



Módulo 02 - Aula 08

Capacidade do terapeuta e do cliente para a co-regulação corporificada: sustentando o campo intersubjetivo

Pilar Jennings

....

Transcrição inglesa: Olaya Menéndez y Mar Aige. Texto traduzido por Fernanda Castellano, revisto e editado por Adriana Cardoso e Mar Aige.

....

Pilar Jennings 0:11

Esta noite, vou falar um pouco sobre diferentes maneiras de trabalhar em direção a um sentimento de aliança, certo? Alguma oportunidade na díade terapêutica, para realmente ter as condições que facilitam a cura, o trabalho que as pessoas estão ali para fazer. Vou compartilhar alguns slides com vocês e a primeira metade do que falarei será focada no tratamento de adultos. E trabalhar com a teoria da intersubjetividade como uma forma de construir essa aliança corporificada com adultos. Depois, passarei para o que aprendemos sobre como fazer isso por meio das pesquisas com bebês e da intersubjetividade focada em bebês e prestadores de cuidados. Certo.

Muito bem, parece bom. Muito bem, fantástico. Gosto dessa imagem de Sua Santidade, tendo o que parece ser uma conversa íntima, relaxada e corporificada com alguém, certo? Você pode sentir eles se conectando, você pode sentir o campo relacional. E esse será o nosso ponto de partida. Alguns de vocês devem estar familiarizados com essa noção de aliança de trabalho. Certo? E isso é realmente parte

da estrutura, parte do que permite que a psicoterapia ganhe força, é fazer o que for necessário para que ambas as pessoas, terapeuta e paciente ou cliente, sintam que estão trabalhando juntos, para ambos entenderem qualquer sofrimento que tenha levado o paciente ao tratamento. E então, lentamente, com os pacientes, com curiosidade, começar a formular e a viver o que quer que seja que reduza o sofrimento.

Portanto, para construir essa aliança de trabalho, para que o paciente alcance esse estado de tranquilidade e relaxamento..., a única coisa que notei nessa imagem é que o sofá é muito pequeno. Assim, o paciente poderia realmente relaxar e se reclinar. Certo, essa era a ideia original de Freud e reclinar-se, simplesmente soltar-se. No entanto, você tem a sensação de que ele se sente confortável em uma posição vulnerável. E esse é realmente o principal ingrediente da aliança de trabalho: existem sentimentos basais de segurança? O paciente sente que está em um ambiente, fisicamente e, mais importante, interpessoalmente, que permitirá um trabalho que provavelmente será desafiador, certo?

E isso permitirá interrupções desnecessárias, não traumatizantes, para que seja possível revisitar experiências que foram dolorosas ou traumatizantes e trabalhá-las. Mas, para que isso aconteça, primeiro é preciso estabelecer a segurança relativa. E uma perspectiva psicoterapêutica é que precisamos de certas dinâmicas relacionais realmente muito particulares que sejam bastante consistentes. Elas não precisam ser perfeitas. Não, nenhum terapeuta é perfeito e nenhum terapeuta pode oferecer segurança ou acomodação perfeitas, mas o terapeuta precisa ser capaz de oferecer uma experiência, uma experiência interpessoal que seja bastante consistente e inclusiva, certo? E é por isso que os terapeutas geralmente precisam estar em sua própria terapia, ou ter realmente feito muito trabalho e estar comprometidos a continuar fazendo muito trabalho para que tenhamos experiência em conter nossa própria angústia e oferecer apoio interno. Para que possamos fazer isso pelos outros.

E, embora existam muitas abordagens diferentes para a psicoterapia e muitas escolas de pensamento, em todas as tradições e linhagens, os terapeutas sempre usaram o corpo e a mente para oferecer essa estrutura de segurança, esse ambiente de apoio. É que algumas tradições realmente refletiram sobre como os terapeutas usam seus

corpos e outras não. Mas nós sempre usamos. Certo? Nós o usamos. E falaremos sobre as várias maneiras como fazemos isso fora da consciência, mas por meio do tom de voz, da postura, da maneira como seguramos o corpo, etc.

