

Anita Ribeiro-Blanchard <anitajribeiro@gmail.com>

- Psicoterapeuta em prática privada no The Oxford Stress and Trauma Centre - Inglaterra
- Pesquisadora do uso da Calatonia como veículo de regulação diádica no tratamento de adultos com história de desenvolvimento traumático e de distúrbios de vínculo



## O Corpo da Família

Este artigo revê a experiência clínica e, em particular, alguns casos clínicos em que se aplicou o uso de observações e intervenções somáticas no contexto de terapia sistêmica. Esta revisão visa articular o início de uma fundamentação teórica que valide a inclusão de terapias corporais no atendimento de famílias. Nessa articulação teórica se incluem conceitos das psicologias junguiana e do desenvolvimento, bem como aspectos psicofísicos da neurociência e neuropsicologia.

Figura 1.  
Desenho de menino de seis anos

Iniciei o atendimento de crianças e seus cuidadores, pais temporários ou adotivos em terapia sistêmica em meados de 1999, em uma organização sem fins lucrativos no Estado da Flórida. Essas crianças tinham sido removidas judicialmente de suas famílias por estarem expostas a circunstâncias de risco, como violência doméstica, consumo de drogas pelos pais, abuso físico ou sexual, negligência de cuidados básicos, distúrbios de vínculo, doença mental em família, entre outros transtornos. A direção da clínica desta organização apoiava modelos de tratamentos psicodinâmicos que incluíam também o trabalho de recuperação de vínculo desenvolvido no Centro Evergreen, Colorado, EUA.

Algumas dessas crianças exibiam comportamentos imprevisíveis e desarticulados, devido a um comprometimento do desenvolvimento global; outras menos comprometidas expressavam com frequência estados de angústia, ansiedade ou depressão nos seus contatos. Nas sessões de ludoterapia, eu tinha dificuldade de manter um estado normal de atenção e passava por rebaixamentos da consciência que mal me permitiam manter os olhos abertos, tamanho o impacto recebido da desorganização psíquica e física dessas crianças. Minha paciente mais nova tinha dezoito meses de idade e queimaduras propositais por água quente na região púbica e nos dois pés, e as pacientes mais velhas eram duas irmãs de 13 e 11 anos, essa última a menos resiliente das duas, acabou internada depois de correr nua pelas ruas após uma discussão com a mãe temporária.

Na quarta semana de trabalho nesta organização, fiquei afônica por cinco dias. A diretora clínica, que mais tarde se tornou também uma amiga, confessou que estava certa de que eu ia pedir demissão naquele momento – eu também confessei que o teria feito se não precisasse do salário – a mais pura verdade. Mas passado o batismo de fogo, veio uma grande compaixão por esse trabalho. Depois de seis meses, já veterana, passei a observar o mesmo processo nos novos terapeutas: uma colega de apenas trinta anos teve tonturas em sessões e foi se submeter a exames diagnósticos, pois achou que estava com tumor no cérebro; outra perdeu dez quilos e sofria dores no corpo todo, mas sua saúde voltou quando resolveu mudar de profissão depois de menos de seis meses de trabalho; outra passou a sofrer de fibromialgia e passava longos períodos sem trabalhar, outros terapeutas ficavam dois ou três meses e desapareciam. E assim, cada um que começava o trabalho nessa organização, sofria em seu corpo o impacto da dor dessas crianças. Essa experiência foi a mais óbvia constatação da participação dos processos somáticos como mediadores de relações.

Desde a primeira sessão, usei o toque para ancorar a energia psíquica no corpo de meus pequenos pacientes, pois eles dissociavam com muita facilidade na presença de adultos, passando por momentos de ausência ou agitação motora. O repertório de contato dessas crianças era pobre e estereotipado, e incluía toques de natureza agressiva, sexualizada, ou sobrecarregados pela carência de afeto. Tive sob meus cuidados terapêuticos cinco grupos de irmãos e irmãs, e observando a frustração que eles sentiam por não conseguirem trocar afeto quando estavam juntos, passei a usar os toques com eles para facilitar a vivência afetiva num contexto seguro e, ao mesmo tempo, descontraído.

Os trabalhos de Maria Irene Gonçalves (2007) com crianças institucionalizadas e de Amélia Pêo Pereira (2007) com crianças de pré-escola serviram não só como orientação, mas também como inspiração e encorajamento. Fazíamos um círculo, eu começava os toques na criança que estava à minha frente, e esta na seguinte, e assim por diante, revezando lugares até que todas tivessem experimentado o toque comigo. Fazíamos os tapinhas grupais, colchão vivo, sopros, massagem uns nos outros com a bolinha de tênis, entre outras técnicas grupais.

