

Apoio Psico-corporal em Crise

nas Perturbações Regulatórias da Primeira Infância⁽ⁱ⁾ ⁽ⁱⁱ⁾

Paula Diederichs¹

¹ Terapeuta Psico-corporal, *Schreibbabyambulanz*, Berlim, Alemanha info@pauladiederichs.de

A Marie tinha três semanas quando começou a chorar, e não parou mais. Segundo a sua mãe Kirsten S. de Berlim “*por vezes ela chorava até 18 horas por dia*”. Marie chorava tanto que os vizinhos até vinham a sua casa para ver o que se passava, ela chorava durante tanto tempo que o pai, já no limite das suas resistências, discutindo com a mulher dizia “*tens perceber porque chora esta criança!*”. Marie chorava também com a fralda mudada. “Só podem ser cólicas” dizia o pediatra, e receitava medicamentos que não ajudavam. A mãe vivia completamente esgotada e só comia batatas e arroz para a sua filha não ter gases. Nem assim Marie deixava de chorar. Kirsten S. levou-a ao hospital, mas os médicos não descobriram nada. Um jovem médico de 29 anos disse-lhe que não havia mais nada a fazer, ela tinha que aguentar e seguir em frente. Kirsten estava a ponto de perder a razão. Quando por um acaso encontrou o Centro de Apoio ao Bebê Colérico num centro comunitário do seu bairro - centro de auto-ajuda da *ufafabrik*, onde marcou uma consulta. Aí sentiu-se pela primeira vez compreendida e recebeu a ajuda certa “*Depois de dez sessões de apoio psico-corporal para bebés em crise saí finalmente do ciclo vicioso em que me encontrava e Marie hoje em dia dorme sem problemas.*”

Situações como a acima descrita são bem conhecidas do Centro de Apoio ao Bebê Colérico.

O primeiro destes centros a trabalhar segundo o princípio psico-corporal foi aberto em Berlim pela sua criadora em 1996. Na Alemanha existem muitos terapeutas e especialistas nesta área mas poucos oferecem um atendimento com base na terapia psico-corporal para apoio em situações de crise.

A eficácia do método terapêutico aplicado nas consultas foi analisada e comprovada por uma avaliação externa realizada pela Universidade Livre de Berlim em colaboração com o NUSZ (*Nachbarschafts- und Selbsthilfzentrum in der ufafabrik* - Centro Comunitário e de Auto-ajuda

ⁱ Este artigo foi publicado na Revista alemã de Enfermagem Pediátrica - *Kinderkrankenschwester* (01 de 2009), pág. 3-12

ⁱⁱ Tradução: Cláudia Pinheiro

na *ufafabrik*, Berlim) em 2000, por Doreen Roeseler, sob orientação científica do Professor Dr. M. Hildebrand-Nilson.

Quem procura ajuda?

A maioria das crianças que chegam à consulta sofre de perturbações regulatórias precoces na expressão de alteração do comportamento, nomeadamente do choro (bebé colérico) apresentando choros intensos e ininterruptos, ou insónias ou perturbações alimentares. Devido ao choro excessivo do bebé os pais, e principalmente a mãe, sofrem de esgotamento em elevado grau, que se expressa por insónias, crises existenciais, e que acarretam frequentemente sérios problemas familiares.

Os pais sentem-se impotentes, culpados, depressivos, desanimados e desamparados, e devido à permanente pressão psíquica e física a que estão sujeitos, têm tendência para se tornarem agressivos contra seu próprio filho. Este é o principal aspecto da urgência da intervenção em crise – evitar danos físicos nos bebés.

Geralmente é o choro constante e intenso do bebé que leva os pais a procurarem o pediatra. Mas a ajuda que recebem muitas vezes não chega para resolver o tipo de problema a que estão sujeitos.

Métodos de Intervenção

Para melhor compreender a posição do apoio psico-corporal em crise dirigida a crianças até cerca dos dois anos e seus pais é necessário começar por considerar outros modelos terapêuticos (excluímos por enquanto as terapias manuais como a fisioterapia, a osteopatia, a psicomotricidade e afins).

No trabalho de relação de ajuda / terapia para crianças e pais existem, para além da abordagem psico-corporal, as perspectivas analítica, comportamental e relacional.

Nos programas de orientação comportamental procura-se essencialmente intervir do exterior para regular o comportamento “disfuncional” da criança, através do treino comportamental, nomeadamente do treino do sono (reforço do controle comportamental interno). Em oposição a este, os métodos de orientação analítica partem da observação das falsas projecções dos pais na atribuição de significados ao comportamento do filho, trabalhando com o objectivo de corrigir a interacção pais-bebé para que seja mais favorável à criança. O processo analítico também faz parte do processo utilizado na terapia psico-corporal.

O nascimento de um filho resulta como uma “reactualização” da infância dos pais. Estes projectam frequentemente os seus problemas biográficos, desejos inconscientes, e as suas próprias experiências de vida nos seus filhos, perpetuando deste modo diversos problemas, que podem depois levar a perturbações regulatórias.

O entendimento psico-corporal das perturbações regulatórias precoces

Para entender o método, a estrutura e as metas do apoio em crise é necessário fazer uma breve ressalva etiológica quanto aos pressupostos das perturbações regulatórias no recém-nascido segundo a perspectiva psico-corporal.

Assim como noutras perspectivas psicoterapêuticas entende-se o choro excessivo do bebé como uma incapacidade de auto-regular funções básicas de adaptação do sistema vegetativo e afectivo (as cólicas dos primeiros 3 meses, originadas por perturbações gastrointestinais, representam apenas 5% da causa do choro excessivo no bebé colérico). Por incapacidade auto-regulatória do bebé entenda-se a sua incapacidade de se acalmar a si próprio e adormecer.

Como remediar em terapia o problema do bebé de se auto-regular?

Do ponto de vista das perspectivas analítica, comportamental e integrativa a auto-regulação do bebé dá-se preferencialmente a partir da co-regulação oferecida pelos cuidadores, por exemplo, o modo como os pais satisfazem as necessidades da criança e como interagem com ela. Por essa razão para esses processos terapêuticos é fundamental o restabelecimento de uma interacção funcional e co-regulada. O processo analítico vai observar a interacção/vinculação da criança com a mãe, oferecendo aos pais as medidas a adoptar para alterar o seu comportamento. A abordagem comportamental oferecerá programas para regular por exemplo o sono da criança de modo a construir internamente na criança novas atitudes de controlo comportamental. Para todas estas abordagens o desenvolvimento psíquico da criança é deduzido, em primeiro lugar, a partir da interacção com os pais, de modo que o “modelo de auto-regulação”, que decide tudo, é o adulto ele próprio.

A abordagem psico-corporal, no entanto, tem como ponto de partida o pressuposto de que a criança tem a sua própria unidade orgânico-biológica, constituída por ritmos funcionais vegetativos com os seus próprios princípios (pulsando em ciclos). Harms (1999) descreve deste modo, no seu “Modelo de Pulsação”, a alternância entre o “fluxo energético” dirigido para dentro – *Instroke*: reunir-se e descansar, e dirigido para fora – *Oustroke*: expandir-se e explorar, sendo *stroke*= movimento.

“Num bebé esse movimento pode observar-se muito bem: Quando ele agita os seus bracinhos para lá e para cá e bate com as perninhas, lança um olhar intenso, espalhando a sua energia para fora, esta é uma fase Outstroke. Se ele absorve curioso o exterior, dirigindo toda a sua atenção para o seu próprio organismo, para que essa experiência seja digerida e regenerada, desperto mas tranquilo, num estado de transe ou adormecendo, trata-se de uma fase de Instroke. A criança que tem a capacidade de voltar-se para si por si só tem uma expressão pacífica. Outstroke e Instroke encontram-se numa alternância permanente, num fluxo bioenergético.”

