

Não Começou com Você

COMO O TRAUMA FAMILIAR
HERDADO NOS DEFINE E COMO
DAR UM FIM A ESSE CICLO

Mark Wolynn

Especialista em Traumas Familiares Hereditários



ALTA BOOKS
GRUPO EDITORIAL
Rio de Janeiro, 2023

Sumário

Introdução: A Linguagem Secreta do Medo 1

Parte I A Rede do Trauma Familiar

Capítulo 1. Achados e Perdidos: Traumas 15

Capítulo 2. Três Gerações de Herança Compartilhada: O Corpo Familiar 25

Capítulo 3. A Mente Familiar 41

Capítulo 4. A Abordagem da Linguagem Central 55

Capítulo 5. Os Quatro Temas Inconscientes 63

Parte II O Mapa da Linguagem Central

Capítulo 6. A Reclamação Central 89

Capítulo 7. Os Descritores Centrais 103

Capítulo 8. A Sentença Central 113

Capítulo 9. O Trauma Central 133

Parte III Caminhos para a Reconexão

Capítulo 10. Do Insight à Integração 147

Capítulo 11. A Linguagem Central da Separação 165

Capítulo 12. A Linguagem Central dos Relacionamentos 181

Capítulo 13. A Linguagem Central do Sucesso	203
Capítulo 14. A Linguagem Central da Cura	219
<i>Glossário</i>	223
<i>Apêndice A: Lista de Perguntas da História Familiar</i>	225
<i>Apêndice B: Lista de Perguntas dos Traumas Precoces</i>	227
<i>Notas</i>	229
<i>Índice</i>	235

AMOSTRA

Parte I

A Rede do Trauma Familiar

AMOSTRA

AMOSTRA

Capítulo 1

Achados e Perdidos: Traumas

O passado não está morto. Na verdade, nem sequer é passado.

— William Faulkner, *Réquiem por uma Freira*

Uma característica bem documentada do trauma, e familiar para muitos, é a nossa incapacidade de articular o acontecimento. Não apenas nos escapam as palavras, mas algo acontece com nossa memória. Durante um incidente traumático, nossos processos de pensamento podem ficar dispersos e desordenados de tal modo que não reconhecemos mais as memórias como pertencentes ao evento original. Em vez disso, fragmentos de memória, distribuídos em imagens, sensações corporais e palavras, são armazenados em nosso inconsciente e, posteriormente, podem ser ativados por qualquer reminiscência mínima da experiência original. Uma vez desencadeados, é como se um botão invisível de rebobinar tivesse sido pressionado, fazendo-nos reviver aspectos do trauma em nosso dia a dia. Inconscientemente, podemos reagir a certas pessoas ou situações de maneiras antigas e familiares que ecoam o passado.

Há mais de cem anos, Sigmund Freud identificou esse padrão. A reenactação traumática, ou “compulsão à repetição”, como denominado pelo psicanalista, é uma tentativa do inconsciente de repetir o que não foi resolvido, para que possamos “solucioná-lo”. Esse impulso inconsciente de reviver eventos passados pode ser um dos mecanismos em ação quando as famílias reproduzem traumas não resolvidos nas gerações futuras.

Carl Jung, contemporâneo de Freud, também acreditava que o que permanece inconsciente não se dissipa, mas reaparece em nossas vidas como destino ou sorte. Tudo o que não é consciente, afirmou ele, será experimentado como destino. Em outras palavras, é provável que continuemos repetindo nossos padrões inconscientes até que os tragamos à luz da consciência. Tanto Jung quanto Freud observaram que tudo o que é muito difícil de processar não desaparece por conta própria, pelo contrário, é armazenado em nosso inconsciente.

Freud e Jung observaram como fragmentos de experiências de vida previamente bloqueadas, suprimidas ou reprimidas apareceriam nas palavras, nos gestos e nos comportamentos dos pacientes. Nas décadas seguintes, certos indícios — lapsos de linguagem, padrões de acidente ou imagens oníricas, por exemplo — foram considerados pelos terapeutas como manifestações das regiões indizíveis e impensáveis da vida de seus clientes.

