

EFETIVIDADE DA CLÍNICA GESTÁLTICA NO TRATAMENTO DO TRAUMA INFANTIL: ESTUDO DE CASO

Daniela Bianchi¹ (✉ danypupo@hotmail.com) & Ida Kublikowski¹

¹ Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Muitos transtornos psicológicos, problemas físicos e dificuldades sociais estão relacionados com eventos traumáticos ocorridos na infância. Há diversas formas de violência vivenciadas por crianças e adolescentes, que além de naturalizar o comportamento violento, podem minar o sentido de autoestima e impedir o desenvolvimento (UNICEF, 2017). No Brasil, em alguns casos, a criança ou o adolescente pode ser retirado do convívio familiar e colocado numa casa de acolhimento. Em casos extremos a família é destituída do poder de família e a criança fica em abrigos à espera do processo de adoção. Olhar para este fenómeno buscando recursos terapêuticos continentais é de importância capital no cuidado de crianças e adolescentes. Nesse sentido, a Gestalt-terapia pode contribuir com a sua proposta que releva o cuidado relacional, onde os vínculos e o encontros humanos norteiam a relação terapeuta-cliente.

A clínica gestáltica tem por meta desenvolver um trabalho dialógico, que favorece o processo de autorregulação e ajustamento criativo para os pacientes. A revisão bibliográfica aponta poucos estudos sobre o tema, o que imprime relevância ao presente estudo de caso no âmbito da avaliação da efetividade terapêutica de intervenções psicológicas. Na visão de Fernandes (2016) a clínica gestáltica infantil busca o aprimoramento das funções de contato, a ampliação de *awareness*, a presentificação e a valorização da experiência. No caso do atendimento de crianças observamos tais processos no encontro terapêutico através do brincar, forma pela qual o terapeuta pode contribuir para que a criança reencontre o rumo de um desenvolvimento saudável.

Além desses pressupostos, a Gestalt-terapia lança mão do conceito de autorregulação orgânica que prevê uma sabedoria intrínseca do

organismo na busca de homeostase, processo esse que ocorre em diversos registros, ou seja, não apenas fisicamente, mas também psiquicamente e em relação ao ambiente onde a pessoa está inserida. É então proposta uma visão de homem não dissociada do ambiente onde está imerso. Para tanto, o indivíduo usará de seu sistema de ajustamentos criativos para facilitar a busca pela homeostase, por meio do processo de contato, que quando bem realizado, atende à necessidade e ao tornar-se repertório experiencial, permite que o organismo volte a seu equilíbrio, o que leva ao crescimento. Caso a pessoa não consiga satisfazer a necessidade dominante, a situação ficará inacabada, comprometendo novos ciclos de contato.

No caso da criança, há a necessidade do ambiente, representado pelos cuidadores principais, ofertar o suporte para que ela possa percorrer o ciclo de contato de forma satisfatória, o que significa dizer que a criança precisará do heterossuporte para atingir o autossuporte, em um caminho de dependência até o ganho de autonomia (Aguiar, 2015; Poppa, 2013; Poppa, 2016). A clínica gestáltica infantil buscará assim criar um espaço livre, continente, seguro e acolhedor onde a criança poderá estabelecer (ou restabelecer) a experiência do vínculo, e, portanto, da confiança primária, atualizando a processo de autorregulação orgânica e o desenvolvimento do seu potencial criativo através do aprimoramento dos ajustamentos.

Peres (2011, p. 1) concebe o trauma psicológico como “resultante de uma situação experimentada, testemunhada ou confrontada pelo indivíduo, na qual houve ameaça à vida ou à integridade física e/ou psicológica de si próprio ou de pessoas a ele ligadas”. A Gestalt-terapia compreende o trauma como percepções fixas, uma situação inacabada do passado (Perls, Hefferline & Goodman, 1997; Vidakovic, 2016). Essas situações inacabadas geram experiências sensoriais marcantes, enviesando as percepções em novos ciclos de contato. O trauma interfere no processo de autorregulação e, por consequência, no início do ciclo de contato, pois contamina as sensações e as percepções. Por seu turno, a fronteira de contato também sofre com as memórias traumáticas, pois torna-se rígida. O contato, afetado pela experiência traumática, fica sujeito a uma hipervigilância ambiental, com ajustamentos criativos disfuncionais já que voltados para o gesto de fuga, luta ou paralisia.