Quando há lesões corporais ou psíquicas (trauma de parto) essa pulsação entre os movimentos de contracção e expansão fica perturbada. Isso é visível quando a criança já não consegue tranquilizar-se e se apresenta dolorosamente contraída. O fluxo dirigido para dentro é interrompido, e a meio caminho volta para fora. Mas isto influencia também o fluxo dirigido para fora, é como quando uma criança que está num baloiço e apanha um susto quando está a balançar numa das direcções: o ritmo do balançar que estava equilibrado fica completamente desarmonizado.

Além disso na terapia psico-corporal parte-se do princípio de que existe uma memória corporal a nível celular, na qual são gravadas as experiências de vida – desde o início da gestação – tanto as boas como as más. A memória corporal pode registar também bloqueios ou desvios à capacidade de regulação das funções orgânicas. Também aqui se parte do princípio da Pulsação – entre a expansão e a contracção da energia de vida, que está presente em todo o sistema corporal até às células.

A criança traz consigo desde o início determinados pré-requisitos que influenciam a sua capacidade de auto-regulação orgânica vegetativa, conforme tenha tido influências negativas (stress) ou positivas (apoio) durante a gestação, parto e pós-parto. No caso negativo isso poderá resultar na lesão da capacidade de auto-regulação tanto a nível psíquico como vegetativo ou muscular.

A sociedade científica comprovou (Schwab, 2009) que crianças sujeitas a factores negativos na fase pré-natal (stress psico-social da mãe durante a gravidez) têm maior probabilidade de se tornarem bebés coléricos, ou com perturbações de comportamento. Com a convicção da existência de uma memória corporal a terapia psico-corporal também subscreve a explicação da relação entre o stress pré- e peri-natal e as suas consequências negativas na primeira infância.

Um parto traumático pode ser uma razão suficiente para um bebé se tornar colérico, mas não é uma consequência directa. É necessário conhecer a situação da mãe enquanto grávida, parturiente e a sua actual situação como mãe, porque a falta de consciência materna e a falta de apoio psico-social (insegurança tanto ao nível pessoal como na envolvente social, uma assistência ao parto sem empatia), podem também conduzir ao transtorno regulatório na criança. Assim, os processos de gestação e parto são encarados pelo terapeuta psico-corporal que trabalha com bebés com especial atenção.

Entre as diversas áreas de abordagem psico-corporal para bebés nem todas dão o mesmo valor aos diversos tipos de trauma de nascimento. Episódios que para a Bioenergética têm determinada qualidade não precisam necessariamente de ser considerados traumas de nascimento para outras áreas da terapia psico-corporal. É importante sublinhar isto para explicar a perspectiva específica da abordagem psico-corporal e a sua sensibilidade às circunstâncias do nascimento.

Uma gravidez ou um parto traumáticos, o uso de medicamentos ou uma atitude agressiva na assistência ao parto, podem ter efeitos negativos na mãe e a criança. Traumas pré- ou pós-natais podem transformar um processo vincutivo que inicialmente era seguro numa relação tomada pelo medo.

Para ilustrar o sucesso das intervenções específicas do método corporal da terapia psico-corporal, apresenta-se como exemplo o caso dos bebés nascidos por cesariana.

Partimos do princípio que num processo natural o bebé participa na determinação do momento do seu nascimento por um sistema multi-factorial de ciclos interligados de verificação e libertação de importantes substâncias sinalizantes da maturação dos seus órgãos (Diederichs, 2006). Na situação estranha e eversiva de uma cesariana é retirada ao bebé, a partir do exterior, a possibilidade natural de exprimir a sua auto-regulação, de determinar o seu ciclo temporal original.

Além disso falta a este bebé a profunda vivência social que se partilha com a mãe durante todo o processo do parto: momentos de esforço conjunto alternados por momentos de descanso conjunto. No caso das cesarianas electivas faltam ainda inúmeras hormonas importantes para o desenvolvimento futuro da criança. É de referir aqui em especial a “hormona da vinculação”, a oxitocina, que prepara a mãe a nível psíquico para a maternidade, favorecendo a disponibilidade vinculativa.

A abordagem psico-corporal salienta o facto de que crianças que nascem por cesariana não passam pelo canal vaginal. Por não viverem essa experiência táctil e quinestética – uma estimulação do corpo que estabelece limites corporais – falta aos bebés uma vivência existencial de “corporização”. No contexto clínico essas crianças são hipotónicas, ao contrario dos bebés coléricos hipertónicos e entesados, portanto flácidas com pouca vitalidade.

A estimulação táctil das técnicas de massagem usadas pela terapia psico-corporal adequa-se especialmente bem para colmatar o deficit primordial da experiência táctil do parto natural. A criadora do método de intervenção em crise desenvolveu um tipo especial de massagem adaptada a estes casos específicos. Característica dessa massagem é o amassamento de todo o corpo da criança, e principalmente da região do peito, o que ajuda também a prevenir o bloqueio torácico. No final da massagem toda a área corporal massajada é escovada (movimento deslizando com as palmas das mãos) no sentido descendente. Esta técnica oferece às crianças nascidas por cesariana a possibilidade de compensarem aquela lacuna da vivência dos seus limites corporais. “Acordando” o défice de experiência táctil registado na sua memória corporal consegue-se nutrir a criança a posteriori, e assim reforçar através do corpo uma consciência profunda de si próprio. O sucesso desta massagem volta sempre a surpreender. As crianças ficam logo mais tranquilas, mais claras e com mais vitalidade.

Incluir o corpo na terapia

A característica da terapia psico-corporal para pais/bebés assim como para adultos é, em oposição a outras abordagens, o facto de se englobar o corpo do cliente activamente tanto no diagnóstico como no processo terapêutico.

Como já foi assinalado existem dois modos de influenciar a capacidade do bebé para se auto-regular: a partir da co-regulação oferecida pelo cuidador primário, e a partir dos princípios internos dos ritmos funcionais vegetativos do próprio bebé.

A resposta à questão - qual deles é o mais importante para a auto-regulação?, é obvia: são os dois. Desenvolvimento e auto-regulação resultam da alternância interdependente entre pais e bebé. Os processos de regulação biológica e psicológica estão inevitavelmente interligados.

Os princípios de que derivam as técnicas de tratamento da terapia psico-corporal são o conceito teórico de Wilhelm Reich de couraça muscular, o seu modelo das “três camadas” e a teoria do “ciclo vaso-motor” (Reich, 1933).

Uma eventual falha na sintonização das condições de estimulação afectiva tem consequências negativas a nível do sistema nervoso vegetativo, muscular e psíquico da criança. Nos bebés coléricos pode-se partir do princípio que a criança está quase totalmente desequilibrada a todos esses níveis (stress, tensão emocional, corpo entesado, hipertonía muscular, perturbação respiratória e sensorial). Em primeiro lugar é necessário trazer o corpo hipertónico do bebé que

chora em excesso de novo para um estado de equilíbrio vegetativo e muscular através de massagens de relaxamento e de técnicas de *Holding* - colo. Activando a acção relaxante do sistema nervoso parassimpático vai-se então fazer frente ao sistema nervoso simpático exaltado (stress) do bebé.

O bebé toma sente de que o seu estado de stress é tido em conta, que está a ser ajudado, e isso vai ajudá-lo a reconhecer a sua mais profunda consciência de si próprio.

