



INSTITUTO JUNGUIANO DA BAHIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOTRAUMATOLOGIA

SYLVIO JOSÉ DE OLIVEIRA LAURANDI

O LÚDICO, JUNG, A EXPERIÊNCIA SOMÁTICA
E AS CRIANÇAS

Salvador

2017

SYLVIO JOSÉ DE OLIVEIRA LAURANDI

**O LÚDICO, JUNG, A EXPERIÊNCIA SOMÁTICA
E AS CRIANÇAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para o Curso de Pós-graduação “Lato Sensu” em Psicotraumatologia Junguiana Do Instituto Junguiano da Bahia e Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Psicotraumatologia.

Orientadora: Prof^a. Solana Fernandes S. Passos

Salvador

2017

*Epígrafe. Quando quiseres olhar o infinito,
nem precisas andar, pois andar cansa;
busca em volta o rosto mais bonito,
e encontrarás um riso de criança,*
(extraído do “Soneto de Criança”, de **Ravatsky**)

À minha esposa, única e grande influência deste meu voo por outras paragens, muito além do horizonte da engenharia. Além de influenciar, soube, como sempre, acolher e incentivar as mudanças de rumo que se apresentaram durante o voo e para completar, ainda me encaminhou os três primeiros pousos deste voo.

AGRADECIMENTOS.

- ◆ À Deus, acima de tudo, pela nossa existência.
- ◆ Ao meu falecido pai e à minha mãe, que se empenharam para garantir meus estudos e o de minhas irmãs, fazendo mais do que estava ao alcance deles para nos garantir um futuro diferente do deles próprios e de nossos colegas, moradores que éramos de um bairro carente, da periferia do Rio de Janeiro – muito obrigado aos meus cuidadores, vocês cumpriram com méritos a missão que Deus os confiou.
- ◆ À Andrea Oliveira, quem plantou e cultivou a rosa que me fez mudar o destino do voo.
- ◆ À minha Professora Liana Netto, fonte inspiradora que nunca seca.
- ◆ À minha Professora orientadora, Solana Fernandes Passos, por todo o apoio e incentivo.
- ◆ Aos cuidadores das duas crianças que autorizaram a utilização dos casos neste trabalho.
- ◆ À todos cujos trabalhos serviram-me de consulta e inspiração.
- ◆ À todos que direta ou indiretamente contribuíram com este trabalho.
- ◆

RESUMO

O presente trabalho destina-se a conclusão de curso de psicotraumatologia e apresenta uma revisão de literatura a respeito da clínica com crianças desde o surgimento da psicanálise, passando por Jung e seus seguidores, no que diz respeito à formação da personalidade, assim como a aplicação da abordagem da Experiência Somática – SE® à criança vítima de trauma. Em seguida apresenta o relato de dois casos clínicos da aplicação da abordagem SE® em crianças, uma submetida a situação traumática de choque e outra submetida a trauma e desenvolvimento, com o detalhamento de algumas intervenções e o progresso obtido por cada uma na sua autorregulação. Ao final observamos que a Experiência Somática – SE® aplicada em conjunto com as técnicas da ludoterapia apresentam ótimos resultados em curto espaço de tempo em ambos os casos.

Palavras-chave: Psicologia Analítica. Ludoterapia. Experiência Somática®. Psicologia Infantil.

ABSTRACT

The author elaborated this work as a requirement for the completion of the psychotraumatology course and presents a review of the literature on the clinic with children since the onset of psychoanalysis, through Jung and his followers, regarding the formation of personality, as well as the application of Somatic Experience – SE® in child trauma victim. Then presents the report of two clinical cases of the application of SE® in children, one subjected to a traumatic shock situation and another subjected to trauma and development, with the detail of some of the interventions and the progress made by each one in your self-regulation. At the end we found that the Somatic Experience – SE® applied in conjunction with the techniques of ludotherapy feature great results in short time in both cases.

Key Words: *Analitical Phycology. Ludotherapy. Somatic Experience, SE®, Children Phycology*

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1 – Olhos Encantados	11
Figura 2 – Imagem ilustrativa do Cérebro Trino.....	29
Figura 3 – Curva de Ativação	33
Figura 4 – Curva de Ativação na criança	39

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	9
1.2	OBJETIVOS.....	10
1.2.1	Objetivo Geral.....	10
1.2.2	Objetivos Específicos.....	10
1.3	JUSTIFICATIVA	10
2	REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1	O LÚDICO	13
2.2	JUNG E A PSICOLOGIA ANALÍTICA	17
2.2.1	A formação da personalidade, segundo Jung.....	17
2.2.2	A formação da personalidade, pelos seguidores de Jung.....	23
2.3	A EXPERIÊNCIA SOMÁTICA – SE.....	27
2.3.1	Trauma e Desenvolvimento	33
2.3.2	Nosologia do Trauma	36
2.4	A EXPERIÊNCIA SOMÁTICA COM CRIANÇAS.....	38
3	RELATO DE CASOS	41
3.1	DELINEAMENTO.....	41
3.2	SUJEITOS DA PESQUISA	41
3.3	DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS TÉCNICAS	43
4	RESULTADOS.....	44
4.1	RELATÓRIOS DOS ATENDIMENTOS.....	44
4.1.1	KID01 – UMA CRIANÇA AUTORREGULADA.....	45
4.1.2	KID02 – UMA CRIANÇA COM AUTOESTIMA	47
5	COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES	51
5.1	AUTOAVALIAÇÃO	54
5.2	LIMITAÇÕES DA PESQUISA	55
	REFERÊNCIAS.....	57
	APÊNDICE I.....	59

1 INTRODUÇÃO

A experiência somática foi para mim uma espécie de presente surpresa, daqueles que a gente ao receber acha que sabe o que é, mas ao abrir percebe que não é bem o que se imaginava, porém se surpreende, porque que é muito melhor.

Mais intrigante é o fato de, em um primeiro momento, eu ter imaginado utilizar o “presente” em um público idoso, uma vez que nosso país está envelhecendo, porém como numa “Roda Viva”, eu estava sendo arrastado para um público infantil sem me dar conta.

“Tem dias que a gente se sente
Como quem partiu ou morreu
A gente estancou de repente
Ou foi o mundo então que cresceu
A gente quer ter voz ativa
No nosso destino mandar
Mas eis que chega a roda-viva
E encarrega o destino para lá.”

Escrita em 1967 para uma peça de teatro com o mesmo nome e pelo mesmo autor, Chico Buarque de Holanda, a música Roda Viva dá bem uma ideia do que ocorreu na trajetória deste nosso trabalho. Ainda criança, ouvíamos essa música e nos encantava a beleza da letra, a magnífica melodia e o estupendo arranjo do MPB4, sou capaz de apostar que, uma pessoa que não conheça a língua portuguesa, ao ouvir a versão original desta música perceberá todo o clima, tal a maestria do arranjo. Ao entendermos e interpretarmos a letra, tudo nos leva a crer que a “Roda Viva” é algo ruim, algo que nos arrasta para um lugar que não queremos, sem nos darmos conta, principalmente quando a roda-viva carrega a roseira que cultivamos.

Mas quem disse que sabemos o que queremos? Ou pelo menos que sabemos o que é melhor para nós? O fato é que a “Roda Viva” carregou o meu destino “para lá”, para o atendimento infantil.

1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Como aplicar as técnicas da Experiência Somática às crianças, uma vez que todo o desenvolvimento da técnica envolve exercícios apropriados a adultos?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

O objetivo geral deste trabalho é investigar e explorar a aplicação da Experiência Somática com crianças.

1.2.2 Objetivos Específicos

O presente trabalho tem por objetivos específicos explorar as possibilidades de aplicação das técnicas da Experiência Somática – SE® em crianças, associando as técnicas das abordagens da psicologia infantil relacionadas à ludoterapia, com as considerações de Carl Gustav Jung sobre o tema, com as contribuições do criador do método da Experiência Somática®, Peter Levine e o que vem sendo desenvolvido por seguidores do método que se dedicaram à aplicação da técnica com crianças. Por fim fazer o relato de dois casos clínicos, as duas primeiras crianças que a “Roda Viva” arrastou para o destino dessa experiência e o sucesso alcançado com esta aplicação.

1.3 JUSTIFICATIVA

A primeira criança apareceu de uma indicação. Tratou-se de uma criança que acabara de passar por uma situação traumática de envenenamento grave e que ao ser indicada nos colocou diante da seguinte questão: estamos iniciando no processo de atendimento, ainda cursando os módulos intermediários do curso, nos inscrevemos há alguns meses no projeto Mãe Providência, mantido pela professora Liana Netto, com a colaboração de outras professoras do curso e outros profissionais da Experiência Somática® para atender a um público carente, com idade acima de 18 anos. O Projeto acaba de nos indicar um cliente adulto, faixa etária para a qual estamos sendo preparados para atender no curso de Psicoterapia. Será que somos capazes de oferecer a ajuda que esta criança necessita? Certamente não, ainda mais sem uma supervisão. Apelar para outro profissional então nos pareceu o caminho mais lógico. A criança é carente, não tem condições de pagar um tratamento, nos pusemos a procurar alguém, algum profissional que atuasse com a Experiência Somática® na área infantil porque é esta abordagem que estudamos, acreditamos e é com ela que desejamos ver esta criança ser tratada. Daí começou a procura de alguém para tratar essa criança e para nossa surpresa não era muito fácil achar um profissional da experiência somática atuando com crianças. Finalmente encontramos uma indicação da profissional Danúzia Lopes e em vez de transferirmos a tarefa a ela, acabamos por ajustarmos atender a criança com sua supervisão. Foi uma solução interessante sob todos os aspectos; primeiro porque

assumiríamos a indicação que nos chegou, oferecendo esforço e dedicação para tornar a ajuda efetiva, segundo porque estaríamos aproveitando para estudar e desenvolver uma nova habilidade sem transferir a outro o que nos chegou.

Contato feito, tratamento iniciado e aí como a Roda Viva da música, ela foi nos arrastando e outras crianças aparecendo até percebermos que em nosso caminho muitas delas ainda surgirão.

Para completar esta justificativa, mais uma vez me utilizo de poesia e mais uma vez quem me influenciou neste voo, me ajuda na escolha por Rubem Alves.

Olhos encantados, Rubem Alves



Figura 1 – Olhos Encantados

Fonte – <http://decarlicris.blogspot.com.br/2013/05/olhos-encantados-rubem-alves.html>

[...] Por isso quero ensinar as crianças. Elas ainda têm olhos encantados. Seus olhos são dotados daquela qualidade que, para os gregos, era o início do pensamento: a capacidade de se assombrar diante do banal. Tudo é espantoso: um ovo, uma minhoca, um ninho de guacho, uma concha de caramujo, o vôo dos urubus, o zinir das cigarras, o coaxar dos sapos, os pulos dos gafanhotos, uma pipa no céu, um pião na terra. Dessas coisas, invisíveis aos eruditos olhos dos professores universitários (eles não podem ver, coitados. A especialização os tornou cegos como toupeiras. Só vêm dentro do espaço escuro de suas tocas. E como vêm bem!), nasce o espanto diante da vida; desse espanto, a curiosidade; da curiosidade, a fuçação (essa palavra não está no Aurélio!) chamada pesquisa; dessa fuçação, o conhecimento; e do conhecimento, a alegria! As coisas mais importantes não são ensinadas por meio de aulas bem preparadas. Elas são ensinadas inconscientemente. Bom seria que os educadores lessem ruminativamente (também não se encontra no Aurélio) o Roland Barthes. Ele descreveu o seu ideal de aula como sendo a criação de um espaço - isso mesmo! um espaço! - parecido com aquele que existe quando uma criança brinca ao redor da mãe. Explico. A criança pega

um botão, leva para a mãe. A mãe ri, e faz um corrupio. (Você sabe o que é um corrupio?). Pega um pedaço de barbante. Leva para a mãe. A mãe ri e lhe ensina a fazer nós. Ele conclui que o importante não é nem o botão e nem o barbante, mas esse espaço lúdico que se ensina sem que se fale sobre ele.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O LÚDICO

A importância do brincar no processo de atendimento terapêutico infantil é inquestionável. O brincar é o recurso principal que contribuiu para estabelecer o vínculo transferencial na relação paciente-terapeuta. Não há como ser terapeuta infantil sem entrar no mundo mágico da criança. O vínculo transferencial por si só apresenta os primeiros resultados no processo terapêutico. Partindo desse pressuposto, além da bagagem da Experiência Somática, foi necessário um aprofundamento, a partir das contribuições de grandes autores que debruçaram seu olhar sobre a prática do brincar.

A criança para se comunicar, possui formas diferentes das do adulto. Portanto, as consultas terapêuticas realizadas com crianças envolvem várias peculiaridades com relação à dinâmica de trabalho efetivado com adultos. Primeiro aspecto importante: a criança não procura um atendimento psicológico por livre escolha; normalmente, a demanda é formulada pelos pais ou adultos responsáveis por ela, muitas vezes sob influência da escola. Segundo aspecto também importante, não se pode esperar que uma criança fique sentada falando sobre as suas dificuldades e neuroses. Dependendo da idade, a criança até nos surpreende pela capacidade de verbalizar seus problemas, mas não se conseguirá ir muito longe na terapia se a proposta for conversar com ela sentada no sofá durante 50 minutos; mas por outro lado, observa-se que se se deixar a criança livre, ela brinca com o que encontrar à sua frente, sendo esse um modo natural de se expressar (COSTA, 2007, p. 20).

Nesse sentido, a complexidade e a delicadeza do trabalho envolvem pensar-se em técnicas ou recursos que facilitem a criança expressar a realidade que vivencia. Encontra-se em OCAMPO (1999, p. 207) o conceito de atividade lúdica sendo sua forma de expressão própria, assim como a linguagem verbal o é no adulto. Nesse contexto, percebe-se como o brincar, algo tão natural, facilita a expressão do paciente propiciando-lhe experiência brincando. O adulto fala, e a criança brinca. Como afirma Winnicott:

A criança adquire experiência brincando. A brincadeira é uma parcela importante na sua vida. As experiências tanto internas como externas podem ser férteis para o adulto, mas para a criança essa riqueza encontra-se principalmente na brincadeira e na fantasia. Assim como a personalidade dos adultos se desenvolve através de suas experiências da vida, a personalidade das crianças evolui por intermédio de suas próprias brincadeiras e das intervenções de brincadeiras feitas por outras crianças e por adultos. (WINNICOTT, 1971, p. 163).

O primeiro registro que se tem notícia a respeito de algum estudo psicanalítico infantil ocorreu em 1909, quando Sigmund Freud trabalhou com a análise de uma fobia com um menino de 5 anos, conhecido como o caso Hans. Freud teve apenas um único encontro com a criança. O tratamento foi realizado através dos relatos do pai. Freud considerava não ser possível analisar uma criança. Provavelmente o brincar não lhe ocorrera. Ainda assim, trata-se do primeiro relato em que foi aplicado o método de observação a partir das atividades lúdicas (desenhos e fantasias). “Embora a partir deste caso Freud tenha estabelecido bases teóricas para análise com criança, levou-se um tempo para desenvolver a técnica do jogo na análise infantil” (COSTA, 2007, p. 19, apud Souza, 2014, p. 5).

Segundo Souza (2014, p. 5), em sua obra “Além do Princípio do Prazer” Freud mais uma vez é pioneiro ao registrar o brincar como forma de expressão infantil. A observação partiu de uma brincadeira de seu próprio neto, então com um ano e meio de idade.

O menino tinha o hábito de atirar os objetos para um canto emitindo um som de ó..ó, demonstrando “interesse e satisfação” e, quando puxava o objeto, saudava seu reaparecimento com um alegre “da” (ali). Freud notou que, por meio da brincadeira, a criança simbolizava o desaparecimento e aparecimento da mãe que precisava se ausentar de casa por um curto período de tempo (FREUD, 1920, p.17-28). O fort-da¹, brincadeira conhecida como o jogo do carretel, (apud SOUZA, 2014, p. 5).

Embora estes registros relativos a Freud e o registro que veremos mais adiante, em capítulo inteiramente dedicado a Jung por volta de 1910, somente no período entre 1920 e 1940 é que ocorre o nascimento da psicanálise com crianças, a partir das pesquisas das primeiras analistas: Hermine Von Hug-Hellmuth, Anna Freud e Melaine Klein. (COSTA, 2007, pg. 20, apud SOUZA, 2014, p.5). Ainda assim, como as duas primeiras carregavam forte influência pedagógica, foi Klein, quem “desenvolveu um modo muito peculiar na análise infantil, através do brinquedo” (SOUZA, 2014, p.5).

Na época em que Klein iniciou seus trabalhos, a psicanálise não era considerada adequada para crianças com menos de 6 anos de idade, “Havia uma grande preocupação em trabalhar as camadas mais profundas do inconsciente da criança, sendo esta considerada uma exploração perigosa.” (Klein, 1953, p. 26, apud SOUZA, 2014, p.5).

