

A Biossíntese e a psicologia na reabilitação física: Possibilidades do trabalho corporal em um Centro de Reabilitação Infantil

*Fernanda Pinheiro
Rebouças Valente*¹

*Dulcinéia Pires Azevedo
Alexandre*²

¹ Psicóloga Clínica,
concluinte da Formação da
Biossíntese. Mestre em
Processos de
Desenvolvimento Humano e
Saúde (Universidade nacional
de Brasília). Contato:
fernandarebouças@hotmail.
com;

² Psicóloga Clínica Senior
Trainer da Biossíntese.
Mestre em Psicologia pela
Universidade Federal do Rio
Grande do Norte.

Resumo: Este artigo nasceu da prática. O trabalho da psicologia clínica dentro de um Centro de Reabilitação Infantil, com crianças com lesão medular congênita, em especial, Mielomeningocele, trouxe várias questões em relação a como psicóloga corporal poderia contribuir para a compreensão e intervenção dentro desse contexto. Junto a isso, percebeu-se que a psicologia corporal, em grande medida, se direciona mais para o estudo do corpo típico ou para o corpo lesionado durante o curso da vida, pouco se falava sobre as intervenções dentro do contexto das deficiências congênitas. Logo, esse artigo se propôs a juntar os conceitos da psicologia corporal e da ludoterapia com características próprias do processo de reabilitação, sendo uma amostra do caminho percorrido para compreender e intervir neste contexto.

Palavras chave: Deficiência congênita; Psicologia Corporal; Reabilitação

Biosynthesis and psychology in physical rehabilitation: Possibilities of body work in a Child Rehabilitation Center

Abstract: This article was born out of practice. The work of clinical psychology within a Child Rehabilitation Center, with children with congenital spinal cord injury, in particular Myelomeningocele, raised several questions regarding how a body psychologist could contribute to the understanding and intervention within this context. Along with this, it was noticed that body psychology, to a large extent, is directed more towards the study of the typical body or the injured body during the course of life, little was said about interventions within the context of congenital disabilities. Therefore, this article proposed to join the concepts of body psychology and play therapy with characteristics of the rehabilitation process, being a sample of the path taken to understand and intervene in this context.

Keywords: Congenital disability; Body Psychology; Rehabilitation

Introdução

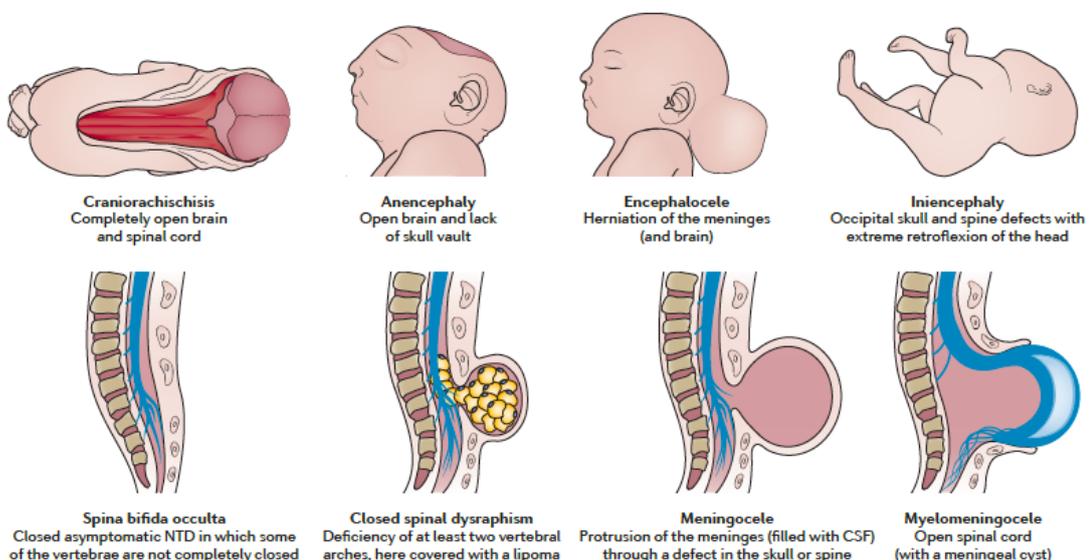
Como psicóloga clínica de um Centro de Reabilitação Infantil, tive a oportunidade de trabalhar com crianças com lesão medular congênita, em especial, Mielomeningocele (MMC) e, em função dessa experiência várias questões me foram levantadas em relação ao trabalho em psicoterapia corporal com estas crianças.

Para facilitar a compreensão, irei relatar de forma sucinta o que é Mielomeningocele (MMC) e as intercorrências clínicas que comumente fazem parte da rotina destas crianças.

A MMC pode ser compreendida como uma malformação do sistema nervoso central decorrente de uma falha no fechamento do tubo neural. Geralmente tal falha ocorre nas primeiras quatro semanas de gestação. A abertura vertebral se dá a nível músculo-fascial, cutâneo e dural, ocasionando a exposição da medula espinhal em forma de protrusão. Quanto mais alta, próxima ao crânio, for a lesão, maiores serão os prejuízos neurológicos. O tratamento cirúrgico deve ocorrer nas primeiras 24 horas após o nascimento, hoje já tem sido realizado a correção cirúrgica em nível intrauterino. Apesar de ter etiologia multifatorial, com participação de fatores ambientais e genéticos, tem sido defendido que a suplementação com ácido fólico, antes da gestação, tem diminuído o número de casos de MMC (Bizzi & Machado, 2012).

Observe-se a figura 1.

Figura 1 - como se dá a MMC



Além dos fatores formativos já apontados, crianças com MMC podem apresentar intercorrências como queixas de dor, perda da força muscular, deformidades dos

membros inferiores, escoliose, disfunção urinária e intestinal, assimetria dos membros inferiores (Oliveira, Cavalheiro & Farias, 2014).