Avanços recentes na tecnologia de imagem possibilitaram aos pesquisadores desvendar as funções cerebrais e corporais que “falham” ou paralisam durante episódios avassaladores. Bessel van der Kolk é um psiquiatra holandês conhecido por suas pesquisas sobre estresse pós-traumático. Ele explica que, durante um trauma, o centro da fala é desligado, assim como o córtex pré-frontal medial, a parte do cérebro responsável por vivenciar o momento presente. O psiquiatra descreve o *terror mudo* do trauma como a experiência de *ficar sem palavras*, uma ocorrência comum quando as vias cerebrais da recordação são obstruídas durante períodos de ameaça ou perigo. “Quando as pessoas revivem suas experiências traumáticas”, explica ele, “o lobo frontal é afetado e, como resultado, elas têm problemas para pensar e falar. Não são mais capazes de comunicar a si próprias ou aos outros exatamente o que está acontecendo”.¹

Ainda assim, nem tudo é silencioso: palavras, imagens e impulsos que se fragmentam após um evento traumático ressurgem para formar uma linguagem secreta do sofrimento que carregamos. Nada é perdido. Os fragmentos são apenas redirecionados.

Agora, as tendências emergentes em psicoterapia estão começando a extrapolar os traumas do indivíduo para incluir acontecimentos traumáticos

na família e na história social como parte do quadro geral. As tragédias que variam em tipo e intensidade — como abandono, suicídio e guerra, ou a morte prematura de um filho, pai ou irmão — podem transmitir, de uma geração para a outra, angustiantes ondas de choque em cascata. Desenvolvimentos recentes nas áreas de biologia celular, neurociência, epigenética e psicologia do desenvolvimento ressaltam a importância de explorar pelo menos três gerações de história familiar para compreender o mecanismo por trás dos padrões de trauma e sofrimento que se repetem.

A história a seguir é um exemplo vívido. Quando conheci Jesse, fazia mais de um ano que ele não dormia uma noite toda. Sua insônia era evidente em suas olheiras, mas seu olhar vazio sugeria uma história mais profunda. Embora tivesse apenas 20 anos, parecia pelo menos 10 anos mais velho. Ele afundou no meu sofá como se suas pernas não pudessem mais suportar seu peso.

Jesse explicou que fora um atleta admirável e um aluno exemplar, mas que sua insônia persistente desencadeara uma espiral descendente de aflição e depressão. Como resultado, ele largou a faculdade e perdeu a bolsa de beisebol que se esforçara tanto para conseguir. Desesperado, procurou ajuda para colocar sua vida nos eixos. No ano anterior, fora a três médicos, dois psicólogos, uma clínica do sono e um médico naturopata. Nenhum deles, relatou em tom monótono, conseguiu oferecer qualquer ajuda ou compreensão real. Jesse, que olhava principalmente para o chão enquanto contava sua história, afirmou que estava no limite.

Quando perguntei se tinha alguma ideia sobre o que poderia ter causado sua insônia, ele balançou a cabeça negativamente. Sempre dormira com facilidade até que, certa noite, logo após seu aniversário de 19 anos, acordou de supetão às 3h30. Estava gelado, tremendo, incapaz de se aquecer por mais que tentasse. Três horas e vários cobertores depois, Jesse permanecia desperto. Não estava apenas com frio e cansado, mas tomado por um medo estranho que nunca experimentara antes, um medo de que algo terrível poderia acontecer se adormecesse novamente. *Se eu dormir, nunca mais acordarei.* Sempre que ficava sonolento, o medo o impelia ao estado de vigília. O padrão se repetiu nas noites seguintes. Logo a insônia se tornou

um suplício noturno. Ele sabia que seu medo era irracional, mas não tinha forças para eliminá-lo.

Escutei Jesse com atenção. O que se destacou para mim foi um detalhe incomum — pouco antes do primeiro episódio, ele estava com muito frio, “gelado”, disse. Comecei a explorar essa informação e lhe perguntei se alguém de qualquer lado da família sofreu um trauma que envolvia sentir *frio*, ficar *sonolento* ou ter *19 anos*.