Essas atividades, porém, acabaram tendo um efeito terapêutico também nas dinâmicas mais inconscientes entre essas crianças. Rapidamente ficavam evidentes os papéis que cada irmão ou irmã tinha assumido com a dissolução da família original, e criava-se a oportunidade para reorganizar novos padrões de interações. Para ilustrar, havia um grupo de quatro irmãos haitianos, idades entre três e seis anos, em que o mais velho tinha naturalmente assumido um papel paterno em relação aos demais. Ele era controlador, agressivo, muito sério e infelizmente, o menor entre eles em tamanho, o que o deixava enfurecido. Ele tinha dores abdominais quando começávamos os toques, porque ele tentava muito rigidamente controlar o riso. Nesses momentos, ele se colocava em pé, e tentava repetir o sermão do pastor da igreja que eles frequentavam, que sempre começava assim "Lorde (Senhor), eu estou disponível". Ele tinha vivido em condições precárias no passado, e lembrava-se de ter muitas vezes afugentado ratos que queriam atacar seu irmão mais novo, ainda no berço. Esse senso de responsabilidade estava intimamente ligado à sobrevivência, e era para ele muito difícil abandonar essa dinâmica. Porém, aos poucos, ele passou a aceitar o toque com seus irmãos e a sentir um grande prazer em fazer o sermão para diverti-los, assumindo mais um papel de liderança no grupo, do que de controle.

Atendia esses irmãos e irmãs também em sessões individuais, e nessas ocasiões focalizava o trabalho corporal na autorregulação e contenção emocional quando ocorriam episódios de agressividade e raiva durante a ludoterapia. Com algumas dessas crianças, o foco era em estabelecer a regulação diádica, para alguns pela primeira vez, de modo muito primário, através de colo e maternagem durante a ludoterapia.

Juntos inventamos nomes para as sequências de toques que foram adaptadas dos toques sutis do Sándor (1974). Assim, a taponagem rítmica no corpo todo era "as patas do urso", segurar cada vértebra era "formigas subindo a coluna", os movimentos de soltura das omoplatas eram "voar", e assim nomeamos outras sequências de toques, sopros, sons ou movimentos nas pernas, no rosto, mãos etc. Nesse processo, os cuidadores eram observadores ocasionais, um pouco surpresos e incrédulos, mas algumas vezes aceitavam tomar parte nos processos grupais.

Nas famílias temporárias e adotivas o interesse era maior, pois os recursos habituais de disciplina não controlavam os comportamentos disfuncionais. Então, fazíamos com frequência os tapinhas grupais e o joão-bobo, como parte do desenvolvimento de um repertório lúdico e afetivo. O mesmo efeito secundário ocorria também com essas famílias, em relação à transparência de dinâmicas não explícitas ou inconscientes.

Como exemplo dessas situações, eu fazia atendimentos na residência de uma família, cuja mãe temporária se sobrecarregava de trabalho e parecia estar numa maratona para sua santificação. Ela tinha ficado viúva ainda jovem e estava em um segundo casamento, tendo já criado seus três filhos biológicos do primeiro casamento. Era professora primária em período integral, e cuidava de quatro crianças, um menino e uma menina adotivos e um menino e menina tutelados, com idades de seis a doze anos. A menina adotada tinha sequelas traumáticas de abuso sexual e distúrbios de vínculo, que se exteriorizavam em comportamentos autoagressivos e de descuido com a própria aparência, encopresis e dificuldade de urinar, tendo tido severas infecções urinárias por esse motivo.

Além disso, essa senhora oferecia abrigo de emergência e curto tempo para bebês removidos de seus lares pela polícia, até que esses bebês fossem tutelados pelo serviço social, o que significava um constante ir e vir de bebês que precisavam

de cuidados especiais. Durante o período em que atendi essa família, o marido dessa senhora foi preso e recebeu a sentença de um ano e meio por aceitar propina no trabalho. Ela era uma mulher muito religiosa, eficiente e objetiva, sem nenhum insight sobre seus motivos e sua própria psicologia, e tinha pouquíssima tolerância para os comportamentos, obviamente rebeldes e caóticos dessa menina adotada, que externalizava também a disfunção dessa mãe. Ela entendia qualquer comentário sobre sua sobrecarga como uma negação de seu altruísmo, e uma diferença entre os valores humanos dela e da terapeuta.

Durante uma sessão de família, tendo exaurido meus recursos para lidar com as queixas repetitivas e exigentes dessa mãe, eu propus os tapinhas grupais nas crianças. Após receber os tapinhas grupais, essa filha adotiva passou por um momento de reorganização. Ela era sempre premeditadamente agressiva com as demais crianças e usava o comportamento negativo para ser o centro das atenções. Nesse trabalho, vivenciou, pela primeira vez, um contato afetuoso com eles, o que desarticulou – momentaneamente – sua atitude hostil. Ela perdeu sua postura habitualmente barulhenta e autocentrada, e se nivelou dentro do grupo, mais calada e cooperativa.