É importante observar que a malformação, constitui por si só uma crise na vida da criança e de seus familiares (Façanha, 2015). Para Almeida, Nascimento, Rodrigues e Scheitzer (2014), a crise pode ser compreendida como um momento de ruptura com a certeza. É deparar-se com um turbilhão que dilacera a vida, aterroriza o padrão, o que já era conhecido, e coloca o sujeito no vazio, na dúvida. No caso da MMC congênita, assim como de outras deficiências, lida-se com a morte de um bebê idealizado para encontrar-se com o real.

Além do já exposto, outro ponto que chamou minha atenção foi, como psicóloga corporal, saber o impacto do corpo na ludoterapia com crianças no contexto da reabilitação, em especial na deficiência física. O possível impacto e as intervenções da psicologia corporal nesse contexto foi algo que não encontrei nas minhas pesquisas sobre o tema. Logo, esse trabalho tentará fazer o exercício de juntar os conceitos da psicologia corporal e da ludoterapia com características próprias do processo de reabilitação, sendo uma amostra do caminho que percorri para compreender e intervir neste contexto.

Fatores Gerais do Desenvolvimento Psicossomático Infantil

Autores como David Boadella, Frank Lake e Francis Mott dão destaque aos aspectos pré-natais para compreender as raízes dos problemas emocionais. Para esses autores “o organismo que está crescendo permanecerá enraizado como uma planta, até o rompimento final da conexão com a raiz, no terceiro estágio do trabalho de parto” (Boadella, 1992). Ainda seguindo o pensamento desse autor, a percepção do útero pelo bebê será fundamental para compreender sentimentos e comportamentos sem respaldo no contexto atual. O útero sentido como não receptivo, pode ocasionar fantasias ou pesadelos de estar sendo sugado por areia movediça, podendo assombrar os pensamentos da criança ou do adulto. No entanto, o útero receptivo irá favorecer que o bebê se enraíze, sinta-se seguro e confiante para enfrentar a jornada da vida. Pode-se compreender a experiência vivida dentro do útero receptivo como a sensação mais próxima de estar no paraíso.

Nesse estágio inicial, uma única célula do zigoto irá originar às células nervosas, às musculares, às sanguíneas e às ósseas. Somente após as três primeiras semanas podemos chamar o sistema de tubos que irá constituir cada uma das três camadas do disco original, de embrião. De forma ainda muito primitiva, cada uma das três camadas irá formar:

- Externa (ectodérma): o canal neural
- Central (mesoderma): o coração primitivo
- Interna (endoderma): o intestino

Assim, como defende Boadella, é importante perceber que no caso da MMC, a falha formativa se dá num período muito primitivo do desenvolvimento infantil, de acordo com os estudos biológicos antes da quarta semana gestacional. Logo a quebra da unidade do organismo irá afetar de forma inevitável a integração funcional das três camadas germinativas do corpo e isso terá repercussões a nível psicológico e psicossomático. Visto que como pontua Boadella (1997),

O ser humano é um ser vertical, um condutor entre terra e céu. Ele nasceu primeiro pela cabeça, e a gravidade o puxa, num nascimento aborígine, em direção ao centro da terra. O segundo nascimento é o aprender a ficar de pé, a usar os músculos antigravitacionais para afastar a terra e ergue-se verticalmente, um período de Margaret Mahler relaciona ao nascimento psicológico do *self*. O terceiro nascimento é o despertar da nossa natureza essencial, o processo de realização das nossas qualidades e a capacidade de manifestá-las no dia-a-dia (p. 79).

Dessa forma, o eixo da espinha vertebral será essencial para os três tipos de nascimentos. Ele dará força para o nascimento físico, coordenará a posição vertical do segundo nascimento e, por fim, será o condutor da nossa energia sutil, comunicando e conectando barriga (endoderma), coração (mesoderma) e cabeça (ectoderma).

Por isso, ao analisarmos as camadas embrionárias de acordo com sua função para a vida, pode-se dizer que a camada endodérmica corresponderia ao projeto de vida, sendo associada ao fluxo de sentimentos que vão desde relações primárias até padrões de funcionamento atuais dos sujeitos. A camada ectodérmica ao projeto espiritual, a ela caberá reunir e coordenar as informações sobre o mundo, sendo por isso muito relacionada com o lado mais racional e cognitivo das pessoas. Já a camada mesodérmica seria a estrutura, os tijolos para que estes projetos se realizem na vida, ligando-se por

isso ao movimento e a forma como as pessoas constroem suas ações na vida. No caso da MMC todas as camadas já teriam prejuízos de forma muito precoce podendo interferir no movimento, na percepção e no contato que a criança tem com o seu mundo interno, bem como com o seu entorno. Esse contexto pode ocasionar que ela vivencie sentimentos de medo e inadequação, bem como tristeza e frustração, de forma muito precoce. Por isso, o trabalho com esse público é tão complexo e delicado.

Ao se debruçar sobre os estudos da embriologia, Boadella faz referência a três formas de afetos percebidos ainda na vida intra-uterina e que vão influenciar os posteriores mecanismos de vinculação do ser humano, são eles: (1) Afeto da pele fetal (ectoderma): determinará, por meio do contato físico da pele com o líquido amniótico, como se dará o contato consigo, com o outro e com o ambiente mesmo após o nascimento. Irá influenciar não só o pensamento, mas também as relações humanas. (2) Afeto umbilical (endoderma): relacionado com as experiências de contato do feto com o cordão umbilical e a nutrição materna. Revelará o grau de nutrição materna - qualidade do sentimento -, bem como a carga energética que o bebê dispõe. (3) Afeto cinético (mesoderma): participa da construção do contato com a realidade externa. A depender das informações recebidas no útero, o bebê vai “aprendendo” modelos de conduta, podendo ser mais gracioso ou tenso. Desse modo, segundo o autor, as experiências pré-natais serão fundamentais para servir de guia para a vida pós-natal.

Bloqueios nessa fase tão inicial do desenvolvimento são característicos de uma tendência ao caráter esquizoide, falamos aqui em tendência porque a criança ainda está em processo de desenvolvimento. Para Lowen (1977) “o caráter esquizoide mantém a unidade entre mente-corpo por um fio. Emprega seu corpo do mesmo modo como uso meu automóvel. Não tem a sensação de que ele é seu corpo” (p.324). Por isso a experiência que permeia o caráter esquizoide é o da fragmentação; dá vivência de um medo de não existir ou de ser rejeitado. O sujeito com defesas esquizoides aprendeu a viver com a despersonalização e a usa-la como proteção contra situações de conflito.