Em seu primeiro artigo publicado, “*The Development of a Child*” (1923) – (Desenvolvimento *de* uma Criança), Klein relata o caso de seu primeiro paciente, um menino de 5 anos de idade, na realidade seu filho. A partir da observação de que o menino expressava suas fantasias e ansiedades quando brincava, “a autora relata que, a partir deste caso, pôde se

¹ Palavra de origem alemã que significa *fort* – ir, partir e *da* (ali, aparecer).

considerar que seu método de interpretação tornou-se característico da sua técnica de análise.” (SOUZA, 2014, p. 6). Neste momento a criança passa a ter voz no discurso analítico, privilegiando seu mundo interno, partindo da premissa de que o diferencial do trabalho analítico com a criança com relação ao adulto reside no método, o qual possibilita o acesso ao inconsciente da criança, que através das atividades lúdicas expressa suas fantasias, seus medos e suas angústias de maneira simbólica. (SOUZA, 2014, p. 6).

Mas se para Klein a brincadeira dava voz à criança e permitia o acesso a seu inconsciente, dando ênfase à dinâmica interna do sujeito, Winnicott surge com a ideia de valorização da participação do ambiente na constituição do indivíduo, declarando que “comportamento do ambiente faz parte do próprio desenvolvimento pessoal do indivíduo e, portanto, tem de ser incluído.” (Winnicott, 1971, p. 79, apud SOUZA, 2014, p 6).

Winnicott olha para o ‘brincar’ em si como objeto de estudo, não para a ‘brincadeira’, como Klein. “O significado do brincar para Winnicott só pode ser entendido a partir de seus estudos sobre **fenômenos transicionais**, sendo este um campo intermediário entre a realidade psíquica pessoal e interna e a realidade externa compartilhada socialmente.” (SOUZA, 2014, p. 6).

Na concepção de Winnicott, o período da transicionalidade pode ser compreendido como o momento em que a criança começa a se separar da mãe. Como assinala Fulgencio:

...separação que já vem se fazendo com o processo do desmame, a poder substituir a mãe por alguma outra coisa. No entanto, há condições para que isso ocorra: nas fases anteriores a esse momento, foi necessário que o ambiente tenha se adaptado às necessidades do bebê, de tal maneira que este tenha adquirido uma confiança em si mesmo e no mundo. (Fulgencio, 2008, p. 129, apud SOUZA, 2014, p. 7).

A confiança e a segurança são necessidades que precisam estar atendidas para que a criança suporte a separação momentânea, sendo preenchida pelo brincar ou por estes objetos aos quais Winnicott nomeia de **objetos transicionais**, que seriam a ponta de um lenço, ou um bicho de pelúcia, por exemplo. Segundo SOUZA, 2014, p. 7, Winnicott chama esta relação de confiança entre a mãe e o bebê de playground, que segundo ele é uma via de passagem de elo com a mãe, ao estado de relação com o outro, é onde a brincadeira começa. Nesse sentido, vale ressaltar a importância de estabelecer uma relação de confiança entre paciente e terapeuta. Nessa relação o brincar possibilita o enriquecimento entre ambos.

Na maneira de pensar de Winnicott, o brincar vai além de ser um recurso por meio do qual se efetiva a análise com criança ou ser um meio de comunicação pelo fato de a criança não possuir o domínio da linguagem. O valor que Winnicott atribui ao brincar é pensado em outra

perspectiva: não somente com a análise dos conteúdos da brincadeira, mas também chama atenção para olhar a criança que brinca e com a possibilidade de realizar essa ação, ou seja, aponta para o ato de brincar em si mesmo. Esse brincar acontece de maneira genuína sem que haja tanta preocupação do terapeuta em fazer intervenções precoces, promovendo, assim, uma possível melhora terapêutica onde não há grandes intenções de intervenção. Afirma Winnicott (1971, p. 74): “o brincar, por si só é terapêutico”. Portanto, cabe ao terapeuta oferecer um espaço **suficiente bom**, onde a criança possa se sentir acolhida, segura e confiante para expressar todo o tipo de brincadeira, devendo o terapeuta estar preparado para surgirem inclusive a agressividade no brincar, sem retaliação.

O profissional precisa ser apto para exercer a função, oferecer um ambiente acolhedor, estabelecer uma comunicação com a criança e cuidados através do brincar, sendo capaz de brincar e proporcionar o brincar da criança, caso contrário não serve para o ofício.

A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas lúdicas, a do paciente e a do terapeuta. Se o terapeuta não pode brincar, então ele não se adequa ao trabalho. Se o paciente é o que não pode, então algo precisa ser feito para ajudá-lo a tornar-se capaz de brincar, após o que a psicoterapia pode começar. (Winnicott, 1971, p. 80, apud SOUZA, 2014, p. 8).

Finaliza-se esta contextualização história, para podermos discorrer um pouco sobre o pensamento de Jung e seguidores com respeito á fase infantil, com a contribuição da médica e psicanalista Françoise Dolto.

Dolto (2004) se debruçou inicialmente com preocupações quanto a ausência dos pais e autonomia psíquica das crianças. Em função destas preocupações, ela implantou as chamadas *Maison Vertes* para receber crianças entre 0 e 3 anos de idade acompanhadas dos pais para que se preparassem juntos para a experiência da separação momentânea de forma gradual. Dolto, dá seguimento à evolução no atendimento infantil, acrescentando a participação dos pais no atendimento. Desta forma, une a maneira defendida por Ana Freud e pelo próprio pai com o modelo implantado por Melaine Klein e Winnicott, concordando com este último quanto a grande importância do ambiente em que vive a criança na construção da sua subjetividade.

Dolto (1999) defendeu a necessidade de estabelecimento de cumplicidade entre a criança e as pessoas que a rodeia e a importância do adulto conversar com a criança e falar sempre a verdade sobre as situações que ocorrem no ambiente familiar.(SOUZA, 2014, p. 9). Em sua concepção, o sintoma da criança está diretamente ligado ao sintoma da estrutura familiar; deve-se estar atento inclusive ao que é censurado e ao que deixa de ser dito. Defendeu desta forma, as entrevistas preliminares com os pais da criança, dando atenção ao ambiente familiar, cujo

objetivo é identificar de onde vem a demanda, estudando a dinâmica da família e o lugar que a criança ocupa no desejo do outro. (COSTA, 2007 p. 72, SOUZA, 2014, p. 10).

Assim, na análise de crianças, não se pode deixar os pais de lado, é tão importante trabalhar com a criança quanto com eles, considerando a produção de uma possível melhora terapêutica também na dinâmica familiar.

2.2 JUNG E A PSICOLOGIA ANALÍTICA

2.2.1 A formação da personalidade, segundo Jung

Sempre que nos deparamos com algum trabalho de terapeutas que atuam com crianças ou os que se dedicaram ao estudo do desenvolvimento da personalidade na abordagem junguiana, como Michael Fordham e o professor Carlos Byington, como veremos mais adiante neste trabalho, lemos a mesma explicação de que Jung se concentrou no desenvolvimento da personalidade no período pós metanóia. Ao pesquisarmos a história da terapia infantil, desenvolvida no capítulo anterior, encontramos como primeira citação de alguma associação com a consciência infantil o caso de Freud e seu neto. Descreveríamos este episódio como um destes acasos, que sem dúvida chamou a atenção do pai da psicanálise por se tratar de **Freud**, mas apontar este caso como algo que ultrapasse a fronteira da simples curiosidade e observação é estimar valor acima do real ao evento. Porém, já se pode dizer que havia ali uma centelha de curiosidade pela observação do universo infantil diretamente na fonte (a própria criança), sem dúvida um curioso estímulo para o futuro que viria a seguir.

É certo que Jung teve como clientes pessoas maduras, de classe média e alta, e portanto, não se debruçou sobre a terapia infantil com a mesma intensidade e profundidade, como o fez para com a terapia voltada ao adulto maduro. Freud contudo, ao associar seus complexos da infância, no sentido junguiano, com a história de Édipo, na carta enviada a seu amigo Wilhelm Fliess em outubro de 1897 (Freud, 1897/1996, p. 316, apud SOUZA, M. R. 2006, p. 136) se aproximou das preocupações da formação da personalidade, pelo viés da psicopatologia, através desta auto-análise. Quanto à terapêutica infantil, propriamente dita, Freud além de considerar Hermine Von-Hellmuth como pioneira, de certa forma, também deixou este assunto com sua filha, que embora pedagoga, se posicionou sempre de forma que a terapia infantil deveria se dar através dos pais. Anna sempre se mostrou descrente quanto a possibilidade de uma criança estabelecer a transferência com o terapeuta (CAMAROTTI 2010). Talvez devido aos laços de sangue com sua querida filha, Freud chegou mesmo a se posicionar publicamente ao lado desta

tese, afirmando ser necessário ter maturidade para alguém se submeter à análise, contra o que pregava Melaine Klein, que já defendia o brincar como terapêutico. (Costa, 2007).

Pesquisando a obra de Jung, encontramos o livro de número 17 das obras completas, intitulado “O Desenvolvimento da Personalidade”. Este livro servirá para delimitar um pouco a nossa pesquisa sobre Jung, que produziu uma obra muito vasta. Vamos, portanto, nos ater ao que Jung fala à respeito do desenvolvimento da personalidade, nas fases que seus seguidores nomearam como urobórica, na fase materna e na fase paterna. Neste livro há um capítulo “Sobre os conflitos da alma infantil”, publicado pela primeira vez em 1910, tendo sido republicado sucessivas vezes em 1916, em 1939 e em 1946, em que no prefácio da segunda edição Jung ratifica que não há nada a mudar no texto original de 1910 e faz uma encantadora colocação equilibrada, como de costume, comparando os pontos de vista de Freud e seu princípio do prazer e Adler com seu princípio do poder, colocando o seu próprio ponto de vista como em posição intermediária, um terceiro ponto de vista:

Uma concepção jamais pode ser abrangente, pois sempre está dependendo do ponto de vista adotado...Contentei-me em conservar uma posição intermediária...sem tentar acomodar o material a este ou àquele princípio fundamental, hipotético apenas. [...] Justamente por existirem vários princípios possíveis, é essencial em psicologia humana jamais tentar conceber as coisas à luz de um único desses princípios, mas sem procurar considera-las sob diversos aspectos. (JUNG, 1972, p. 4)

Ainda no prefácio, Jung retira o foco da sexualidade, embora reconhecendo que de modo algum esta possa ser negligenciada, coloca que o interesse sexual desempenha um papel causal no processo de formação do pensamento infantil, até porque a sexualidade infantil não apresenta exatamente a mesma natureza que a sexualidade adulta e apresenta como argumento o fato de “ser possível resolver os conflitos infantis por meio da formação das concepções intelectuais” da criança.” (JUNG, 1972, p. 5) “É preciso que se tomem as crianças assim como elas são de verdade, e não como gostaríamos que fossem” (JUNG, 1972, p.32).

Em um segundo capítulo, “Introdução à obra de Frances G. Wickes – Análise da alma infantil”, publicado pela primeira vez em 1927, a pioneira da terapia infantil junguiana, Jung ao comentar o livro, coloca explicitamente que o Ego da criança é estruturado pelo inconsciente dos pais e portanto, as neuroses infantis são determinadas pela falha dos pais na parentalidade.

A criança se encontra de tal modo ligada e unida à atitude psíquica dos pais, que não é de causar espanto se a maioria das perturbações nervosas verificadas na infância devam sua origem a algo de perturbado na atmosfera psíquica dos pais. [...] Certamente não haverá nenhum pai ou mãe que, ao ler este capítulo, não perceba as verdades alarmantes que apresenta. (JUNG, 1972, p. 35)

A certo ponto do texto Jung comenta “ a responsabilidade dos pais se estende até onde eles têm o poder de ordenar a própria vida de tal maneira que ela não represente nenhum dano para os filhos. [...] Por isso deverão os pais estar sempre conscientes de que eles próprios, em determinados casos, constituem a fonte primária e principal para as neuroses de seus filhos.” (JUNG, 1972, p.38) É forte, é duro, mas é a verdade; vemos isso muito claramente na clínica – ou a criança passou por situações traumáticas que independeram dos pais, ou a criança passou por situações traumáticas que foram diretamente influenciados pela ação dos pais, mas sempre, direta ou indiretamente pelos pais que falharam (ou falham) em algum momento, mesmo que na maioria das vezes inconscientemente e tentando fazer o seu melhor.

Jung atenua, contudo, a responsabilidade dos pais, recomendando que não convém exagerar na importância destas atuações inconscientes, defendendo que a alma não reage, necessária e regularmente a cada estímulo específico “...numa família de vários filhos apenas um ou outro deles reage no sentido de uma identidade marcante em relação ao inconsciente dos pais, enquanto os demais nada manifestam. É a disposição específica de cada indivíduo que desempenha aqui o papel quase decisivo” (JUNG, 1972, p.38).

Para pais e educadores seria de uma parte omissão grave deixar de considerar a causalidade psíquica, mas de outra seria erro pernicioso atribuir a essa instância a culpa de tudo. Em cada caso influem os dois fatores, sem que um deles precise excluir o outro. Via de regra, o fator que atua psiquicamente de um modo mais intenso sobre a criança é a vida que os pais ou antepassados não viveram (pois se trata de fenômeno psicológico atávico do pecado original). Tal afirmação poderia parecer algo de sumário e artificial sem esta restrição: essa parte da vida a que nos referimos seria aquela que os pais poderiam ter vivido se não a tivessem ocultado mediante subterfúgios mais ou menos gastos. Trata-se pois de uma parte da vida que — numa expressão inequívoca — foi abafada talvez com uma mentira piedosa. É isto que abriga os germes mais virulentos. (JUNG, 1972, p. 39)

Portanto, para Jung (1972, p.40), “é a natureza de cada caso que deverá decidir quanto de culpa terá de ser realmente atribuído aos pais.” Entrando com o argumento, contra o qual não vemos como refutar, de que estes pais “deverão ser sempre vistos como filhos dos avós.” Ou seja, “trata-se de uma culpa impessoal dos pais, pela qual o filho também deverá pagar de algum modo igualmente impessoal.” Que não deve ser ignorada porque “a ignorância atua como culpa.” Simples, direto e objetivo.

Jung continua afirmando que “Na verdade, quase seria possível estabelecer a tese de que os verdadeiros geradores das crianças não são seus pais, mas muito mais seus avós e bisavós, enfim toda a sua árvore genealógica. É essa ascendência genealógica que determina a

individualidade da criança de maneira mais eficiente do que propriamente os pais [...]. Ela é uma combinação de fatores coletivos, os quais na psique dos pais se encontram apenas potencialmente presentes, e em geral nem são observáveis. Como sempre, Jung detalha melhor seu pensamento e apresenta argumentos fundamentados em sonhos de crianças, sobre os quais, estes sim, ele se debruçou com profundidade, mesmo que contados por seus pacientes adultos.

Com referência a isso têm importância máxima os sonhos ocorridos em crianças de três ou quatro anos, entre os quais se encontram alguns que em tal grau são mitológicos e preñes de sentido, que qualquer um seria tentado a considerá-los como sonhos de adultos, se não constasse certamente quem os sonhou. Trata-se aqui, pois, dos últimos vestígios de uma alma coletiva em desaparecimento, que, ao sonhar, repete os eternos conteúdos primordiais da alma da humanidade. É dessa fase que provêm certos temores infantis, pressentimentos obscuros e não infantis, que, ao serem descobertos novamente em etapas posteriores da vida, constituem o fundamento da crença na reencarnação. [...]Por estar espalhada por toda a parte a alma coletiva, que ainda está muito próxima da criança pequena, esta percebe não apenas os condicionamentos mais profundos dos pais, mas também em um âmbito mais extenso o bem e o mal existentes nas profundezas da alma humana. (JUNG, 1972, p. 40)

Fundamentando seus argumentos em sua teoria dos arquétipos, Jung se aproxima da crítica ao complexo de Édipo de Freud como explicação causal para as neuroses.

É que por trás de cada pai determinado está sempre a figura eterna do pai, e por trás da atuação passageira de uma mãe real se encontra a figura mágica da mãe absoluta. Esses arquétipos da alma coletiva, cujo poder se acha glorificado nas obras imortais da arte ou nas ardentes profissões de fé das religiões, são também as potências que dominam a alma infantil pré-consciente e, ao serem projetadas, conferem aos pais humanos um fascínio que muitas vezes atinge quase o infinito em grandeza. (JUNG, 1972, p. 41)

Conclui o texto de forma magnífica, afirmando que se o “pai humano tivesse realmente este poder sinistro, certamente os filhos deveriam matar seus pais – ou melhor ainda – deveriam desistir de tornar-se pais também.” Não, os pais não têm este poder, que por ser excessivo, seria melhor justificado se associado ao divino, onde sempre esteve antes de ser “esclarecido”. (JUNG, 1972, p.42).