Em seguida, uma das crianças pediu que fizéssemos os tapinhas na mãe temporária, que a contragosto, aceitou. Depois dos tapinhas, a mãe tentou se recompor rapidamente, embora fosse visível a sua soltura, e parecia estar envergonhada de ser vista nessa situação vulnerável, na verdade despida da sua armadura habitual. Nas sessões seguintes a essa experiência, essa senhora parecia ter desistido de reclamar, parou de exigir resultados e de pressionar a filha adotiva a conformar-se à sua extrema disciplina. Ela assumiu uma atitude mais conciliatória e compreensiva, fazendo comentários a respeito da sua própria limitação. Em pouco tempo, organizou um tratamento individual para sua filha adotiva, com uma terapeuta que já a tinha tratado anteriormente e com a qual a menina tinha um vínculo, para focalizar no distúrbio de vínculo e abuso sexual. Essa era, com certeza, a intervenção mais apropriada devido à fragilidade dessa menina, e a dificuldade dessa mãe em prover continência. Ficou evidente que ter tocado essa senhora em algum nível mais profundo – com uma brincadeira aparentemente tão inocente – teve repercussões muito positivas.

Quando deixei essa organização, sofri ajustes hormonais e emocionais: tive suspensão da menstruação por dois meses e me senti passando pelo desmame psicológico dessas crianças. Trabalhei em outras três organizações governamentais com famílias que tinham algum grau de estruturação. Nessas organizações eu não contava com o apoio da direção clínica, e para contornar o fato de que, nos Estados Unidos, a terapia corporal não é reconhecida como um método em psicoterapia, passei a pedir aos pais que participassem como observadores do trabalho corporal com a criança. Era uma tentativa sistêmica, sem estrutura alguma, e acontecia de modo exploratório e flexível, buscando acomodar as necessidades da família. Os problemas mais comuns eram divórcio, violência doméstica, drogas, imigração, luto, doença mental, depressão, problema financeiro, entre outros e as crianças tinham queixas de agressividade, distúrbios de atenção, distúrbios de vínculo, ansiedade, estresse pós-traumático, tentativa de suicídio, autoagressão, abuso sexual etc. Era interessante observar que, com frequência, assim que o toque terminava, a criança corria a repetir o toque em sua mãe. A partir desse gesto, passei a incluir os pais no trabalho corporal, não só como observadores, mas como aprendizes das sequências que seriam aplicadas em casa. O trabalho não conquistava a todos, alguns se mantinham na atitude vazia de repetir mecanicamente, carentes também de receber primeiro para então poder dar. Mas outros descobriam valor nessa nova forma de se relacionar

com a criança, e, aos poucos, esses pais passaram também a receber toques de seus filhos, não sem algum constrangimento inicial.

Já na Inglaterra, devidamente credenciada através de uma associação de terapeutas corporais, esse trabalho evoluiu com mais apoio para a clínica privada, onde atualmente trabalho com indivíduos e famílias, como especialista em trauma. Ofereço principalmente a Calatonia como recurso de reorganização e superação do estresse pós-traumático, com muito sucesso – um dos pacientes se refere à Calatonia como "aquela mágica." Uso também, menos frequentemente, a técnica do Eye Movement Dessensitization and Reprocessing, EMDR (1998), que nem todos aceitam, pois nem sempre conseguem tolerar o reviver do trauma.

Com famílias, alterno sessões de família com sessões individuais ou de pais. Começo o toque na criança, enquanto os pais assumem o papel de observadores ativos, e aprendem a fazer as rotinas que vão repetir em casa. Depois, sigo o movimento natural da criança, de introduzir os pais nos trabalhos corporais nas sessões, embora esta proposta esteja presente desde o início do tratamento. A sugestão vem da criança, "vamos fazer na minha mãe também?", "o meu pai pode vir?", "por que a minha irmã não participa?", e assim, dentro da capacidade deles de tolerar intimidade emocional, sem forçar, vamos brincando seriamente com o corpo da família. É bonito observar o cuidado com que a criança toca o outro depois de ter recebido toques em terapia, e também a expressão suave no rosto dos pais após receber o toque da criança – ao receber ocorre uma inversão de papéis, que permite uma nova maneira de perceber e sentir a criança. Dessa vivência, resulta um ajuste, ainda que pequeno e momentâneo, nas expectativas e exigências mútuas. A relação fica mais solta e amorosa, menos orientada para o constante controle da criança, da parte dos pais, e menos despótica e manipuladora da parte dos filhos.

Recentemente, senti a necessidade de organizar uma referência teórica que permitisse a integração do trabalho corporal na terapia sistêmica, com o objetivo principal de estruturar melhor a própria prática. Vou discutir algumas dessas ideias e observações neste artigo. Inicialmente, gostaria de destacar que essa é uma área bastante nova, principalmente em sua formulação teórica. Porém, além dos já mencionados trabalhos de Gonçalves e Pereira, em 2002 li sobre o trabalho sensível de Viola Brody (1997) na Flórida, e mais recentemente encontrei o trabalho de Ian Macnaughton (2004), terapeuta canadense que utiliza diferentes abordagens do corpo, não necessariamente o toque, em terapia de família.