Ao continuar pensando na época da gestação, podemos compreender então o útero como um campo organizacional que favorecerá ou não um bom desenvolvimento do sujeito. No caso das crianças com MMC, o útero favoreceu interrupções, bloqueios ainda na fase pré-natal, não conseguindo dar o *grounding* necessário para o feto se desenvolver de forma típica. Fato que pode ter repercutido de forma muito inicial no

direito de existir das crianças, fazendo com que essas venham ao mundo guiadas por um sentimento forte de rejeição e de autodefesa.

Acrescido a isso, quando as crianças com MMC vão se desenvolvendo elas ainda terão outro obstáculo. A literatura fala que vamos desenvolvendo o nosso EU de acordo com o desenvolvimento motor e físico. Logo, os marcos de desenvolvimento físico (sentar, engatinhar, andar) irão repercutir também no nosso desenvolvimento emocional, intelectual e social; sendo importante também para a construção da nossa segurança em existir e firmar-se na vida (*grounding*). Segundo Boadella o Grounding é construído a partir da relação de segurança e suporte do cuidador principal, na maioria das vezes a mãe, com seu bebê. Quando ela o segura nos braços, sustenta o seu corpo e se comunica com ele, estabelece uma conexão afetiva através do olhar, da linguagem verbal e não verbal. No entanto, nos quadros de MMC, a experiência de suporte físico e psicológico pode ser afetada pelas intervenções médicas precoces e pelo estado de angústia, medo e apreensão da figura materna diante do seu futuro, do futuro do seu filho e da sua própria família. Esse contexto pode repercutir em bloqueios tanto no desenvolvimento infantil como no próprio suporte, afeto e fazer materno. Os bloqueios podem evoluir para a formação de couraças. Couraça é um conjunto de tensões musculares que limitam a expressão emocional e a espontaneidade, e limita o livre fluxo da energia vital é uma espécie de capa protetora, que são importantes para a economia de energia, porém são patológicas.

E é aí que a psicoterapia corporal pode contribuir para a atuação junto às essas crianças: ajudando na reconstrução da sua matriz de identidade e favorecendo o restabelecimento do *grounding*. Para que elas consigam superar os 3 principais medos de uma personalidade, ainda em formação, mas que tem características fortemente esquizóides:

- 1- Ameaça a integridade;
- 2- Medo da autonomia;
- 3- Medo edípico, medo da exclusão;

A intervenção do terapeuta, as relações sociais e as formas de cuidado parental, podem se constituir como um recurso importante para amenizar as “cicatrices” emocionais que o período inicial do desenvolvimento causou na criança. Por isso, olhar para as relações familiares dentro do processo terapêutico é de extrema importância.

Relações Familiares como recurso Psicossomático

Para Winnicott (1983) e Reichert (2016), a criança “nasce” para os pais mesmo antes do seu nascimento biológico. Seja de forma programada ou não os pais passam a “criar” a criança que está por vir, dando-lhe nome às vezes, temperamento outras, mas sempre há uma expectativa no que está por vir, em como será o seu filho.

Dessa forma, o diagnóstico da malformação, seja ainda no período gestacional ou mesmo no parto, ocasionará o rompimento desse ideal de filho. Logo, como lembram Mahler, Pine e Bergman (1986), o nascimento biológico será um evento bem delimitado, dramático e observável, porém o nascimento psicológico é intrapsíquico de lento desdobrar, sendo o segundo o nosso foco de estudo dentro da área do desenvolvimento psicossomático.

Para o nascimento psicológico ocorrer será fundamental a relação com os pais/cuidadores, sendo estes, inicialmente, os atores principais de um processo constante de fases progressivas de separação-individação até finalmente a criança chegar à total autonomia da adultez. Por isso, é importante para um desenvolvimento saudável a presença de uma mãe ou cuidador que possa suprir as necessidades primitivas do bebê e que possibilite também o distanciamento e a aproximação necessária de acordo com cada fase do desenvolvimento (Winnicott, 1983).

A relação do indivíduo com seu mundo interno e externo pode ser verificada na qualidade e característica das relações estabelecidas ao longo da vida. As primeiras relações estabelecidas com objetos se dão no nível corporal (alimentação, cuidados, o toque no bebê, reconhecimento do ambiente, e assim por diante). A criança pequena inicialmente faz o reconhecimento de seu mundo através do corpo, construindo a partir dele seu mundo interno em relação com o mundo e os objetos externos, posteriormente internalizados. Desse forma, a relação do bebê com o seu cuidador principal será um importante componente para organização e *grounding* para esse sujeito em formação.

A forma como se dá a estruturação do ego é foco de muitas teorizações psicanalíticas e, mesmo que não destacado em todas elas, é uma estruturação que tem o corpo como veículo. É o modo como os sujeitos se relacionam com o mundo externo através de suas características internas que, na maioria das vezes, produz algum tipo de sofrimento às pessoas.

Dias (2012), ao explicar a teoria winnicottiana, afirma que em seus estágios iniciais, do ponto de vista do bebê, não há ainda nem ele mesmo, nem mãe, nem mundo. O bebê não é ainda uma unidade. Antes da integração, o bebê está como que espalhado; “é um conjunto não organizado, uma mera coleção de fenômenos sensório-motores reunidos pelo suporte do ambiente” (Winnicott, apud Dias, 2012, p.124). Durante os estágios iniciais, o bebê vive a maior parte do tempo no estado de não-integração, em situação de dependência absoluta, o que só é possível graças à adaptação também absoluta da mãe. Ainda no útero e nos primeiros meses após o nascimento, a dependência é tão extrema que não é possível imaginarmos o novo indivíduo como sendo uma unidade.

Quase todas as contribuições de Winnicott (op. cit.) descrevem a luta permanente do self para uma existência individual que ao mesmo tempo permita o estabelecimento de intimidade através da proximidade com o outro.