Um dos elementos centrais no modo de actuar da terapia psico-corporal é o conceito de “Mentalização”, o acompanhamento verbal e empático de bebés.

Este conceito de Mentalização utiliza o chamado reflectir afectivo que é a capacidade da mãe de ir acompanhando a criança com afirmações quanto àquilo que o bebé está a sentir, de modo a permitir que a criança vá construindo uma ideia sensorial sobre si e o seu próprio Ser em formação. Ao mesmo tempo para além do reflectir das suas manifestações, o reforçar dos afectos tem também um papel fundamental, por exemplo a terapeuta diz o seguinte, enfatizando e exagerando verbalmente:

- Aaaaiiii tanto soninho que tu tens... ou,

- Ooooooh, tu estás tão stressado, mas eu vou-te ajudar a descansar um pouco!

O marcar e exagerar do que o bebé está a exprimir faz com que para a criança seja mais perceptível o que ela sente, e evita ao mesmo tempo que ela atribua o seu mau estar aos pais ou ao terapeuta. A criança apercebe-se de que o seu estado afectivo está relacionado com o seu próprio comportamento, devido ao efeito do reflectir afectivo da terapeuta, o chamado *Biofeedback*.

Este é um procedimento utilizado repetidamente. O bebé conseguirá deste modo compreender a diferença entre a sua percepção interior e a sua vivência exterior, o que é necessário para fortalecer a sua capacidade de atenção e percepção, e para que a criança consiga sair desse círculo vicioso característico do bebé colérico.

Na medida em que a terapeuta utiliza o reflectir afectivo principalmente com objectivo calmante, para além de ajudar o bebé tranquilizar-se (ajuda de mentalização, para acalmar e dar apoio), servirá também de exemplo para os pais que poderão fazer uso destas técnicas do marcar e reflectir afectivo no dia a dia.

Funcionamento da parte psico-corporal-biodinâmica (massagens)

Para esclarecer como funciona a abordagem psico-corporal refira-se o conceito de processamento da informação, que distingue entre os processos *bottom-up* e *top-down*. Este conceito descreve como decorre a acção terapêutica, nomeadamente em oposição a outras terapias. Consideram-se os termos *bottom-up* e *top-down* (conceitos universais usados em diversas áreas de estudo como a sociologia, a tecnologia, a política, a psicologia, a biologia, etc.) como dois modos fundamentalmente diferentes de processar informação. No campo da psicoterapia há métodos de intervenção que envolvem preferencialmente a experimentação – *bottom-up*, ou a comunicação verbal – *top-down*. Assim *top-down*, descreve um processo de

mudança baseado na linguagem: atinge-se o processo de mudança desejado através de processos conscientes, vindos de cima (por isso *top* = em cima), que depois alteram estruturas comportamentais e experienciais mais profundas.

Um exemplo clássico de um processo de mudança *top-down* no campo da terapia com pais/criança é o treino da interação/atenção mãe/filho baseado na observação de gravações vídeo, a partir da qual se pretende obter instruções concretas para um comportamento mais concertado da mãe para com a criança. Com a análise do vídeo é mostrado à mãe, por exemplo, o momento exacto em que a criança se afasta devido a uma aproximação hiper-estimulada da sua parte. Uma instrução *top-down* mediada verbalmente por um terapeuta poderia ser: "Quando seu filho afasta cabeça enquanto mama, não aja imediatamente, espere por alguns momentos até que a criança se volte de novo para a mama e observe pacientemente o que acontece." Como resultado do conhecimento e da instrução recém-adquirida a mãe pode então mudar o seu comportamento. E com uma melhor coordenação da mãe o relacionamento com o seu filho adquire uma nova qualidade.

Nas terapias para pais/bebés onde se empregam explicitamente as teorias da vinculação, observamos um processo de mudança *top-down*. O movimento começa no pensamento e na palavra (*top*) e passa por uma mudança de comportamento para um novo modo de sentir e experimentar "em profundidade" (*down*), por exemplo, uma maior qualidade da experiência de vinculação. Assim estas abordagens, adoptando uma plataforma relacional que é empática, apoiam-se essencialmente numa atitude verbal que envolve uma componente cognitiva de nível mais elevado (*top*). A mudança de comportamento da mãe acontece através da compreensão das relações complexas de causa e efeito entre as várias sequências de interação. Isso gera, por sua vez a melhoria das estruturas mais profundas (*down*), isto é uma melhoria na auto-regulação e portanto, uma melhoria da vinculação. Deste modo mãe e criança passam do pensamento à acção, através da mudança da sua capacidade auto-regulatória, para um vínculo mais seguro (*top-down*).

A atitude terapêutica do método psico-corporal em crise vai no sentido inverso, ao privilegiar preferencialmente desde o início da intervenção, não os níveis e camadas verbais (*top*), mas as estruturas experienciais, isto é corporais, orgânicas e biológicas. A intenção é de intervir em profundidade através de manobras corporais, como a massagem, os exercícios respiratórios e de relaxamento (*bottom*), actuando portanto directamente no organismo stressado, com o objectivo de o encaminhar para a serenidade. Deste modo, contrariando a função auto-regulatória desequilibrada, contribui-se para a construção de uma nova capacidade de auto-regulação do organismo.

Assim chamem-se procedimentos *bottom-up* e *top-down* às diferentes atitudes terapêuticas, respectivamente da abordagem psico-corporal em crise e das abordagens com base nas teorias da vinculação. Comum a ambas as abordagens é o objectivo a ser alcançado: a criação de um vínculo seguro para com a criança como ponto de partida para o relacionamento, amoroso e estável de entre os pais e o seu filho. A diferença está na forma como este objectivo é alcançado.

Orientações para a atitude terapêutica

Aspectos principais da relação terapeuta - cliente:

1. Ser empática
2. Ser imparcial
3. Estar enraizada e centrada
4. Ser autêntica
5. Acentuar competências
6. Manter a atenção em simultâneo na criança e na mãe

1 Ser empática

A empatia é a disposição e a capacidade de compreender a maneira de ser do outro, de a devolver e de saber pôr-se no seu lugar – é o aspecto mais importante do apoio psico-corporal em crise.

- Os clientes são recebidos exactamente onde estão no momento.
- A terapeuta deve demonstrar compreensão pela situação individual de cada cliente.
- A terapeuta apresenta-se ao mesmo nível do cliente.

A importância da atitude empática é sublinhada pelas investigações da Neurociência e da Neonatologia. Sabemos também que, segundo o conceito de Mentalização do Self, um Self positivo e estável resulta do processo de um sem-número de “micro-respostas” da mãe para com a criança – se o outro me reconhece, também eu me reconheço.

O êxito da comunicação na intervenção em crise não resulta do lema: “eu sei o que não está certo, e vou te dizer o que é!” mas da construção de uma plataforma de comunicação em que ambos estão ao mesmo nível.

2. Ser imparcial

Para uma terapeuta de intervenção em crise é natural ser-se imparcial no trabalho com as mães. Na maioria das vezes as mães já procuraram ajuda e recebem muitos conselhos, muitas vezes contraditórios, de variadas pessoas, o que as confundiu ainda mais. Além disso a mãe sente-se insegura e culpada por pensar que não é uma boa mãe.