Brody criou um método de trabalho corporal com crianças e pais, que chamou de ludoterapia do desenvolvimento (*developmental play therapy*). Este trabalho consiste em estar atenta para responder ao contato físico que a criança pede ou inicia dentro do seu repertório cotidiano, de forma muito presente – ou protopaticamente (MONTAGU, 1986), isto é, usando a qualidade vital-afetiva no contato. Envolve maternagem e toque afetivo sem uma estrutura definida e permite à criança usar o contato físico com o terapeuta e os pais como um recurso para atender suas necessidades físicas, emocionais e cognitivas – esta última ainda em estado de curiosidade infantil. Brody oferecia um trabalho vivencial e educativo em grupo de pais primeiramente, para que a teoria ganhasse a dimensão da experiência e criasse a necessária acolhida aos processos que, depois, os pais iriam mobilizar na criança. Ela considerava este aspecto fundamental, bem como o conhecimento das necessidades específicas de cada fase do desenvolvimento infantil.

Macnaughton (2004) descreve sessões de terapia de família com os pais de um adolescente em crise. Ele convida o casal a prestar atenção às posturas e tensões

do corpo durante a sessão, contatando a intenção e sentido subjacentes às mesmas através de uma interação entre movimento, sentimento e consciência corporal, porém de forma exploratória e integrativa, mas não catártica. Ele chama a atenção para a história somática desse casal, oriunda de seus relacionamentos com a família de origem, percorrendo uma trajetória de integração de temas e padrões intergeracionais pela elaboração dos mesmos verbalmente, mas também lidando com os processos somáticos que lhes correspondem.

Para esboçar esse referencial teórico, é importante rever os estudos da neuropsicologia e neurociência, que direta ou indiretamente apoiam o entendimento da natureza sistêmica dos processos somáticos. Entre outros, os estudos de Damásio (2006) sobre a interligação das emoções, sentimentos e processos cognitivos; de Siegel (1999), sobre a base neurológica da experiência interpessoal e sobre a importância dos processos de memória implícita na fase pré-verbal do desenvolvimento infantil; de Gallese (2004), sobre a influência da simulação somática e dos circuitos compartilhados (neurônio-espelho) em relacionamentos; e, finalmente, a extensa literatura de variados autores (HERBERT, 2006) sobre o impacto do trauma e estresse pós-traumático nos processos fisiológicos e em variadas estruturas cerebrais. Para resumir a premissa básica – de nosso interesse – que pode ser formulada a partir destes estudos, poderíamos dizer que o corpo e as funções nele enraizadas: emocional, sentimento, mental-cognitiva e espiritual, são sistemas ativados e desenvolvidos através de relacionamentos humanos, começando a partir da regulação da díade mãe-bebê (MUNDT, 2004). Esse pressuposto teórico evidencia a qualidade sistêmica dos processos somáticos.

Em termos de demanda clínica, sempre existiu a necessidade de inclusão do aspecto somático à terapia sistêmica. Em todas as famílias que buscam terapia existem sintomas que se expressam como fenômeno físico ou comportamental, razão da própria busca de terapia. Muitos distúrbios que afetam a dinâmica familiar, como, por exemplo, ansiedade, pânico, distúrbios da alimentação e vínculo, estresse pós-traumático, depressão, e também as tentativas de suicídio ou automutilação na adolescência, infligem um impacto muito grande no organismo do paciente. A intensidade com que os sintomas físicos ou comportamentais se expressam nesses distúrbios deixa o paciente incapacitado e fragilizado, de tal forma que o ego se sente impotente para lidar com a vida, o que acarreta uma sobrecarga nos demais membros da família.

Esses sintomas têm sido tratados historicamente com medicamentos, nos EUA ou Inglaterra, uma vez que a intensidade sintomática pode dificultar o progresso da terapia puramente verbal. Assim, o aspecto somático não integrado ao tratamento psicológico acaba exercendo um controle e poder não só sobre o paciente, mas também sobre a terapia, quando não é aceito como parte da totalidade psíquica e tratado integralmente. Esse fato, tão reconhecido, por si só justificaria a integração do aspecto somático a todo tratamento psicológico, pois evidencia que o corpo é parte do problema, sendo, portanto, inevitavelmente, parte da solução.

