modelo, Winnicott chamou de uma “mãe não suficientemente boa”, tendo como efeito o isolamento e a submissão do lactente, porque a catexia dos objetos externos não é iniciada. O autor ainda propõe que, através de uma capacidade de conciliação, o falso self tem uma função protetora de encobrir em determinado grau o verdadeiro self, permitindo que ele se expresse em situações que seriam socialmente adaptáveis. Quando isso não é possível, o falso self esconde o verdadeiro, construindo um conjunto de relacionamentos fracos, diminuindo a capacidade para o uso de símbolos e gerando uma necessidade de criar ilusões da realidade externa (?).

A importância das interações que se estabelecem entre a mãe e o bebê e que participam da qualidade do desenvolvimento do indivíduo também foi explorada pela teoria do apego, desenvolvida por John Bowlby a partir da década de 1950. Bowlby foi um dos principais autores a estudar a importância da formação de vínculos primitivos no desenvolvimento da personalidade e vulnerabilidade à psicopatologia. O autor se inspirou na etologia para explicar os trabalhos sobre apego, defendendo a ideia de que a realidade pode moldar o mundo íntimo das crianças¹². Contrapondo-se à teoria de Freud, baseada nas pulsões de vida e morte, Bowlby acreditava que a criança tinha uma tendência instintiva a buscar proximidade, cuja função seria a preservação biológica do indivíduo e da espécie. Na ausência materna, a criança passaria a desenvolver sintomas de medo e ansiedade. Bowlby (1960) compara esse sentimento com o sentimento de luto, que considera ocorrer tanto na vida primitiva, quanto na vida adulta. O sistema de apego que é desenvolvido entre a mãe e o bebê é utilizado posteriormente para modular o apego ou afastamento de outros indivíduos em qualquer idade, com flexibilidade conforme a mudança de condições que a pessoa está vivenciando^{13,14,15}.

No desenvolvimento de suas ideias, Bowlby diz que as experiências primitivas de apego são gradualmente internalizadas e organizadas para posteriormente regular as relações e os comportamentos adultos, com uma flexibilidade que possa permitir uma adaptação mesmo em situações de mudanças extremas. Quando isso não acontece, a capacidade de adaptação do indivíduo pode ficar prejudicada. Ele exemplifica com o caso de um menino que é designado a uma sucessão de diferentes cuidadores e por isso pode se tornar muito autocentrado e pouco capaz de desenvolver relacionamentos próximos no futuro¹³. Além disso, ele explora os sentimentos de ansiedade e de medo quando esses laços de apego são desfeitos. A separação das figuras de apego provoca uma sensação de perigo e ameaça, de forma que a ausência de cuidadores pode levar a criança a se tornar menos exploradora e mais propensa a desenvolver sentimentos de medo e ansiedade. Além disso, a

permanência da falta de um apego seguro propicia que a criança perca o interesse pelo cuidador, como uma defesa a essa ausência afetiva¹². Esse fenômeno, que pode permanecer internalizado durante a vida adulta, predisporia a um desenvolvimento desadaptativo, oposto aos mecanismos que tornariam uma pessoa mais resiliente.

Muitas de suas ideias foram contestadas na época por aqueles que consideravam que o trauma não existia na realidade externa e que as crianças ficavam traumatizadas pela emergência de uma representação inaceitável¹⁶. Dessa forma, Bowlby procurou unir estes dois conceitos ao escrever: "... o caminho que cada indivíduo segue no seu desenvolvimento e seu grau de resiliência ante os acontecimentos estressantes da vida são fortemente determinados pelo esquema de apego que desenvolveu nos seus primeiros anos de vida" ¹⁷.