O significado de imparcialidade numa situação de crise é ilustrado neste exemplo:

Quando uma mãe diz na consulta que estava a ponto de se tornar agressiva com o seu bebé, isso não é valorizado. É-lhe explicado que um organismo que está no limite da sua resistência tem

uma reacção mais agressiva, do que um organismo relaxado. Deste modo ela sente-se compreendida. A maioria das mães fica surpreendida com a explicação deste seu comportamento. Desta forma colocámos a primeira pedra num relacionamento terapêutico positivo. O próximo passo importante é ajudar a mãe a entrar num relaxamento centrado na respiração. No final da sessão será explicado e demonstrado à mãe o que deverá fazer em casa quando estiver de novo numa situação de emergência em que se sentir ameaçada por um impulso agressivo. Primeiro mandamento: a agressão não deve ser exercida na criança, mas poderá ser descarregada em colchões, almofadas ou objectos afins. O importante é perceber claramente qual é o perigo, agindo ao mesmo tempo de forma pragmática.

3. Estar enraizada e centrada

Enraizar e centrar são antes de mais métodos da terapia psico-corporal. Deste modo são também elementos fundamentais no trabalho com bebés coléricos.

Por centramento entenda-se a tentativa de restabelecer o ritmo do fluxo energético do metabolismo, e de recuperar o equilíbrio entre o sistema nervoso Simpático e o Parassimpático. Isto significa recuperar igualmente o equilíbrio emocional e o ritmo respiratório.

O enraizamento é o processo pelo qual o indivíduo sente que “está com os pés bem assentes no chão” e que tem uma “boa ligação com a realidade”. Trata-se então de um sentimento de estabilidade e segurança na vida, e não do contacto mecânico entre os pés e o chão.

Se a terapeuta de intervenção em crise não estiver convenientemente enraizada, acaba por assumir a instabilidade e o stress do bebé. Do ponto de vista bioenergético, ao deixar-se contagiar pela intranquilidade do bebé, ela acaba por entrar no mesmo modelo energético. Com a dificuldade de se auto-regular ela deixa de ter domínio sobre a sua necessária tranquilidade, é inundada pelo stress, o que a leva a uma sensação de perda de controlo sobre a situação.

O conveniente enraizamento e o centramento da profissional de intervenção em crise fazem com que seja possível manter-se separada do organismo do bebé colérico.

Estas posturas são importantes, por exemplo quando a terapeuta pega no bebé ao colo e o acalma andando de um lado para o outro, e também no âmbito dos exercícios de apoio à mãe.

Um exemplo: A terapeuta pergunta a uma mãe nervosa, desesperada, que procura no falar incessante afastar o seu estado emocional, se lhe pode oferecer apoio, o que ela aceita. A mãe pega na mão da terapeuta mas continua a falar. É pedido à mãe que tente em primeiro lugar sentir como fica quando pára de falar, e ao mesmo tempo que faça uma respiração abdominal profunda em conjunto com a terapeuta. Enquanto ela se tranquiliza a terapeuta dá-lhe apoio nas costas com a sua mão. Este trabalho serve para que a mãe se sinta apoiada, para que ela “desça da cabeça para a barriga” e assim se consiga enraizar e centrar.

Apesar de a terapeuta estar a dar a mão a essa mãe, o importante é que ela aja de modo autónomo, e que cliente e terapeuta se mantenham dois organismos independentes. Caso isso não aconteça a terapeuta perde o seu centramento, o seu enraizamento e a sua tranquilidade. Essa situação leva a uma relação instável com a cliente, contrária ao pretendido, que é oferecer segurança, força e apoio à mãe.

4 Ser autêntica

A terapeuta deverá ser autêntica de acordo com a sua própria personalidade. Nas consultas ela será perceptível como indivíduo. Esta postura transmite à mãe um sentimento de verdade, sinceridade, autenticidade e transparência. Estas são aliás as características a que bebés e crianças são mais sensíveis.

5 Acentuar competências

As mães que procuram o atendimento em crise estão sempre inseguras e normalmente só conseguem ver os seus defeitos. É explicado à mãe que a sua insegurança, nomeadamente quando se trata do primeiro filho, é absolutamente normal, assim como a sua necessidade de procurar ajuda profissional. A terapeuta leva a mãe a tomar consciência das coisas que faz bem e a reconhecer as suas competências. Isso ajuda a mãe a sentir-se cada vez mais segura de si.

6 Manter a atenção em simultâneo na criança e na mãe

O trabalho “dual”, simultâneo com mãe e criança, obriga a terapeuta a dividir a sua atenção e concentração de igual modo entre os dois. Trata-se de entender o estado e os processos internos tanto da mãe como da criança, de os reconhecer e considerar constantemente no decorrer do processo terapêutico. Quando se inclui o cônjuge o processo terapêutico torna-se ainda mais complexo devido à acrescida dinâmica de casal. O apoio em crise exige bastante experiência e um determinado domínio destas competências profissionais.

Setting - Características básicas e estrutura do apoio em crise

Antes de iniciar um processo de intervenção em crise deve ter-se a certeza, confirmada pelo médico assistente, de que os problemas assinalados na criança não têm origem médica. O objecto neste tipo de trabalho é o tratamento de sintomas psicossomáticos na mãe e na criança. Desde que possível, também faz parte da intervenção em crise incluir activamente o pai da criança ou companheiro da mãe. O número de sessões em média é de cerca de cinco a seis. No caso de se chegar à conclusão que é necessária uma intervenção mais aprofundada, se houver a indicação de um acompanhamento psicológico ambulatório ou hospitalar, ou se for detectado algum problema de saúde, deve proceder-se ao claro encaminhamento dos clientes para as áreas ou instituições apropriadas. A mãe e a criança manter-se-ão no apoio em crise até que a próxima instituição de ajuda entre em acção.

1 A disposição da sala

De modo a sugerir um ambiente de relaxamento e calma a sala deverá ser equipada com colchões, almofadas e mantas. Os pais, o filho e a terapeuta assumirão os seus lugares sobre os colchões dispostos no chão.

2 Procedimento diagnóstico e estabelecimento de uma relação

O diagnóstico da situação inicial – através do qual a terapeuta recebe informação sobre uma quantidade de circunstâncias práticas ou afectivas relacionadas com a situação de crise em que os clientes se encontram no momento – é caracterizado desde o início por uma postura orientada para a valorização da relação e das competências. Isto quer dizer também que desde o início a terapeuta tenta não dramatizar nem desvalorizar a situação nem as suas possíveis consequências, ela aceita a realidade tal como ela é. Aquilo que foi deficitário, (um possível nascimento difícil) não é ignorado, no entanto tudo aquilo que a mãe conseguiu (as suas competências) é sempre valorizado.

Um breve exemplo para ilustrar o que foi dito: Uma mãe que desejava um parto vaginal, sofre da sensação de ter fracassado, por o seu bebé ter nascido de cesariana de urgência devido à falta de oxigénio a que a criança estava exposta. Depois da cesariana, ela não está em posição para estabelecer uma boa vinculação com seu filho. Através de perguntas específicas é dada oportunidade à mãe de entender o que teria acontecido, no pior dos casos, devido ao quadro de falta de oxigénio. Durante a conversa a mãe deverá fazer pausas e olhar para o seu filho fazendo algumas respirações profundas. Quando, num momento de interiorização, esta mulher conseguir realizar que deu à luz um bebé saudável, então sentirá gratidão e estará disponível para criar um vínculo consigo própria e com o seu filho.

O importante é reconhecer a realidade tal como ela é. Com essa atitude constrói-se “um reconhecimento e aceitação de si própria” muito claros e revigorantes, através do que a criança também pode ser vista com mais clareza. É então possível trazer alívio e equilíbrio à situação do sofrimento.