Além do que escreveu sobre crianças, algumas partes gerais da obra de Jung precisam ser visitadas, mesmo que rapidamente, pela importância e influência neste trabalho – Os tipos psicológicos e as instâncias opostas da psique, os complexos Persona – esta máscara da psique coletiva (JUNG, C.G. 2013, p.47) e Sombra. Na criança, vemos menos o efeito da persona do que no adulto, que possui uma persona em casa, outra no trabalho e as vezes tantas quantos forem os grupos sociais a que pertença. Ainda assim, estes complexos têm sua formação em

conjunto com o ego e portanto, começam a aparecer, já observável, diríamos que na segunda infância. Tem sido comum em nossa prática, receber pais e mães cujo filho foi encaminhado por queixa da escola, relatarem estas queixas e completarem – “em casa é educadíssimo”, ou “em casa é bem tranquilo”.

Jung entre outras coisas se preocupou em estudar profundamente a personalidade humana. Interessou-se particularmente na relação do homem com o homem e do homem com o mundo externo. Destes estudos produziu um livro denso em sua obra intitulado Tipos Psicológicos. Jung apresenta algumas características referentes a dois tipos gerais de atitudes básicas, adaptativas, que se distinguem pelo seu comportamento peculiar em relação ao objeto: “O introvertido se comporta abstrativamente; está basicamente sempre preocupado em retirar a libido do objeto como a prevenir-se contra um superpoder do objeto. O extrovertido ao contrário, comporta-se de modo positivo diante do objeto [...]. No fundo, o objeto nunca tem valor suficiente para ele e, por isso, é necessário aumentar sua importância.” (JUNG, 2013, p.344). O extrovertido se doa, se intromete em tudo, enquanto o introvertido se defende de tudo. Com muita razão, afirma que estes dois tipos são muito facilmente identificáveis, mesmo por um leigo em assuntos da psicologia que venha a ser alertado para isso.

Mas referente às atitudes da pessoa em relação ao objeto, Jung toca no ponto que nos interessa especialmente para este trabalho: “O fato de crianças já apresentarem atitudes típicas bem definidas nos primeiros anos de vida, leva-nos a supor que não é a luta pela existência, conforme geralmente entendida, que força uma determinada atitude.” E mais adiante ressalva que se refere a casos que estão sob condições normais, após afirmar que “Em hipótese alguma desejo subestimar a incontestável importância das influências parentais, mas nossa experiência nos obriga a procurar o fator decisivo na disposição da criança.” (JUNG, 2013, p. 346).

Além dos tipos de atitudes adaptativas, Jung percebeu que haviam diferenças entre pessoas introvertidas e pessoas extrovertidas e que o ego habitualmente se utiliza, caracterizando aptidões, habilidades, tendências na relação com o mundo externo e interno e de orientação. Definiu então quatro funções psíquicas conscientes, às quais chamou – Pensamento, Sentimento, Sensação e Intuição, que segundo Jung, formam pares opostos, as duas últimas caracterizando como as pessoas percebem as coisas e as duas primeiras como as pessoas julgam os fatos. Classifica a sensação e a intuição como funções irracionais “Denomino irracionais os dois tipos acima porque seu fazer e deixar de fazer não se baseiam em julgamentos racionais, mas na força absoluta da percepção.” (JUNG, 2013, p. 384) e classifica o pensamento e o sentimento como funções racionais “Os tipos acima são racionais porque se baseiam em funções judicativas da

razão.”, e esta razão pode ser objetiva ou subjetiva, “...determinada muitas vezes por uma disposição psíquica existente desde a mais tenra infância...”. (JUNG, 2013, p. 404)

Jung ainda constatou que durante o desenvolvimento psíquico uma das funções se diferencia e torna-se função dominante ou função principal, seu par oposto, torna-se então função inferior. Portanto, diferentemente dos tipos extrovertido e introvertido, esta função dominante surgirá ao longo do desenvolvimento da personalidade, em virtude de seu maior uso, de acordo com a preferência do sujeito, sua aptidão. De acordo com Jung,

...na luta pela existência e pela adaptação, cada qual emprega instintivamente sua função mais desenvolvida, que se torna, assim, o critério de seu hábito de reação Assim como o leão abate seu inimigo ou sua presa com a pata dianteira (e não com a cauda, como faz o crocodilo), também nosso hábito de reação se caracteriza normalmente por nossa força, isto é, pelo emprego de nossa função mais confiável e mais eficiente, o que não impede que às vezes, também possamos reagir utilizando nossa fraqueza específica. Tentaremos criar e procurar situações condizentes e evitar outras para, assim, fazermos experiências especificamente nossas e diferentes das dos outros. (Jung, 2013, p. 493)

Uma das funções do outro par se desenvolverá de forma um pouco menos intensa e se tornará função auxiliar da função principal, também chamada de função secundária, sendo seu par oposto a função terciária. Por exemplo, se a função pensamento se diferenciou numa pessoa, a função sentimento será sua função inferior. As funções sensação e intuição serão as funções secundária e terciária, a depender de seu grau de diferenciação. Estas últimas podem se diferenciar em graus pouco desiguais, ou seja, pode haver pouca diferença entre as funções secundárias e terciárias, de tal modo que a pessoa as utilize quase que de maneira igual. De qualquer modo, a função inferior e a terciária, caso uma secundária seja bem diferenciada, permanecerão no inconsciente, sendo que Jung admite que as funções que permanecem no inconsciente podem causar perturbações neuróticas. “Se uma função não é empregada... há o perigo de que escape de todo ao manejo consciente, tornando-se autônoma e mergulhando no inconsciente onde vá provocar ativação anormal. (SILVEIRA, N., 1981, p. 55).

Saindo dos escritos sobre o desenvolvimento da personalidade e dos tipos psicológicos e entrando um pouco no revelado e no oculto nas relações com o outro, vamos encontrar os conceitos de Persona e Sombra, que, como dissemos acima, no interessará dentro da delimitação deste trabalho. Jung desenvolveu proposições teóricas em que afirma ser a consciência formada a partir do inconsciente, em cada diferente fase da vida. Temos o complexo do ego, depois temos, segundo Stein, M. uma multidão de complexos pessoais secundários, sendo que a persona e a sombra são dois destes complexos formando um par de opostos, complementares e que existem em toda a psique humana. “A persona é a pessoa que passamos a ser em resultado dos processos

de aculturação, educação e adaptação aos nossos meios físico e social.” e “A sombra, um complexo funcional complementar, é uma espécie de contra-pessoa. ... quer o que a persona não permitirá.” (STEIN, M. 2015, p. 101).

O problema é que, sendo complexos, a persona e a sombra possuem uma autonomia que não estão submetidas ao controle do ego. Pior para o ego, pois a persona, de certa forma se identifica com ele, mas a sombra, bem, a sombra, conforme Stein, expõe a podridão, a malignidade; não que seja uma coisa ruim e destrutiva em si, mas em virtude de não estar em conformidade com a persona.

Se por um lado a criança está formando seu ego, naturalmente a persona e a sombra estão em processo concomitante, uma vez que a construção do ego exige a formação de uma persona e de uma sombra, “como elementos de identificação e contra identificação egóica – o eu consciente e o não eu inconsciente” (Solana, 2017). Ocorre, porém, que nos dias atuais, no momento em que ocorre um natural desapego do cuidador habitual, a criança começa a frequentar a escolinha, isso aos dois ou três anos de idade; seu ego não passa de pontos, pequenas ilhas distribuídas na consciência, mas desde logo ela fica exposta a convivência duradoura com coleguinhas, sem que o cuidador esteja à vista. Um precoce relacionamento com o outro, neste momento, de algum modo vai influenciar na formação da sua psique, provocando a necessidade urgente de uma persona moldada para conviver com os coleguinhas na escola e outra em casa com os pais e a sombra acaba entrando neste processo, uma vez que, como dito anteriormente, trata-se de um par oposto da persona.

2.2.2 A formação da personalidade, pelos seguidores de Jung

O professor Carlos Byington desenvolveu um belíssimo trabalho, tentando unir os conhecimentos deixados por Freud com os conhecimentos deixados por Jung. Segundo Byington, Freud seguiu o desenvolvimento do ego pelo caminho defensivo, patológico, enquanto Jung pelo caminho criativo, sadio. Propõe, contudo, que não se desperdice duas descobertas extraordinárias de Freud, quais sejam “o conceito de ego como a representação unitária da dimensão subjetiva e o seu processo de desenvolvimento a partir das relações primárias.” (BYINGTON, 2006, p. 15).

Byington, mesmo sendo um Junguiano, fundador de uma corrente, a Psicologia Simbólica Junguiana, também sustenta que Jung centralizou seu estudo do desenvolvimento da personalidade na segunda metade da vida a partir da metanóia e que embora tenha “postulado que a consciência e o ego nascem do inconsciente”, sustentou que esse processo de individuação, que se dá nesta etapa da vida, consiste arquetipicamente no confronto do ego com os símbolos

dos arquétipos da sombra, da anima ou animus e finalmente com símbolos de totalidade do arquétipo central. Porém, segundo Byington, “Jung nunca chegou a conceber a formação do ego a partir dos arquétipos desde o início da vida” (BYINGTON, 1987, p. 8). Mas como vimos anteriormente, o mestre tangenciou os arquétipos do pai e da mãe nos textos do livro citado. Concordamos que não foi seu foco, mas dizer que “nunca chegou” é um pouco exagerado.

Contrastando com as ideias de Freud, que embora tenha centralizado suas pesquisas na formação e deformação do ego na infância, fixou seus conceitos em torno da noção de inconsciente defendido e ego normal estruturado por defesas, Jung sempre defendeu a formação do ego normal a partir de um processo criativo emergindo do inconsciente, mas esta fase inicial nunca chegou a ser seu foco, sem dúvida. (BYINGTON, 1987, p. 9)

Desta forma, os seguidores de Jung que se concentraram na formação do ego, notadamente na formação arquetípica do ego, sempre esbarraram em portas fechadas na psicologia. Estes seguidores defenderam que o ego é formado da atividade criativa e coordenadora do arquétipo central, geneticamente aparelhado e com a sabedoria arcaica universal para enfrentar as chuvas, as secas, os ventos, o sol para formar o ego, assim como uma semente que plantada, sofre todas estas situações “boas” ou “más” ao longo de seu crescimento, mas apesar disso cresce forte e vigorosa. (BYINGTON, 1987, p. 20)

Ao fazer contato com os circuitos de autorregulação na física e na biologia, Jung fez analogia da sofisticada relação que compõem a natureza com o complexo do ser humano, com seus circuitos hormonais e movimentos musculares complexos. Foi essa noção que Jung aplicou à relação entre a consciência e os processos inconscientes, foi essa característica criativa organizadora e autorreguladora que ele englobou em sua conceituação do arquétipo Central. (BYINGTON, 1987, p. 12)

Este é o contraponto citado por Byington contra as críticas que sofreu Jung que o acusavam de divinização. Jung percebeu que não seria possível que não existisse algum fator regulador no inconsciente que contribuísse para essa autorregulação de forma análoga, em sociedades tão diferentes. Concluiu que consciência humana alguma poderia tê-los inventado racionalmente. (BYINGTON, 1987, p. 13)

O esquema de funcionamento da psique se dá pelos quatro ciclos arquetípicos - matriarcal, patriarcal, de alteridade e cósmico, os mais importantes, segundo Byington, na regência do desenvolvimento da consciência. Deixa claro, contudo, que a cronologia da influência destes arquétipos depende da cultura e da família em questão.

Vamos nos ater aos dois primeiros arquétipos, que interessam mais estreitamente a este presente trabalho, justamente os mais iniciais na formação da consciência e do ego. E neste

sentido Byington compara a “linha dura” do tratamento do bebê nas maternidades com um bebê nascido na tribo karajá, onde o recém-nascido pode se regular pelo sistema nervoso da mãe (uma vez que o seu, já formado não se encontra maduro), estando com ela dia e noite, comungando através do contato da pele, os sons, os desejos, as frustrações, as secreções e até mesmo sonhos, com o ciclo patriarcal, no primeiro caso e matriarcal, no segundo. O arquétipo da grande mãe, o mais básico da vida, estrutura a consciência entre as polaridades consciente - inconsciente, enquanto o arquétipo do pai se distancia do inconsciente, num processo de discriminação assimétrica hierarquizante, elitista e preconceituosa, característico da consciência. No entanto, “é difícil imaginar a formação da identidade e o desenvolvimento da consciência, desde a primeira infância sem a passagem também por este ciclo, pois muitos dos valores morais e da capacidade de abstração, planejamento e previsão lógica do ser” (BYINGTON, 1987, p. 67) vêm do ciclo patriarcal. Portanto, a consciência de um sujeito adulto “não consegue atingir e funcionar no padrão democrático de alteridade se suas raízes não estiverem firmemente plantadas e alimentadas pelos dinamismos matriarcal e patriarcal.” (BYINGTON, 1987, p. 67)

O professor Byington, 2006, sustenta que a dimensão simbólica “inclui corpo, sociedade, natureza, olfato, tato, sabor, som, palavra, imagem, número, emoção, ideia e conduta” e desta forma, ao degustar o líquido amniótico, sendo capaz de diferenciar o gosto amargo do doce com 20 semanas, ouvir o coração da mãe, a partir de 21 semanas, o feto acessa os referenciais arquetípicos e simboliza.

Podemos mesmo dizer que, na vida intra-uterina e no período pré-verbal da primeira infância, as manifestações arquetípicas do bebê se fazem através das funções fisiológicas, cujos significados são plenos de símbolos e funções estruturantes, todos eles arquetípicos, o que nos permite falar em corpo simbólico desde a concepção. (BYINGTON, 2006, p. 02)

Cada indivíduo é um ser único, sua genética é única, exceto no caso de gêmeos idênticos, que ainda assim se diferenciarão a partir de seu desenvolvimento.

Na medida em que o embrião se transforma no feto e, ao nascer, no bebê, o sistema nervoso vai se complexificando e a memória sendo formada para receber os símbolos de milênios de cultura. A identificação com esses símbolos e a interação entre o sujeito e eles forma aos poucos a identidade e a Consciência. A criança se apega aos seus cuidadores e, através das identificações e das suas reações aos significados desses relacionamentos, vai se separando, se diferenciando e realizando o potencial do seu DNA. Este é o percurso do mistério da encarnação. (BYINGTON, 2006, p.02).

No desenvolvimento da personalidade infantil, há a inter-relação do Arquétipo da Criança com o Arquétipo Central e enquanto o Arquétipo da Criança traz o tema da criatividade, vulnerabilidade, dependência, diferenciação e transformação da psique o Arquétipo Central

organiza e subordina a criatividade ao desenvolvimento da identidade. É importante não restringir o desenvolvimento psicológico da criança somente à criatividade e a diferenciação, mas também com a dependência emocional, advinda da polaridade apego-desapego que resulta de conteúdos simbólicos na interação com o Outro (Byington, 2006, p. 4). Esta polaridade apego-desapego está relacionada a união, sacrifício e separação que podem levar à ansiedade, agressividade, perda e depressão, minuciosamente descrita por Bolby. (Byington, 2006, p. 7).

A ampliação dos conceitos de Arquétipo Matriarcal como o arquétipo da sensualidade, do desejo e da fertilidade e o Arquétipo Patriarcal como o arquétipo da organização e do planejamento é essencial, segundo Byington, 2006, p. 20, para se poder estabelecer uma ligação funcional dos arquétipos com as neurociências. “O Arquétipo Matriarcal se expressa principalmente pelo sistema neurovegetativo, pelo sistema límbico, pelos núcleos vegetativos subcorticais e pelo sistema neuroendócrino e o Arquétipo Patriarcal pelo sistema associativo cortical, pelo sistema sensorio-motor e pelo sistema volitivo cérebroespinal.”

Portanto, o amor e a frustração como funções estruturantes nas relações primárias vão influenciar a diferenciação apego e desapego vividos pela criança na primeira infância, sendo que a afetividade expressa a maneira de o ego dizer “sim” e a agressividade, a de dizer “não” (Byington, 2006, p.39).

A criança vive a função sacrificial com grande intensidade na primeira infância, junto com o início das experiências de desapego. É importante compreender que essas têm lugar, em função do crescimento da identidade, através do apego. O quanto de frustração e de agressividade é sentido com o desapego depende do grau de satisfação do Ego com o crescimento adquirido pela diferenciação. (BYINGTON, 2006, p. 39).

A partir deste texto podemos perceber o quanto de influencia pode haver na questão do enfrentamento desta etapa de desapego com a exposição tão precoce aos novos coleguinhas em quantidade que pode ser avassaladora. Soma-se a isso a culpa sentida principalmente pela mãe durante este processo, também ela passando pela transição apego-desapego. Conforme Liana Netto (2017), ao ficar de pé, cada passo dado pelo bebê será para longe da mãe.