Pesquisas atuais em resiliência

A introdução do conceito de resiliência no campo das ciências da saúde teve início na década de 1970 com estudos sobre pessoas que, apesar de terem vivenciado situações traumáticas agudas ou prolongadas, não adoeciam como seria o esperado¹⁸. O conceito foi proposto inicialmente por Gamerzy, em 1984, nos Estados Unidos, como uma manifestação da competência desenvolvida pela criança apesar da exposição a eventos estressantes. Em 1985, Rutter definiu resiliência como o enfrentamento de um evento adverso, de maneira a favorecer o aumento das competências sociais em relação à responsabilidade acessível às circunstâncias¹⁹.

Um dos primeiros e mais importantes estudos nesta área foi realizado com órfãos originários da Romênia precocemente separados de suas mães que passaram por intensa privação emocional e física durante o período da ditadura. Após o governo de **Nicolae Ceaucescu, no início da década de 1990, essas crianças foram encaminhadas para famílias cuidadoras em diferentes países**. Rutter (1985) avaliou esses órfãos anos depois de eles terem sido encaminhados para os novos lares e verificou que, apesar da disparidade no desenvolvimento inicial que essas crianças apresentavam em relação às crianças de mesma idade, muitas delas acabaram tendo um desenvolvimento satisfatório e se tornaram resilientes apesar das experiências traumáticas e de privação vivenciadas no início da vida²⁰. Assim, Rutter postula que a resiliência não pode ser considerada como um traço de personalidade, mas como um processo dinâmico que pode variar em diferentes contextos. Outros autores também concordam em que a resiliência é uma habilidade que pode ser aprendida em qualquer idade²¹. Dessa forma, passamos a pensar

em resiliência como um constructo móvel, modificável ao longo da vida conforme as circunstâncias passadas e presentes. Essa visão valoriza as intervenções mais tardias, como a psicoterapia, como potenciais ferramentas para ampliar a capacidade dos indivíduos de enfrentar as adversidades e conflitos inerentes à sua existência.

Na época, Rutter identificou resiliência como o oposto da vulnerabilidade¹. Por vulnerabilidade, entende-se a predisposição do indivíduo a desenvolver alguma forma de psicopatologia ou sintoma, ou a resultados negativos em algum processo de desenvolvimento²². Anthony, na década de 1970, já introduzira o conceito de vulnerabilidade, classificando as pessoas vulneráveis em quatro categorias: 1) as hipervulneráveis, que sucumbem a situações de estresse comuns na vida; 2) as pseudoinvulneráveis, que viveram em um ambiente demasiadamente protetor e sucumbem com pequenas adversidades; 3) as invulneráveis, que vivenciam diversas situações de estresse e se recompõem com facilidade; e 4) as não vulneráveis, que são robustas desde o nascimento e não se alteram frente a adversidades²³. Porém, esse constructo de vulnerabilidade como o lado oposto de um continuum foi contestado por muitos autores, entendendo a resiliência como capacidade do indivíduo de, mesmo após a desintegração ou modificação frente a um fator estressor, devido à sua vulnerabilidade, conseguir adaptar-se novamente; esta capacidade estaria estruturada em vivências primitivas e fatores de risco e de proteção que poderiam ser modificados ao longo da vida^{22,23}.

Os achados iniciais possibilitaram discutir quanto à intensidade de fatores de risco (privações, eventos traumáticos) poderia influenciar a capacidade do indivíduo de lidar com situações adversas, visto que todo ser humano possuiria um limite para lidar com estresse. Alguns autores passaram a considerar que o número de eventos adversos vivenciados poderia ter implicação na capacidade de resiliência do indivíduo (24). Gerner (1991) sugere serem as situações agudas muito mais desastrosas para o indivíduo do que situações crônicas, às quais já estaria habituado. Mais tarde, porém, vem a considerar a implicação do acúmulo e da cronicidade de eventos estressores na capacidade do indivíduo de resistir a situações traumáticas. Além disso, é importante lembrar que é a visão subjetiva do indivíduo a determinado evento estressor e o sentido atribuído ao mesmo que terá implicação no dano proporcionado³.