Na infância a experiência traumática pode ser oriunda de maus-tratos, abandono, negligência e violência de forma permanente, onde o ambiente se mostra pouco acolhedor, hostil, insuficiente, negligenciando os cuidados básicos para com a criança e imprimindo um sentimento de abandono,

precariedade e risco. Viola, Schiavon, Renner & Grassi-Oliveira (2011, p. 57) chamam esse tipo de experiência precoce de trauma complexo, “de ocorrências múltiplas, e, às vezes, de natureza invasiva e interpessoal (maus-tratos na infância, negligência infantil, violência doméstica, etc.)”, relacionado a múltiplas exposições ou a uma exposição continuada ao trauma interpessoal, com consequências consistentes e previsíveis, que afetam muitas áreas da vida. Netto (2016) irá destacar o chamado trauma de desenvolvimento, diretamente ligado ao que a autora chama de trauma de relacionamento. Para ela, “nenhum ser humano sobrevive sem um cuidador que assegure a incorporação das necessidades mínimas de sobrevivência (alimentação, contato, higiene, segurança, regulação emocional/fisiológica), durante todo o seu extenso período de dependência” (Netto, 2016, p. 130). Os autores citados são coerentes em constatar os efeitos nefastos dessas experiências precoces no desenvolvimento da pessoa. Netto (2016) pondera que não é o trauma em si o terrível para a vida, mas o “não ter chance de reparação das disfunções provocadas pelo trauma e de retorno a um estado basal de segurança e homeostasia” (p. 130). Nesse sentido, as defesas antes necessárias para dar conta dessas situações insuportáveis acabam se tornando padrões de comportamento, inviabilizando um desenvolvimento livre e saudável. A criança fica aprisionada em si mesma, embotando novas formas de interação com o outro e com o mundo.

O objetivo deste estudo foi verificar a efetividade da psicoterapia gestáltica no atendimento clínico infantil. Para atingir os objetivos propostos foi realizado um estudo de caso qualitativo, que na visão de Patton (2002) permite documentar resultados individualizados por meio da abordagem de processos.

MÉTODO

Participantes

O participante tinha seis anos de idade e um histórico de trauma. A criança estava em processo de adoção por um casal homoafetivo. Os pais adotivos buscaram ajuda psicológica para seu filho RD devido a alguns comportamentos agressivos de RD, e às suas dificuldades nos relacionamentos interpessoais, sobretudo quando em ambiente novo e com pessoas

que a criança não tinha contato (ocasiões em que se isolava e brincava sozinho). Outros sintomas referidos pelos pais e escola foram: embotamento afetivo (manifestado por dificuldade em reconhecer e expressar as suas emoções), e dificuldades cognitivas (compreender novas tarefas, organizar as suas ações e articular com clareza as suas necessidades), descontrole dos impulsos agressivos (normalmente desproporcional ao evento).

A anamnese ficou muito prejudicada pois RD foi colocado em uma casa de acolhimento aos três anos de idade e os pais adotivos tinham poucas informações sobre seu histórico anterior. Relatam que RD possivelmente sofrera maus-tratos, abandono, negligência no cuidado e violência física. Ao que parece a mãe biológica era violenta e sofria de algum tipo de transtorno mental; já o pai era alcoolista. A família morava na rua, não dispondo de condições mínimas de higiene e segurança para atender às necessidades da criança. RD foi recolhido, quando tinha aproximadamente três anos de idade pelo Juizado de Menores em São Paulo/Brasil, em razão da precária condição em que se encontrava juntamente com um irmão menor. Foram colocados em uma casa de acolhimento até o fim do processo de destituição do poder de família. A criança estava há aproximadamente um ano com a família adotiva.