A observação da etologia, que estuda o comportamento dos animais livres na natureza serve de referencial para amplificarmos e elaborarmos nossas questões e mostra que somente nós, da espécie humana não temos isso bem resolvido, justamente devido ao nosso neocórtex, que ao nos proporcionar a reflexão, nos coloca também diante de armadilhas nem sempre bem resolvidas. Byington exemplifica magnificamente com uma história da mãe urso que alimentava três filhotes e precisava sair em busca de alimentos. Além de sair com eles, ensinando-os pelo exemplo, como e onde encontrar alimentos, por vezes precisava deixa-los em algum local

seguro, no alto de uma árvore, para alguma caçada mais difícil. Certo dia a mãe urso deixou os filhotes no alto da árvore e nunca mais voltou para busca-los. Ao perceber que eles já eram capazes de conseguir seu próprio alimento de forma eficiente, a mãe urso forneceu aos filhotes um “atestado de maioridade” e completa:

A urso vivenciou a função sacrificial na transição apego-desapego, proporcionalmente ao crescimento dos filhotes. O timing do amor na relação primária envolve o apego-desapego dos cuidadores e da criança. Apesar da assimetria enorme de poder individual na relação, os participantes estão sujeitos a um poder maior coordenado pelo Arquétipo Central. Para obedecê-lo e agir em função dele, não existe uma receita concreta de como e quando, pois a transformação só pode ser compreendida e inteligentemente acompanhada pela sincronicidade, que marca o tempo propício através da própria vivência. Esta percepção da sintonia entre Eros e Poder é essencial ao amor.

A aquisição progressiva das grandes conquistas do desenvolvimento na alimentação, na movimentação corporal, no conhecimento, no controle esfinteriano, no brincar e em outras tantas que acompanham o amadurecimento dos sentidos e da inteligência, passam necessariamente pelo apego-desapego, simbiose-separação e, por conseguinte, também pela função sacrificial, junto com prazer e desprazer, afeto, frustração e agressividade. Estas transformações caminham para a aquisição da linguagem verbal, que marcará a capacidade de simbolização ativa do Ego e a segunda infância. (BYINGTON, 2006, p. 40)

A questão é: a mãe humana consegue este timing do amor na relação primária no curso atual de nosso desenvolvimento? As responsabilidades da vida profissional, as pressões da sociedade e as próprias pressões permitem esta sincronicidade, ou pelo menos que ela seja respeitada? “As disfunções dessas vivências são numerosas e podem gerar fixações e defesas que formam Sombra e que aguardarão elaboração posterior pelo Self Individual e Familiar.” (BYINGTON, 2006, p. 41)

2.3 A EXPERIÊNCIA SOMÁTICA – SE

A primeira afirmação que nos chamou a atenção na aula inaugural, proferida pela professora Andrea Oliveira, do curso de Psicotraumatologia foi: “O trauma não está no evento, mas no sistema nervoso” e por mais estranho que possa soar, esta frase foi absorvida, como uma fé, antes mesmo da explicação para tal afirmação. Mas a explicação foi muito contundente – normalmente uma pessoa atingida por um trauma, sente-o, mas sequer lembra quando e o que o disparou. Uma pessoa tem medo de altura, ou tem medo de andar de avião, mas não sabe explicar de onde vem este medo, em geral dizem “eu sempre tive medo de ...”. Outra

informação, não menos importante, muitas vezes a pessoa sente este medo através de um suor nas mãos, um desarranjo intestinal.

Baseando-se na Etologia, na Psicologia e na Neurociência, Peter Levine desenvolveu a abordagem como resultado de suas observações, principalmente através de observações dos animais na natureza. Observou que ao perceber uma mudança no ambiente, o animal aumenta seu grau de observação, no dito popular aguça os seus sentidos e ao confirmar que se trata de uma ameaça, prepara-se para a luta (se possível) ou para a fuga. Mas Levine observou algo mais impressionante, observou que algumas vezes durante a fuga o animal era pego e logo a seguir, parecia imediatamente morto, colapsado pela captura. Mas se o predador se distraísse com outra presa, ou pela disputa da caça com outro predador, a presa se estremecia, se levantava e saía correndo em fuga.

Peter, após diversas observações e estudos concluiu que durante ou após uma ameaça – evento traumático – os animais descarregam a energia do sistema nervoso na luta ou na fuga, no primeiro caso ou através de descargas motoras inespecíficas no segundo caso, ao se sentirem novamente seguros e antes de escaparem. Deste modo, concluiu que os animais na natureza não se traumatizam porque descarregam a energia acumulada no sistema nervoso durante o evento traumático.

Mas porque nós, humanos nos traumatizamos? Nosso sistema nervoso funciona do mesmo jeito que o dos animais na natureza? Porque então nós não descarregamos?

Durante sua pesquisa, o Dr. Peter Levine se deparou com o que chamou “revolucionário trabalho de Stevehen Porges, diretor da Brain Body Center do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Illinois”. Levine comenta que Porges forneceu a ele o ‘mapa do tesouro’ – “eloquente, bem fundamentado e claramente embasado” trabalho conhecida como a Teoria Polivagal da Emoção que “elucida os caminhos para a recuperação e a integração” do sistema traumatizado. Segundo a teoria de Porges, nosso Sistema Nervoso é dividido em três subsistemas básicos de energia neural que dão suporte aos comportamentos e emoções relacionados. O mais primitivo, que se originou nas primeiras espécies de peixes cartilagosos, regula a conservação de energia e tem como função a imobilização, trata-se do Sistema Nervoso Parassimpático ligado ao nervo Vago Dorsal. Em seguida o Sistema Nervoso Simpático que evoluiu no período do aparecimento dos répteis, é um sistema de ativação, cujo alvo no corpo são os membros e cuja função é a mobilização e a ação aprimorada, como a luta ou a fuga e por último, o sistema filogeneticamente mais recente que existe apenas nos mamíferos, foi refinado nos primatas e no homem e que atua como mediador de complexos comportamentos sociais e de vínculo. Trata-se

do Sistema Nervoso Parassimpático ligado ao nervo Vago Ventral e que aciona os músculos faciais, garganta, ouvido médio, coração e pulmões. (LEVINE, 2010, p.97 – 98)

Levine também estudou a teoria do Cérebro Trino ou Triuno de Paul MacLean, um médico e neurocientista americano (Figura 2). Esta teoria, publicada em 1990 (*The Triune Brains in Evolution: Role in Paleocerebral Functions*) se baseia na evolução filogenética das espécies. Embora não exista nenhum consenso entre os cientistas sobre a origem da vida, a evolução biológica baseada no modelo Darwiniano está bem estabelecida e nela encontramos os répteis, os mamíferos primitivos, os mamíferos superiores, os primatas e o homem. De maneira simplificada, Paul MacLean defendeu que ao longo da evolução, estas espécies foram adquirindo habilidades que se estabeleceram hierarquicamente, de forma que o homem possui em seu cérebro uma parte equivalente aos répteis, que lhe garante os instintos de sobrevivência e de perpetuação da espécie, estando ligado diretamente ao sistema nervoso autônomo; uma parte equivalente aos mamíferos inferiores, com as funções límbicas de emoção e afeto e uma parte equivalente aos mamíferos superiores e os primatas, o córtex cerebral que lhes confere memória, atenção, consciência e percepção. O homem possui ainda mais desenvolvido que os demais, o chamado neocórtex pré-frontal, área mais recente do desenvolvimento, que ocupa boa parte da área cortical e que lhe conferiu supremacia graças as funções complexas, linguagem e tomada de decisão mais desenvolvida, planejamento, raciocínio lógico, pensamento abstrato e a cultura.

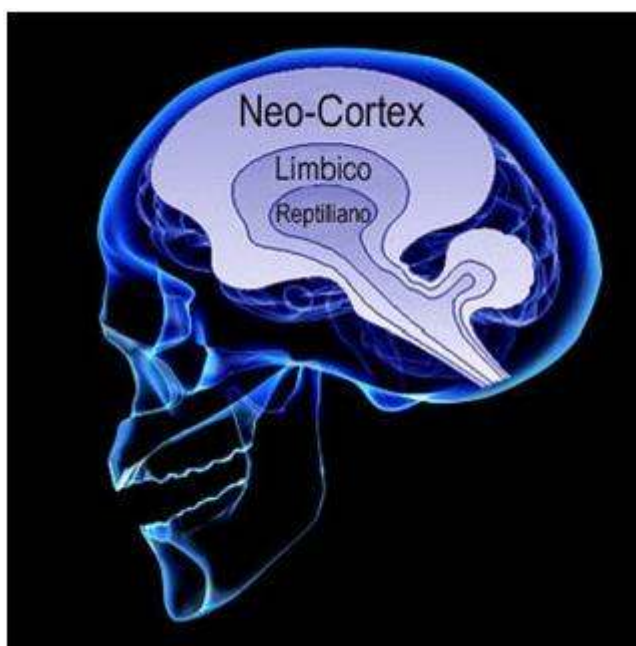


Figura 2 – Imagem ilustrativa do Cérebro Trino
Fonte de referência: <http://ensinar-te.blogs.sapo.pt/487.html>

Se o homem possui em seu cérebro todas as funções dos mamíferos, por exemplo, estaria também dotado das respostas de luta, fuga e imobilidade tônica. Então a resposta para a pergunta: porque nós nos traumatizamos veio justamente do que temos a mais. A cultura, a consciência, o julgamento, o pensamento abstrato, funções localizadas no neocórtex. Mas Peter ao longo do desenvolvimento de sua abordagem ao trauma percebeu que o caminho para a renegociação passava também no neocórtex, mas não de cima para baixo, e sim de baixo para cima, nesta que “o neurologista do final do século XIX Hughlings Jackson” chamou de hierarquia default, ou seja, a partir do corpo, do sistema nervoso, entrando pelo cérebro reptiliano para o neocórtex. (LEVINE, 2010, p.101) Desta forma, o neocórtex é vilão e ao mesmo tempo pode ser o herói na renegociação do trauma.

Levine percebeu que quando comportamentos pró-sociais não resolvem a situação de ameaça - o perigo, também mobilizamos o que chamou de resposta de luta ou fuga. Se também esta resposta não foi suficiente, ou não foi possível, na hierarquia das defesas surge a imobilidade tônica, ou dissociação, ou congelamento. Pelas teorias Polivagal e do cérebro Trino, quando o sistema vago ventral e o neocórtex, pressionado, não conseguem resolver a situação, o nível de funcionamento mais primitivo entra em ação e se houver uma recuperação, o controle volta aos níveis mais refinados no neocórtex. Levine chamou isso de processamento de “baixo para cima”, segundo ele, tão importante na terapia do trauma. (LEVINE, 2010, p. 101)

Como escreveu Andréa Oliveira, “Uma vez que a psique é um sistema autorregulatório assim como o corpo, a ação compensatória sempre se desenvolverá no inconsciente. No entanto, sua influência reguladora é eliminada pela atenção crítica e cognitiva.” (ROSSI, C. ET AL, 2016, p. 269)

Por volta de 1969 Peter recebeu uma paciente, indicada por um psiquiatra que sabia de seu interesse pelos assuntos ligados a estresse, cura do corpo-mente e segundo ele próprio, viria a mudar toda a trajetória de sua vida. A paciente sofria de enxaquecas, hipertireoidismo, fadiga, dor crônica e síndrome de tensão pré-menstrual. A paciente sofria também de crises de ansiedade e agorafobia. Durante um atendimento a paciente entrou em crise de pânico e sem saber o que fazer, Peter conta que através de uma intuição arquetípica, viu um tigre agachado e gritou para a paciente: corra, um tigre está perseguindo você. Para sua surpresa, espantado ele próprio com sua reação, viu a paciente tremer as pernas e em seguida move-las como se estivesse correndo. Percebeu que em seguida o corpo da paciente começou a tremer de forma convulsiva e depois mais suave. Aos poucos a paciente foi tomada por uma sensação de paz e um formigamento por todo o corpo. Estava dado ali, desta forma quase que acidental, o primeiro passo para o que se

conhece hoje como uma abordagem gentil, cheia de respeito à condição humana, de compaixão pelo sofrimento do outro, a *Somatic Experiencing* – SE®.

Após o evento com a paciente, Levine investiu seu tempo em tentar entender tudo que havia se passado na sessão. Descobriu então que teve imensa sorte em ter obtido uma solução para o caso da paciente em uma única sessão, em não ter levado a paciente se retraumatizar e percebeu que aqueles tremores por todo o corpo, por vezes são tão sutis que podem passar quase despercebidos aos olhos do terapeuta. Por vezes nem mesmo há tremores sutis, mas um formigamento, uma alteração de temperatura, o que torna o trabalho do terapeuta mais difícil e desafiador.

Nas décadas seguintes, estudei a base biológica do trauma com base em um estudo comparativo dos animais e de seu sistema nervoso. Senti que isso me ajudaria a desenvolver uma abordagem sistemática para a cura do trauma que poderia ser reproduzida de forma confiável, além de ser suficientemente segura. (LEVINE, P., 2010, p. 37)

Conforme comentamos, na continuidade de seus estudos Peter Levine se deparou com a imobilidade tônica, a qual lhe ocupou um bom tempo até entender. Mais uma vez foi observando os animais soltos na natureza que Peter utilizou para concluir que ao ser alcançado pelo predador, ao perceber que o fim está próximo, a presa normalmente “entra em um estado alterado de consciência,” desfalece e cai no chão. Peter percebeu que o animal não está fingindo estar morto, mas está “paralisado de medo”. Desta forma, Peter fechava as três principais linhas de defesa instintivas que podem dispor os répteis e os mamíferos quando confrontados com alguma ameaça – luta, fuga ou imobilidade tônica. E a conclusão mais importante foi que “O trauma ocorre quando estamos muito amedrontados e somos fisicamente contidos ou nos sentimos aprisionados. Nós congelamos, paralisados e/ou entramos em colapso em um desamparo avassalador.”

Para efeito de delimitação de nosso trabalho, vamos apenas explorar um pouco mais a imobilidade tônica, uma vez que ela está diretamente envolvida no TEPT. Peter Levine defende a sistemática do tratamento da Experiência Somática – SE® voltada para o corpo da seguinte forma:

Ficar paralisado de medo descreve de forma precisa a vivência física, visceral e corporal de medo intenso e trauma. Visto que o corpo encena todas essas opções de sobrevivência, é para a narração do corpo que os terapeutas devem se voltar a fim de entender essas reações e mobiliza-las na transformação do trauma.

À respeito da imobilidade tônica ele chama a atenção dos terapeutas que ela “parece servir a pelo menos quatro importantes funções de sobrevivência nos mamíferos.”

- É a derradeira estratégia de sobrevivência, coloquialmente conhecida como “se fingir de morto”, observando, entretanto, que não se trata de fingimento, mas de uma tática biológica seríssima;

- A imobilidade dá um certo grau de invisibilidade;

- A imobilidade pode contribuir para a sobrevivência do grupo, distraindo os predadores enquanto a manada escapa;

- Deflagra um profundo estado alterado de torpor em que a dor extrema e o pavor são atenuados por um efeito analgésico decorrente de uma inundação de endorfinas.

Como humanos, somos vulneráveis à traumatização de uma maneira que os animais não são. A chave para a saída dessa condição aparentemente insolúvel está na característica que de forma mais clara nos distingue dos animais – nossa capacidade de perceber conscientemente a nossa experiência interna. [...]. A percepção consciente acessada pela sensopercepção nos proporciona uma descarga energética suave e tão efetiva quanto aquela que o animal acessa pela ação. Isso é renegociação. (LEVINE, P., 1999, p. 165)

Em resumo, ao momento em que estamos relaxados, explorando o ambiente, identificado como ROE – Resposta de Orientação Exploratória, ao perceber alguma ameaça entramos na ROD – Resposta de Orientação Defensiva para nos esquivarmos ou nos defendermos, avaliarmos melhor a situação. Se a ameaça se apresenta de forma mais clara, entramos na RDA – Resposta de Defesa Ativa em que nos preparamos para lutar ou fugir, a depender da avaliação que fazemos do predador. Ao obtermos sucesso na luta ou na fuga, baixam os níveis de ativação do sistema nervoso e voltamos ao estado de Orientação Exploratória. (Figura 3), mas se somos alcançados pelo predador e a luta ou a fuga se torna impossível, entramos no estado de dissociação e ficaremos sujeitos ao trauma, que poderá advir ou não, em função de descarregarmos a ativação do sistema nervoso ou não.