Para Winnicott, o self surge e é estruturado através de experiências relacionais com cuidados específicos da mãe ou cuidador responsável pela criança. Surge aqui a função de holding materno, que realiza as necessidades físicas e afetivas do bebê, promovendo a continência de seus impulsos agressivos.

Como foi mencionado no parágrafo anterior, inicialmente há uma adaptação completa às necessidades do bebê, no entanto é necessário e natural introduzir falhas graduais às quais o bebê vai adaptando-se progressivamente. A mãe ou o cuidador irá apresentar o mundo à criança em pequenas doses, levando-se sempre em consideração a maturidade psicológica e o que será passível de compreensão para a criança. No entanto, como já foi mencionado, o filho irá se constituir por meio do ideal dos cuidadores e sua autoestima dependerá, em grande medida, da qualidade das relações existente entre ele e aqueles que desempenham papéis importantes na sua vida (Reichert, 2016).

Esse processo inicial, no qual a mãe/cuidador irá apresentar o mundo à criança, é chamado de socialização primária. Tal processo irá influenciar a criança no seu conceito de Eu e, nos casos da criança com MMC, também influenciará seu conceito sobre sua condição de saúde. A socialização primária, no ceio familiar, irá dar as bases para a criança entrar na socialização secundária. Nesse segundo momento há a percepção da

criança em relação àquilo que a sociedade pensa dela, um marco para esse processo é a entrada no ambiente escolar.

A criança em idade escolar (6/7 anos) tem necessidade de se sentir igual aos demais, no entanto, começa a ter consciência dos desvios da funcionalidade, pondo-se a comparar atributos e capacidades com os das outras crianças (Furlan, Ferriani, & Gomes 2003). Nesse período pode ser observado maior prevalência de comportamentos disfuncionais, visto que voltam as sensações de não adequação primitivas relacionadas a vida intrauterina. Nesse sentido, Solomon (2012) chama a atenção para duas diferentes formas de identidade. Segundo o autor, há a identidade vertical, constituída por tudo que herdamos da família ou aprendemos com ela; já a identidade horizontal diz respeito àquilo que somos e que não foi herdado, nem tampouco pode ser compreendido pela nossa linhagem, por esta não compactuar da mesma vivência. Nesse sentido, as instituições, grupos terapêuticos, grupos de trabalho entre outros se tornam elementos potencializadores para que crianças vivenciem a identificação com outras crianças que também estão no mesmo contexto. Do “diferente”, ela se torna também igual, fator interessante para o processo de desenvolvimento psicossocial e de resgate e reestruturação do enraizamento (*grounding*) tão necessário para sensação de segurança e integração.

Nesse sentido, perceber como os pais estão lidando com as limitações do filho é fundamental para um processo terapêutico promissor com as crianças com MMC. Afinal, apesar de essas crianças terem uma condição de saúde diferente, assim como qualquer outra criança, é importante que seus pais favoreçam o seu desenvolvimento, possibilitando que ela realize as tarefas que já consegue realizar de forma independente, mesmo devagar. Ou seja, não adianta os pais fazerem as atividades pelos filhos na tentativa de “agilizar” o dia. Se a criança não faz, ela não aprende e continua dependente. Pior que isso, tem a sensação de incapacidade reforçada pelas figuras que deveriam ser seus maiores incentivadores, os pais ou responsáveis.

O sistema familiar frente ao quadro de MMC

No entanto não será apenas a criança que terá seu desenvolvimento influenciado pelo quadro MMC, a família terá tarefas adicionais e, por isso, acaba sofrendo com

mudanças em sua vida nos aspectos físicos, psicológicos, sociais e econômicos (Dias & Passerotti, 2016). Será necessário um período de adaptação, no qual a família não só irá se habituar às novas atribuições, como também compreender melhor o quadro de saúde apresentado pela criança.

Outro aspecto que é importante perceber é que historicamente o imaginário social e a concepção de que quem cuida é a mulher ainda faz com que a mãe assuma toda a responsabilidade, impondo-lhe mudanças no estilo de vida com as quais acaba se conformando de forma conflitiva. O papel de cuidador da criança só não é atribuído à mãe por razões muito específicas. O tempo gasto no cuidado à criança e nas outras tarefas diárias individuais pode representar um desafio que interfere no bem-estar psicológico e físico destas mulheres, podendo alterar a sua saúde como um todo (Kós, Riccetti, D'ancona, 2016).

No contexto dos centros de reabilitação, essa realidade é facilmente observada. É difícil ver um pai que participe dos grupos ou das consultas dos seus filhos. Geralmente quem faz esse papel é a mãe ou, em alguns casos, a avó da criança. Fato que dificulta o processo de reabilitação, pois, sendo apenas a mãe que está a par das orientações da equipe de reabilitação, é mais difícil seguir todas as recomendações. Além disso, a criança acaba perdendo a possibilidade de lidar com outras formas de cuidado e, com isso, podem ficar cada vez mais presas numa relação simbiótica com genitora.

Mesmo assim, em todo o ambiente familiar é possível perceber a exaustão e a angústia como sintomas frequentes (Furlan; Ferriani & Gomes, 2003). É comum a família, em especial, a mãe, vivenciar um sentimento de incapacidade no cuidado do próprio filho. Visto que muitas vezes a equipe de saúde acrescenta tarefas e modos de cuidado que dão a impressão de que sempre há algo em falta ou que precisa ser corrigido no tratamento da criança.

Em função de tudo que foi abordado, o cuidador/mãe tem a esperança de que a criança cresça e se torne autônoma. Em contrapartida, observa-se que o cuidador fornece assistência à criança mesmo nas áreas em que ela demonstra independência, tornando essas crianças superprotegidas, mesmo após crescidas (Façanha, 2015).

Sobre esse processo antagônico e gratificante de favorecer a autonomia, Reichert (2016) afirma

No início, melhor é os pais estabelecerem um vínculo profundo com seus filhos. Depois, o desafio passa a ser ajudá-los a se entender como seres únicos, a conquistar

autonomia, descobrir o próprio corpo, apropriar-se de seus talentos, avançar em sua aprendizagem e independência e, mais tarde – quando chegar a hora – desaparecer-se e deixá-los partir, sem culpa (p.58).