Pilar Jennings 6:16

Sei que alguns de vocês já me ouviram falar sobre a teoria e o método da intersubjetividade antes. Mas para aqueles que são novos nessa abordagem de terapia, a noção de intersubjetividade teve origem na filosofia europeia. Portanto, vem realmente de outro ponto de origem cultural, de pessoas como Heidegger, Hegel, Buber e outros, que estão basicamente tentando entender quem somos. E particularmente para ver se eles poderiam desvendar se nossa subjetividade, nossa personalidade, segue ou precede a interação com os outros. E em meio a toda essa contemplação, surgiu uma pergunta de 64 milhões de dólares: nossa subjetividade é sempre construída por meio de um relacionamento? Sim, e essa é uma pergunta interessante, certo? Existe algo em nós que não seja influenciado ou formado no contexto de um relacionamento? Então, vamos refletir sobre isso juntos. Mas só para que você tenha uma definição simples de intersubjetividade. É basicamente a interação entre duas pessoas, certo? Também poderia usar isso com grupos. Mas, originalmente, foi concebida como uma forma de entender o que acontece quando duas psiques, duas mentes se unem, quer você esteja falando de terapeuta e paciente ou professor-aluno, parceiros, amigos, etc. E então é o campo psicológico que é constituído por essas duas subjetividades que estão constantemente moldando o campo, sua própria experiência e a dos outros. Assim, os filósofos subjetivos interiores estavam muito interessados no que estava acontecendo nesse campo. O que acontece quando as mentes se unem? Os psicanalistas e, a partir dessa investigação, os psicoterapeutas ficaram muito curiosos sobre a vida inconsciente. Quando duas psiques se juntam, o que está acontecendo fora da consciência, como essas mentes estão dançando juntas? Como elas estão formando a experiência do outro?

Portanto, desse ponto de vista, nosso senso de 'eu' ou mesmo a noção de 'eu' só pode ser entendida em termos de seu relacionamento com os outros. E, como resultado, embora Winnicott, o famoso psiquiatra e analista britânico, tenha precedido a intersubjetividade como uma escola analítica ou psicoterapêutica, ele cunhou o termo

“não existe bebê”, o que ele quis dizer e depois afirmou que existe apenas um binômio de amamentação. Não existe bebê fora dessa matriz relacional. Ele também disse que não existe mãe sem o bebê. E a única maneira de entender a experiência deles é entender como eles estão se formando. Cada um, bidirecionalmente, está formando a experiência da outra pessoa. Isso é muito budista! Que inter-somos ou mesmo apenas a noção de originação dependente, tudo é dependente de causas e condições.

Pilar Jennings 10:39

Então, quando pensamos nessa teoria e no tratamento, originalmente, a escola intersubjetiva realmente começou a sério nos anos 70 e 80. Portanto, tem cerca de 45 anos ou mais. E, originalmente, ela foi concebida como uma expressão do que esses clínicos estavam vivenciando, eles simplesmente queriam dar voz ao que haviam descoberto em seu trabalho clínico. E eles queriam oferecer um corretivo necessário à ênfase freudiana original nessa noção de mente isolada. Certo, a mente discreta, e os freudianos contemporâneos provavelmente diriam: “Olha, a razão pela qual Freud estava enfatizando que temos psique é porque a psique não era bem compreendida. Assim, ele estava tentando legitimar o fato de que temos interioridade, que a psique é real e precisa ser respeitada e trabalhada com incrível habilidade, nuance e determinação. Mas ele foi um pouco longe demais ao sugerir que a psique é tão real que existe isoladamente. Assim, o pessoal da intersubjetividade disse que, na verdade, nunca poderemos entender a psique a menos que entendamos com quem a psique se relacionou. E que é impossível conhecer um paciente ou um cliente fora do contexto de sua história relacional. Portanto, essa era a intenção original.

Mesmo antes de pessoas como Bob Staller, Atwood, Bernard Brandchaft, Donna Orange Winnicott e outros sugerirem isso, e isso era muito subjetivo, também precisamos dessa noção para basicamente restaurar nossa apreciação da complexidade dos pais. Porque, muitas vezes, quando lemos a literatura, as teorias podem se tornar um pouco preto-no-branco demais, como a de que as pessoas sofrem por causa da mãe problemática. Muitas vezes, as dificuldades eram atribuídas à mãe, mas também ao pai ou a quem quer que fosse o cuidador. Então, esses clínicos estão dizendo que realmente precisamos complexificar isso, dar uma olhada nas pessoas com quem os cuidadores se relacionaram. E agora, anos depois, temos muitos dados, a

transmissão intergeracional de trauma e a epigenética estão realmente nos ajudando a entender isso. Esse é o caminho para a psique, são os campos relacionais em que foram formados.