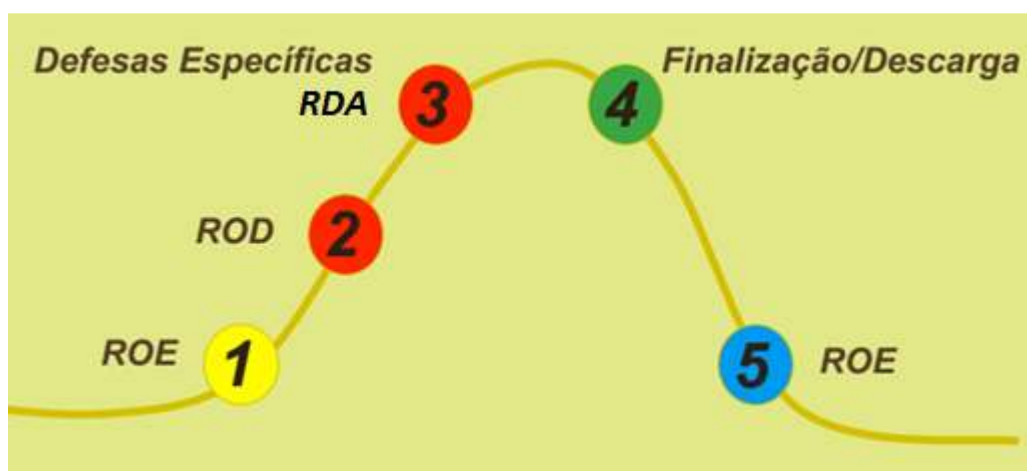


Figura 3 – Curva de Ativação
 Fonte – FOUNDATION FOR HUMAN ENRICHMENT

2.3.1 Trauma e Desenvolvimento

Conforme Liana Netto, Trauma de desenvolvimento é trauma de relacionamento. Todo ser humano nasce dependente, mais do que qualquer outro mamífero, de um cuidador que lhe assegure as necessidades mínimas de sobrevivência. Ao nascer, o bebê não possui sequer seu sistema nervoso totalmente desenvolvido, depende da mãe, preferencialmente, ou de outro cuidador para se regular. “O desenvolvimento da personalidade implica em uma implantação progressiva de possibilidades de comportamentos motores, psicológicos e relacionais, cujo domínio requer treino, estímulo e apoio advindos dos cuidadores, para assegurar uma integração bem sucedida de cada tarefa desenvolvimental.” (ROSSI, C. et al, 2016, p. 129). Não é difícil compreender que um ser tão dependente esteja tão sujeito a um trauma, embora as experiências traumáticas sejam intrínsecas à vida e passar por elas não equivalha necessariamente a uma traumatização, pelo contrário, pode ser a força propulsora para o nosso desenvolvimento, responsável pela criação de recursos resilientes na formação da personalidade. (Nemeroff et al., 2006, apud NETTO, L., 2016, p. 130)

O terrível da vida está em não ter a chance de reparação das disfunções provocadas pelo trauma e de retorno a um estado basal de segurança e homeostase. Assim um trauma de desenvolvimento se estabelece quando a criança confronta experiências adversas em seu ambiente com insuficientes recursos psicomotores e relacionais, decorrentes ou mediadas por abuso, negligência, inconsistência e/ou imprevisibilidade na relação com cuidadores, perdendo a capacidade de reestabelecer o senso de segurança. Na condição de insegurança diante de uma experiência cujo perigo não passou (concreta ou psicologicamente), continuar a se defender usando os recursos disponíveis da idade é o

que cria os padrões fixos de defesa caracterológica, tipificados pelo período cronológico em que a sobrecarga aconteceu. (NETTO, 2016, p.130)

A neurociência trouxe o conceito de “Janelas de Oportunidades” como períodos críticos, iniciados e finalizados através da ativação de genes específicos e que são organizadas de forma sequencial. (Andersn, 2003, apud Netto, L., 2016, p.130) Estes períodos oferecem oportunidades de grande aquisição de aprendizagem devido às apoptoses, que fortalecem as sinapses entre neurônios sobreviventes da poda seletiva ocorrida nestas fases. Se por um lado estes períodos representem oportunidades magníficas de aprendizagem, por outro lado, apresentam também maior vulnerabilidade à ausência destes estímulos específicos, com redução de número de circuitos neurais, ramificações e conectividade (Hart, 2008, apud NETTO, L., 2016, p. 131). “Por isso as ‘Janelas’ fornecem um ponto de partida interessante para compreender a evolução da personalidade saudável, tanto quanto o surgimento, curso e gravidade de psicopatologias.”

Liana Netto comenta que as “influências ambientais começam já no estágio fetal, quando o embrião sofre o impacto de todas as experiências acometidas à mãe (estímulos externos e internos, como emoção, nutrição, equilíbrio hormonal...)”. Carlos Byington (2008) sustenta que “é inegável que o feto ouve o coração da mãe, a partir de 21 semanas, quando se forma seu aparelho auditivo, e que, com 20 semanas, degusta o líquido amniótico e o engole, sendo capaz de diferenciar o gosto amargo do doce, que ele prefere (Supple, 2002).” E alarmante! diz que “se a mãe ingere álcool, ou se fuma, o feto diminui a sua ingestão de líquido amniótico.”, rejeitando, ou pelo menos mostrando desta forma que não lhe agrada o que lhe chega.

Segundo Liana Netto, o feto se habitua e se adapta aos estímulos e desta forma o desenvolvimento de seu sistema nervoso é diretamente afetado pelos estímulos que lhe chegam à medida que seus órgãos dos sentidos vão de desenvolvendo. Ao nascer, numa gestação normal de 9 meses, o bebê possui todos os nossos órgãos dos sentidos formados. No entanto, seu cérebro está ainda relativamente inacabado, tendo cerca de 70% das estruturas e funções por finalizar no período pós-natal.

“Visto desta forma, brincadeira nesta fase se torna uma questão de vida ou morte: são formas culturais de conectar sistemas nervosos, criando sinaptogenese em crianças, favorecendo-as a entrar em um campo de ressonância com o cuidador via expressão facial, contato ocular, prosódia da voz, movimentos corporais, sentidos, e ritmo (Hart, 2008). As trocas afetivas precoces, principalmente entre mãe e criança, vão criando a base dos mecanismos autorregulatórios, um principio sistematizador dos cuidados incorporados, os quais balizam a criança no curso de sua vida a fazer consigo o que foi feito outrora para si.” (Hart, 2008, apud NETTO, L., 2016, p. 134).

Entre os 3 meses de nascido até aproximadamente 1 ano e meio de idade, o bebê passa pela fase materna na concepção junguiana e atravessa um período crítico do desenvolvimento, isso porque o vínculo ao cuidador gera a ansiedade da separação, tudo isso somado ao fato de estarem vivenciando o início da primeira **janela de oportunidade**, que vai até os 3 anos de idade.

Segundo Liana Netto, nesta fase o indivíduo se prepara para mover-se em direção à sociedade, através do estabelecimento das conexões rítmicas, empáticas e sintônicas que o capacitam a reconhecer as suas necessidades.

“A renegociação dessa fase requisita uma terapia focada no vínculo e na educação da capacidade psicofisiológica de regulação, principalmente no que diz respeito ao aprendizado da “desativação” dos estados de alta carga, disparados no sistema nervoso em face de situações adversas.” (NETTO, L., 2016, p. 136)

Passada esta fase materna, o ser humano continua seu processo evolutivo acelerado, rumo à ampliação da autonomia e da vontade, à exploração do mundo. Lembrando o que disse Liana Netto, “Todo passo é para longe da mãe...”. A diferenciação em relação à mãe, que vai se revelando a cada etapa, no desmame, no primeiro passo, proporciona o desenvolvimento muscular e permite ações voluntárias à criança. O planejamento de curto prazo, os confrontos com as frustrações consolida a competência na perseverança e na flexibilidade para redimensionar metas são resultado da segunda metade da primeira **Janela de Oportunidade**. Esta etapa vai até por volta dos 4 anos de idade e o desafio é a imposição de limites e muita contenção.

O terapeuta lidando com registros desta fase deve ser capaz de recepcionar todo o poder e agressividade “heróica” da diferenciação egóica, ajudando seu cliente a reconhecer padrões somáticos de raiva, liberar os sobreacoplamentos (Levine, 2012) e bloqueios à descarga vegetativa, educar adequada expressão de emoções, e restaurar o equilíbrio entre mobilização interna e expressão motora e verbal. Deve ainda ser capaz de treinar o cliente para o uso funcional da atenção e da concentração, dando suficiente contenção ao comportamento de busca de novidade. (NETTO, L., 2016, p. 137)

Continuando na direção do desenvolvimento à caminho da difícil adolescência, da diferenciação sexual e comportamental a criança entra na fase da alteridade, cuja delimitação deste trabalho deixa fora da pesquisa.

2.3.2 Nosologia do Trauma

Após a segunda grande guerra mundial, alguns reflexos traumáticos se tornaram evidentes e provocaram grande procura por parte de ex-soldados norte-americanos aos centros de tratamento pós-guerra. E embora ainda nestes anos, nada muito além do que Charcot, Freud e Janet tivessem escrito houvesse sido explorado, (Kapczinski e Margis, 2003) e Peter Levine se refere a este histórico em seu livro *Uma Voz sem Palavras*, (2010, p. 43), estes casos começaram a preocupar o Exército norte-americano que em conjunto com a Associação de Veteranos de guerra, desenvolveu uma categorização para aplicação nos ambulatórios que prestavam atendimento a ex-combatentes (Araújo e Lotufo Neto, 2013). Entidades norte-americanas como a American Psychiatric Association (APA) que publica o DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) assim como a Organização Mundial de Saúde (OMS) inclui em sua Classificação Internacional de Doenças (CID), pela primeira vez uma seção destinada aos “Transtornos Mentais”, tendo sido estes os primeiros a se referir aos transtornos relacionados a eventos traumáticos, agrupando-os na categoria de “Desajuste Situacional Agudo”, isso em 1948, quando da publicação do CID-6. Em 1952 a classificação americana DSM-I se referiu à categoria “Reação Maciça ao Estresse”. No DSM-II esta categoria foi retirada e reintroduzida em 1980 no DSM-III, com a denominação de “Transtorno de Estresse Pós-Traumático”. Enquanto isso, a CID-7 manteve a categoria relacionada na CID-6 e em 1965, na publicação da CID-8 incluiu a nomenclatura “Transtornos Transitórios de Inadaptação a Situações Especiais” e em 1977, introduziu na CID-9 a categoria “Reação Aguda ao Estresse”. No DSM-IV, publicado em 1994, além da manutenção da denominação anterior, tivemos a introdução de uma nova categoria, a de “Transtorno de Estresse Agudo”, em adequação à recente publicação da classificação internacional, a CID-10 no ano de 1993 (Kapczinski e Margis, 2003).

A partir do CID-10, a classificação internacional passa a sofrer pequenas revisões anuais e grandes revisões tri-anuais, publicadas pela Organização Mundial de Saúde. Atualmente, temos na classificação internacional, CID-10, destaques para diferentes categorias diagnósticas relacionadas a eventos traumáticos, onde está mantido a “Reação Aguda ao Estresse” e temos a introdução dos “Transtornos de Estresse Pós-traumático”, além de “Outras Reações ao Estresse Grave”, “Reação ao Estresse Grave Não Especificada” e “Alteração Permanente de Personalidade Após Experiência Catastrófica”. Já o DSM-V, publicado em maio de 2013 é a mais nova edição do Manual. Esta edição agrupou pela primeira vez num mesmo capítulo os transtornos de origem atribuídas a situações de estresse e traumas – “Trauma e transtornos relacionados ao estresse” que apresenta cinco diagnósticos principais e duas categorias

diagnósticas para outros transtornos específicos ou inespecíficos que possam se relacionar ao estresse e ao trauma (Araújo e Lotufo Neto, 2013).

TEPT – Transtorno de Estresse Pós-traumático, conforme histórico inicial, apareceu pela primeira vez no DSM-III em 1980. Nesta ocasião, os diagnósticos sindrômicos de ocasião, como neurose traumática, síndrome do trauma de estupro, fisioneurose, neurose de compensação e muitos outros foram agrupados no conceito de TEPT. Assim, o sofrimento das pessoas com história traumática foi reconhecido como fator determinante de seus padecimentos. Até então, estas pessoas tinham seus sofrimentos classificados como ansiosos, deprimidos, fóbicos, neuróticos, histéricos e até mesmo “simulados” (Câmara Filho e Sougery, 2001).

Mesmo com o perigo confinado no passado, guardado no inconsciente, o indivíduo pós-traumático continuamente pode reviver o perigo ocorrido e assim, revivenciando-o: “é como se o tempo parasse no momento do trauma”. Por mais paradoxal que possa parecer para quem não sofre do TEPT, a pessoa por vezes experimenta uma reexposição compulsiva a novos eventos potencialmente traumáticos.

Outra forma de manifestação do trauma é quando o indivíduo inconscientemente passa a evitar as repetições da experiência traumática, afastando-se de qualquer estímulo que possa desencadear as lembranças, como um mecanismo de defesa. Esta evitação pode se manifestar sob a forma de esquivas sutis, sob o ponto de vista que podem se tornar difíceis de se associar ao trauma, como a utilização de álcool ou outras drogas, engajamento excessivo em atividades de trabalho ou sexo, mas também por amnésias de natureza dissociativa, com lacunas que por vezes, mesmo preenchidas por histórias contadas, permanecem apagadas da memória em seus detalhes.

O trauma é, como se vê, quase sempre difícil de ser auto-identificado; diversas reações do corpo nem sempre são facilmente associadas ao trauma. A Experiência Somática® utiliza um anagrama – SIBAM², cujos elementos possuem associações coerentes entre si. Por exemplo, uma sensação de prazer é sentida quando pensamos numa imagem agradável, que por sua vez pode trazer um sorriso, um afeto de carinho e amor. Do mesmo modo que uma lembrança ou o fato de se presenciar uma cena desagradável, deve trazer uma expressão de horror, um sentimento de tristeza e um comportamento compatível com o evento. O acoplamento desarmonioso destes elementos, quase sempre não é percebido e, por conseguinte, associado pelo indivíduo ou por quem convive com ele a uma situação traumática vivida, mas este acoplamento desarmonioso indica um trauma estabelecido que precisa e deve ser tratado, para libertar a pessoa acometida desta prisão.

² SIBAM – Sensação, Imagem, Comportamento, afeto e significado.

Um sobreacoplamento dos elementos do SIBAM, pode se apresentar ao se vivenciar algo que instintivamente lembre a situação traumática vivida, sem que conscientemente nos apercebamos, como uma taquicardia, uma sudorese no corpo, nas mãos, uma respiração curta, cefaleias, sintomas que demonstram estar o indivíduo traumatizado em estado de hiperativação autonômica sem uma fácil associação com o trauma que está em seu sistema nervoso e que o está prendendo ao passado.

Outro modo que o trauma pode se apresentar é através de sintomas que chamamos de subacoplamento dos mesmos elementos, tal como sentir tonturas, dissociação, congelamento, imobilidade tônica, ou um estado de entorpecimento ao simples fato do indivíduo entrar em contato com algum lugar, ou sensação que ficou associado de forma incomum a um fato ou situação traumática vivida.

Desta forma, muito ainda se vai caminhar no sentido de incluir situações que expõe o indivíduo ao trauma nas classificações da APA que publica o DSM e da OMS que publica a CID. O DSM V, por exemplo, incluiu no diagnóstico de TEPT pessoas que tomaram conhecimento que um evento traumático aconteceu com familiares ou amigo próximo e por quem é frequentemente exposto a eventos traumáticos, como por exemplo, bombeiros e socorristas em geral, mas o critério ainda não está estendido a quem fica exposto através da mídia eletrônica. Contudo, desde o primeiro reconhecimento, no pós guerra, passando pelo DSM III quando pela primeira vez apareceu a referência ao TEPT, até a divulgação do atual DSM V muita coisa já caminhou e espera-se ainda mais nas futuras revisões do DSM V até a publicação do DSM VI.

2.4 A EXPERIÊNCIA SOMÁTICA COM CRIANÇAS

Em se tratando de terapêutica infantil, é fácil imaginar que não se pode esperar que a criança deite-se no divã ou mais junguianamente falando, sente-se na poltrona, cruze as pernas e/ou abrace uma almofada e comece a falar sobre suas dificuldades, suas neuroses. Do mesmo modo, na experiência Somática as técnicas utilizadas com o adulto necessitam de grande adaptação para serem utilizadas na terapêutica infantil.

A bibliografia da Experiência Somática ainda não é muito ampla, por se tratar de uma abordagem muito recente. Em se tratando de crianças, torna-se ainda mais rara a bibliografia. Encontra-se livros ainda sem tradução do próprio Peter Levine com Maggie Kline, à exemplo de *Trauma Through a Child's Eyes* e *Trauma-Proofing Your Kids*, porém com muito pouco sobre técnicas de atuação e alguns artigos. No Brasil temos Alexandre Duarte, ou Ale Duarte como é

conhecido, como grande adaptador de uma abordagem da Experiência Somática para aplicação com crianças. Infelizmente, Ale Duarte também não costuma escrever artigos e principalmente livros, dedica-se mais à prática de suas inovadoras técnicas, intituladas “Sintonizando com Crianças” e a difundir estas técnicas através de cursos bastante práticos, com pouco desenvolvimento descritivo. Nosso acesso às técnicas de Ale Duarte se deu através da psicóloga Danúzia Santos Lopes, uma terapeuta SE, seguidora de Ale Duarte, de quem nos aproximamos e convidamos a nos supervisionar o trabalho. Provocado a escrever sobre sua técnica, Ale Duarte acabou por publicar um artigo em Diálogos Estendidos com a Experiência Somática (ROSSI, et al, 2016, p. 145), o qual foi de grande utilização e confirmação das técnicas que Danúzia vinha nos orientando, embora o artigo tenha sido escrito na ótica do atendimento a grupos. Esta abordagem é, portanto, a abordagem que seguimos na terapêutica de ambas as crianças cujos casos são relatados neste trabalho.