Jesse revelou que, recentemente, sua mãe lhe contara sobre a trágica morte do irmão mais velho de seu pai — um tio que ele nunca soube que existira. Tio Colin, com apenas 19 anos, congelou até a morte ao verificar as linhas de transmissão em uma tempestade ao norte de Yellowknife, nos Territórios do Noroeste do Canadá. Rastros na neve indicaram que ele lutara para sobreviver. Acabou sendo encontrado de bruços em uma nevasca, desacordado devido à hipotermia. Sua morte foi uma perda tão trágica que a família nunca mais pronunciou seu nome.

Agora, três décadas depois, de modo inconsciente, Jesse revivia aspectos da morte de Colin — especificamente, o terror de ceder ao estado de inconsciência. Para o tio, ceder significava morte. Para o sobrinho, adormecer adquiriu o mesmo sentido.

Fazer essa conexão foi um divisor de águas para Jesse. Ao compreender que sua insônia derivava de um evento ocorrido trinta anos antes, finalmente obteve uma explicação para o medo de adormecer. O processo de cura poderia começar. Com as ferramentas aprendidas em nossa colaboração, que serão detalhadas mais adiante, Jesse foi capaz de se desvencilhar do trauma sofrido por um tio que nunca conhecera, mas cujo terror inconscientemente assumira como seu. Não apenas se livrou do peso excruciante da insônia, mas também adquiriu um senso mais profundo de conexão com sua família, seu presente e seu passado.

Na tentativa de explicar histórias como a de Jesse, os cientistas agora são capazes de identificar biomarcadores — evidências de que traumas podem passar e, de fato, passam de uma geração para a outra. Rachel Yehuda, professora de psiquiatria e neurociência da Faculdade de Medicina Monte Sinai, em Nova York, é uma das maiores especialistas mundiais em trans-

torno de estresse pós-traumático (TEPT), uma verdadeira pioneira nessa área. Em vários estudos, Yehuda examinou a neurobiologia do TEPT em sobreviventes do Holocausto e seus filhos. Sua pesquisa sobre o cortisol em particular (o hormônio do estresse que ajuda nosso corpo a voltar ao normal após um trauma) e seus efeitos na função cerebral revolucionou a compreensão e o tratamento do TEPT em todo o mundo. (Pessoas que sofrem desse transtorno revivem sensações e sentimentos associados a um trauma, apesar de ele ter ocorrido no passado. Os sintomas incluem depressão, ansiedade, torpor, insônia, pesadelos, pensamentos aterradores e suscetibilidade ao medo ou à tensão de estar “no limite”.)

Yehuda e sua equipe constataram que filhos de sobreviventes do Holocausto com TEPT nasceram com níveis baixos de cortisol semelhantes aos de seus pais, o que os predispõe a reviver os sintomas provenientes da geração anterior. A descoberta de baixos níveis de cortisol em pessoas que vivenciam um evento traumático agudo tem sido controversa, pois contraria a noção consolidada de que o estresse está associado a níveis elevados de cortisol. Especificamente, nos casos de TEPT crônico, a produção de cortisol pode ser suprimida, contribuindo para os baixos níveis verificados tanto em sobreviventes quanto em seus filhos.

Yehuda detectou baixos níveis semelhantes de cortisol em veteranos de guerra; e em grávidas que, após os ataques ao World Trade Center, desenvolveram TEPT, bem como em seus filhos. A pesquisadora não apenas descobriu que os sobreviventes produziam menos cortisol, uma característica que podem passar para seus filhos, mas observou que vários transtornos psiquiátricos relacionados ao estresse, incluindo TEPT, síndrome da dor crônica e síndrome da fadiga crônica, estão associados a baixos níveis de cortisol no sangue.² Curiosamente, 50% a 70% dos pacientes com TEPT também atendem aos critérios de diagnóstico de depressão maior ou outro transtorno de humor ou ansiedade.³

A pesquisa de Yehuda comprova que temos três vezes mais probabilidade de apresentar sintomas de TEPT se um de nossos pais tiver o transtorno e, como resultado, é provável que soframos de depressão ou ansiedade.⁴ Ela acredita que esse tipo de TEPT geracional é herdado, e não desencadeado pela exposição às histórias dos infortúnios vividos por

nossos pais.⁵ Yehuda foi uma das primeiras pesquisadoras a demonstrar como descendentes de sobreviventes carregam os sintomas físicos e emocionais de traumas que não vivenciaram diretamente.