Tal relação de cuidado/proteção pode se estabelecer de forma danosa no desenvolvimento da autonomia, deixando as crianças inseguras e dependentes. Desse modo, a relação torna-se confusa também para a criança, ocasionando um relacionamento distorcido, em alguns momentos conflitivo e dependente do cuidador. A esse contexto pode ser acrescido um sentimento de injustiça frente à condição de saúde, fato que angustia ainda mais os familiares. As crianças, em especial as em idades pré-escolar e escolar, já com um bom desenvolvimento emocional e cognitivo, acabam misturando informações da realidade e da imaginação para compreender a sua condição de saúde. Essa característica, vinculada à condição esquizoide, é muito comum nas crianças que tiveram um trauma num período precoce do desenvolvimento.

A intervenção psicossomática em crianças com MMC

Para intervir nos casos de MMC tem-se, até o momento, utilizado como estratégia, primeiro observar aspectos da superfície das relações familiares e da própria criança, para só num momento posterior intervir em questões mais profundas das relações, como expectativas gestacionais, rejeição/superproteção materna, aspectos referentes à ambivalência nas relações, expectativa do desenvolvimento infantil; entre outros.

A escolha de adentrar em temas mais complexos após um contato mais superficial com a família, se deu em função de termos notado, durante a prática clínica que tais famílias muitas vezes já chegam para o atendimento psicológico envoltas em uma culpa e numa capa de proteção que é difícil adentrar a princípio.

Já nas crianças com MMC, observamos a prevalência da posição depressiva como forma de ajudar a tolerar a frustração. As crianças com lesão ou traumas podem trazer o desejo de morte fortemente para as sessões (Rocha, 2019). Por isso, durante o acompanhamento psicológico a criança terá que elaborar a depressão. Caso isso não ocorra, ela poderá continuar cindida e desenvolver defesas maníacas. As defesas

maníacas dão à criança um falso controle, fazendo com que ela acredite que pode controlar o outro.

Dessa forma, é importante respeitar e compreender o conceito de Wilhelm Reich sobre as três camadas de expressão emocional, para observar o conteúdo e a maneira como essas camadas têm se estruturado, tanto para a própria criança, como para o seu sistema familiar. A saber as camadas se diferenciam em:

- Camada terciária – nível das defesas de caráter, que em geral tentam ser bem adaptados aos padrões culturais;
- Camada secundária – inconsciente reprimido, pode se apresentar como confuso e destrutivo;
- Camada primária – constituído por impulsos espontâneos para expandir-se e manter o contato;

Nesse sentido, é natural que a família exponha, num primeiro contato apenas aspectos da camada terciária. Dessa forma, o terapeuta deve respeitar esse momento inicial e buscar um trabalho nesta camada, conhecendo as percepções e conceitos da criança e da família sobre saúde/doença, bem como o que é ser saudável na sua limitação (Façanha, 2015). Essas informações são colhidas, na maioria dos casos, ainda no processo de anamnese com os responsáveis pela criança, bem como nas primeiras sessões de ludodiagnóstico.

Nas sessões de ludodiagnóstico será observada a dinâmica da sessão, os brinquedos que serão utilizados pela criança e sua ordem de escolha e preferência, as fantasias inconscientes que a criança apresenta; seus mecanismos de defesa, sua expressão e estrutura corporal, a transferência, a contratransferência e, principalmente, a ressonância durante as sessões.

Nesse processo inicial e em todo o processo de ludoterapia, os brinquedos servem como facilitadores para a nossa entrada no mundo infantil sem interromper o circuito energético da criança. Logo, na terapia corporal com as crianças, a partir dos conceitos de Reich (1977), o fio condutor no trabalho corporal será a energia e as tensões energéticas que estejam impedindo o fluxo natural do desenvolvimento. Para Rocha (2019) o brinquedo simboliza o corpo, por isso é tão fundamental a observação do brincar e dos brinquedos escolhidos pela criança durante a terapia. Ainda para a

autora referenciada, o primeiro brinquedo construído pela criança durante o processo pode ser interpretado como o prognóstico do caso, naquele momento, para a própria criança.

Além disso, é de extrema importância a avaliação do impacto das práticas de cuidado rotineiras na qualidade de vida do paciente e da sua família. Tal informação ajudará nas tomadas de decisões mais terapêuticas e efetivas, levando em consideração cada caso e o que é possível realizar, além de favorecer a confiança no processo terapêutico por parte da família. Para ter acesso a essa diferença é importante que o psicólogo, junto à equipe multiprofissional tenha uma postura acolhedora e não julgue a forma de cuidado dessa família, mas tente auxiliá-la de modo cuidadoso e respeitoso até o cuidado esperado e/ou possível. Seria um trabalho constante entre o que é o ideal e o que é o possível, levando-se em consideração, num primeiro momento, aspectos mais práticos e objetivos da rotina e cuidados da criança e da família. Pode-se resumir esse momento como um trabalho com foco na vinculação entre profissional e família, e será trabalhado em grande medida a terceira camada da expressão emocional.

Como estão sendo enfocadas as camadas de expressão emocional, é importante para o terapeuta saber qual camada ele está atingido durante todo o processo de psicoterapia. É necessário fazer a ressalva que os clientes podem transitar por essas camadas numa mesma sessão de psicoterapia, porém, na minha experiência prática, tenho observado que é mais comum o transitar entre as camadas após um certo tempo de acompanhamento - Após o cliente familiarizar-se e sentir-se seguro com o terapeuta. Geralmente percebe-se, principalmente no começo da terapia, uma persistência na camada terciária em função de, aparentemente, essa ser mais “segura”. Em especial isso é notado ao avaliar a expressão emocional dentro do sistema familiar.