Dessa maneira, tornou-se contraditório pensarmos na existência de fatores de risco definitivos para a capacidade de resiliência. A vivência de situações adversas somada a uma incapacidade de se readaptar após o evento, ocorrido repetidamente, proporcionaria uma desestruturação cada vez maior

no indivíduo, uma sensação de insegurança e desorganização, tornando-o mais vulnerável. Por outro lado, a capacidade de vivenciar o evento traumático, modificar-se com ele de maneira saudável, readaptar-se e aprender com ele, proporcionaria o desenvolvimento da autoestima, da sensação de segurança e capacidade de superação.

É importante salientar, no entanto, que a trajetória de cada indivíduo com seu sistema biológico particular, sua história de vida e seus “encontros interpessoais” é um quadro complexo e dinâmico. Mesmo que identificados muitos dos fatores que em geral promovem resiliência ou vulnerabilidade para cada paciente que temos frente a nós, importará a arte de entender o que cada um desses fatores representa para aquele indivíduo naquele momento e como podemos intervir promovendo o aumento de sua capacidade de enfrentar adversidades e, por que não, de ser mais feliz dentro de suas particulares circunstâncias.

Assim, uma discussão se abre para pensarmos se existem fatores de risco para a capacidade de resiliência, visto que todos os indivíduos vivenciarão situações traumáticas ao longo da vida. Por outro lado, há consenso de que existem fatores de proteção que terão influência na subjetividade frente ao evento estressor e na habilidade para lidar com ele^{1,22, 25}. Eventos traumáticos que ocorrem na infância, por exemplo, como o abuso emocional, físico ou sexual, antes que o indivíduo tenha desenvolvido minimamente seu sistema de resposta ao estresse e sua personalidade, são quase universalmente potencialmente traumáticos. Mas sempre, tudo deve ser considerado do ponto de vista do indivíduo quando nossa função é tratar aquele indivíduo em particular. Para a ciência, no entanto, cabem as generalizações. Cabe ao psicoterapeuta, médico ou agente de saúde a sabedoria de colocar o conhecimento em perspectiva, e isso não precisa ser um impasse; afinal, não existem respostas universais para as perguntas de cada ser vivo em suas circunstâncias particulares.

No entanto, a busca de fatores comuns é fundamental para o enriquecimento do conhecimento. Sua aplicação, considerando o ponto de vista dos psicoterapeutas, é que depende da visão cuidadosa desse conhecimento em cada contexto particular. Diferentes estudos foram conduzidos para avaliar quais seriam os fatores de proteção que proporcionariam ao indivíduo uma maior predisposição à capacidade de resiliência. Fator de proteção é considerado tudo aquilo que possa produzir no indivíduo uma redução do efeito negativo frente a uma adversidade. Muitos desses estudos são realizados com crianças e identificam como fatores de proteção características pessoais do indivíduo, estrutura familiar e ambiente. Características individuais que mostraram sua associação com maior capacidade de resiliência são inteligência,

estabilidade emocional, estratégias de *coping*, autonomia, controle, atenção e predisposição genética^{22, 26}.

Um conceito importante que pode favorecer a capacidade de resiliência, mas não pode ser confundido com ela, é conceito de *coping*. Este se refere aos esforços cognitivos e comportamentais utilizados pelo indivíduo para lidar com situações estressoras. Eles podem ocorrer de uma forma adaptada, tornando-se um fator protetor para o processo de resiliência, ou desadaptada, como em indivíduos com perfil excessivamente evitativo ou obsessivo (Pesce et al., 2004).