Pilar Jennings 14:14

Então, nesse processo terapêutico, o que seria enfatizado é o que está acontecendo entre o terapeuta e o paciente, certo? Essa seria a lente por meio da qual tentaremos encontrar nosso caminho para o mundo do paciente. E perceber que há duas pessoas muito complicadas na sala, o observador e o observado têm suas próprias subjetividades. Certo, cada um exercendo influência sobre o outro. E assim, mais uma vez, foi uma forma de sugerir que não existe uma verdade objetiva. Há verdades que são co-criadas e dinâmicas que podem ser exploradas quando estamos curiosos sobre o que está acontecendo em um determinado relacionamento.

Portanto, a maioria de vocês sabe disso, mas o pessoal da subjetividade interior disse que esse foco no relacionamento entre o terapeuta e o paciente definitivamente não é um convite para um cotratamento. Embora pessoas como Frandsen quisessem experimentar e começar a divulgar mais e realmente trazer mais mutualidade para o processo, com o tempo, até mesmo Frandsen percebeu rapidamente que há uma assimetria desnecessária, pois o tratamento é para o paciente. Só que os clínicos estavam sendo encorajados a realmente perceber que estavam trazendo sua psique para a sala. E isso vai influenciar a experiência do paciente como uma forma de desafiar nossa noção de que é possível conhecer alguém objetivamente ou identificar o que ele precisa. Isso está sempre mudando, sempre mudando.

Sim. Então, está surgindo um tema; a subjetividade e a intersubjetividade estão inerentemente relacionadas. Não existe um sujeito fora do campo intersubjetivo. E o que esse grupo original queria fazer era realmente tentar entender e mapear quais são os ingredientes. Quais são os ingredientes interpessoais e subjetivos interiores que nos ajudam a nos sentirmos reconhecidos em um relacionamento? Como é isso no início da vida? E como seria mais tarde na vida, se alguém não tivesse essas experiências?

Pilar Jennings 17:18

Então, outra maneira de dizer isso é: como podemos nos encontrar por meio do sentimento de sermos encontrados por outra pessoa? Realmente precisamos nos sentir encontrados por outra pessoa para sentirmos que temos subjetividade? Sim. Então, apenas como um pequeno desafio budista, deixando de lado, e não é bem um desafio, é apenas algo sobre o qual pensei porque o trabalho dos teóricos intersubjetivos é realmente muito ressonante para mim e para minha experiência clínica.

Mas conheci alguns clínicos que eu descreveria como místicos e, assim como o Buda Shakyamuni, eles poderiam dizer: tudo em nós é um produto do campo relacional? Porque o Buda diria: “E quanto à nossa natureza de Buda? Onde está a ação no sujeito? O que é que estamos trazendo para o relacionamento? É apenas uma pergunta interessante para refletir e ver o que ela desperta em você e em seu trabalho.

Pilar Jennings 18:45

Portanto, o método para trabalhar com essa abordagem subjetiva interior é realmente a empatia. E a primeira pessoa a pensar e escrever sobre a importância da empatia e também sobre a complexidade da empatia foi Heinz Kohut. Kohut era um psicólogo do self, ele precedeu a escola intersubjetiva, mas estava ciente, mais uma vez, por meio de sua própria experiência clínica, de que precisava encontrar seu caminho para o mundo do paciente. Para que o paciente realmente sentisse que poderia finalmente ser encontrado por quem ele é autenticamente, que o principal agente desse processo era o que ele chamava de introspecção vicária, ou seja, tentar entrar na mente do outro. E deixar que a mente do outro realmente influencie o terapeuta. Christopher Bollas, que é um clínico interessante e um escritor maravilhoso, disse: “Precisamos da disposição de nos sentirmos situacionalmente doentes”. Foi assim.

E Chris, você está apenas descrevendo um exemplo, certo? Quando, às vezes, se estivermos realmente presentes, podemos nos sentir atraídos por algo que é muito perturbador. Mas, de certa forma, esse é um grande sinal da disposição de abrir a mente e o coração e encontrar nosso caminho para a experiência do paciente. E

faríamos isso com muita humildade, porque o que acontece entre um paciente e um terapeuta é fundamentalmente diferente do que aconteceria entre o mesmo paciente e outro terapeuta. Portanto, há a humildade da visão intersubjetiva, de que realmente estamos criando uns aos outros. E vamos tentar nos descentrar quando pudermos para dar uma olhada, imaginar o que está acontecendo internamente com o paciente e também avaliar como podemos estar cocriando dinâmicas que podem refletir dinâmicas anteriores, que o paciente está lá para resolver. Ou pode ser um artefato do que quer que esteja acontecendo no campo entre o terapeuta e o paciente.