Procedimento

As intervenções foram realizadas com uso de diversos recursos lúdicos, especialmente a caixa de areia. A avaliação da efetividade do programa de intervenção foi realizada de forma qualitativa, entendendo-se aqui por efetividade o quanto uma determinada intervenção produz um resultado benéfico. A avaliação da efetividade partir da análise das imagens construídas pelo paciente na caixa de areia, que representaram momentos de mudança significativa durante o atendimento.

RESULTADOS

Na primeira sessão, realizada em 04/09/2010 (cf. Figura 1), RD mostrou-se disponível para entrar na sala com a terapeuta. No entanto, nenhum contato físico ou visual foi estabelecido. RD dirigiu-se

prontamente para o armário onde os brinquedos estavam e começou a brincar sozinho, enchendo a caixa de areia com as miniaturas. Nesse dia, ele propôs a montagem de uma fazenda.

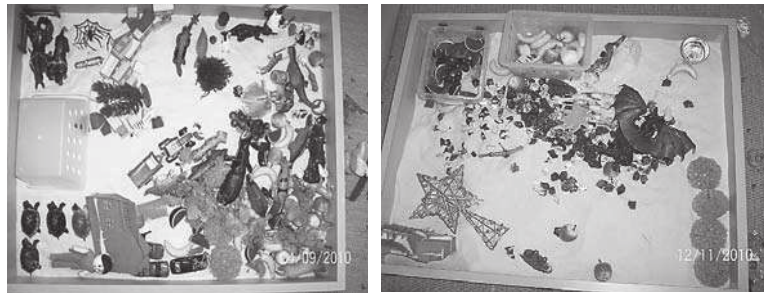


Figura 1. Cenários dos Dias 04/09/2010 e 12/11/2010

No primeiro cenário há uma divisão em três compartimentos. Segundo RD, havia o espaço do bem (fazenda), um espaço do mal e uma casa onde estão as tartarugas e um homem. O tema da brincadeira gira em torno da nutrição, do matar e do morrer e da presença da luta do bem contra o mal. Essa temática – nutrição, morte e luta do bem com o mal – perpetua-se durante muito tempo nas brincadeiras. Aos poucos RD inclui a terapeuta nas brincadeiras, fazendo mais contato visual e verbal. A possibilidade dele poder expressar através da brincadeira o sofrimento físico e psíquico, juntamente com o facto de poder ressignificar a privação, dando lugar a uma experiência de nutrição, pôde levar RD a um resgate do relaxamento, minimizando a hipervigilância. Através da possibilidade de estabelecer vínculos saudáveis com pessoas cuidadosas, afetivas e atentas à sua necessidade (pais, terapeuta, professoras) a criança começa a viver a experiência de confiança.

Na oitava sessão, 12/11/2010 (cf. Figura 1), percebemos uma diminuição da quantidade de brinquedos disponibilizados na caixa. O tema de nutrição ainda é presente. Os animais são alimentados inúmeras vezes.

Após um ano de terapia (cf. Figura 2), é possível notar a diminuição dos brinquedos colocados na caixa. Os animais agressivos começam a ceder lugar a outros animais (e.g., cavalos, cães e figuras humanas) não violentos. Os temas do cuidado e da formação de família e casa surgem em lugar das guerras e lutas de poder.



Figura 2. Cenários dos Dias 24/09/2011 e 22/10/2011

O cenário do dia 10/04/2012 (cf. Figura 3) representa um momento significativo no processo pessoal de RD. Na semana anterior, sem que ele soubesse, o processo de adoção havia encerrado. E neste dia, ele constrói uma cidade com diversas pontes levando para uma casa. Podemos compreender que, apesar dele não ter sido comunicado verbalmente, havia essa informação no sistema familiar, o que o fez perceber a segurança desse novo lar e de sua pertença a esta nova família.