É o caso de Gretchen. Após anos de antidepressivos, sessões de psicoterapia e terapia em grupo, e várias abordagens cognitivas para mitigar os efeitos do estresse, seus sintomas de depressão e ansiedade permaneceram os mesmos.

Gretchen revelou que não queria mais viver. Desde sempre, lutara contra emoções tão intensas que mal conseguia conter os impulsos de seu corpo. Ela foi internada várias vezes em um hospital psiquiátrico, onde foi diagnosticada como bipolar com um grave transtorno de ansiedade. A medicação lhe proporcionou certo alívio, mas nunca atenuou sua forte ideação suicida. Quando adolescente, Gretchen se queimava com um cigarro aceso. Agora, aos 39 anos, estava farta. Sua depressão e ansiedade, afirmou, a impediram de se casar e ter filhos. Em um tom de voz surpreendentemente impassível, ela me contou que planejava se suicidar antes do próximo aniversário.

Ao ouvir Gretchen, tive a forte impressão de que deveria existir um trauma significativo em sua história familiar. Nestes casos, acho essencial prestar muita atenção às palavras, a fim de identificar indícios do evento traumático subjacente aos sintomas de um paciente.

Quando perguntei como planejava se matar, Gretchen respondeu que iria se “vaporizar”. Por mais incompreensível que pareça, seu plano era literalmente pular em um tanque de aço fundido na fábrica onde seu irmão trabalhava. “Meu corpo vai incinerar em segundos”, declarou, fitando-me, “antes mesmo de chegar ao fundo”.

Sua falta de emoção me impressionou. Qualquer sentimento latente parecia ter sido guardado a sete chaves. Ao mesmo tempo, as palavras *vaporizar* e *incinerar* me abalaram. Como já havia trabalhado com muitos filhos e netos de famílias afetadas pelo Holocausto, aprendi a deixar que suas palavras me guiassem. Queria que Gretchen me contasse mais.

Perguntei se algum de seus familiares era judeu ou vivenciara o Holocausto. Gretchen negou, mas então se deteve e relembrou uma história sobre sua avó. Ela nasceu em uma família judia na Polônia, mas se conver-

teu ao catolicismo em 1946, quando foi para os Estados Unidos e se casou com o avô de Gretchen. Dois anos antes, toda a família de sua avó morreria nos fornos de Auschwitz, sendo literalmente gaseada — exposta a gases tóxicos — e incinerada. Nenhum parente próximo de Gretchen conversou com sua avó sobre a guerra, ou sobre o destino de seus irmãos ou pais. Em vez disso, como costuma acontecer com traumas graves, a família evitou totalmente o assunto.

Gretchen conhecia os fatos básicos da sua história familiar, mas nunca os relacionara a sua própria ansiedade e depressão. Para mim, era evidente que as palavras empregadas e os sentimentos descritos não provinham dela, mas, sim, de sua avó e dos parentes falecidos.

À medida que eu elucidava a conexão, Gretchen ouvia atentamente. Seus olhos se arregalaram e suas bochechas enrubesceram. Percebi que ela se identificou com minhas palavras. Pela primeira vez, obtive uma explicação plausível para seu sofrimento.

A fim de ajudá-la a aprofundar seu novo entendimento, convidei-a a se colocar no lugar da avó, representada por um par de pegadas de borracha que centralizei no carpete do meu escritório. Pedi-lhe que se imaginasse sentindo o que a avó poderia ter sentido após perder todos os seus entes queridos. Para avançar ainda mais, solicitei que se posicionasse sobre as pegadas, colocando-se literalmente *no lugar da avó*, percebendo seus sentimentos como se habitasse o corpo *dela*. Gretchen relatou sensações avassaladoras de perda e tristeza, solidão e isolamento. Também experimentou o profundo sentimento de culpa comum aos sobreviventes, a sensação de continuar vivo enquanto seus entes queridos foram mortos.