Muitos autores concordam que um dos principais fatores para o desenvolvimento saudável da criança é a presença de figuras parentais afetivas e cuidadoras, que possam proporcionar uma sensação de segurança e autocontrole. Um estilo parental caloroso é associado a uma maior capacidade de ajustamento dos filhos em domínios sociais, emocionais ou acadêmicos²⁵. Ferguson e Horwood (2003) desenvolveram um estudo no qual seguiram 1.265 recém-nascidos até os 21 anos de idade para avaliar quais fatores poderiam estar associados à resiliência. Eles observaram que fatores de proteção, como inteligência, vínculo parental saudável e elevada autoestima, tinham o mesmo impacto na capacidade de resiliência de crianças expostas, ou não, a muitas adversidades²⁷. Conrad (1998) desenvolveu um estudo com crianças de rua, filhas de mulheres com sintomas depressivos e verificou que 60% delas não apresentaram problemas de comportamento em idades mais avançadas, atribuindo esse resultado a figuras externas que ofereceram suporte e segurança ao indivíduo²⁹. Pesce (2004) avaliou 997 alunos e verificou que eventos traumáticos ao longo da vida não estavam relacionados a características de um indivíduo resiliente. Esses achados estão de acordo com a teoria, que não encontra relação direta entre risco e resiliência, considerando o processamento da experiência como o fator mais determinante. Os fatores de proteção, por outro lado, mostraram essa associação, reforçando a hipótese de que eles irão influenciar na habilidade para lidar com situações adversas ao longo da vida²².

Considerando-se que fatores de proteção são modificáveis ao longo da vida e que a resiliência é um constructo dinâmico, alguns autores passaram a pensar na resiliência como um conceito sistêmico. O sistema envolveria tanto a capacidade do indivíduo de adaptar-se ao ambiente externo, quanto do ambiente a modificar-se com o indivíduo. Nesse aspecto, remetemo-nos novamente ao conceito físico de resiliência, à ideia de um corpo que se modifica frente a uma pressão e retorna a um estado de equilíbrio. Um equilíbrio dinâmico é determinado pela intensidade da perturbação inicial e pelas leis que contribuem para a preservação do sistema. Após uma perturbação, o sistema

pode se readaptar de maneira igual, mais estável ou instável². Nesse sentido, pensamos em resiliência como a capacidade de se reorganizar frente ao fator estressor, levando em consideração a organização estrutural psíquica do indivíduo de maneira a adaptar-se à sua realidade externa.

Para Cyrulnik (2001), a resiliência é um processo íntimo que se integra a um processo social. Ele associa o conceito de resiliência a uma “mola”, pela capacidade de se modificar frente a um impacto e retornar à estabilidade, e a um “tecido”, que se configura no espaço entre a pessoa e seu entorno social, como um mosaico de pano que vai sendo tecido²⁹. Canelas (2004) afirma que a resiliência pode ser aprendida dentro de uma perspectiva de ecossistema que envolve o indivíduo, a família, a sociedade e a comunidade. Pesce (2004) sintetiza essa compreensão ao afirmar que “a resiliência representa um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento de uma vida sadia, mesmo vivendo em um ambiente não sadio”. A autora caracteriza esse constructo como um processo interativo entre a pessoa e seu meio, que se estabelece como resultado de variações individuais em resposta ao risco³⁰. Os mesmos fatores causadores de estresse podem ser experienciados de formas diferentes por pessoas diferentes. Dessa forma, ela conceitua o termo resiliência como a possibilidade de superação, o que não representa uma eliminação do problema, mas sua ressignificação²². Nesse sentido, não basta a pessoa readaptar-se de maneira a manter o sistema aparentemente em funcionamento, se isto se dá em função de uma reestruturação psíquica patológica. A adaptação deve ser saudável para o indivíduo e para suas relações com o meio em que vive.

Francisco Varela (1980), neurobiólogo chileno que trabalhou ao lado de Humberto Maturana, contribuiu para o conceito de resiliência como sistema ao introduzir a teoria da autopoiese. Segundo o autor, é necessário entendermos um organismo como contendo uma série de identidades, e não uma identidade única. A interação entre todas essas identidades (identidade imunológica, identidade cognitiva, identidade celular, etc.) é que forma um sistema funcional. Esse fenômeno é aplicado desde o entendimento de uma célula (um sistema organizado envolto por uma membrana) até um ser humano, ou uma sociedade. Um sistema resiliente seria aquele que manteria as interações internas e externas de forma adaptada frente a um estressor. Sua teoria sobre a imunologia defende a ideia de que o ser vivo possui um sistema imunológico independente dos fatores externos que possam agredir o organismo. Ele exemplifica esse fenômeno ao transpor sua ideia para a dependência química, que funcionaria como um fator agressor à sociedade. Não adiantaria eliminar o fator agressor – as drogas – se não reinserirmos os usuários em empregos, ou dermos a eles condições de saúde, de maneira que eles possam fazer parte dos mecanismos que

preservam o sistema. Quando isso não ocorre, o sistema pode se desorganizar de maneira a ruir, autodestruindo-se³¹.