Figura 3. Cenários dos Dias 10/04/2012 e 12/06/2012

Tanto no cenário anterior como do dia 12/06/2012 (cf. Figura 3), percebemos um processo de centralização e integração. Há harmonia entre os elementos, os brinquedos interagem entre si em um todo organizado e coerente.

O processo encerrou com uma melhora na qualidade da regulação do afeto da criança. RD já consegue expressar de maneira funcional suas emoções, percebendo e comunicando suas necessidades. Os pais informam que RD já se relaciona melhor com as demais crianças, conseguindo fazer e manter novas amizades. Os momentos agressivos diminuíram, com a possibilidade da criança desenvolver outros recursos mais funcionais para lidar com o medo e a ansiedade. Percebeu-se uma maior confiança no

ambiente e uma diminuição no estado de hipervigilância e controle ambiental.

DISCUSSÃO

A avaliação qualitativa dos resultados evidenciou a efetividade do tratamento, pois a criança, ao longo do processo, apresentou melhoria na regulação do afeto, na interação social e com os familiares e na capacidade de comunicação. Pode-se perceber que a clínica gestáltica dispõe de instrumentos para manejo clínico em vítimas de trauma infantil uma vez que trabalha com a restauração do processo autorregulador do organismo, busca a qualidade relacional permitindo o cuidado com as questões de apego e vínculo e facilita o aprimoramento da função criativa.

Cabe no entanto ressaltar os limites do estudo em função da complexa teia de fatores que se entrelaçam e podem ter contribuído para tais mudanças, como por exemplo o próprio processo de desenvolvimento e a mudança radical de ambiente familiar no qual RD passou a viver, o que remete à necessidade de ampliar o escopo do estudo para abranger a intervenção terapêutica considerando outras variáveis contextuais.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, L. (2015). *Gestalt-terapia com crianças. Teoria e prática*. São Paulo: Summus Editorial.
- Fernandes, M. B.(2016). Psicoterapia com crianças. In L.M. Frazão & K. O. Fukumitsu (Orgs.), *Modalidades de intervenção clínica em Gestalt-terapia* (pp. 56-82). São Paulo: Summus Editorial.
- Netto, L. (2016). Trauma e renegociação na perspectiva do desenvolvimento. In C. P. Rossi, L. Netto, L. Pinto, & Z. Fajardini (Orgs.), *Diálogos estendidos com a experiência somática* (pp. 61-71). São Paulo: Scortecci.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative evaluation and research methods* (3rd ed). Thousand Oaks: Sage.
- Peres, J. (2011). *Trauma e superação*. São Paulo: Editora Roça.

- Perls, F. Hefferline, R. & Goodman, P. (1997). *Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus editora.
- Poppa, C. C. (2013). *O processo de crescimento em Gestalt-terapia: Um diálogo com a teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott* (Dissertação de mestrado). PUC-São Paulo, 2013.
- Poppa, C. C. (2016). *O suporte para o contato: Uma proposta de ampliação para a clínica gestáltica de criança*. Tese de doutoramento. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- UNICEF. (2017). *A familiar face: Violence in the lives of children and adolescents*. Retirado de www.unicef.org/publications/index_101397.html
- Vidakovic, I. (2016). *The power of 'moving on' – A Gestalt Therapy Approach to trauma treatment*. Retirado de www.nvagt-gestalt.org/afbeeldingen/Vidakovic_Trauma_final.pdf
- Viola, T. W., Schiavon, B. K., Renner, A. M. & Grassi-Oliveira, R. (2011). Trauma complexo e suas implicações diagnósticas. *Revista Psiquiátrica do Rio Grande do Sul*, 33, 55-62. Retirado de www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082011000100010