Procedimento estrutural

A presente abordagem de apoio psico-corporal em crise com bebés, crianças pequenas e seus pais desenvolve-se segundo um Princípio-dos-três-pilares:

- a) Trabalho no corpo da criança (intervenção corporal de orientação relacional) parte *bottom-up*
- b) Apoio terapêutico para pais (orientado para a clarificação e a solução de problemas) parte *top-down*
- c) Trabalho no corpo da mãe/pai (intervenção corporal de orientação relacional) parte *bottom-up*

a) Trabalho no corpo da criança

O primeiro, e fundamental pilar deste trabalho consiste numa intervenção "concreta" no corpo da criança (trabalho corporal), no caso de bebés coléricos principalmente na forma de vários tipos de massagens de carácter neo-reichiano modificado (massagem do occipital, dos músculos erectores da coluna ou da cesariana) assim como exercícios de Holding - colo e relaxamento, sempre em presença da mãe. Descrições detalhadas destas técnicas podem ser encontradas, entre outros autores em Harms (2000) e Diederichs (2000). A maioria das mães ficam contentes por poder entregar a criança em mãos seguras para descansar apoiadas sobre almofadas, e aproveitar para relaxar e respirar profundamente.

É importante que o primeiro contacto com a criança venha da parte da criança. Caso ela não o faça por sua iniciativa a terapeuta entra em contacto com a criança de um modo lúdico e prazeroso, mas ao mesmo tempo respeitoso.

Para ser bem sucedida na necessária sintonia emocional com a criança a terapeuta reflecte os seus gestos e reacções emocionais. Com esta repetição ela consegue alcançar de modo eficaz um diálogo afectivo-motor com o bebé. Ao mesmo tempo ela deve estar atenta também à mãe, dirigindo a atenção a ambos em simultâneo.

b) Apoio terapêutico para os pais

O segundo pilar envolve a construção de uma relação de ajuda à mãe segura e cúmplice, com o objectivo de transformar um vínculo ambivalente num vínculo seguro. Aqui o objectivo inicial não é de analisar o relacionamento entre mãe e filho, mas a própria mãe e o que ela “traz consigo” como indivíduo.

Por exemplo, a partir de um problema de sono da criança podemos chegar aos medos profundos da mãe, originados inconscientemente pela temática da autonomização (Diederichs & Jungclaussen, 2007). Informando a mãe do ponto de vista psicológico, sobre o tema do seu próprio papel mãe está-se a pôr em evidência a correspondência com a interacção entre mãe e filho – a co-regulação.

Esta fase, com procedimentos multimodais e integrativos, abarca ainda, ao lado da análise psicológica profunda e da psicoterapia verbal, a abordagem sistémica assim como elementos psico-pedagógicos e comportamentais.

c) Trabalho no corpo da mãe/pai

Partindo do princípio que a mãe/pai colabora, passamos do segundo pilar directamente para o terceiro. Este consiste em trabalhar no corpo da mãe/pai sob a forma de exercícios de respiração ou de massagem orientada para as suas competências, com o objectivo do relaxamento, tranquilização, consciencialização corporal, melhoramento do "vínculo consigo mesma" e o fortalecimento da sua autonomia. Através de uma massagem especial - dos erectores da coluna - as mães entram em contacto com o seu estado físico, diferenciando melhor tanto os seus recursos de força e vitalidade, como o seu cansaço ou esgotamento.

O efeito da massagem nas mães é confortante e relaxante, e por isso elas têm muito gosto em aprender a fazê-las aos seus filhos, para com a sua aplicação poderem ajudar os seus bebés a sentirem-se melhor também. Podemos dizer que as massagens são também didácticas. No entanto para aprender convenientemente a massagem, é sempre melhor a mãe a experimentar no seu próprio organismo (processo *bottom-up*), em vez de este procedimento lhe ser unicamente explicado e demonstrado (processo *top-down*).

A experiência corporal conseguida através massagem, traz a mãe de volta a si própria, reforçando o vínculo consigo mesma. O aumento da consciência corporal decorrente do tratamento em conjunto com a experiência de relaxamento que as mães experimentam é para elas um grande conforto.

Não sendo obrigadas a entender tudo pelo processo unicamente cognitivo, elas podem sentir o alívio no seu próprio corpo ao mesmo tempo que compreendem mentalmente o que se passa. Isto resulta principalmente para aquelas mães que interiorizaram uma postura perfeccionista de base cognitivo-verbal (mãe hiper-mental).

O processo acima descrito é defendido pela Neurociência moderna, na medida em que está comprovado que o conhecimento melhor assimilado pelo cérebro é aquele que nos é apresentado de várias maneiras - vivenciado fisicamente e entendido cognitivamente.

Holding e auto-regulação

Podemos entender o processo de auto-regulação como uma necessidade de equilíbrio entre o corpo e a alma. Para melhor entendê-lo observamos o funcionamento do sistema nervoso autónomo com os seus dois sistemas antagónicos, o simpático (responsável pela estimulação, actividade e fuga) e o parassimpático (relaxamento), que devem estar em equilíbrio. Durante o dia é o sistema nervoso simpático que é dominante, e à noite é o sistema nervoso parassimpático. No caso de um desacerto, por exemplo quando há um aumento de stress durante a gravidez, o simpático torna-se fortemente dominante.

As hormonas de stress sobrecarregaram o embrião/feto de tal maneira com adrenalina e cortisol que o seu corpo já não consegue reequilibrar-se sozinho. A criança está numa ansiedade constantemente. Ela precisa de ajuda exterior. Um ponto central nessa ajuda de fora é o chamado trabalho de *Holding*- colo, que pela vivência corporal funciona do ponto de vista *bottom-up*.

O trabalho de *Holding* conduz a que se redireccione aos poucos a perturbação regulatória originada pela reacção ao stress para uma melhor auto-regulação, e gradualmente esse desacerto tende a diminuir. O tempo que demora a recuperação da função auto-reguladora depende do volume de factores stressantes que causaram essa perturbação.

Aqui um exemplo:

Depois de uma conversa relativamente curta a mãe, apoiada numa almofada, começa com os exercícios de centralização e relaxamento. A terapeuta pega no bebé colérico e passeia-o calmamente pela sala emitindo determinados sons. No relaxamento terapêutico de um bebé colérico é importante não se deixar levar pela exaltada agitação das emoções do bebé, mas sim, transmitir à criança contornos de actividade estáveis e seguros através de uma expressão vocal e visual tranquila, com movimentos harmónicos. O objectivo é dar à criança o apoio necessário para que ela consiga entrar um pouco mais no relaxamento, para que mãe e filho possam então reforçar a sua capacidade auto-regulatória. Em cada sessão que passa, a criança obtém a experiência que o relaxamento não é uma ameaça, conseguindo assim chegar por si própria, e cada vez mais, a um estado de serenidade.

Comparação com outras abordagens (Terapias Manuais, Osteopatia)

Tendo em conta a dimensão de "terapêutica manual" nas intervenções acima descritas (por exemplo, na forma de massagens, etc.) podemos levantar a seguinte questão: o que diferencia o procedimento da terapia psico-corporal da abordagem da fisioterapia, osteopatia, ou outras do género? A resposta reside muito claramente em que esta abordagem incorpora, a par do trabalho corporal, a atenção às teorias da vinculação. A análise e a intervenção nos processos vinculativos é suportada por uma relação profissional baseada na confiança e na empatia, semelhante a uma relação terapêutica.