Muitas vezes, para processar o trauma, é proveitoso que os pacientes experienciem de forma direta as sensações e os sentimentos submersos em seu corpo. Ao acessá-los, Gretchen percebeu que sua intenção de se autodestruir estava profundamente interligada aos parentes falecidos. Também compreendeu que assumira um aspecto do desejo que a avó tinha de morrer. Conforme assimilou essa compreensão, adquirindo uma nova perspectiva de sua história familiar, seu corpo relaxou, como se algo há muito tempo enrijecido dentro dela agora pudesse afrouxar.

Assim como aconteceu com Jesse, o fato de Gretchen reconhecer que seu trauma estava enterrado na história tácita de sua família foi apenas o primeiro passo do processo de cura. Por si só, é raro que uma compreensão intelectual seja suficiente para que ocorra uma mudança duradoura. Com frequência, o entendimento precisa ser acompanhado por uma experiência visceral profundamente sentida. Exploraremos mais a fundo as maneiras pelas quais a cura se torna totalmente integrada para que, por fim, as feridas das gerações anteriores sejam cicatrizadas.

Uma Inesperada Herança Familiar

Um menino pode ter as pernas compridas do avô; uma menina pode ter o nariz da mãe, mas Jesse herdou o medo do tio de nunca mais acordar, e Gretchen carregou a história familiar do Holocausto em sua depressão. Adormecidos em cada um deles, havia fragmentos de traumas graves demais para serem resolvidos em uma geração.

Quando nossos familiares passam por traumas terríveis ou sofrem com imensa culpa ou pesar, os sentimentos podem ser devastadores, agravando-se a ponto de se tornarem incontroláveis e irresolúveis. É da natureza humana: se a dor é muito grande, tendemos a evitá-la. No entanto, ao bloquearmos os sentimentos, inadvertidamente retardamos o processo de cura necessário que pode acarretar um alívio natural.

Às vezes, a dor submerge até encontrar um caminho para a manifestação ou a resolução. Essa manifestação costuma ser encontrada nas gerações seguintes e pode reemergir como sintomas difíceis de explicar. Para Jesse, o frio implacável e os tremores apareceram apenas quando atingiu a mesma idade que seu tio Colin tinha quando congelou até a morte. Para Gretchen, o desespero ansioso e a ideação suicida de sua avó sempre a acompanharam. Esses sentimentos se tornaram uma parte tão significativa da sua vida que ninguém pensou em considerar que não se originavam dela.

Atualmente, a sociedade não oferece muitas possibilidades para ajudar pessoas como Jesse e Gretchen, que carregam vestígios de traumas familiares herdados. Em regra, as alternativas são: consultar um médico, psicólogo

ou psiquiatra e, então, tomar medicamentos, fazer terapia ou alguma combinação de ambos. Porém, embora essas opções possam trazer certo alívio, geralmente não proporcionam uma solução completa.

Nem todos têm traumas tão consideráveis quanto os de Gretchen ou Jesse na história de sua família. Contudo, eventos como a morte de um pai ou filho, uma criança entregue à adoção, a perda de uma casa ou mesmo a privação de atenção materna podem derrubar os alicerces e restringir o fluxo de amor em nossa família. Ao considerar a origem desses traumas, padrões familiares antigos podem finalmente ser enterrados. É importante observar que nem todos os efeitos do trauma são negativos. No próximo capítulo, abordarei as mudanças epigenéticas — as modificações químicas de nossas células como resultado de um acontecimento traumático.

De acordo com Rachel Yehuda, o propósito de uma mudança epigenética é expandir a variedade de reações a situações estressantes, o que, segundo ela, é algo positivo. A pesquisadora questiona: “Com quem você prefere estar em uma zona de guerra? Alguém que já passou por adversidades [e] sabe se defender? Ou alguém que nunca teve que lutar por nada?”⁶ Yehuda explica que, ao compreendermos a função das mudanças biológicas do estresse e do trauma, “podemos desenvolver uma maneira melhor de explicar a nós mesmos quais são nossas verdadeiras capacidades”.⁷

Partindo desse ponto de vista, os traumas que herdamos ou vivenciamos em primeira mão podem não apenas criar um legado de angústia, mas também estabelecer uma herança de força e resiliência para as próximas gerações.