Na adaptação do método SE® para crianças, Ale Duarte propõe uma curva de ativação do sistema nervoso dividida em cinco fases do processo autoregulatório, conforme Figura 4 a seguir.

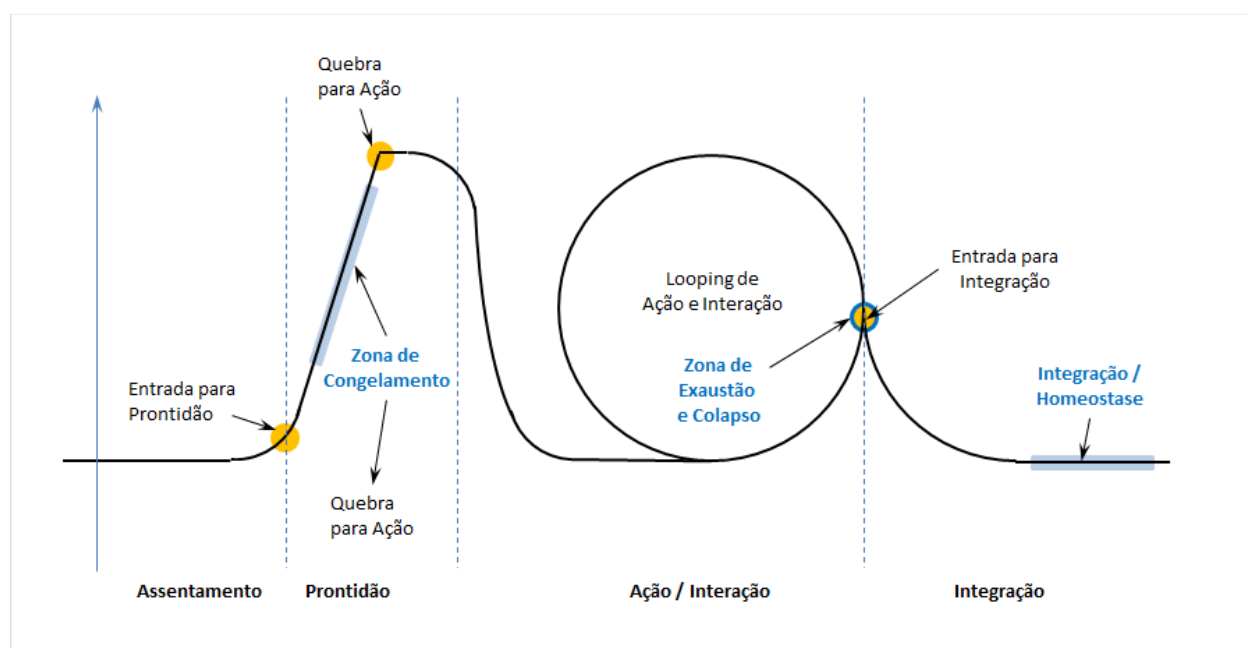


Figura 4 – Curva de Ativação na criança

Fonte – Arquivo pessoal de Ale Duarte em ROSSI, et al, 2016, p. 156

Em seu artigo, Duarte, A. descreve o momento vivenciado durante um terremoto no pátio de uma escola na China, onde diversas crianças brincavam. Após o ocorrido, Duarte notou que a maioria das crianças voltaram às atividades lúdicas que estavam desenvolvendo antes do evento

traumático, algumas, no entanto, aproximadamente uns vinte por cento, mantiveram-se em estado de choque.

“A segurança é o fundamento da autorregulação e homeostase. No trabalho somático, se reconectar com a experiência de segurança é essencial para a estabilização de processos do sistema nervoso autônomo (SNA)” (Levine; Frederick, 1999).

Ale comenta que ao estar diante de uma criança, o terapeuta deve estar presente da forma mais implícita possível, com cordialidade, curiosidade e aceitação. “Quando as crianças se sentem seguras, o nível de excitação cai automaticamente, o mal estar e o desconforto interno diminuem e elas começam a expressar suas necessidades.” (Siegel, 1999, apud Duarte, A., 2016 p.147) Para tornar esta segurança efetiva, o terapeuta precisa estar inteiro em sua presença física, tom de voz, gestos receptivos, comandos claros e contato visual, precisa estar em equilíbrio, bem orientado e em contato com suas próprias sensações internas para ser de fato, uma fonte genuína de segurança para a criança.

Conforme comentamos, Ale Duarte centra seu artigo em grupo de crianças e comenta que existem as crianças equilibradas, as hiperativas e a apáticas. Em termos de clínica, está claro que apenas os dois últimos grupos procuram a terapia, sendo que, conforme expressamos anteriormente, as hiperativas vêm normalmente encaminhadas por indicação da escola, uma vez que elas incomodam. As apáticas, na maioria das vezes precisam que os cuidadores percebam e tomem a iniciativa de procurar a terapia.

As crianças hiperativas necessitam de contenção, estas crianças têm a tendência para partir direto para a ação e se faz necessário contê-las na prontidão, na expectativa de iniciar a brincadeira. Já as crianças apáticas, ao contrário, precisam de estímulo para que entrem em prontidão e posteriormente na ação, elas evitam a ação e tendem a permanecer na acomodação, mergulhadas em sua ansiedade e medo. Ale Duarte comenta que, com as primeiras, procura introduzir pausas entre uma brincadeira e outra, fixando-as nas sensações internas, chamando a atenção para as viradas entre os estados; chama isso de intervalos de consciência entre o impulso e a ação. Com as segundas, a segurança é o ponto chave, portanto ele comenta sobre a importância da presença física do terapeuta apoiando-as na fase de prontidão.

3 RELATO DE CASOS

3.1 DELINEAMENTO

Neste trabalho apresentaremos o relato de atendimento terapêutico realizado utilizando a abordagem da Experiência Somática, SE ® em duas crianças, uma, que chamaremos de Kid01, submetida a uma situação traumática de choque e outra, que chamaremos de Kid02, submetida a trauma de desenvolvimento, ambas introvertidas.

O atendimento foi realizado dentro da perspectiva de uma terapia breve, inicialmente projetado em vinte sessões. Em ambos os casos, os resultados positivos foram obtidos em menos sessões que este limite pré-estabelecido, porém decidimos continuar os atendimentos de ambas as crianças, como se verá adiante, devidamente justificados.

Fizemos a anamnese de Kid01 em 07 de abril de 2016 e o primeiro atendimento em 12 de abril de 2016, com periodicidade semanal, sessões de uma hora, sendo as duas primeiras sessões no consultório da psicóloga que nos encaminhou a criança. A partir da 3ª sessão, passamos a atender no nosso consultório situado no bairro do Rio Vermelho, em Salvador – Bahia. A partir da 20ª sessão espaçamos os atendimentos para cada quinze dias, como forma de manutenção dos progressos alcançados.

A anamnese de Kid02 foi realizada em 07 de junho de 2016 e o primeiro atendimento em 14 de junho de 2016, também com periodicidade semanal e sessões com uma hora de duração, todas as sessões neste caso foram realizadas em nosso consultório no Rio Vermelho. A partir da 25ª sessão espaçamos os atendimentos para cada quinze dias, como forma de manutenção dos progressos alcançados.

3.2 SUJEITOS DA PESQUISA

A primeira criança, Kid01, completando oito anos de idade, cursando a 2ª série do ensino fundamental, passou por um evento traumático de choque por envenenamento. Caracterizado como um ataque com fuga (impossível?) inescapável.

Embora passar por um evento traumático não signifique necessariamente se traumatizar, a criança passou um mês no hospital, havia passado pelo processo gradativo de alimentação venosa, líquida, pastosa e ao receber alta, foi liberada a se alimentar de comidas amassadas no garfo. A cada período deveria voltar ao hospital para fazer endoscopia com respectiva dilatação do todo digestivo, dilatação esofágica, que ainda não se encontrava nas condições normais de

dilatação. Após aproximadamente 15 dias de alta a criança ainda não aceitava comer nada além do feijão bem amassado e caudaloso. O arroz, mesmo bem amassado era recusado. Como o diagnóstico e recomendação médica era de que a alimentação deveria ser introduzida e a criança já possui uma constituição magra, após grande período de internação e alimentação precária ainda apresentou mais perda de peso. Apresentou-se na primeira sessão com baixíssimo tônus, uma criança triste.

Kid01 precisava ter oportunidade de completar as respostas de defesa ativa e de luta ou fuga que não tiveram tempo de se manifestarem durante a situação de choque traumática a que foi submetida. Precisava de vivacidade para apresentar as respostas de defesa ativa e de tônus muscular para exercer a luta ou fuga.

A segunda criança, Kid 02, nos chegou logo em seguida. Com onze anos de idade, cursando a 5ª série do ensino fundamental, é filho de pais separados, com história de violência doméstica, do pai em relação à mãe e à criança e da própria mãe em relação à criança. Caracterizado como um trauma e desenvolvimento, apresenta medo intenso. Apanha e não reage, se deixa intimidar pelas outras crianças, mesmo menores que ela. Apanha inclusive do irmão menor, de apenas cinco anos, sem ao menos se defender. Não dorme na casa da mãe, por medo, mesmo tendo instalado grades nas janelas. Dorme na casa da avó. Apresenta fala infantilizada, relato da mãe que não pode ser confirmada durante as sessões.

Nasceu uma criança prematura de 6 meses, com apenas 1 kg. Ficou 29 dias na incubadora, mamou pouco no peito, uns 3 meses apenas.

Presenciou diversas vezes violência doméstica, do pai agredindo fisicamente a mãe, sendo que um ano antes houve um espancamento. A mãe relatou que não morava mais com o pai. Ao longo do acompanhamento terapêutico, porém, tivemos a oportunidade de perceber a volta do pai ao convívio familiar, nova tensão com afastamento que teve grande repercussão no comportamento da criança e novo retorno.

A mãe relatou que o pai batia na criança e confirmou que também ela batia. Respondeu afirmativamente inclusive que já o espancou.

Na escola a criança está indo mal, perdeu em Matemática e Português nas primeiras provas. Em relato da própria criança ela possui amizade na escola mais com novos colegas do que com os antigos.

Kid 02 precisava de um pouco de tudo. Dentro das hipóteses diagnósticas, imaginávamos as marcas de desenvolvimento do período intrauterino, na fase da existência, que o forçaram a se expor ao mundo precocemente, conforme Liana Netto (2016), “a luta precoce e instintiva pela sobrevivência” com apenas 6 meses de gestação; imaginávamos as marcas do período materno,

na fase da necessidade e imaginávamos marcas do período paterno com hipotonia e vergonha introjetada, na fase da autonomia e finalmente muito trabalho de elevação da autoestima, da persistência, do prazer e do orgulho pelo resultado alcançado.

Ambas as crianças já atravessaram a fase materna e a fase paterna, estão prestes a viverem suas adolescências, suas “jornadas do herói” à caminho da alteridade. Ambas apresentam complexo paterno negativo, a primeira, Kid01, com a ausência completa do pai, tem estas funções exercidas pela mãe; mãe esta que, além de não ter bem desenvolvida a função paterna, e possuir pouca agressividade, faltou em um momento crucial e traumático de sua infância quando lhe ministrou o “veneno” que quase a matou. A segunda, Kid02, com a presença do pai agressor físico da mãe e a mãe quando exerce a função paterna, também o faz de forma agressora, sobre ela, a criança mais comedida e introspectiva. A mãe é agredida e se torna a agressora.

3.3 DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS TÉCNICAS

Ambas as crianças precisavam ser trabalhadas em respostas de orientação, em senso de segurança e desenvolvimento de sua agressividade sadia que pudesse ser utilizada em resposta de luta ou fuga.

A ludicidade aliada ao SE ® foi utilizada durante todo o tempo, com muitos jogos de surpresa, muita manipulação de argila, massa de modelar e Areia Cinética. Foram utilizados também alguns exercícios da Bioenergética, como o *grouding*, também devidamente adaptados ao trabalho com criança, principalmente sobre o disco de Pilates e pular corda. Jogos desafios controlados de formas a proporcionar o sucesso e desenhos, tudo aliados ao SE®, procurando sempre a sensação sentida. Fazer cara feia e empurrar também foi bastante utilizado e passado como dever de casa, assim como desejar a si mesmo um bom dia em frente ao espelho, pela manhã.

4 RESULTADOS

De repente a criança solta um grito, arregala os olhos. as mãozinhas se preparam para bater palmas – o burro acaba de dar um Pinote espalhando todas as peças pela mesa, algumas pelo chão. Kid01 é outra criança; seu tônus é excelente, a surpresa lhe é agradável, diferente daquela criança que chegou ao consultório sem tônus, que ao bater no boneco João teimoso reclamou dizendo que a mão doía. Hoje a mãe relata que não há dificuldade para se alimentar até pão que ela recusou durante um bom tempo passou a comer de uma hora para outra. Ainda há problemas fisiológicas, seu tubo digestivo ainda não está na dilatação normal, mas isso é um grande progresso - psicologicamente Kid01 não tem medo de se alimentar.

Kid02 solta uma gargalhada, também muito diferente da primeira vez que viu o burro dar um Pinote - “meu coração parecia que ia sair pela boca”. A surpresa já não lhe é mais desagradável, o medo já é confrontado com a coragem, a agressividade saudável lhe permite se defender, acreditar em seu potencial. A mãe nos relata que Kid02 está uma criança “reclamona” e que está muito senhora de si. Que bom mãe, respondemos, tudo isso são vitórias que Kid02 está alcançando. Ela diz que Kid02 está reclamando com a avó e nós perguntamos: mas está desobedecendo? Falando ao respeito com a avó? E como a resposta foi um não bem firme, nós comentamos que ele está apenas se colocando, defendendo suas opiniões, não está “reclamando”.

4.1 RELATÓRIOS DOS ATENDIMENTOS

Como descrevemos anteriormente, os resultados positivos com ambas as crianças foram obtidos com menos de 20 sessões. Permanecemos atendendo ambas as crianças além deste prazo inicial devido, no caso de Kid01 à permanência do estreitamento esofágico que ainda não pudemos descobrir com clareza, se a necessidade destas dilatações se perpetuará por toda a existência de Kid 01 e, caso positivo, como será a frequência das intervenções de dilatação necessárias ao longo de sua vida. O que sabemos é que a medida de esôfago perseguida entre 12-13 nunca foi alcançada, chegando mesmo a haver um grande retrocesso durante os seis meses em que ficou sem fazer nenhuma intervenção. O valor atingido até então, entre 9-10 ficou reduzido a 6-7 e após a intervenção, voltou a 8-9. Kid01 alcançou grande resiliência ao longo do tratamento e mesmo nesta fase mais crítica, continuou comendo, ainda que com alguns engasgos, alguma dificuldade de engolir quando a mastigação não fora suficiente ou o bolo alimentar fosse grande. Ainda assim, voltava a se alimentar. No caso de Kid02 a permanência se deveu a intermitência da saída do pai de casa e seu retorno, notada ao longo das sessões e utilizando Kid02 como instrumento de aproximação. O irmão de 5 anos é duro com o pai e diz abertamente que não

gosta dele porque ele bate na mãe – fato presenciado e que deixou a mãe de olhos arregalados e sem graça. Kid02 sofre e pensa que pode resolver este problema familiar. Ao longo do tratamento foi possível trabalhar um pouco a questão, porque abalou visivelmente Kid02. A criança passou a chegar ao consultório abatida, sem ânimo, com os olhos caídos e com lágrimas.

4.1.1 KID01 – UMA CRIANÇA AUTORREGULADA

Kid01 foi vítima de envenenamento. Durante um evento na igreja que a família frequenta, apresentou um processo alérgico e a mãe pegou um vidro de um antialérgico no armário da sala. Em vez de remédio antialérgico, o que havia dentro do frasco era soda cáustica diluída. A corrida imediata ao hospital salvou Kid01 da morte. A internação no hospital público durou um mês, entre a UTI inicial e a enfermaria pediátrica. A assistência social se envolveu e após algumas investigações, eliminaram a suspeita de envenenamento proposital. Durante as visitas, a criança foi visitada por todos irmãos, que a encheram de presentes, notando-se grande amor por parte de todos – Kid01 é caçula e bem mais jovem que os demais. A mãe, presente durante todo o processo de internamento como acompanhante, foi analisada quanto à maternagem, sendo muito bem avaliada pela equipe de psicólogos do hospital.

Durante o processo de internação hospitalar, a recuperação fisiológica de Kid01 impressionou os médicos, mas ainda assim, o comprometimento foi grande e a criança necessitou diversos procedimentos de dilatação esofágica através de endoscopias. O consumo de sucos de acerola, com gosto, ajudou na cicatrização, mas comer as papinhas tornou-se um exercício de paciência devido à repulsa.

Kid01 saiu do hospital, liberada para comer arroz amassado com feijão, no garfo, para iniciar o contato com comidas menos líquidas. Neste ponto entra nosso acompanhamento. O arroz amassado foi rejeitado de forma categórica após a primeira garfada.