Ao entrar pela primeira vez na camada secundária o cliente costuma se desorganizar, nesse ponto é ainda mais importante o olhar atendo do psicoterapeuta para os processos e os impulsos proibidos que estão sendo apresentados. Esse será decisivo para um processo terapêutico satisfatório. Caso o psicoterapeuta não intervenha de modo estruturante, pode ocorrer a volta para a camada terciária e o receio de encarar novamente os conflitos presentes na camada secundária. É nesse ponto que muitas vezes ocorre o abandono da terapia, seja pelo fato da criança ter começado a questionar o seu

lugar na família, seja pelos pais se desestabilizarem ao se depararem com sentimentos primitivos de inveja, culpa, ódio, na relação com seus próprios filhos.

No entanto, para que o cliente e o sistema familiar consigam atingir o nível primário da expressão emocional é imprescindível ele passar e conseguir se estruturar também a nível secundário. De forma objetiva, o principal campo de ação da psicoterapia em Biossíntese será o nível secundário da expressão emocional. E no caso da clínica da infância, a questão é favorecer que a expressão emocional consiga ocorrer de forma transparente e segura entre os entes da família.

O tempo que cada cliente/família irá necessitar para percorrer esse caminho é particular e dependerá do estabelecimento da confiança e da ressonância na relação terapêutica, seja ele a criança ou os responsáveis. No entanto, foi observado que as crianças têm maior facilidade de entrar e explorar o seu nível secundário do que os adultos.

Nesse ponto entra-se em mais um complicador do processo terapêutico infantil. Ao se falar nas camadas da expressão emocional é possível imaginar que não necessariamente a família irá acompanhar a criança na expressão das suas emoções. É frequente deparar-se com famílias que não aceitam o que as crianças demonstram no processo ludoterapêutico, rejeitam os posicionamentos do terapeuta, ou mesmo negam as feridas emocionais que seus filhos nos apresentam. Novamente é imprescindível ao terapeuta perceber em que camada ele está trabalhando com cada um dos seus “públicos”, criança ou pais/responsáveis, e perceber os limites de cada um dentro do processo terapêutico. O terapeuta terá sempre que respeitar os limites impostos na relação, abrir mão do julgamento e procurar as pontes ou fios soltos que possam levar a família ao caminho que a criança tem começado a percorrer. Afinal, como já sabemos a terapia da criança mobiliza conteúdos emocionais também nos pais.

Para tal é sempre necessário ampliar o olhar, pensando não só na criança, mas em todo o sistema familiar. Tentar conhecer como a família funciona antes de propor novas atividades ou intervenções é de extrema importância. Além disso, deve-se ficar atento a possíveis questões emocionais, visto que clientes desse público tendem a apresentar baixa autoestima, alto risco de isolamento social e depressão, podendo gerar impactos negativos na qualidade de vida da criança e de toda a família.

É importante ainda desenvolver práticas que equilibrem a dinâmica de funcionamento familiar, convocando outras figuras de apego, que não a mãe, para o cuidado. Essa estratégia tem se mostrado benéfica não só para a mãe, como para a criança que tem podido experimentar outras formas de cuidado quebrando um pouco o paradigma de que só a mãe consegue cuidar “corretamente” da criança. Logo, olhar a criança e sua família por meio de uma atenção holística será imprescindível para conseguir uma melhor adesão e continuidade dos tratamentos propostos.

Para ilustrar um pouco melhor o processo interventivo escolhi um caso clínico para apresentar de forma resumida o trabalho com as camadas da expressão emocional com uma criança e seus familiares.

O caso que será apresentado foi acompanhado com uma sessão de ludoterapia semanal durante 2 anos. As sessões tinham 45 minutos de duração.

Caso clínico

Carlos tem 6 anos, foi diagnosticado com MMC ainda no período gestacional. Tem um irmão mais velho e pais participativos e presentes. Chega à psicoterapia como parte do serviço de reabilitação para crianças com lesão medular. Hoje faz acompanhamento psicológico, neuropsicológico e fisioterapêutico. Tem como principal queixa para a psicoterapia um comportamento ansioso. Ele tem a necessidade de chamar atenção das pessoas ao seu redor, caso ele não consiga, costuma se sentir desmotivado, evidenciando uma baixa autoestima.

A mãe de Carlos relata que tem se sentido sobrecarregada. Apesar de o marido ser um ótimo pai, ele só fica com a parte boa, ficando a cargo dela a necessidade de dar todos os “nãos” para os filhos. É observada uma fusão muito importante entre a mãe e o filho, sendo difícil para ela perceber que eles são pessoas diferentes e que, apesar dela conhecer muito dele, tem partes de Carlos que ela não conhece.

Nas sessões de ludoterapia Carlos sempre se mostrou aberto. Ao falar dos acordos da sessão, ele se autodenominou o “rei da sala”. E costumava repetir que naquele ambiente ele podia fazer tudo que ele quisesse.

O corpo de Carlos era marcado pelas tentativas de correção. Ele passou por inúmeras cirurgias desde o nascimento. Apesar de aparentar ser uma criança feliz e bem

resolvida, tinha uma tristeza no olhar. Corriqueiramente a respiração era quase inexistente, porem começava a ficar mais perceptível no desenvolver das brincadeiras que se estabelecia nas sessões. Era corpulento, fato que vinha dificultando a sua mobilidade em quatro apoios. As pernas eram curtas e o tronco firme.

Durante as sessões foi observado que Carlos tinha dificuldade de se manter em uma brincadeira, comumente a sessão dele era confusa, com ele mudando de uma brincadeira para outra. Mesmo com toda a dificuldade de se fixar em uma brincadeira, foi possível perceber uma predileção de Carlos pelo brincar de luta. Sempre havia uma guerra entre os mocinhos e os vilões. Nessa luta ele gostava de ser um dos vilões e me colocava como uma das mocinhas. Durante essas primeiras sessões ele era sempre morto e esquartejado.

Nessas brincadeiras ele nunca falava sobre os seus sentimentos. Percebíamos uma defesa narcísica que escondia uma melancolia. Porém a sua agitação ficava mais evidente à medida que a “luta” começava. Parecia descansar apenas na ocasião da sua morte. Nesses momentos pedia que eu o colocasse sobre o meu colo, ficava com a barriga nas minhas pernas e suas pernas e seus braços sobre o chão, então pedia que eu o cortasse com uma das facas de brinquedo da sala. O corte coincidia com o local da cicatriz de fechamento da MMC.