Assim, o pessoal da intersubjetividade diria que nosso trabalho é basicamente um esforço muito árduo e humilde de tentar descobrir com quem estamos trabalhando, e a empatia será o método principal que transmite tudo o que é sentido, tudo o que foi experimentado, que pode ser expresso com segurança. Que o que quer que seja que o paciente esteja sofrendo não é demais para os terapeutas sentirem ou saberem.

E, é claro, às vezes não é esse o caso. Quero dizer, eu compartilhei com alguns de vocês em aulas anteriores, tenho muitas experiências anteriores, no meu trabalho clínico, em que realmente me debati quando estava recebendo raiva ou forte agressão. E eu me sentia congelada demais ou um pouco dissociada demais ou um pouco teórico demais, porque era assustador, eu sentia medo. Por isso, foi preciso trabalhar para continuar vendo o que há no medo. Com o passar do tempo, percebi que havia um pouco mais de facilidade com erupções afetivas que eram estranhas para mim, que não eram parte central da minha história, e, às vezes, um pouco ativadoras de minha história. Mas a ideia é que se o terapeuta for altamente empático, está transmitindo que ambos podemos pensar sobre isso, não é demais para nós sustentarmos isso em nossa mente. Basicamente, estou construindo o que os clínicos chamariam de função reflexiva, mas também reforçando para o paciente que ele pode confiar em sua experiência e em sua perspectiva. Isso é extremamente importante.

Pilar Jennings 24:10

Porque muitas vezes o que mantém o sofrimento vivo, especialmente o sofrimento inicial, é a convicção de que o paciente o interpretou mal, que seus sentimentos não são justificados, que sua compreensão, sua percepção, está errada. E isso pode

acontecer facilmente se os cuidadores não forem capazes de confirmar, refletir ou espelhar. Muitas vezes, o paciente é deixado sozinho com sua própria experiência, o que gera muita dúvida sobre si mesmo. Muitas vezes, é um tipo de dúvida corrosiva. Portanto, a empatia não tem tanto a ver com a compaixão, mas mais com a transmissão de que nós dois podemos estar aqui. Podemos dar, receber e compartilhar essas experiências que surgem, o que os intersubjetivistas chamariam de interafetividade, ou seja, estados afetivos mutuamente compartilhados.

E quanto mais essa experiência for oferecida, mais o paciente poderá descansar em sua experiência autêntica. Parte do motivo pelo qual isso é tão enfatizado, é que nos conhecemos principalmente por meio de como as pessoas respondem a nós e, especialmente, como respondem aos nossos sentimentos. É assim que o *eu* ou mesmo a experiência do eu e a narrativa do eu são construídas. E quando nos concentramos nos bebês, isso se torna ainda mais evidente, não é mesmo? Mas precisamos de outra pessoa, especialmente alguém que esteja sintonizado, alguém que possa sentir as emoções junto com o paciente, para que o paciente comece a se sentir um pouco mais integrado, um pouco mais coeso, mais como uma pessoa viável. Algo em que os terapeutas intersubjetivos pensariam é se o paciente rejeita ou nega determinados sentimentos ou respostas e por que ele faz isso. Muitas vezes, é porque o acesso a esses sentimentos na primeira infância pode ter ameaçado um vínculo necessário com um dos pais ou cuidador. Isso pode ter inflamado algo que já era perigoso ou sobrecarregado o cuidador. Por isso, nos concentramos em como as pessoas se relacionam com suas emoções, como uma forma de mapear como elas foram moldadas no contexto de seus relacionamentos.

Pilar Jennings 27:34

Certo, agora vamos mudar para a intersubjetividade que é informada pela pesquisa com bebês. E pessoas como Beatrice Beebe, Lachmann, Lyons-Ruth, existem outras, mas esse é um grupo realmente interessante de clínicos que praticam a intersubjetividade e fizeram esforços reais para tentar entender nossas origens intersubjetivas. E alguns de vocês talvez conheçam o trabalho de Beebe. Ela fez uma pesquisa pai-bebê realmente notável com microanálise de filmes. Assim, ela e sua equipe, e agora outra geração de clínicos, analisam dinâmicas muito sutis no campo

intersubjetivo entre o bebê e o cuidador para entender o que está acontecendo que está fora da consciência, que facilita a sintonia e a sensação de ser encontrado ou potencialmente a impede.