Outro campo em que o estudo da resiliência tem avançado bastante é o das neurociências. Uma série de estudos tem sido desenvolvida para se entender quais mecanismos neuroquímicos proporcionam uma melhor ou pior capacidade de enfrentar situações adversas. A maioria dos achados apoia-se no fato de que experiências primitivas de qualidade de apego modulariam determinados circuitos cerebrais de maneira a desenvolver uma maior resiliência. Dessa forma, postula-se que um indivíduo é biologicamente predisposto a manter o apego, especialmente em situações de perigo³². Quando as experiências primitivas são inadequadas, como, por exemplo, na falta ou excesso de estímulo e contato emocional, estruturas cerebrais envolvidas nesse sistema não se desenvolvem adequadamente, provocando uma sensação mais acentuada de insegurança e aumento da ansiedade em momentos de crise, afastando o indivíduo da capacidade de resiliência e aproximando-o de um desenvolvimento emocional disfuncional^{32,33,34}.

Psicobiologia

Estudos têm identificado que a capacidade de solucionar problemas e de enfrentamento de medo dependem do funcionamento de estruturas neuroquímicas que se relacionam ao eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, que por sua vez tem seu funcionamento modulado pela herança genética, bem como por vivências experimentadas principalmente nos primeiros anos de vida¹¹. Diversas estruturas cerebrais têm participação do processo de reconhecimento do perigo e da habilidade de enfrentamento da situação. O *locus ceruleus* tem projeções para áreas cerebrais responsáveis pela memória, atenção e emoção; a ponte reticular caudal é responsável pela ativação da resposta de “sobressalto” (*startle response*); o sistema simpático e o parassimpático serão estimulados respectivamente pela medula ventral rostral e pelo trato solitário; por fim, a *stria terminalis* desencadeia o funcionamento do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal³⁵.

Muitos são os mediadores dessa cadeia de reações químicas. Entre eles, têm chamado atenção as evidências em relação à associação do neuropeptídeo Y (NPY) com o desenvolvimento da resiliência^{11,36}. Esse neurotransmissor tem implicação em diversos processos psicológicos, como a memória de aprendizagem, sono, fome, regulação do humor e ansiedade, e acredita-se que essa interação do NPY com o sistema hipotálamo-hipófise-adrenal e com a produção de serotonina possa ter uma implicação mais direta na capacidade de resiliência^{36,37}. Em relação ao *brain-derived neurotrophic factor* (BDNF), um mediador que parece ter relação com a neurogênese e plasticidade cerebral,

as pesquisas têm evidenciado achados paradoxais³⁸. Apesar das evidências da diminuição do BDNF no hipocampo nos casos de TEPT, seus níveis séricos pareceram estar aumentados nas fases iniciais da patologia pós-traumática. Acredita-se que o BDNF sofra redução após tratamento efetivo, sugerindo que esse aumento inicial poderia estar relacionado ao aprendizado disfuncional e alterações de memória típicos do TEPT^{39,40}.

Evidências têm apontado também que maus tratos na infância podem provocar alterações no desenvolvimento da estrutura e funcionamento cerebral. Anormalidades estruturais foram identificadas no desenvolvimento do corpo caloso, neocórtex esquerdo, hipocampo e amígdala. As alterações funcionais são relativas ao funcionamento do sistema límbico, disfunções do lobo frontal e redução da atividade funcional do vermis cerebelar⁴¹.