AMOSTRA

Capítulo 2

Três Gerações de Herança Compartilhada: O Corpo Familiar

Tenho a forte impressão de estar sob a influência de coisas e problemas que foram deixados incompletos e sem resposta por parte de meus pais, de meus avós e de outros antepassados. Muitas vezes parece haver numa família um carma impessoal que se transmite dos pais aos filhos. Sempre pensei que teria de responder a questões que o destino já propusera a meus antepassados, sem que estes lhes houvessem dado qualquer resposta; ou melhor, que deveria terminar ou simplesmente prosseguir, tratando de problemas que as épocas anteriores haviam deixado em suspenso.

— Carl Jung, *Memórias, Sonhos, Reflexões*

A história que compartilhamos com nossa família começa muito antes de sermos concebidos. Em sua forma biológica inicial, como um óvulo não fertilizado, você já compartilhava um ambiente celular com sua mãe e sua avó. Quando sua avó estava grávida de cinco meses, a célula precursora do óvulo do qual você se desenvolveu já estava presente nos ovários do feto que viria a ser sua mãe.

Isso significa que, antes mesmo de sua mãe nascer, ela, sua avó e os primeiros vestígios de você estavam todos no mesmo corpo — três gerações compartilhando o mesmo ambiente biológico.¹ Tal informação não é novidade: os livros de embriologia afirmam isso há mais de um século. De forma semelhante, sua origem pode ser traçada na linha paterna. As células precursoras do esperma a partir do qual você se desenvolveu estavam presentes no seu pai quando ele era um feto no útero de sua avó.²

A partir das descobertas atuais, provenientes dos estudos de Yehuda e outros, sobre as maneiras pelas quais o estresse pode ser herdado, é possível começar a mapear como os resíduos biológicos de traumas vivenciados por sua avó são transmitidos, com consequências abrangentes.

No entanto, há uma diferença biológica significativa na evolução do óvulo e do esperma. Quando seu pai atingiu a puberdade, seu esperma continuou a se multiplicar, enquanto sua mãe nasceu com um estoque definido de óvulos para a vida. Assim que os óvulos dela foram formados no útero de sua avó, essa linhagem de células parou de se dividir.³ Então, cerca de doze a quarenta anos depois, um desses óvulos, fertilizado pelo esperma de seu pai, acabou se transformando em quem você é hoje. Segundo a ciência, eventos com potencial para afetar as gerações subsequentes podem ficar marcados tanto no óvulo precursor quanto nas células espermáticas. Como o esperma de seu pai continuou a se desenvolver ao longo da adolescência e da idade adulta, ele permaneceu suscetível a marcas traumáticas quase até o momento em que você foi concebido.⁴ As implicações são surpreendentemente vastas, como podemos observar nas pesquisas em desenvolvimento.

Biologia Celular

Inicialmente, os cientistas acreditavam que os genes de nossos pais formavam o blueprint a partir do qual somos gerados e que, com a quantidade certa de orientação e nutrição, nos desenvolveríamos perfeitamente conforme o planejado. Agora sabemos que nosso blueprint genético é apenas o ponto de partida, uma vez que, desde a concepção, as influências do meio ambiente começam a nos moldar emocional, psicológica e biologicamente, e essa formação se mantém ao longo de nossas vidas.

Bruce Lipton, o pioneiro biólogo celular, demonstra que nosso DNA pode ser afetado por emoções, crenças e pensamentos negativos e positivos. Como professor universitário de medicina e cientista pesquisador, ele passou décadas investigando os mecanismos pelos quais as células recebem e processam informações. De 1987 a 1992, atuando como pesquisador da Universidade Stanford, o Dr. Lipton constatou que os sinais do ambiente

podem operar por meio da membrana celular, controlando o comportamento e a fisiologia da célula, que por sua vez podem ativar ou silenciar um gene. Suas ideias e descobertas, antes consideradas controversas, foram corroboradas por muitos pesquisadores. Em decorrência do seu trabalho com células animais e humanas, agora temos uma compreensão de como, no útero, a memória celular é transferida da mãe para o nascituro.