Essa cena se repetia sessão por sessão e era comum após a sua morte pedir que eu o levasse para baixo de um tablado que tinha na sala e solicitar que o deixasse lá sem ver nenhuma luz, ou o enrolasse em um tatame e colocasse vários objetos da sala ao seu redor para que ele não pudesse ser visto nem ver ninguém.

Ao me deparar com essas brincadeiras e a forma como elas se desenvolviam ficava cada vez mais claro a dificuldade que era para Carlos falar ou expressar seus sentimentos de inadequação fora da sala. Ele ia para cena traumática para o medo da morte no útero. Era um sentimento tão forte que fazia ele acreditar que tinha que morrer, não ser visto ou ser o malvado da brincadeira. Sendo essas escolhas uma visível punição por, na sua imaginação, não corresponder às expectativas das pessoas.

Nas sessões de pais que foram se seguindo, em concomitância com as de ludoterapia de Carlos, foi sendo trabalhado como eles percebiam os sentimentos do filho. A mãe relatava que ele era uma criança fechada, dizia que ele puxou isso do pai.

Como havíamos relatado anteriormente na parte teórica, visivelmente Carlos demonstrava nas sessões os seus conflitos da camada secundária, porém seus pais estavam ainda muito presos à objetividade e ao pragmatismo da camada terciária. Por isso, ainda não era o momento de falarmos sobre toda a carga emocional que estava sendo liberada durante as sessões de ludoterapia. Tentava-se preparar o terreno para que os pais pudessem acolher a demanda do filho quando eles estivessem prontos para tal.

Foram necessárias várias sessões de pais para que nós, juntos, como se desvendando um mistério, conseguíssemos ver a dificuldade que era para Carlos falar sobre os seus sentimentos de inadequação e o impacto desses sentimentos na formação do seu Eu. Essa dificuldade em muito se ampliava em virtude de a principal luta da sua mãe ser justamente para a sua inclusão. Para Carlos demonstrar seus sentimentos para família era o mesmo que dizer que ele não reconhecia todo o esforço feito pela família para a sua inclusão.

Para compreendermos toda essa conjuntura foi necessário um trabalho com foco no Eu de Carlos. Percebíamos que as sessões se tornavam mais pesadas quando na escola também ocorriam situações de bullying em função da condição de saúde de Carlos. Como Rocha (2019) destaca as fobias e os medos aumentam com a ameaça a integridade. Essa ameaça ocorria no colégio e se estendia para as sessões, com Carlos expondo todo o seu desejo de morte durante o brincar.

Como já abordamos anteriormente, o brincar facilita a autorregulação da criança, trabalhando a carga e a descarga energética. Era exatamente isso que acontecia quando Carlos trazia o seu dilema entre existir ou não para a sessão. O direito de existir é um dos temas mais caros dentro da fase esquizoide do desenvolvimento e também representa o lugar onde o trauma se configurou no desenvolvimento de Carlos. Sendo necessário, para favorecer o seu desenvolvimento diminuir as defesas esquizoides e aumentar as defesas orais. Visto que flexibilizar as defesas esquizoides e lançar estratégias de defesas orais facilitaria uma abertura para a possibilidade da criança acreditar que pode ser nutrida, começando a desejar e ter prazer na fala, em comunicar seus sentimentos e necessidades (Lowen, 1977).

E foi por esse caminho que fomos trilhando o trabalho com Carlos. A tentativa de flexibilizar as defesas esquizoides fazia com que não entrássemos nas competições que apareciam nas suas “lutas”, mas sim explorássemos os sentimentos envolvidos no ser

vilão, ter o corpo cortado, não poder ser visto e não querer ver. Esses temas eram, a nosso ver, o foco do que deveria ser trabalhado com Carlos, na tentativa de diminuir os seus sentimentos de ameaça à integridade. Possibilitava-se a Carlos trabalhar o *grounding* por meio da fala e do toque, fazendo com que ele pudesse falar sobre os seus sentimentos de forma indireta (expressão endodérmica), bem como integrar sensações.

Já com a família o trabalho continuava na tentativa de trazê-los para ver a criança real que se apresentava. A mãe de Carlos tinha a falsa ideia de que ela sabia todas as necessidades do seu filho. A família, em especial a mãe, perceber que as necessidades de Carlos são apenas dele e só ele poderia falar sobre elas foi imprescindível para a mudança de atitude dos pais frente à dor de Carlos.

Em uma das últimas sessões de devolutiva com os pais, a mãe relatou que Carlos havia falado para ela sobre a sua vontade de morrer. Ela me contava isso com lágrimas nos olhos, falando que não sabia o que responder para ele. Sorri, e revelei que nas nossas sessões ele não é mais vilão e nem tem morrido... “Agora somos uma dupla e temos matado muita gente ruim. Parece que agora ele não se sente mais tão só” ao me ouvi a mãe de Carlos também sorriu. O trabalho com Carlos desenvolveu nele uma maior carga de energia vital para lutar pela vida e sair da morbidez que era tão presente em seu mundo interno. Carlos podia finalmente falar dos seus sentimentos.

Como pode ser observado, no momento que Carlos consegue falar para os pais sobre o seu desejo de morte há também uma mudança no brincar da criança. Se antes o brincar ela envolto na competição onde sempre um morria enquanto o outro triunfava, agora era possível haver uma aliança. O *grounding* se estabeleceu pela confiança em poder dividir com a família e com a terapeuta os seus sentimentos de inadequação e a morbidez e desconfiança que carregava dentro de si diante de tantas lutas para existir, favorecendo a utilização de defesas mais orais pela criança. Essa mudança no brincar demonstrou um importante progresso no processo terapêutico. Ele saiu de um lugar melancólico e mórbido que fazia ele perder a conexão com a vida, para um lugar de contato com o outro onde pôde experimentar a nutrição afetiva.