### **O CORPO DA FAMÍLIA**

O sintoma, todavia, é apenas um dos aspectos da relação psique-soma. Nas famílias, os padrões de relacionamento são interdependentes e mantidos por uma rede complexa de dinâmicas somáticas. Essa somadinâmica inclui relações corporais de caráter consciente e inconsciente entre os membros da família. Por sua vez, essas relações corporais constituem o corpo (ou corporeidade) da família: uma entidade (ou campo) dinâmica, em que as informações corporais

conscientes e inconscientes estão disponíveis e são acessadas (consciente e inconscientemente) pelos membros da família. Esse corpo está em constante ajustamento e regulação – a depressão de uma mãe acionará um mecanismo compensatório em seus filhos, para forçá-la a retomar seu papel materno e sair da depressão – com o propósito de manter o sistema funcionando, provendo continência e nutrição para cada um dos membros da família.

Portanto, a compreensão de que os contatos e trocas da família se estruturam numa base somática valida intervenções em níveis multidimensionais na terapia sistêmica: físico e de comportamento, emocional, cognitivo, interpessoal e transpessoal. Esse último nível se refere ao conjunto que é mais do que a soma dos indivíduos da família – o corpo da família também está representado aqui como o aspecto somático desse conjunto.

As técnicas corporais na forma de movimentos, respiração, consciência corporal, que inclui ainda as sensações internas, sequências de toques, brincadeiras grupais, danças circulares etc., se transformam em recursos efetivos na terapia sistêmica e tratam o corpo da família. Essas técnicas também ampliam a consciência do paciente sobre a natureza essencial dos relacionamentos da família, natureza essa que é enraizada no corpo. Mais importante ainda, a inclusão do corpo na terapia sistêmica traz intimidade maior para a vida familiar, contribuindo para aumentar a confiança mútua.

Essa confiança mútua se refere à superação da vergonha e da sombra associadas com “as coisas do corpo” (JUNG, 1935:23), especialmente em sistemas tão pequenos como famílias, em que seus membros são percebidos como testemunhas – se não como juizes – dos erros e fraquezas uns dos outros. Jung (1935) diz que o corpo é tabu porque existem muitas coisas a respeito do corpo das quais não se pode falar, e por essa razão, o corpo acaba sendo a sombra do ego.

Além disso, as famílias disfuncionais são o lugar em que o corpo é humilhado, maltratado e explorado e, portanto, existe a necessidade de cura e reintegração do mesmo: segundo Gaiarsa (1986), a família é o lugar mais perigoso do mundo. Jung (1966) sugere que em vez de perguntarmos como uma pessoa pode se livrar da sombra-corpo, deveria aprender a viver com ela sem sofrer os danos que ela causa.

Assim, incluir o corpo de modo saudável não somente diminui a vergonha e medo associados com a vida instintiva do corpo, mas também estabelece novas referências para relacionamentos positivos e para limites na relação com o outro, atendendo suas necessidades, fortalecendo o ego e expandindo a confiança para se relacionar dentro de qualquer sistema.

### **A CORPOREIDADE NOS RELACIONAMENTOS FAMILIARES**

Diversos aspectos da corporeidade da família contribuem para manter padrões adequados ou inadequados em relacionamentos familiares. Alguns desses aspectos atuam no nível consciente ou explícito, como o repertório de castigo e gratificação física, expressão ou linguagem corporal, estresse e tensões posturais e viscerais (incluindo aqui as couraças musculares), a rotina de cuidado da família etc. Outros aspectos engajam os membros da família em processos somáticos subliminais ou inconscientes, como as trocas entre dois ou mais sistemas nervosos autônomos (sistema nervoso simpático e parassimpático), as comunicações neuroendócrinas e neuroquímicas, as impressões recíprocas dos neurônios-espelhos, e também a transferência e contratransferência em suas expressões

somáticas. Além dessas trocas e estimulações, outros níveis não verbais de engajamento incluem o aspecto simbólico da corporeidade, e também os níveis sutis de energia, que nem por serem sutis são menos poderosos, pois podem ter um efeito global e indiscriminadamente invasivo devido a sua não-localidade.

Muito já foi escrito e discutido sobre os níveis de engajamento consciente e explícito em famílias. Seria oportuna uma revisão dessa literatura tendo em vista a validação da integração de técnicas de trabalho corporal na terapia sistêmica. Porém, neste artigo pretendo tratar apenas dos níveis inconscientes e subliminais da corporeidade da família, pois esta é a área que apresenta novos insights.

### **O NÍVEL SUTIL**

Uma paciente de cinco anos desenhou todos os membros de sua família, e flutuando entre os pais ela desenhou uma figura oval com olhos. Ela explicou que a forma flutuante era um fantasma. A mãe dessa paciente havia tomado conhecimento recente de que seu marido tinha uma amante, mas ambos, pai e mãe resolveram não revelar nada aos dois filhos para, adequadamente, protegê-los dessa crise. Se esse fantasma representa a tensão entre o casal, ou a energia dessa outra pessoa percebida dentro do campo familiar, o fato é que o problema dos pais foi sentido como uma presença. O ego, ainda em formação, é essencialmente um ego corporal (JUNG 1907; BENTZEN 2004), e apreende o mundo através de sensações e interações corporais com o ambiente interno e externo. Assim, as crianças são sensíveis às pistas somáticas, também captadas através dos neurônios-espelhos, o mecanismo subliminar que propicia o partilhar de experiências e a empatia (GALLESE, 2004). Muitas dessas impressões corporais se organizam durante o sono, e podem se externalizar como sonhos ou pesadelos, que certamente indicam as relações entre processos somáticos e os processos integrativos da consciência. Muito já foi escrito e continua sendo estudado por vários grupos da psicoterapia corporal em relação a esse aspecto sutil, incorporando diferentes tradições e linhas de pensamento (CARROLL, 1997).