A abordagem psico-corporal parece, à primeira vista, aproximar-se mais da terapia Sacro-craniana de bebés e crianças pequenas, onde são utilizados toques muito suaves para ajudar por exemplo bebés coléricos a lidar com as suas queixas físicas. Entretanto estes métodos já estão também a ser aplicados por terapeutas com formação bioenergética. No entanto estas abordagens denominam-se, e com razão, terapias Corporais, e não terapias Psico-corporais. É exactamente esta perspectiva psicológica que faz a diferença, pois ao contrário da terapia Sacro-craniana – com uma compreensão mono-causal da patologia (bloqueio>soltar o bloqueio> saúde da criança) – aqui trata-se de uma soma de pontos de vista, psicológico, corporal, sistémico, isto é, uma compreensão multi-factorial da origem do problema.

Para corrigir um determinado bloqueio, muitas vezes o toque terapêutico sacro-craniano não é suficiente, pois é preciso dar apoio ao sistema mãe-criança tendo em conta o aspecto psicológico e vinculativo. Algumas perturbações vinculativas manifestadas pela criança resultam apenas do stress psicológico ou psico-social da mãe, não apresentando qualquer tipo de bloqueio corporal. Por outro lado, há factores de resiliência materna que conseguem impedir patologias na criança, de modo a que ela não venha a sofrer necessariamente de alterações na sua capacidade regulatória psico-biológica.

Assim, o que diferencia o procedimento da terapia psico-corporal das abordagens acima mencionadas é a fulcral atenção à temática da vinculação e da relação terapêutica, e ainda uma compreensão multi-factorial da origem do problema.

De sublinhar que, devido à integração de elementos verbais com processos corporais, o Princípio-dos-três-pilares acima apresentado, foi principalmente baseado nos quatro Mecanismos de Acção da Psicoterapia descritos por (Grawe, Donati, & Bernauer, 1994), que segue:

- a activação do problema (principalmente corporal; pilares a), b) e c)
- a activação de competências e recursos (verbal e activação dos recursos corporais; pilares a), b) e c)
- a orientação para o esclarecimento dos problemas (verbal; pilar b)
- a orientação para superar dos problemas (verbal; pilar b)

A activação do problema nomeadamente, acontece pela sabedoria implícita e processual do corpo, activada através do contacto corporal. É deste modo que se conseguem encontrar e rectificar partes deficitárias da mais profunda consciência de si - na criança e também na mãe.

Ajudar à auto-regulação natural da criança

O objectivo de intervenção na criança, é de restabelecer a sua capacidade natural de entrar na auto-regulação, na forma da melhoria dos seus ciclos de sono-vigília da regulação das emoções, do seu sistema digestivo, etc. Do ponto de vista terapêutico, pode conseguir-se esse objectivo quer pela via "tradicional" através da função co-reguladora da mãe, ou ainda através da intervenção correctiva no ciclo de vaso-motor emocional da criança, que por meio do trabalho corporal procede a um soltar orgânico. Depende da própria criança e do tipo de personalidade da mãe como qual a opção mais indicada, e em que medida, para determinado bebé. A terapeuta tomará essa decisão intuitivamente a partir do seu conhecimento clínico – tendo sempre em atenção a interligação dos dois sistemas de auto-regulação, o biológico e o psicológico.

Assim, o principal objectivo desta abordagem consiste em sintonizar a auto-regulação biológico/psicológica da criança para quebrar o ciclo vicioso de “reciprocidade negativa”, e conseguir uma experiência vinculativa positiva entre mãe e filho.

O Princípio-dos-três-pilares pode entender-se também como as três possibilidades de manobra, que dão ao terapeuta a oportunidade "correctiva de intervir no sistema".

O significado da intuição materna

O sucesso do apoio comportamental à mãe, depende principalmente das características trazidas pela própria mãe: os seus "pressentimentos", as suas atitudes, os medos inconscientes, as fantasias, as expectativas, os conflitos, os sentimentos de culpa, o seu nível de perfeccionismo, os seus desejos e a sua consciência corporal. Chamamos intuição materna ao pano de fundo emocional que acolhe os conselhos terapêuticos, e aos critérios de que a mãe dispõe para medi-lo.

O sucesso ou o fracasso de quaisquer intervenções, incluindo aquelas que apelam à função co-reguladora da mãe, depende do que diz a sua intuição. Uma sensibilização para o ritual do sono ou para como dar atenção à criança, só pode dar frutos se essas propostas forem verdadeiramente acompanhadas pela intuição materna, se os conselhos forem confirmados e aprovados pela sua intuição (o processo de fomentar a intuição da mãe é um processo próprio que requer o seu espaço e o seu tempo).

Um exemplo a propósito: Uma mãe descreve o comportamento do sono do seu filho que acorda repetidamente durante a noite. Devido a medos existenciais pela vida do seu bebé durante a gravidez (vários abortos anteriores), a mãe encontra-se num vínculo baseado no medo com a criança. Ao transportar esse medo inconsciente para a relação com a criança, a mãe é incapaz de deixar o seu filho sozinho e vai várias vezes por noite ao quarto dele para se certificar de que a criança está a dormir/está viva.

A abordagem psico-corporal atribui um significado especial à própria postura física de uma mãe, que se encontra numa vinculação baseada no medo. Essa postura corporal (tensão nervosa, alteração do tonos muscular, da respiração, etc.), só por si, vai inibir o bebé de se separar convenientemente da mãe, para poder entregar-se ao sono profundo. Assim, de acordo com o entendimento da terapia psico-corporal, a causa destas insónias é frequentemente a qualidade

ambivalente ou provida de medo que a mãe traz para o vínculo com a criança. Os receios ambivalentes, apavorados e controladores da mãe, como: “O bebê já dorme?” ou “Se calhar ainda está com fome? Comeu tão pouco durante o dia” não possibilitam à criança o “desligar” da mãe, absolutamente necessário e saudável para a criança adormecer.

Para exemplificar uma acção psico-corporal em relação à questão da separação:

- Mãe: O meu filho não dorme. Alguma coisa tem que mudar. Eu gostaria de mudar algo... Se calhar o problema também está em mim. Eu acho que se calhar não consigo dar-lhe espaço, ou assim...
- Terapeuta: Então e você quer mudar algo?
- Mãe: (a mãe sinaliza um “sim” receoso e observa criticamente a sua criança, para ver se ainda se encontra tranquila) Sim, eu acho e gostaria de mudar algo.
- Terapeuta: Tente acenar um "sim" com a cabeça, que pode mudar algo, e diga: "Eu posso dar-lhe mais espaço."
- (A mãe segue lentamente essa instrução. A criança permanece quieta, embora a mãe pareça estar à espera de uma reacção irrequieta por parte do filho)
- Terapeuta: Veja, o seu filho continua tranquilo. Não acha que agora pode respirar bem fundo para si própria?
- Mãe: (pensa muito tempo e diz então) Eu não posso... Eu não devia respirar assim tão profundamente.
- Terapeuta: Hmm, porque é que não pode respirar assim tão profundamente?
- Mãe: (não reage, pensa muito tempo)
- Terapeuta: Será que você pensa que se não respirar fundo a criança continua tranquila e se respirar profundamente a criança poderá ficar irrequieta?
- Mãe: (pensa muito tempo): Sim, talvez..., pode ser isso.
- Terapeuta: E que tal se você experimentasse aqui e agora respirar fundo?
- Mãe: (tem uma preocupação perceptível)
- Terapeuta: Possivelmente está preocupada que aconteça algo se respirar profundamente. Tente uma vez, se for possível para si, respirar um pouco mais profundamente que habitual, para se deixar cair um bocado mais na almofada.
- Mãe: (segue as instruções)
- Terapeuta: (Dirige-se lentamente para a criança para lhe dar uma massagem de relaxamento.) Enquanto estiver aí sentada, observe o que eu faço com o seu filho (a terapeuta começa com a massagem). Eu gostava que me observasse. Se você tiver perguntas, pergunte por favor. Eu compreendo-a perfeitamente, e é perfeitamente normal que esteja a tentar entender e observar o que está a acontecer ao seu filho. Olhe para mim. Tente observar como está o seu filho e

depois respire fundo e concentre-se em si. Pode deixar os olhos abertos. Faça-o com calma, concentre-se uma vez no seu filho e depois em si mesmo. (A mãe faz conforme lhe é pedido e realmente de vez em quando consegue respirar mais fundo e relaxar um pouco mais. A criança permanece quieta o tempo inteiro e com a massagem consegue relaxar cada vez mais profundamente.)