De acordo com Lipton, “as emoções da mãe, como medo, raiva, amor, esperança, entre outras, podem alterar bioquimicamente a expressão genética de sua prole”.⁵ Durante a gravidez, os nutrientes do sangue da mãe alimentam o feto por meio da placenta. Com os nutrientes, ela também libera uma série de hormônios e sinais de informação suscitados pelas emoções. Esses sinais químicos ativam proteínas receptoras específicas nas células, desencadeando uma cascata de mudanças fisiológicas, metabólicas e comportamentais no corpo da mãe e no feto.

Emoções crônicas ou recorrentes, como raiva e medo, podem marcar a criança, essencialmente preparando ou “pré-programando” sua forma de adaptação ao ambiente.⁶ Lipton explica: “Ao atravessar a placenta [humana], os hormônios do estresse fazem com que os vasos sanguíneos fetais fiquem mais contraídos nas vísceras, enviando mais sangue para a periferia e preparando o feto para uma resposta comportamental de luta/fuga.”⁷ Nesse sentido, a criança que vivenciou um ambiente estressante no útero pode tornar-se reativa em uma situação semelhante de estresse.

Atualmente, existem vários estudos que documentam como o estresse de uma grávida, mesmo no primeiro trimestre, pode afetar seu filho. Um desses estudos, publicado na *Biological Psychiatry* em 2010, analisou a relação entre o estresse pré-natal e seus efeitos no neurodesenvolvimento de bebês. A fim de determinar os níveis de estresse, os pesquisadores mediram o hormônio cortisol (controlador do estresse) no líquido amniótico de 125 grávidas. Os resultados revelaram que os nascituros expostos, dezessete semanas após a concepção, a um aumento do cortisol apresentaram desenvolvimento cognitivo prejudicado ao serem avaliados com 1 ano e 5 meses de idade.⁸

Em seu livro *Nurturing the Unborn Child: A nine-month program for soothing, stimulating, and communicating with your baby* [sem publicação no Brasil], o psiquiatra Thomas Verny afirma: “Se uma grávida passa por estresse agudo ou crônico, seu corpo produz hormônios do estresse (incluindo adrenalina e noradrenalina) que percorrem sua corrente sanguínea até o útero, induzindo o mesmo estado estressante no nascituro.”⁹ Ele prossegue: “Nossos estudos mostram que mães sob estresse excessivo e constante são mais propensas a ter bebês prematuros, com peso abaixo da média, hiperativos, irritadiços e com cólicas. Em casos extremos, eles podem nascer com os polegares esfolados ou até com ulcerações devido à sucção.”¹⁰

Lipton enfatiza a importância do que denomina parentalidade consciente — adquirir a consciência de que, da concepção ao pós-natal, a saúde e o desenvolvimento de uma criança podem ser profundamente influenciados pelos pensamentos, pelas atitudes e pelos comportamentos dos genitores.¹¹ “Pais que não desejam ter um filho, pais que estão sempre preocupados com suas próprias chances de sobrevivência e, conseqüentemente, com as de sua prole, mulheres que sofrem abusos físicos e emocionais durante a gravidez, todos esses aspectos representam situações nas quais estímulos ambientais adversos em torno do nascimento podem ser passados para a criança.”¹²

Com base no conhecimento de que as emoções podem ser comunicadas biologicamente e no fato de que as três gerações compartilham o mesmo ambiente biológico do útero, imagine o seguinte cenário: um mês antes de sua mãe nascer, sua avó recebe a notícia devastadora de que o marido morreu em um acidente. Com um novo bebê chegando e pouco tempo para lamentar a perda, sua avó provavelmente submergiria as emoções no corpo que agora divide com a filha e o neto. Você e sua mãe, de certa forma, reconheceriam essa dor, proveniente de um lugar bem profundo, compartilhado pelos três.

É nesse ambiente compartilhado que o estresse pode causar alterações em nosso DNA. Na próxima seção, abordarei como os genes são afetados por traumas em nossa história familiar.