### **NÍVEL SIMBÓLICO**

Em nível consciente, os sintomas são o resultado de um desequilíbrio no organismo do indivíduo e, ao mesmo tempo, uma tentativa de reajuste desse organismo. Mas eles também, na medida em que são simbólicos, carregam um atributo inconsciente, como já muitas vezes foi apontado na literatura psicológica. Por exemplo, os sintomas podem ser um modo não intencional, distorcido, de buscar a satisfação de alguma necessidade emocional ou psíquica, ou uma interrupção do desenvolvimento normal, também não intencional, que pretende chamar a atenção para determinadas dinâmicas da família. Portanto, podemos dizer que os sintomas têm sempre uma intenção que busca a regulação e um significado que aponta para a individuação, sendo esta uma das ligações do processo de individuação ao corpo (RIOS; SEIXAS; RIBEIRO-BLANCHARD, 2010). A linguagem do corpo é sensação-imagem-emoção-sentimento-pensamento, e essa linguagem pode ser entendida quando o indivíduo atenta para suas sensações-experiências-sentimentos, sintonizando com o nível somático. Se essas percepções não são registradas conscientemente, e integradas, a libido nelas retida acaba por assumir uma sintomatologia.

Um paciente de seis anos foi trazido para terapia por causa de comportamentos agressivos e desafiadores, na clínica do sistema nacional de saúde (Inglaterra). Nem arteterapia nem ludoterapia produziram resultados no início, pois ele estava muito defendido. Em sessão de família, a mãe se mostrou insensível às frequências emocionais do menino, e esperava ter o problema resolvido rapidamente.

O menino, porém, aceitou prontamente a sugestão de trabalho corporal, que expliquei que sua mãe iria aprender e aplicar nele em casa também. Geralmente eu convido os pais a observarem primeiro, como um modo de engajá-los nos níveis inconscientes e subliminares, enquanto tenho a oportunidade de restabelecer a autorregulação da criança. Depois das sequências de toques e movimentos ritmados nos braços, o menino parecia relaxado e concordou em desenhar o que ele quisesse. Ele desenhou em branco e preto (figura 1) uma estrada ao fundo, com um caramujo ao lado esquerdo, um árvore no meio, um arco-íris ao lado direito e, na parte da frente do desenho, uma borboleta com uma das asas sombreada. Ele explicou que a asa sombreada estava quebrada. A família desse menino tinha passado por mudanças drásticas no espaço de um ano, um divórcio, uma nova família para a mãe e ele, e com essa nova família, mais quatro irmãs, filhas do padrasto, incorporaram-se ao grupo. O trabalho corporal o reconectou com suas sensações corporais, e a partir dessa base vivencial emergiu um símbolo poético e profundo, que melhor representou a experiência da psique fragmentada nesse menino.

Como instrumento de diagnóstico da relação mãe-filho, o trabalho corporal também foi muito eficiente, pois assim que ouviu a explicação do menino, a mãe sugeriu: "Você pode apagar essa asa quebrada e desenhar outra bem bonita!". Essa observação da mãe criou a oportunidade e a atmosfera para explicar tanto o que estava se passando com o menino, como também com ela na relação com seu filho. De qualquer modo, esse processo de restabelecer a comunicação com o corpo ajuda a regular as emoções e é, em si-mesmo, terapêutico.

### **NÍVEL TRANSFERENCIAL E CONTRATRANSFERENCIAL**

A transferência e contratransferência têm um correspondente somático (ROTHSCHILD, 1993) que está no pano de fundo do campo intersubjetivo. Nesse domínio, as configurações somáticas de complexos (JUNG, 1935), os distúrbios de vínculos, traumas, adoção, perdas, enfim, as histórias individuais que se traduzem também em configurações somáticas peculiares, interferem nos ajustamentos. Por exemplo, um padrasto assertivo ou muito confiante pode despertar ansiedade em um menino que já tenha passado por uma experiência prévia abusiva com o próprio pai. Essa reação, em contrapartida, pode definir o relacionamento dos dois numa base negativa, e o padrasto pode se afastar emocional e fisicamente por sua dificuldade de lidar com a ansiedade do menino. As técnicas de abordagem corporal poderiam ajudar a dissolver padrões antigos e facilitar novas possibilidades de interações, permitindo que a criança relaxe na presença de adultos.