Uma visão semelhante é discutida por Silva (2005) quando fala sobre a ideia de regulação emocional como uma estratégia dirigida a manter, aumentar ou suprimir um estado afetivo em curso. Ele infere que a habilidade de regular afetos estaria relacionada à habilidade de diferenciar emoções e que a incapacidade de manter uma regulação emocional frente a um evento estressor seria um indicativo de predisposição à psicopatologia. Ele postula que o adequado funcionamento da interação entre córtex pré-frontal e amígdala permite que emoções negativas possam ser modificadas⁴².

Pesquisas ainda mais recentes têm introduzido a ideia do “gene resiliente”. Essas pesquisas mostram que a exposição a eventos traumáticos pode provocar alterações no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, aumentando a vulnerabilidade ao transtorno de estresse pós-traumático e transtornos de humor e que esses efeitos podem ser mediados pela interação gene *versus* ambiente atuando na expressão de polimorfismos genéticos, como o polimorfismo dos genes CRHR1 e FKBP5. Indivíduos que possuem esses polimorfismos genéticos parecem ser mais protegidos contra os efeitos dos eventos traumáticos nas alterações do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal²¹.

Conclusão

Este é um trabalho que não se propõe encerrar uma discussão sobre o que é resiliência. Muito pelo contrário, seu objetivo é o desenvolvimento da curiosidade sobre um tema tão discutido nos dias de hoje. Apesar de baseado em teorias clássicas da psiquiatria, a resiliência é um conceito relativamente recente no estudo da mente humana e vem sendo apresentado de diferentes maneiras pelos autores que se interessam pelo assunto. Nesse sentido, é um conceito que reflete a importância de se entender como muitos fenômenos se formam a partir de uma inter-relação entre vivências primitivas, ambiente, neurobiologia e genética. Ainda estamos longe de compreen-

der perfeitamente como se estabelece a capacidade de resiliência em um indivíduo, mas é a partir desses diferentes olhares sobre o tema que vai se formando a compreensão de como o ser humano desenvolve a capacidade de enfrentar situações adversas. Acima de tudo, quando pensamos no papel do psicoterapeuta, é preciso olhar e buscar entender esse conhecimento e sua constante evolução dentro da história individual e características de cada paciente e de como a compreensão da mente e da biologia pode ajudar a aumentar a capacidade de resiliência de um indivíduo em particular.

Integrando o conhecimento apresentado, podemos perceber que o conceito de resiliência é ancorado em ideias propostas pelas teorias clássicas da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento, mas que transita entre diferentes enfoques da psiquiatria. Assim, é um conceito que se presta à integração entre esses variados paradigmas, mas que vem ao encontro do que Freud já postulava em sua equação etiológica: a formação do indivíduo está baseada em suas heranças constitucionais, experiências infantis e experiências vivenciadas na vida adulta⁴³. Interessante ainda é pensar que, para se entender a resiliência, não basta apenas olhar para o passado. Viktor Emil Frankl (1946), sobrevivente de quatro campos de concentração, trouxe uma contribuição importante ao introduzir a ideia de “sentido da vida”. Ele reforça que a percepção de que a existência possui um significado, e que este deve ser buscado, seria a principal força motivadora da pessoa para continuar vivendo. Isso facilitaria a capacidade para suportar momentos de sofrimento intenso e de dar um significado ao ocorrido, como um desafio compreensível e manejável, utilizando-se da criatividade, aprendizado, superação e crescimento⁴⁴.

Referências

1. PINHEIRO DPN. A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 9, n. 1, p. 67-75, 2004.
2. LESNE A. (2008). Robustness: confronting lessons from physics and biology. *Biol Rev Camb Philos Soc*. Nov;83(4):509-32.
3. GAMERZY N (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 31, 416-43.
4. FREUD S. (1950 [1895]) Projeto para uma Psicologia Científica. In: *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Rio de Janeiro, Imago, 1996. Vol. I, p. 335-346.
5. SCHESTATSKY, Sidnei et al. (2003). Historical evolution of the concept of posttraumatic stress disorder. *Rev. Bras. Psiquiatr*. Vol.25 (1): 8-11.