Quais foram os aspectos importantes neste processo?

- Em primeiro lugar a mãe sente que a sua necessidade de controlar é tida em conta em vez de ser declinada, é-lhe permitido ir observando o que se está a passar.
- É importante que a mãe sinta que o acto de cuidar mais de si, que é afinal um modo de separação, não provoca desassossego na criança.
- Ela passa por uma nova experiência, que poderá transportar para a sua vida quotidiana: pode dar mais espaço ao seu filho.

Assistimos a uma exercício em duas fases simultâneas – por um lado a mãe pôde controlar o seu bebé, e pelo outro ela teve oportunidade de cuidar de si própria. Deste modo foi-lhe possível, lentamente e com muita cautela, dar mais espaço o seu bebé e, ao mesmo tempo, melhorar a percepção de si própria. A solicitação “Agora relaxe por favor” seria contraproducente, porque obrigar a mãe a desistir da sua necessidade de controlar assim de repente, iria ser demasiado para ela.

Um das preocupações em particular desta abordagem, é de ter como ponto assente que não se devem dar conselhos directivos e pré-definidos às mães. Cada mãe é tratada individualmente, com o objectivo de a ajudar a entender quais os medos que se escondem por detrás da dificuldade de impor limites.

O problema de sono, anteriormente descrito, só pode ser entendido e processado a partir do caso concreto e individual daquela mãe. Um vínculo baseado no medo dilui-se através de uma atitude de compreensão, de empatia desde fora (ao acolher em primeiro lugar da mãe na sua aflição) e através de ela se assegurar de que a criança não morre se a mãe reduzir o seu controlo sobre ela. O trabalho da terapeuta é ajudar esta mãe a construir o seu próprio “eu” e a trabalhar os seus sentimentos, para que o seu próprio organismo possa relaxar.

No entanto a mãe tem de reconhecer também que não ajuda o filho se não descansar ou se estiver até com problemas de saúde. Ela tem de aprender que é essencial estabelecer a pouco e pouco limites para proteger o seu próprio Eu, tem que confiar cada vez mais no seu filho e nas suas competências. Estes processos só acontecem num ambiente de empatia, tolerância e compreensão.

A maior prioridade neste processo é que tudo esteja sintonizado com a intuição, a sensação interior da mãe, porque é essa que tem de ser reforçada. A intervenção em crise *top-down* não pode ser uma proposição imposta, a mãe tem de se identificar com essa ajuda, e tem que se sentir bem com ela. Esta abordagem terapêutica tem que ser adequada ao que, a nível emocional, a mãe possa suportar.

O elemento comum por um lado às terapias/relação de ajuda para pais e bebés com base nas teorias da vinculação, e por outro ao apoio psico-corporal em crise, é a preocupação em construir uma estrutura vinculativa estável entre mãe e filho. A diferença está no modo de

ajudar ao vínculo. A metodologia de orientação corporal assenta mais no reforço da intuição e da capacidade de se auto-sustentar baseada numa atitude “*bottom-up*”. Este é efectivamente o fundamento e a base para se dar continuidade ao trabalho com a vinculação.

As mães que procuram os Centros de Apoio ao Bebê Colérico, estão geralmente muito cansadas, exaustas, à beira do esgotamento. Elas não estão em condições de colaborar num treino comportamental ou numa análise vídeo-gravada. Do que elas necessitam em primeiro lugar é do refúgio da respiração e do descanso.

A abordagem psico-corporal não apoia em primeiro lugar as mães principalmente através do intelecto (dizendo "você faz isso bem", etc), o que faz inicialmente é dar-lhes apoio para que restabeleçam o vínculo consigo próprias e com a sua experiência corporal, isto é com a sua consciência mais profunda de si próprias, de modo a que a partir daí possam organicamente criar um vínculo seguro com a criança.

No entanto é necessário sublinhar que está claramente indicado dar conselhos precisos naqueles casos em que a fase de desenvolvimento da criança exija determinada alteração do comportamento materno, mas a mãe não saiba se o deve fazer nem tenha ideia de como fazê-lo na prática.

Um exemplo: Uma mãe bastante infantil, tendo uma relação muito segura com o seu filho (brinca muito com ele, com muita paciência) usa o brincar “acriançado” para que o não haja margem ou lugar para exprimir o seu lado de mãe adulta. Ela abandona toda a lida da casa e as suas próprias necessidades, apesar de a criança já ter 9 meses, e já se poderem esperar dela algumas actividades autónomas. É preciso explicar a esta mãe que a criança não irá desenvolver nenhuma “neurose” se ela a deixar a brincar sozinha no chão, que isso até é importante para o bebé. Deste modo é possível ensinar autonomia e estrutura em terapia. Em conjunto elabora-se um plano de limites, com todos os aspectos que a mãe precisa na relação com o seu filho. Esse plano será implementado no seu dia-a-dia semana após semana, em pequenos passos.

A essência da intervenção em crise

Tratando-se de uma abordagem com elementos psicoterapêuticos, o apoio psico-corporal em crise consiste de uma intervenção em crise orientada para as competências e recursos do sistema. Os processos de mudança no sentido da auto-regulação biológico/psicológica mais coordenada dão-se progressivamente. Na maioria dos casos, devido ao apoio positivo que vai recebendo a ritmo semanal, a criança vai desenvolvendo passo a passo a sua própria capacidade auto-regulatória. Volta-se a referir que o apoio em crise não deve ser confundido com tratamentos médicos ou de terapêuticas manuais, assim como das psicoterapias puras.

O que fazer com aquelas mães que explicitamente não querem ser tocadas? Do bebé obtemos o consentimento não-verbal em resposta ao contacto lúdico.

A vontade de não ser tocado expressa pelo adulto, é absolutamente respeitada. O terapeuta concentra-se no trabalho verbal com a mãe e no trabalho corporal com a criança. A mãe será convidada a fazer os exercícios de relaxamento para si. Os limites físicos são sempre respeitados, nunca postos em causa.

Os Centros de Apoio ao Bebê Colérico são financiados pelo Senado de Berlim e pela fundação *Charlotte-Steppuhn*. Todos os centros comunitários de Berlim que oferecem apoio ao bebê colérico trabalham exclusivamente com métodos da abordagem psico-corporal. Isto deve-se ao facto de a Federação para a Obra Sócio-cultural (*Verband für soziokulturelle Arbeit*) – instituição que reúne todos os Centros Comunitários berlinenses – se rever nos valores dados à imagem do ser humano da abordagem psico-corporal, que presa particularmente a autenticidade, a empatia e a imparcialidade.