### **NÍVEIS NEUROENDÓCRINOS E NEUROQUÍMICOS**

A comunicação subliminar que ocorre no nível neuroendócrino orchestra mais ou menos intensamente os diferentes estágios da vida em família, e no nível neuroquímico produz ajustamentos (entrainment) invisíveis entre os membros da família. Por exemplo, em algum momento da vida familiar, os adolescentes e seus pais vão ser representados como curvas opostas em um gráfico do relógio biológico: uma curva é ascendente, em direção à maturação sexual, e a outra é descendente, na direção do declínio hormonal. Essa discrepância hormonal e os intensos ajustes emocionais que lhes correspondem causam uma oscilação enorme no humor da família, bem como altos níveis de estresse. O trabalho corporal na terapia de família com adolescentes pode contribuir sensivelmente para amenizar os altos e baixos desta fase, e sensibilizar os pais para uma convivência mais pacífica.

A relação oposta também se aplica, e são numerosos os casos de desregulação afetiva causando desequilíbrio hormonal. Gerhardt (2004) discute os recentes estudos nessa área, que informam que o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê não é regulado apenas pelos comportamentos explícitos de busca de proximidade, mas também pela qualidade sensível ou insensível desses comportamentos. A insensibilidade no cuidado provoca uma elevação nos níveis de cortisol do bebê, níveis que tendem a se reduzir com a constância do cuidado amoroso e sintonizado com as frequências emocionais do bebê.

#### NÍVEL DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO

O sistema nervoso autônomo é o mediador sistêmico por excelência. Ele regula o funcionamento dos órgãos vitais e das funções involuntárias do organismo, coordenando ritmos e ciclos, e respostas instintivas de sobrevivência e autopreservação. Ele tem uma base coletiva, que explica como um indivíduo estressado pode tirar a família toda de seu estado de homeostase, sem dizer uma palavra. O SNA provê também a base somática que permite a sensibilidade de intuir a vida interna dos outros, e exerce um efeito interno sobre eles (JUNG, 1934/1954), sem a mediação dos processos cognitivos. O SNA também rege os mecanismos da autorregulação que mantêm o organismo em funcionamento otimizado, razão pela qual a autorregulação poderia ser um sinônimo para a palavra saúde. Tanto a psique como o corpo possuem capacidades autorreguladoras, que, entretanto, podem ser facilmente desorganizadas pela atitude voluntariosa e controladora do ego (JUNG, 1958). Um organismo que está cronicamente desregulado resulta em estresse, padrões de ajustamento distorcidos, e eventualmente, uma neurose. Os conceitos de regulação afetiva, modulação das emoções, regulação da díade – tão em evidência na literatura psicológica atual – têm uma base somática, e foram elaborados a partir dos mecanismos inatos e autônomos de regulação do corpo. A regulação da díade mãe-bebê ocorre através de contato físico e comportamentos adequados para suprir as necessidades da dupla (MUNDT, 2004). Dessas experiências primárias de regulação diádica, que são essencialmente experiências corporais, o indivíduo aprende a tolerar a frustração, a se sentir seguro e amado, e a regular suas emoções e mente.

#### IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Em quase todas as culturas, sem muitas exceções, o sistema familiar contemporâneo passa por inúmeros desafios, tais como separação precoce da mãe (berçários), divórcios, relacionamentos adultos de pouca duração, violência doméstica, abuso físico e sexual, abuso de drogas, famílias de composição mista, migração ou imigração, vizinhanças perigosas ou de risco, excesso de tempo virtual etc. Estas circunstâncias, muitas vezes já intergeracionais, dificultam o estabelecimento regular de vivências de regulação diádica na infância, e consequentemente, comprometem a habilidade do indivíduo de permitir que os mecanismos de autorregulação se estabeleçam, causando uma desregulação crônica.

Muitas crianças e adolescentes com distúrbios mentais não tiveram a vivência regular de regulação diádica, nem sequer a vivência tranquila da autorregulação e do sentimento de estar seguro e protegido, e vivem em constante estado de excitação simpática ou apatia crônica, vigilância ou angústia, ansiedade ou depressão. Além disso, muitas crianças com história de alcoolismo ou violência doméstica na família talvez nunca tenham vivenciado estar autorregulado na presença do outro – uma possibilidade que os assusta – e só o fato de estar em uma situação grupal, mesmo que positiva, os deixa em estado de alerta e reatividade. Essas crianças ou adolescentes, aprendem a se autodistrair em situações

ansiosas ou a dissociar, e eles buscam o muito desejado contato com o outro através da agressão e atrito.