6. FREUD, S. (1917 [1915]) Luto e Melancolia. In: *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Rio de Janeiro, Imago, 1996. Vol. XIV, p. 245-270.
7. FREUD S. (1930), Correspondance, "Lettre Du 19 septembre 1930", Paris, Gallimard p. 436 P Sabourin. In: Cyrulnik B. *Falar de Amor a Beira do Abismo*. Editora Martins Fontes, São Paulo. 2006. p 8.
8. GANNAGÉ M (1999). L'enfant, les parents et La guerre, une étude clinique, au Liban. Paris, ESF. In: Freedman M. *Resiliencia y Situaciones Traumáticas*. Campo Grupal. No. 104, Set 2008.
9. KLEIN M. (1975) *O Sentimento de Solidão*. Imago. 2ª. Edição. Rio de Janeiro.
10. SEGAL H. (1954). Notas sobre a formação de símbolos. *International Journal of Psychoanalysis*, 38, 391-7. In: Spillus EB. Melanie Klein Hoje. Vol. 1. Imago. Rio de Janeiro, 1991. p. 167-184.
11. FEDER A., NESTLER, E. J. AND CHARNEY, D. S. (2009) Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nat Rev Neurosci* 10, 446-57
12. BOWLBY J. (1972/1984) *Apego e Perda*. Vol. 2: Separação. São Paulo, Livraria Martins Fontes Editora Ltda.
13. BOWLBY J (1960). Grief and mourning in infancy and early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, V15:9-52.
14. BOWLBY J (1969/1984). *Apego e Perda*. Vol. 1: Apego. São Paulo, Livraria Martins Fontes Editora Ltda.
15. BOWLBY J. (1980/1984) *Apego e Perda*. Vol. 3: Perda. São Paulo, Livraria Martins Fontes Editora Ltda.
16. CYRULNIK B (2006). *Falar de Amor a Beira do Abismo*. Editora Martins Fontes, 1ª. edição. São Paulo.
17. BOWLBY J(1986). Comunicação no 13º. Congresso da Associação Psiquiátrica Americana, Washington, 10-16 de maio de 1986. In: Cyrulnik B. *Falar de Amor a Beira do Abismo*. Editora Martins Fontes, São Paulo. 2006. p. 8.
18. SOUZA MTS e CERVENY CMO (2006). Resiliência Psicológica: Revisão da Literatura e Análise da Produção Científica. *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology*. Vol. 40, N. 1 p. 119-126.
19. MORALES M. (2007). *Approaches based on resilience*. Dossier de Synthèse Documentaire. Centre National de la Recherche Scientifique.
20. ATKINSON P.A., C.R. Martin and J. Rankin (2009) Resilience Revisited. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16(2): 137-415.