Logo na primeira consulta notamos a grande falta de tônus da criança. Nos preocupamos em criar o vínculo, brincamos livremente, mas procuramos envolver nas brincadeiras objetos passando por orifícios. Apresentamos o boneco João Teimoso e Kid01 praticamente fazia carinho nele. Demos alguns socos para mostrar que o boneco voltava à posição anterior. A criança nos imitou, porém com as mãos abertas, meia sem jeito e reclamou bastante que a mão doía ao bater no boneco. Na sessão seguinte pediu uma folha de papel e perguntou se havia uma tesoura. Fez um lindo urigame e nos presenteou. Mostramos a argila e a prontidão foi grande. As cinco fases de Ale Duarte (ROSSI et al, 2016, p.153) foram muito vivenciadas ao longo de toda a sessão. Notamos que a criança adora a argila e sujar as mãos para ela era algo muito prazeroso. Ao final

da sessão, chamamos a mãe para participar com a argila e ao nos despedirmos, enquanto conversávamos com a mãe, ouvimos uns barulhos – era o boneco João teimoso apanhando para valer, levando murros que chegavam a fazer o boneco saltar no chão. O tônus estava sendo restabelecido. Um pouco de integração e a sessão terminou com um grande abraço e um sorriso ainda maior.

Durante o acompanhamento de Kid01, houve alguns problemas ligados ao fato do tubo digestivo ainda não se encontrar na dilatação ideal. Para complicar, a carência financeira da família faz com que dependam da rede pública hospitalar e suas conhecidas limitações. A criança ficou sem se submeter a uma endoscopia por seis meses, e desta forma ficamos sem a menor ideia de como estava seu tubo digestivo. Entre a 19ª e a 20ª sessão, durante um lanche comendo uma maçã, algum pedaço de casca arranhou a laringe e Kid01 imediatamente se impressionou. Tossiu e se negou a comer. Passou o restante do dia evitando inclusive beber sucos, aceitando somente água. A mãe, nestas horas não tem muito tato, embora não seja agressora, mas devido à preocupação, acaba por não ajudar na autorregulação de Kid01. Foi durante o sono que a criança acordou com sede e fome, bebeu um copo de achocolatado. Acordou se sentindo confiante, tomou um mingau e almoçou normalmente. – a autorregulação se apresentando.

Nesta semana foram trabalhadas as emoções, desenhando carinhas de antes e depois do evento da casca de maçã, passamos para o disco de pilates, que por ser uma novidade, trouxe grande prontidão e muita ação e interação. Ao final da integração, sede, fome e muita alegria estampada no rosto.

A partir desta sessão, acordamos com a mãe de atender Kid01 a cada quinze dias e logo na 21ª sessão utilizamos um jogo de dardos para iniciar a fase de prontidão, passamos à ação interação e em seguida sentamos à mesa e procuramos rastrear as emoções. Inicialmente foi pedido para Kid01 imaginar a dificuldade de engolir e o que acontecia. Como ela apresentou uma certa resistência para essa imaginação, foi colocada uma folha de papel à sua frente e dois conjuntos de lápis, um conjunto de lápis cera com 12 cores e outro de lápis normal com 24 cores, para que a criança desenhasse essa dificuldade de engolir. Kid01 pegou então propositalmente um lápis preto (procurou por ele entre os 24 lápis), pensou um pouco; perguntou como se desenha? Colocando a mão na laringe, mas já iniciando um desenho. Não gostou do resultado, pediu outra folha de papel. Colocamos outra folha de papel limpa e dissemos que desenhasse como lhe viesse à mente. Ela então desenhou a passagem da garganta, com incrível semelhança e colocou uma bolinha no meio do caminho, que segundo ela, era como sente. Desenhou também um caminho descendo, fazendo um trajeto, parando na parte de baixo da laringe, onde colocou outra bolinha e falou que isso era a dificuldade de engolir. Para prender Kid01 nessa sensação,

começamos a fazer diversas perguntas, que ela foi respondendo não verbalmente, mas escrevendo numa outra folha de papel, sempre monossilabicamente, às perguntas do tipo: E como você sente? ela é pesada? é leve? é dura? é macia? A estas perguntas ela foi respondendo sim, não, mais ou menos. Após prendermos Kid01 por algum tempo na sensopercepção deste incômodo, foi apresentada outra folha branca e pedido então para ela desenhar a alegria que foi quando ela voltou a comer. Com um sorriso ela desenhou um bombom de chocolate, nitidamente do tipo trufa, mas ainda utilizando o lápis preto. Novamente diversas perguntas foram feitas sobre o bombom, que ainda não é colorido. Noto que este bombom é grande! Como passa aqui? (mostramos a laringe desenhada) Kid01 respondeu que mastiga, ora. Ah, então quando você mastiga passava bem? que legal! então você mastiga, mastiga e ele passa. A criança confirmou que sim mas, que o bombom tem também umas castanhas pequenininhas que ela engole. Foi comentado que ela precisa mastigar estes pedacinhos também. E qual é a cor desse bombom? Rosa, o invólucro. Percebemos que se tratava de um sonho de valsa, que a criança disse gostar muito, comentou que tem o rosa e tem dourado. Aproveitamos para prende-la um pouco mais no prazer do bombom, perguntando pelas diferentes texturas deste bombom. Neste momento Kid01 iniciou uma série de descargas. Inicialmente disse que estava sentindo sede. Fomos à recepção e pegamos um copo da água que ela bebeu. Voltamos e logo ao sentarmos a criança nos pediu para tampar os ouvidos e depois tampar o nariz e aí falou que soltou um pum. Rimos muito e educamos que podia soltar, para não se prender. Mal voltamos a conversar Kid01 falou que queria ir ao banheiro. Novamente voltamos à recepção e Kid01 foi ao banheiro. Urinou e voltou rápido. Voltamos para sala e como já estávamos nos aproximando do final da sessão, voltamos para o dardo, mas desta vez, para dificultar, com a criança sobre o disco de pilates. Ela jogou os dardos com bastante precisão, mas sempre o último dardo era jogado bem fora do alvo, batendo na parede embaixo do alvo. Chamamos a atenção para a ansiedade do último dardo e Kid01 concordou. Após conseguir cravar os dardos, encerramos a sessão com uma bela integração dos resultados alcançados.

4.1.2 KID02 – UMA CRIANÇA COM AUTOESTIMA

Kid02 é uma destas crianças que não chega à clínica indicada pela escola. É muito introvertido, não incomoda a professora na classe. Se guarda dentro de seu mundo fechado, tem um desempenho escolar abaixo da média, todo ano perde uma ou outra matéria, no final do ano letivo faz uma recuperação em que se finge que a criança recuperou em um turno o que não aprendeu ao longo de todo ano, é aprovado para a próxima série e as coisas vão se encaminhando assim. Nestes casos de crianças carentes, matriculadas em escola pública, acabamos por ser

também professor. Ao longo das sessões, nos empenhamos em ensinar o MDC (Máximo Divisor Comum) e o MMC (mínimo Múltiplo Comum), necessário à soma de frações com denominadores diferentes que Kid02 não entendia a necessidade. Aprender as disciplinas, se sair bem na escola é um estímulo à autoestima e durante algumas sessões, entre a 10^a até a 20^o sessão, nos empenhamos por alguns minutos a ensinar matemática, sempre com muito estímulo, muita valorização ao aprendizado e enfatizando que cada matéria tem a sua importância na vida futura. Desta forma, fomos trabalhando a autoestima da criança, ao ponto de, no ano letivo seguinte, sermos agradavelmente surpreendidos. Aconteceu na 30^a sessão – a mãe trouxe a informação de que Kid02 fora elogiado na escola e um mês depois, na 32^a sessão a criança foi nomeada representante da turma, com direito a diploma e tudo.

O irmão de Kid02 foi encaminhado a tratamento psicológico pela escola porque reagia exatamente de forma oposta, batia em tudo quanto era colega na escola e obviamente isso incomodava demais. Era identificado como um menino muito agressivo. A psicóloga logo no início do tratamento ao perceber a dinâmica familiar e perguntar se a criança tinha algum irmão ou irmã, recebeu resposta positiva, mas logo explicado que era completamente o oposto dele. Apanhava de tudo quanto era criança, inclusive deste irmão, bem menor, sem esboçar qualquer movimento de defesa, apenas chorar. Tinha medo de dormir em casa, preferindo dormir na casa da avó materna, mesmo após a mãe instalar grades nas janelas. Imediatamente a psicóloga aconselhou a mãe levar esta criança à terapia e conhecendo nosso incipiente trabalho, nos indicou para acompanhá-lo.

Após conversa com a mãe, atendemos a criança que se apresentou com muito boa articulação, conversa fácil. Kid02 embora muito introvertido, sustenta conversação, responde bem as perguntas e não mostra medo ou evitação na conversa. Recebeu muito bem as regras terapêuticas e acreditou nelas, aparentou muita segurança e confiança no sigilo.

Nosso trabalho inicial foi no sentido da criação de vínculo, o que foi obtido muito fácil e rapidamente e inflar seu ego fragilizado. Utilizamos quebra cabeças mais fáceis para facilitar o sucesso. Durante a montagem comentava baixo, “não vou conseguir”. Quando finalmente conseguiu, perguntamos: Quem não iria conseguir? Como você não confia na sua capacidade? Valorizado o sucesso, trabalhamos as estratégias para montar o quebra cabeças de forma mais rápida e a não fixação em paradigmas. Em sessões futuras, rerepresentamos o mesmo quebra cabeças e como existia a autoconfiança, montou rápido e sem os muxoxos. Na 4^a sessão, trabalhamos o medo e a surpresa agradável. Na 6^a sessão a mãe já relata que a criança estava muito confiante, mas também muito “reclamona” (expressão utilizada pela mãe). Na 8^a sessão ensinamos Kid02 a se defender do irmão, sem machuca-lo, claro, mas segurar firme os braços do

irmão e dizer – está vendo? Sou maior e mais forte que você, você não pode me bater assim, me machuca e não vou permitir isso. Gosto de você e não quero que você me machuque. Colocamos a mãe no setting para trabalharem juntos na montagem de um quebra cabeças de 150 peças. Êxito comemorado e bastante valorizado.

Conforme já relatamos, boa parte das sessões entre a 10^a e 20^a foram trabalhadas com a matemática, mas também foram exploradas as emoções e a agressividade. Estávamos nas olimpíadas do Rio de Janeiro e como a criança é ligada aos esportes, na 11^a sessão trabalhamos os episódios de um francês do salto com varas que ao ser vaiado se desconcentrou. Foi enfatizado que ele não tinha recursos para lidar com as vaias, foi incapaz de se concentrar e se abstrair das vaias, ele perdeu não para a torcida, mas para ele mesmo. Em contrapartida uma dupla alemã do vôlei de praia feminino também conviveu com as vaias, mas elas não erravam e ganharam mesmo com a torcida contra, porque tinham os recursos para este enfrentamento. Na 12^a sessão trabalhamos com um ábaco de matemática para fortalecer a tabuada de 9 que Kid02 disse que apresentava dificuldades. Mesmo com dificuldades na escola, mostra grande inteligência, facilidade de assimilação, se empolga e se motiva ao aprender a matemática. Na 13^a sessão trabalhamos bastante a agressividade e entre a 13^a e a 15^a sessão houve algum episódio na vida familiar, mas Kid02 não se mostrou disponível para comentar, o que foi respeitado. Na 16^a sessão Kid02 conta um desejo que a mãe vinha negando. Foi explicado à criança que há desejos que passam por nossas cabeças por modismo, espelhamento de algum ídolo que é normal queremos copiar nossos ídolos, mas que cada decisão possui um custo e que deve-se avaliar não a opção em si, mas pela dor do arrependimento. Exemplificamos com um corte de cabelo e uma tatuagem. Na primeira escolha, o arrependimento é bem menor, basta esperar que o cabelo volte a crescer. Já na tatuagem o arrependimento é muito doloroso, pois é difícil remover. Kid02 pediu que conversássemos com a mãe, pois ela vinha apresentando algumas restrições, colocava condições que eram satisfeitas e depois não cumpria. Concordamos em chamar a mãe ao setting e na presença da criança, explicamos a ela o exemplo do arrependimento que havíamos exposto à criança, que a negociação entre ela e a criança era saudável, mas que os acordos, uma vez estabelecidos, deveriam ser cumpridos ou não fizessem o acordo. Algumas sessões mais tarde, Kid02 relatou que optou por não realizar o desejo, que já não era mais desejo.

Na 18^a sessão, apresentamos à criança um brinquedo chamado Torre de Hanoi, inicialmente com apenas 4 discos, que foi rapidamente resolvido. A empolgação foi grande; na 20^a sessão partiu da criança o pedido para brincar com a Torre de Hanoi e incluir mais um disco. Na 28^a o pai, que neste período de terapia voltara a morar com a família e novamente saíra de

casa, pelo menos em duas ocasiões, perturbou bastante, mas desta vez Kid02 disse que queria “matar” o pai, porque este agrediu a mãe.

Na 29ª sessão, Kid02 apareceu com um presente bonito, dado pelo pai, provavelmente com o objetivo de “comprar” a criança que se apresentava desde a sessão passada visivelmente sem tónus, com muita tristeza e preocupação estampada no rosto. Conversamos com Kid02 sobre sua tristeza “escondida”. Colocamos que o terapeuta não é para ser comunicado a toda sessão que “está tudo bem”. Falamos sobre a necessidade de descarregar um pouco desta tristeza e, se fosse muito difícil para ele verbalizar, que poderíamos trabalhar de outra forma, “só no que era sentido.” Kid02 preferiu trabalhar “no que era sentido” e então aplicamos uma sessão de SE®, o que mostra a grande dificuldade para encarar/participar, mesmo para nós, seu terapeuta com forte vínculo formado, o que vem ocorrendo em sua família.

Como Kid02 é pré-adolescente, à esta altura já com 12 anos de idade, tentamos trabalhar no SE® tradicional. Pedimos para ele mentalizar o que o estava incomodando, encorajamos alertando que ali estávamos enfrentando a situação juntos. O dedo indicador da mão direita movia-se na barra da bermuda, indicando uma contração, não percebida. Kid02 percebe a ativação no peito, uma dor, um aperto muito grande. Disse que podia suportar, mas uma lágrima rolou de seus olhos. A criança, como pede nossa abordagem, foi tratada com grande compaixão, convidada a pendular com a sensação de apoios do corpo, com a nossa presença junto a ela. Kid02 respirou fundo, pode-se acompanhar uma expressão de alívio. Ao final, convidada a imaginar um evento anteriormente revelado como recurso, um sorriso chegou.

Foi explicado a Kid02 o fato de ser apenas uma criança, que não caberia a ela resolver o conflito entre os pais, mas que estaria ao seu alcance ajudar o irmão, por exemplo, estaria ao seu alcance conseguir separar as coisas e no momento em que estivesse na escola, prestar a atenção na aula, pois isso depende apenas de si e se não o fizer, estará enfrentando problemas à frente.

Ao final da sessão, chamamos a mãe para conversar sobre a necessidade de liberar Kid02 para ter momentos de alegria, para viver a vida de criança. Soubemos que ela proibira, na noite anterior, Kid02 de sair e se divertir. Foi pedido à mãe que confiasse mais e que fizesse todo o esforço para proporcionar estes momentos para que Kid02 não fique presa nos problemas da família.

Na 30ª sessão, em que a mãe trouxe a informação do elogio na escola, apresentamos uma nova aquisição de nosso consultório, um saco de boxe pendurado no teto. Calçamos um par de luvas em Kid02 e pedimos para que golpeasse o saco com força de decisão. Outra sessão com grandes descargas. Na 31ª Kid02 resolveu a Torre de Hanoi com seis discos e muita empolgação.

5 COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

Para trabalhar com criança é necessário gostar de brincar, mas de qualquer brincadeira mesmo. Estes dois casos relatados neste trabalho, de crianças introvertidas é até fácil, mas no decorrer da prática, nos deparamos com crianças hiperativas, que Ale Duarte fala da necessidade de contenção na prontidão, na expectativa de entrarem em ação e isso às vezes dá muito trabalho e consome grande dose de energia, portanto, o terapeuta também precisa estar bem de saúde física, uma vez que a saúde mental é fator primordial para terapia de qualquer idade. Portanto, estar em processo de terapia pessoal e contar com uma boa supervisão são obrigações para o sucesso dos atendimentos. Conforme Souza, 2014, as crianças, para se comunicarem, possuem formas completamente diferentes das do adulto e, portanto, as consultas terapêuticas realizadas com crianças envolvem peculiaridades com relação à dinâmica de trabalho.

O vínculo entre terapeuta e cliente por si só é terapêutico e já colabora para que apareçam melhoras, mas isso é apenas o início do tratamento. Para o SE®, o cliente, seja ele criança ou adulto, precisa entrar em ressonância com o ritmo da vida, o movimento harmônico de ir e vir, de ativação e calma e para isso, o terapeuta precisa estar em equilíbrio com suas sensações e conseguir a confiança através da empatia pela dor da criança, a alteridade. Principalmente nos traumas de desenvolvimento, o vínculo e a segurança advindo deste vínculo é fundamental.