O uso do trabalho corporal na terapia com essas famílias propicia vivências corretivas para o grupo, reorganizando o todo a partir da corporeidade da família. Também facilita que a criança ou o adolescente aprenda a se separar do emaranhamento da família, distinguindo o seu corpo do corpo do outro, para se autorregular e, ao mesmo tempo, para conviver dentro da família sem se isolar.

Não posso deixar de mencionar o corpo do terapeuta como referência reguladora para o sistema familiar. Portanto, é necessário enfatizar a importância da sintonia do terapeuta com o próprio corpo, com os níveis de comunicação inconsciente e subliminar nas famílias e, sobretudo com o terceiro ponto como o eixo coordenador dessas dinâmicas. ❏

#### Referências Bibliográficas

- BENTZEN, M.; BERNHARD, P.; ISAACS, J. Waking the Body Ego, Part 1: Core Principles. In: MACNAUGHTON, I. (Ed). *Body, Breath, and Consciousness: a somatics anthology*. Berkeley: North Atlantic Books, 2004.
- BRODY, V. *The Dialogue of Touch*. New Jersey: Jason Aronson, Inc, 1997.
- CARROLL, R. *The Subtle Body and Countertransference*. Disponível em: <[http://www.thinkbody.co.uk/body-psych/subtlebodyctr.htm#\\_edn1](http://www.thinkbody.co.uk/body-psych/subtlebodyctr.htm#_edn1)>. Acesso em: 15 Junho 2010.
- DAMASIO, A. *Descartes' Error*. London: Vintage, 2006.
- DOWNING, G.; HUNT, A.; FUCHS, T.; MOEHLER, E.; MUNDT, C.; NOON, A.; RECK, C.; TRONICK, E.Z.; WEISS, R. Interactive Regulation of Affect in Postpartum Depressed Mothers and Their Infants: an overview. *Psychopathology* 37:272-280, 2004
- FRANCINE, S.; FORREST, M. *EMDR: The Breakthrough "Eye Movement" Therapy for Overcoming Anxiety, Stress, and Trauma*. New York: Basic Books, 1998.
- FREEMAN, D. Mutigenerational Family Therapy. In: MACNAUGHTON, I. (Ed). *Body, Breath, and Consciousness: a somatics anthology*. Berkeley: North Atlantic Books, 2004.
- GAIARSA, A. *A Família de que se Fala e a Família de que se Sofre*. São Paulo: Agora, 1986.
- GALLESE, V. *Intentional Attunement. The Mirror Neuron System and Its Role in Interpersonal Relations*. Interdisciplines: European Science Foundation. 15.Nov.2004 n. pag. Web 4.Jul.2010.
- GERHARDT, S. *Why Love Matters: how affection shapes a baby's brain*. London: Routledge, 2004.
- GONÇALVES, M.I.C.; PEREIRA, A.P.; RIBEIRO, A.; RIOS, A.M.G. *Subtle Touch, Calatonia and other Somatic Interventions with Children and Adolescents*. *USABP Journal*, vol.6, n.2, 33-47, 2007.
- HERBERT, C. Healing from complex trauma: an integrative 3-system approach. In: CORRIGAL, J.; PAYNE, H.; WILKINSON, H. (Eds) *About a body: working with the embodied mind in psychotherapy* (pp 139-161). London and New York: Routledge, Taylor and Francis Group, 2006.
- JUNG, C. G. *Analytical Psychology – Its Theory and Practice*. New York: Random House, 1935.
- \_\_\_\_\_. *The Practice of Psychotherapy* CW 16, 1966.
- \_\_\_\_\_. *The transcendent function* CW8, 1958.
- \_\_\_\_\_. *The Psychogenesis of Mental Disease* CW3, 1907.
- \_\_\_\_\_. *Archetypes of the Collective Unconscious* CW9i, 1934/1954.
- LYONS-RUTH, K. *The Interface Between Attachment and Intersubjectivity: perspective from the longitudinal study of disorganized attachment*. Paper presented at Dahlem Workshop on *Attachment and Bonding: A New Synthesis*, Max Planck Institute, Dahlem, Germany, Oct. 2003.
- MACNAUGHTON, I. The narrative of the body-mind – Minding the body. In: MACNAUGHTON, I. (Ed). *Body, Breath, and Consciousness: a somatics anthology*. Berkeley: North Atlantic Books, 2004.
- MONTAGU, A. *Touching: the human significance of the skin*. New York: Harper & Row, 1978.
- RIBEIRO-BLANCHARD, A.J., RIOS, A.M.G., SEIXAS, L.P. The Body in Psychotherapy: Calatonia and Subtle Touch Techniques. In: JONES, RAYA (Ed). *Body, Mind, and Healing After Jung: a space of questions*. London: Routledge, 2010.
- ROTHSCHILD, B. Transference and Countertransference: a common sense perspective. *Energy and Character*, Vol. 25, no. 2, Sept 1994.
- SANDOR, Pethö. *Técnicas de Relaxamento*. São Paulo: Editora Vetor, 1974.