Conclusão

Pelo exposto foi possível perceber uma tendência para defesas esquizoides vinculadas à condição da MMC. Vale salientar que as defesas esquizoides são as mais primitivas, logo é possível que antes de chegar nelas o terapeuta tenha que lidar com defesas mais superficiais relacionadas à camada terciária de expressão emocional. No entanto, na camada secundária da expressão emocional a esquizoidia impera. Esse tipo de defesa pode ser observada tanto em relação à criança com brincadeiras relacionadas ao direito de existir; como em relação ao seu sistema familiar, no qual observamos uma dificuldade de confiar no terapeuta.

Essa percepção reforçou a necessidade do terapeuta estar atento ao modo como aborda os temas que aparecem na sessão, na tentativa de não amenizar nem ser incisivo demasiadamente; tentando sempre favorecer a confiança, o cuidado e o respeito durante todo o processo terapêutico.

Favorecer a integração do sujeito por meio do *grounding*. Diminuir as defesas maníacas, características do caráter esquizoide e aumentar as defesas orais, pode ser caracterizado como um objetivo central da terapia com crianças no contexto da MMC.

Percebeu-se ainda que, apesar das limitações físicas da criança, foi possível e rico o trabalho dentro da abordagem corporal para o público com deficiência física. A abordagem corporal dá ao terapeuta manejos e modos de interpretação que coadunam com o trabalho dentro de uma perspectiva sistêmica, com foco no sujeito e não na sua condição de saúde. Mesma assim, será a condição de saúde que dará o pontapé inicial para a compreensão do caso e das defesas dos sujeitos atendidos.

Dessa forma, na terapia em Biossíntese, olhamos para a história evolutiva do corpo, compreendendo o significado das camadas germinativas e o seu desenvolvimento durante todo o curso da vida. Analisamos e procuramos compreender essa pessoa, do seu processo formativo às estruturas corporais; da história da vida intra-uterina à morfologia dinâmica do corpo (Instituto Brasileiro de Biossíntese).

O olhar do terapeuta não se restringe ao corpo físico, é passado ao corpo imaginário, ao corpo potencial que está bloqueado pelas tensões das nossas defesas. Trabalhar com o corpo imaginário é trabalhar com a visão daquilo que a pessoa poderia ser. (Boadella, 1992)



Logo, como defende Boadella (1992) estamos trabalhando com dimensões primárias da experiência humana. E toda verdadeira terapia tem como meta principal reestabelecer o nosso contato com a profundidade do nosso ser.

Referências

- Almeida, A.; Nascimento, E.; Rodrigues, J. & Schweitzer, G. (2014). Intervenções nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem REBEn**. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0708.pdf>
- Bizzi, J. & Machado, A. (2012). Mielomeningocele: conceitos básicos e avanços recentes. **J. Bras Neurocirurg** 23 (2):138-151.
- Boadella, D. (1992). **Correntes da vida: uma introdução à biossíntese**. São Paulo: Summus.
- Boadella, D. (1997). **Energia e Carater** 2. São Paulo: Summus.
- Costa, R.C.V.; Guiotoku, E.T.S.; Kravchychyn, H.; Rocha, J.; Carmo, M. M. & Castro, Y.P.G. (2012). A percepção emocional do cuidador familiar frente à técnica do cateterismo intermitente limpo na mielomeningocele. **Acta Fisiatr**. 19(4):222-7.
- Dias, E. O. (2003). **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago.
- Dias, T. M., & Passerotti, C. C. (2016). **Bexiga neurogênica em crianças e adolescentes: impacto familiar e biomarcadores**. São Paulo. Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5153/tde-10012017-113618/>
- Façanha, D. M. (2015). Avaliação da funcionalidade em crianças com mielomeningocele. **Dissertação de Mestrado** apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará.
- Furlan, M.; Ferriani, M. & Gomes, R. (2003). O cuidado da criança portadora de bexiga neurogênica: Representações sociais das necessidades dessas crianças e suas mães. **Rev. Latino-am Enfermagem**. 11(6): 763-770.
- Furlan, M.; Ferriani, M. & Gomes, R. (2003). O cuidado da criança portadora de bexiga neurogênica: Representações sociais das necessidades dessas crianças e suas mães. **Rev. Latino-am Enfermagem**. 11(6): 763-770.
- Hoffmann, F., Zogbi, H., Fleck, P. & Muller, M. (2005). A integração mente e corpo em psicodermatologia. **Psicologia Teoria e Prática**. 7 (1), 51-60.



kós, R. S.; Riccetti, C. L. Z.; D'ancona, C. A. L. (2016). Impacto do tratamento urológico na qualidade de vida de crianças com Mielomeningocele e na sobrecarga de seus cuidadores. **ESTIMA**, v.14 n.2, p. 84-90, 2016

Larrdote, A.; Lima, F. A. &, Freire, L. (2012). **Famílias: reflexões sobre a arte de amar e transformar.**

Lowen, A. (1977). **O corpo em terapia: a abordagem bioenergética.** São Paulo: Summus.

Mahler, M.; Pine, F.; Bergman, A. (1986) **O nascimento psicológico infantil: simbiose e individuação.** Rio de Janeiro: Zahar.

Oliveira, A. L, Cavalheiro, S. & Farias, T. C. (2014). Síndrome da medula presa na mielomeningocele: evolução clínica pré e pós-liberação. **Rev. Neurocienc**, 22(2). P 249-255.

Reichert, E. (2016) **Infância, a idade sagrada: anos sensíveis em que nascem as virtudes e os vícios humanos.** Porto Alegre: Vale do Ser.

Rocha, B. (2019). **Curso Intensivo de psicoterapia corporal com crianças e adolescentes.**

Solomon, A (2012) **Longe da árvore: pais, filhos e a busca da identidade.** Companhia das Letras

Trica, W. (2013). **Procedimento de Desenhos – Estórias: formas derivadas, desenvolvimento e expansões.** Vetor, São Paulo.

Winnicott, D. W. (1983). **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.** Porto Alegre: Artes Médicas.



Recebido: 10.06.2021; Aceito: 17.11.2022; Publicado: 30.12.2022.