Segundo SOUZA, 2014, Quais os motivos que levam uma criança a brincar? E, nessa reflexão, a resposta que parece mais óbvia é o grande prazer que a prática proporciona. Ora, se já é tão prazeroso o brincar, imagine-se a criança que encontra um ambiente favorável, tempo e um terapeuta disposto a aceitar e compartilhar junto com ela tudo o que envolve o ato de brincar. Trazendo Winnicott (1971, p.67) para essa reflexão, atente-se que: “As crianças brincam com mais facilidade quando a outra pessoa pode e está livre para ser brincalhona.” (SOUZA, L. M. 2014).

De acordo com Dolto (1999, p.115, apud SOUZA, 2014) “ter, perder, reencontrar, fazer, desfazer, refazer de outra maneira, criar, descreiar, recriar [...] eis o que parece sempre novo e fascinante.”

Ainda conforme Souza, 2014, “Embora sendo uma prática que proporciona grande prazer à criança, é importante estar atento ao que ela comunica sobre seu meio de existência, através das brincadeiras. As crianças não brincam apenas por diversão, mas também para dominar angústias”, e aí entra o SE® procurando enxergar o que está debaixo da brincadeira, quais as experiências interrompidas, as respostas incompletas, de forma a direcionar a brincadeira para o resultado desejado.

Vygotsky traz um conceito, que para nós é bastante relevante, que ele chamou de Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP), sobre a qual afirma: “é a distância entre o nível de desenvolvimento real, que se costuma determinar através da solução independente de problemas e o nível de desenvolvimento potencial, determinado através da solução de problemas sob orientação de um adulto ou em colaboração com companheiros mais capazes” (VYGOTSKY, 2007, p.97). Ou seja, define a distância entre o nível de desenvolvimento atual, determinado pela capacidade de resolver um problema sem ajuda e a gama de possibilidades, determinado através de resolução de um problema pela via da mediação do adulto, no caso o terapeuta.

Uma questão que nos debatemos ao longo da pesquisa da terapia infantil é quanto à presença física dos cuidadores no setting terapêutico. Não há consenso quanto à questão. Enquanto alguns defendem a presença dos pais ou cuidadores o tempo todo, como o próprio Ale Duarte, outros trabalham quase que somente com a criança, envolvendo os cuidadores um mínimo de tempo. Já nos primórdios da terapia infantil pudemos observar no capítulo 2 deste trabalho – Revisão de Literatura – as discordâncias entre Ana Freud e Melaine Klain nestas questões.

Ao longo de nossa pequena prática, pudemos estabelecer que, assim como em toda a vida, também nesta questão, cada caso é um caso e a resposta deve estar no equilíbrio. Em se tratando de crianças muito novas, entre 5 e 8 anos, a presença do cuidador além de ajudar na sensação de segurança, permite ao terapeuta contar com a participação adicional destes, além de permitir a observação se este cuidador oferece a segurança que a criança necessita. Ainda assim, no início da faixa, cremos que a presença do cuidador deva ser constante e integral, mas já no final da faixa a intermitência permite inclusive a observação de diferenças de comportamento com e sem a presença do cuidador no setting. De qualquer modo, a porta entre a recepção e o setting está disponível tanto para a criança quanto para o cuidador. Crianças entre 8 e 12 anos por vezes já desejam tratar de algumas questões com o terapeuta. A intermitência e o compartilhamento da sessão entre só a criança no setting e criança e cuidador costuma ser utilizada e também nestes casos podemos perceber o nível de confiança que a criança deposita no cuidador. Acima de 12 anos a criança já deseja mesmo ter segredos e neste caso, a presença não só observadora, mas julgadora do terapeuta precisa estar muito equilibrada para decidir o que é da idade, do que possui dose de importância. Neste último caso, é necessário que o terapeuta caminhe na corda bamba e tente convencer seu cliente, em última análise a criança, que o cuidador deveria participar deste segredo. Trabalhar a confiança e a segurança de seu cliente para que o segredo possa ser compartilhado com sucesso.

Uma criança muito introvertida precisa, muitas vezes, estar sozinha com o terapeuta para se sentir segura em compartilhar um segredo ou em pedir para contar com a participação deste na ajuda ao convencimento do cuidador em alguma questão que não se sente com força suficiente para enfrentar sozinho. Neste caso, eles se valem do compromisso criança/terapeuta, como foi o caso de Kid02 em mais de uma ocasião, para ajudar a resolver questões com o cuidador. É claro que esta é mais uma questão a ser trabalhada – o enfrentamento de seus problemas, mas nesta fase da vida é muito comum eles não terem o controle desta força de enfrentamento.

Um caso de uma criança de oito anos, muito hiperativa, que chamava a mãe para o setting em toda sessão, começamos a observar que não se tratava de insegurança, mas na presença da mãe, as regras estabelecidas na primeira sessão eram desafiadas, os exercícios eram bagunçados. Nunca impedimos que a criança chamasse a mãe, mas começamos a conter, como se fosse a prontidão para o início da ação. Na altura da 8ª sessão esta criança não chamou a mãe e foi a melhor sessão dela. Um dia a própria mãe, antes que recomendássemos diretamente, nos procurou para que opinássemos sobre a oportunidade dela mesma iniciar uma terapia individual, no que concordamos de imediato. Explicamos que não poderíamos ser seu terapeuta, mas que poderíamos indicar alguém e que seria realmente muito bom para ela e para a criança. Neste caso, continuamos permitindo que a criança chame a mãe quando deseja, mas ela mesma já sabe que recebe contenção e cara feia quando transgride e bagunça na presença da mãe.

Entendemos que nem Ana Freud pensaria agora da mesma forma que pensava no século passado, nem tampouco Melaine Klein. Utilizamos a pesquisa de todas as opiniões para podermos refletir e utilizar nosso neocortex para decidir o que consideramos melhor para a nossa prática. Desde que não se incorra em falta de ética, desde que o trabalho esteja sendo executado com preparo e discussão com a supervisão para a necessária troca de ideias, podemos criar a nossa metodologia, que em nosso caso, não se prendeu a nenhuma das duas escolas, mas que se molda em função de cada caso, sempre iniciando com uma sessão inicial com o cuidador – que em geral pinta um quadro que nunca é completamente confirmado – e na sessão seguinte sozinho com a criança, para então, a partir daí, decidir a cada início de sessão, de acordo com as hipóteses terapêuticas e com as técnicas que se deseja trabalhar, chamar o cuidador de imediato, durante a sessão, ou transcorrer toda a sessão sem o cuidador no setting.

Algo também muito importante a nosso ver é quando a escola encaminha a criança. Certa vez uma escola nos pediu um atestado de que a criança se encontrava em tratamento terapêutico sob pena de não continuar concedendo a bolsa de estudos que a família usufruía. Fornecemos um atestado simples de que a criança estava iniciando um processo terapêutico, mas nunca fornecíamos algo a mais do que isso. A psicóloga da instituição também desejou falar conosco

e o contato acabou por não se concretizar, mas partilhamos da opinião de que a criança goza do mesmo direito de sigilo que o adulto no setting terapêutico.

O direito da criança não é agredido apenas quando impedida de brincar, mas Carlos Byington, comentando sobre o ECA chega a propor “É por isso que considero que qualquer estudo de caso deve ser realizado sobre o Self Familiar, em nível exclusivamente oral. Acredito mesmo que o Estatuto da Criança deveria considerar antiético qualquer laudo escrito sobre a psicodinâmica de uma criança.”

5.1 AUTOAVALIAÇÃO

Nosso começo com crianças foi assim de surpresa, arrastados pela “roda viva” e exigiu um pouco de improviso e de intuição. Como não tínhamos nenhuma especialização com a terapêutica infantil, nos valem de estudos realizados com nossa parceira e cônjuge durante sua graduação e principalmente durante sua especialização em Winnicott. Sabíamos desde o início que o brincar, por si só é terapêutico, sabíamos também que a brincadeira poderia ser direcionada aos objetivos. A partir destas premissas básicas, do conhecimento das técnicas do SE® que ainda estavam sendo absorvidas e da supervisão da Danúzia, as ideias foram surgindo, como por exemplo na primeira sessão com Kid01. Da teoria do SE® pudemos observar o baixo tônus da criança e perceber que não era o comportamento normal da criança, se brincar é terapêutico, vamos brincar, e se pode ser utilizado com objetivos específicos, ao vislumbrarmos o boneco do João Teimoso no consultório emprestado, pronto, está ali o que necessitamos.

De acordo com Rodolfo (1990, p. 91), “O brincar exerce várias funções e não há momento em seu desenvolvimento que o sujeito não passe por essa etapa.” Não há nenhum indicador que forneça mais transparência, uma avaliação do estado de desenvolvimento simbólico da criança do que o brincar. Muitas questões psíquicas se apresentam de alguma maneira no brincar. (SOUZA, 2014, p. 2)

Brincar para a criança é tão importante quanto ter todos os outros direitos assegurados como aponta o ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente - Art. 16, parágrafo IV (1990). Assim como a criança necessita ter acesso a boa alimentação, assistência médica e educação de qualidade, também tem direito ao brincar, que deve ser visto como primordial para o desenvolvimento infantil. (SOUZA, 2014, p. 3)

Ao longo dos dois processos, é claro que ao final de algumas sessões ficou a sensação de que perdêramos alguma oportunidade de trabalhar o SE®, de trazer para a memória do corpo as sensações sentidas, mas na sessão seguinte, normalmente nos surpreendíamos com as melhoras

apresentadas e pensávamos, bem perdemos uma oportunidade, mas não foi tão mal assim, e ainda temos outras pela frente. É procurar aprender com nossos erros ou faltas. Às vezes entramos tão fundo na brincadeira, nos envolvemos de tal forma que nos esquecemos de levar para o corpo.

A grande satisfação em trabalhar com crianças é usufruir de sua espontaneidade, da reciprocidade do amor dedicado a elas que volta de imediato em dose muito sincera; está em observar os progressos alcançados, em receber os retornos da escola nos casos de encaminhamento por parte destas, é sentir que na presença destas almas humanas estamos refrescando a nossa.

5.2 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Nem sempre é muito fácil trazer as crianças para o corpo. As crianças hoje antes de aprenderem a falar, manipulam tablets e celulares. A ênfase no desenvolvimento cognitivo é tamanha que se percebe a tendência cada vez maior de colocarem para debaixo do tapete nossa sabedoria milenar, inata, gravada no nosso cérebro mais primitivo. Desta forma, percebe-se que expressões do tipo – frio na barriga, aperto no peito, boca do estômago ficam cada vez mais esquecidas em troca do que traz os jogos tipo Minecraft, violência, raiva, entre outras, mas que nem sabem expressar ou dizer como ou onde sentem. Portanto é muitas vezes um trabalho árduo conseguir que expressem o que sentiram. É necessário buscar persistentemente alguma informação, incentivar muito treinamento somático antes mesmo de conseguir trabalhar as sensações sentidas, a sensopercepção nas brincadeiras.

A Etologia estuda o comportamento dos animais e é um dos pilares da Experiência Somática. Uma mãe guepardo tem três filhotes, esconde-os numa toca e com algumas semanas de vida, passou a sair com eles para aos poucos conhecerem o “mundo lá fora”. Quanto necessitava caçar para se alimentar, ela deixava os filhotes na toca e depois voltava para buscá-los. Certa manhã, uma hiena apareceu próximo à toca e sente o cheiro dos filhotes. A situação fica tensa, até que a mãe aparece e como se tratava de uma hiena sozinha, consegue afugenta-la. Ao sentirem-se seguros na presença da mãe, os filhotes imediatamente iniciam uma brincadeira de luta e fuga, em que um é o predador e o outro a presa e ao final de algum tempo, aconchegam-se na mãe que os acaricia com a língua.

As crianças hoje não brincam mais de pega-pega, uma brincadeira típica de luta e fuga tão comum na nossa infância. Esta brincadeira funcionava para nós humanos tal como os filhotes de guepardo. Portanto, cada vez mais estas crianças neocorticais estarão expostas ao trauma.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 1st. ed. Washington D.C., 1952.

_____. 3th. ed. Washington, D.C., 1980.

_____. 4th. ed. Washington, D.C., 1994.

_____. 4th. ed., text rev. Washington, D.C., 2000.

_____. 5th. ed. Washington, D.C., 2013.

Araújo, A. C.; Neto, F. L. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5, São Paulo, 2013 **Jornal de Psicanálise** 46 (85), 99-116. 2013

BYINGTON, C. **Desenvolvimento da Personalidade – Símbolos e arquétipos**. São Paulo: Ática. Ano 1987.

BYINGTON, C. Capítulo 11 do livro **Psicologia Simbólica Junguiana – As sete etapas da vida**. São Paulo: Linear. Ano 2008. Disponível em http://www.carlosbyington.com.br/site/wp-content/themes/drcarlosbyington/PDF/pt/o_-_desenvolvimento_da_personalidade_e_as_sete_etapas_da_vida.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2017

Câmara Filho, J. W.; Sougery, E. Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade, **Revista Brasileira de Psiquiatria** 2001;23(4):221-8

CAMAROTTI, Maria do Carmo. **O nascimento da psicanálise de criança: uma história para contar. Reverso**, Belo Horizonte, v. 32, n. 60, p. 49-53, set. 2010. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952010000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 jul. 2017.

DOLTO. F. **As etapas decisivas da infância**. A criança e o jogo p. 109-118. Editora: selo Martins. Ano 1999.

DOLTO. F e NASIO. J.D. **A Criança do Espelho**. Editora: Zahar. Ano 2008.

DUARTE, A. **Ficar juntos, brincar juntos, se curar juntos: como elaborar uma atividade somática para crianças**. In: ROSSI, Cornélia P. et al (Org). **Diálogos Estendidos com a Experiência Somática**. São Paulo, Scortecci, 2016. P. 145-162.

FORDHAM, M. **A Criança como Indivíduo**. São Paulo: Cultrix. Ano 1994.

FOUNDATION FOR HUMAN ENRICHMENT. **Experiência Somática®**. Módulos Iniciante e Intermediário. Colorado, 2007.

JUNG, C. G. **O Desenvolvimento da Personalidade**. São Paulo: Círculo do Livro. Ano 1972

- _____; **Tipos Psicológicos**. Petrópolis - RJ: Vozes. Ano 2013
- Kapczinski, F.; Margis, R. Transtorno de estresse pós-traumático: critérios diagnósticos, Porto Alegre: 2003 **Revista Brasileira de Psiquiatria** 2003;25(Suplemento I):3-7
- LEVINE, Peter A. **Uma Voz sem Palavras**. São Paulo: Summus, 2012.
- _____; FREDERICK, Ann. **O Despertar do Tigre – Curando o Trauma**. São Paulo: Summus, 1999.
- NETTO, L. Pós-Graduação Lato Sensu em Psicotraumatologia Junguiana do Instituto Junguiano da Bahia. Notas de aula proferidas no curso no período de 2014 a 2017, Salvador-BA.
- NETTO, L **Trauma e Renegociação na perspectiva do desenvolvimento**. In: ROSSI, Cornélia P. et al (Org). **Diálogos Estendidos com a Experiência Somática**. São Paulo, Scortecci, 2016. P. 129-143.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10 em Português e Histórico das versões. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: 17 fev. 2017.
- RODULFO, R. **O Brincar e o Significante – um estudo psicanalítico sobre a constituição precoce**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990.
- ROSSI, C.P.; NETTO, L. (Org.). **Práticas Psicoterápicas e Resiliência – Diálogos com a Experiência Somática**. São Paulo: Scortecci, 2013.
- _____; PINTO, L. e FAJARDINI, Z. (Org.). **Diálogos Estendidos com a Experiência Somática**. São Paulo: Scortecci, 2016.
- SILVEIRA, Nise da. **Jung: vida e obra**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.
- SOUZA, LUDMILA MAIA **A Importância do Brincar na Clínica com Crianças – Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade Social da Bahia**. Salvador, 2014.
- VYGOTSKY, L. S. **A Formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

APÊNDICE I**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu (nome completo), _____,
RG _____-SSP-Ba, abaixo assinado, maior de 18 anos, responsável pelo(a)
menor _____, concordo e autorizo o(a) menor
sob minha responsabilidade em participar dos atendimentos realizados pelo terapeuta (a) Sylvio
José de Oliveira Laurandi, sob supervisão dos professores do Instituto Junguiano da Bahia –
curso de pós graduação em Psicotraumatologia.

Estou ciente que as informações prestadas por mim e pelo(a) menor durante as sessões, serão
utilizadas para fins acadêmicos e científicos, sem que isso venha a causar qualquer tipo de
exposição. Fui informado(a) que minha identidade e a identidade do(a) menor serão mantidas em
absoluto sigilo, e autorizo a utilização destas informações sob esta condição.

Salvador, 12 de abril de 2016

Cliente

Terapeuta