A Formação

Há actualmente muitos centros de apoio psico-corporal em crise na Alemanha e na Áustria (e em formação também em Portugal a partir do Grupo de Trabalho *Crescer Com Colo* em www.freewebs.com/crescer-com-colo), a funcionar como acima descrito. As terapeutas são originárias de diferentes profissões.

Na formação de terapeutas de apoio psico-corporal em crise dá-se muita importância à vivência em grande grupo das matérias ensinadas por várias razões.

Por um lado os formandos ficam sensibilizados para os seus “pontos fracos”, e assim mais preparados para lidar e entender a contra-transferência que possa surgir no seu trabalho com os futuros clientes.

Quando estiver a exercer a futura actividade profissional, o formando irá inevitavelmente ser provocado "nas suas próprias questões" ao contactar com os diferentes temas da maternidade e do ser criança. É frequente, especialmente na prática terapêutica com a primeira infância, o terapeuta reviver as suas próprias experiências relacionais mais precoces, o que poderá levá-lo a processos regressivos. Para que este reviver da sua própria infância possa ser usado como um recurso positivo na prática terapêutica, é de grande importância que os formandos tenham integrado a sua história pessoal, e entendam como lidar com o processo de transferência na sua futura actividade profissional de apoio em crise.

Por outro lado, através do contacto com os temas biográficos pessoais dos outros formandos, todos têm oportunidade de formar a base da sua própria capacidade empática.

Os grupos são heterogéneos e compostos por disciplinas profissionais como: enfermeiras pediátricas, fisioterapeutas, psicólogos, médicos, psicoterapeutas, terapeutas psico-corporais, educadores de infância, parteiras, conselheiros de aleitamento materno, naturopatas. Isso permite ainda que cada participante aprenda que não existe apenas o ponto de vista do seu grupo profissional, mas também a perspectiva de outros.

As mães de bebês coléricos que procuram ajuda muitas vezes já receberam dos profissionais muitos conselhos diferentes, e por vezes contraditórios, o que as leva a “estar de pé atrás”. A abordagem interdisciplinar denota essa discrepância. Ao sentir a tensão da diversidade no grupo de formação pode-se também entender melhor como se sentem as mulheres que procuram ajuda. O espaço que então se abre é o da empatia.

Experienciar no próprio corpo, relaxar assim como vivenciar o tocar e ser tocado leva os formandos a passar das palavras aos actos.

Só quem conhece os seus próprios pontos fortes e fracos, e experienciou as técnicas da terapia psico-corporal no seu próprio corpo pode ter sucesso a ajudar outras pessoas com estas intervenções terapêuticas. É através da própria vivência que a terapeuta de apoio em crise vai poder expandir o conhecimento acerca de si própria e da sua história familiar pessoal.

Para além disso o trabalho de apoio em crise exige um alto grau de consciência e profissionalismo. Não fazemos um juízo sobre o modo de pensar do outro; todos os sentimentos e opiniões têm a sua razão de ser. Isto é particularmente importante quando nos grupos se juntam pessoas com uma visão do mundo oriunda de comunidades científicas diferentes.

O diálogo interdisciplinar leva sempre a debates construtivos, são oportunidades de intercâmbio e crescimento.

É ainda de grande importância o acompanhamento supervisionado dos terapeutas recém-formados. A partir do segundo terço da formação, com grupos de no máximo catorze elementos, os formandos são igualmente acompanhados com uma supervisão intensiva.

Por fim, alguns testemunhos dos participantes da formação:

Com Paula Diederichs eu não só aprendi a ajudar as pessoas, mas foi-me também oferecida a possibilidade de construir as minhas próprias emoções com estabilidade. Eu aprendi a viver melhor comigo, senti-me como um ser humano mais completo, que é não é imune às suas imperfeições.

Cláudia, Enfermeira, Berlim

A formação da Paula Diederichs, permitiu-me entrar em contacto com a minha essência de uma forma muito especial, através do acesso às vivências e experiências do meu próprio desenvolvimento, como bebé, criança e adolescente, aumentou a minha percepção, consciência e entendimento sobre o significado da vinculação precoce mãe-filho e pai-filho, e veio reestruturar-me como pessoa através da utilização das metodologias da Terapia psico-corporal. Trata-se de uma formação de grande utilidade para todas as pessoas, com um grande impacto terapêutico sobre o self, oferecendo em simultâneo ao formando os recursos emocionais e cognitivos para viver a maternidade/paternidade em harmonia interior, consciência e plenitude!

Ângela Marques, Psicóloga e Terapeuta Psico-corporal, Lisboa

Integrar conhecimentos e procedimentos técnico-científicos da minha profissão e vivência médica com os emocionais advindos da relação e do toque, acrescentaram outro olhar ... mais tranquilidade e segurança ao olhar-me, bem como confiança no olhar atento ao outro e do outro. Ter frequentado o curso da Paula Diederichs, foi para mim... um... sentir, permitir-me, deixar fluir, ser mais EU... assim resumo o quanto de nutrição, colo, abraço, calor aqui vivi; para mais que as próprias mães dos bebés com quem partilhei estes saberes me demonstram que valeu a pena.

Manuela Martins, médica de clínica geral/medicina familiar

O curso tem funcionado como um despertar incrível a um olhar mais próximo e inteiro do feminino, da gravidez, da memória do corpo, do amor, do apoio, do sentido do "ser" humano. Tem abalado positivamente a minha estrutura, levando-me a sentir estas questões tão pessoais e tão universais, de forma mais aberta e honesta. O curso é muito mais vivencial do que julgava e está a ser um instrumento valioso e querido de desenvolvimento pessoal.

Ana Cristina Dias, Osteopata, Lisboa

Obras Citadas

Diederichs, P. (2000). Der friedvolle Weg – Von der Anspannung in die Entspannung- Erfahrungen aus der Schreibaby-Ambulanz und ihre Bedeutung. In T. Harms, Auf die Welt gekommen. Die neuen Babytherapien (pp. 231–259). Berlin: Ulrich Leutner Verlag.

Diederichs, P. (2006). Ist es egal, wann und wie wir geboren werden? Über emotionale Auswirkungen der modernen Geburtspraktiken. 5 Hebammeninfo , pp. 31-33.

Diederichs, P., & Jungclaussen, I. (01 de 2007). Schlaf- und Halt- Der Beitrag körperpsychotherapeutischer Techniken zur Behandlung frühkindlicher Schlafstörungen. Frühe Kindheit , pp. 36-39.

Diederichs, P., & Olbricht, V. (2002). Unser Baby schreit soviel! Was Eltern tun können. München: Kösel.

Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel – von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.

Harms, T. (1999). Die Bedeutung des Instroke für die frühe Säuglingsentwicklung. In H. Lassek, Die Wissenschaft vom Lebendigen. Lebendigen: Simon Leutner.

Harms, T. (2000). Emotionale erste Hilfe. In T. In Harms, Auf die Welt gekommen. Die neuen Babytherapien (pp. 189-229). Berlin: Ulrich Leutner Verlag.

Harms, T. (2008a). Emotionale Erste Hilfe: Bindungsförderung Krisenintervention Eltern-Baby-Therapie. Berlin: Ulrich Leutner Verlag.

Reich, W. (1933). Charakteranalyse. Köln : Kiepenheuer & Witsch.

Reich, W. (1984). Children of the Future: On the Prevention of Sexual Pathology. New York: Farrar Straus & Giroux.

Reich, W. (1994). Die Entdeckung des Orgon II, Der Krebs. Köln: Kiepenhauer & Witsch.

Schwab, M. (2009). Intrauterine Programmierung von Störungen der Hirnfunktion im späteren Leben. Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch , 49, pp. 13–28.