21. GUILLESPIE CF et al (2009). Risk and Resilience: Genetic and environmental influences on development of the stress response. *Depression and Anxiety* (26):984-992.
22. PESCE R et al. (2004). Risco e Proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Vol. 20, n.2. p. 135-143.
23. ANTHONY EJ (1982). Um nouveau domaine scientifique à Explorer. Paris, Presses Universitaire de France, 1982 p. 21-35. In: Freedman M. *Resiliencia y Situaciones Traumáticas*. Campo Grupal. No. 104, Set 2008.
24. CELIA S.; SOUZA RP. (1999) *Risco e Resiliência*. In: COSTA C e SOUZA P. *Adolescência: Aspectos Clínicos e Sociais*. Porto Alegre, Artmed. p. 333-339.
25. VANDERBILT-ADRIANCE E.; SHAW DS. (2008) Conceptualizing and Re-Evaluating Resilience across Levels of Risk, Time and Domains of Competence. *Clin Child Fam Psychl Rev*; 11(1-2):30-58.
26. MASTEN AS.; POWELL JL. (2003) A resilience framework for research, policy, and practice. In: Vanderbilt-Adriance E e Shaw DS (2008). Conceptualizing and Re-Evaluating Resilience across Levels of Risk, Time and Domains of Competence. *Clin Child Fam Psychl Rev*; 11(1-2):30-58.
27. FERGUSSON DM.; HORWOOD LJ. (2003) Resilience to childhood adversity: Results of a 21 year study. In: *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. Ed. Suniya S Luthar. Cambridge University Press; pp.130-155.
28. CONRAD BS. (1998) Maternal depressive symptoms and homeless children's mental health: Risk and resiliency. *Archives of Psychiatric Nursing*,12(1), 50-58.
29. SILVEIRA DR.; MAHFOUD M. (2008) Contribuições de Victor Emil Frankl ao conceito de resiliência. *Estudos de Psicologia*. Campinas 25(4):567-576.
30. CANELAS RS (2004). *A resiliência de crianças em situação de risco em programas sócio-educativos*. Universidade Federal de Minas Gerais, BH. In Silveira DR e Mahfoud M (2008). *Contribuições de Victor Emil Frankl ao conceito de resiliência*. Estudos de Psicologia. Campinas 25(4):567-576.
31. VARELA F. The Emergent Self. In: Brockman J. *The Third Culture: Beyond the Scientific Revolution*. Cap 12. Simon & Schuster, 1995.
32. SABLE P. (2004) Attachment, ethology and adult psychotherapy. *Attachment and Human Development*. Vol. 6 (1): 3-19.
33. SABLE P. (1997) Disorders of adult attachment. *Psychotherapy*, 34: 286-296

34. SCHORE A. (2000) Foreword to the reissue of Attachment and loss. *Vol. 1: Attachment by Jonh Bowlby*. New York: Basic Books.
35. HAUCK S et al. (2008) Manejo de situações de estresse agudo. In: Quevedo J.; Schmitt R.; Kapczinski F. *Emergências Psiquiátricas*. Porto Alegre, Artmed: 347-368.
36. EATON K.; SALLEE FR.; SAH R. (2007) *Relevance of neuropeptide Y (NPY) in psychiatry*. *Current Topics in Medicinal Chemistry*,7:1645-1659.
37. GUTMAN AR., YANG Y., RESSLER KJ., DAVIS M. (2008) The role of neuropeptide Y in the expression and extinction of fear-potentiated startle. *J Neurosci*. Nov 26;28(48):12682-90
38. POST R. M. (2007). Role of BDNF in bipolar and unipolar disorder: clinical and theoretical implications. *J Psychiatr Res* 41(12): 979-90.
39. HAUCK S. et al. (2010). Serum brain-derived neurotrophic factor in patients with trauma psychopathology. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 34(3): 459-62.
40. HAUCK S. et al. (2009). Serum levels of brain-derived neurotrophic factor in acute and posttraumatic stress disorder: a case report study. *Rev Bras Psiquiatr* 31(1): 48-51.
41. GRASSI-OLIVEIRA R. et al. (2008). *Psychobiology of childhood maltreatment: effects of allostatic load?*. *Rev Bras Psiquiatr* 30(1): 60-8.
42. SILVA CJ (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidade/resiliência. Ver *Chil Neuro-Psiquiat*; 43(3):201-209.
43. FREUD S. (1916). Os caminhos da formação dos sintomas (Conferência XXIII). *Obras Completas*, V. XVI, Rio de Janeiro, Imago. pp 419-439.
44. FIZZOTI E. *De Freud a Frankl: Interrogantes sobre el vacío existencial*. Ed.Eunsa; Pamplona, Espanha.1977.

Recebido em: 14/03/2011

Aceito em: 18/12/2011

Endereço para correspondência:

Anne Orgler Sordi
Hospital de Clinicas de Porto Alegre
Ramiro Barcelos 2350, sala 2201A
CEP 90035-903 - Porto Alegre - RS
annesordi@yahoo.com.br