E essas pessoas sugerem que a origem da nossa mente, desde o início, é diádica e dialógica, de modo que até mesmo os bebês com 42 horas de vida se esforçam para imitar as expressões faciais da mãe, pois estão procurando maneiras de estar em um campo de conectividade e sintonia. Mas eles também descobriram que todas as nossas abordagens adultas à terapia têm sua base em nossos pontos de origem, que a intersubjetividade começou em um estágio não verbal, que também é descrito como pré-simbólico ou implícito. Sim, isso é muito interessante, certo? Muitas de nossas teorias psicoterapêuticas que usamos com adultos envolvem muita simbolização, muita reflexão, muita conversa, vêm desse período extraordinário da vida em que há vocalização. Mas não há muito em termos de conversação, toda essa interafetividade acontece por meio da interação corporificada.

Pilar Jennings 30:26

Então eles diriam que a melhor maneira de entender a psicoterapia de adultos é explorar nossas origens intersubjetivas. Portanto, quando observamos o que acontece entre pais e bebês, notamos que há muita comunicação acontecendo, geralmente de forma totalmente inconsciente. E isso acontece principalmente por meio do rosto, das configurações faciais, do olhar, mas também da orientação espacial. Onde está o cuidador em relação ao bebê? E sabemos agora, com base em toda a nossa teoria do apego, que os bebês com apego seguro tendem a ter muito mais contato físico com o cuidador, e o cuidador é mais propenso a pegá-los quando o bebê mostra sinais de angústia, portanto, há mais toque. Mas, é claro, o toque nem sempre é gentil e tranquilizador, então muita coisa é transmitida por meio do toque. Também por meio de gestos e, é claro, por meio do tom vocal e é por isso que os pais e cuidadores sintonizados usam todos os tipos de entonações interessantes com os bebês que eles poderiam ficar envergonhados se outras pessoas estivessem ouvindo, porque eles realmente estão tentando entrar na experiência do bebê, eles fazem isso naturalmente por meio do tom, não por meio de frases completas.

Pilar Jennings 32:27

Assim, eles estão brincando com o ritmo, estão brincando com o tempo do diálogo. E tudo isso é usado para a regulação mútua, não apenas para que os pais regulem ou ajudem o bebê a se sentir regulado. Mas é uma maneira de colocar a díade em sintonia para que o bebê ajude os pais a se sentirem regulados. Então, não sei se você consegue ver essa imagem, então somos o bebê e a mãe trabalhando juntos, eles estão refletindo, estou animado por estar aqui com você, e você é a pessoa mais fofa do mundo. Cada pessoa pode sentir isso. Cada pessoa sente isso, certo? Portanto, a regulação é realmente bidirecional. É por isso que a sintonização é tão importante. Não é? Não é apenas para um, é para ambos. E o interessante é que, em todas as pesquisas, o comportamento do bebê e dos pais pode ser previsto a partir do comportamento do parceiro. Sim, portanto, os bebês são muito poderosos. Eles influenciam os cuidadores. Mas todas essas dinâmicas também contribuem para o que é conhecido como expectativas, o bebê chega a um sentimento de expectativa em relação à experiência momentânea de como o cuidador... e, especialmente, o rosto do cuidador. Certo? Vamos continuar, o que acontecerá a seguir?

Pilar Jennings 34:19

Portanto, parte do que os pesquisadores intersubjetivos da infância estão explorando é como construir essa regulação. E, basicamente, o que eles descobriram, e isso é muito interessante, porque isso acontece no tratamento de adultos, mais uma vez, fora da consciência, é que, por um lado, os prestadores de cuidados ou terapeutas sintonizados tentarão oferecer o que é conhecido clinicamente como correspondência, que é o processo de compartilhar, nesse caso, a experiência do bebê sem mudar nada, e é por isso que há muitas fotos engraçadas de bebês e prestadores de cuidados em que a expressão facial parece exatamente a mesma. A mãe, quem quer que esteja na posição de prestador de cuidados, está tentando refletir: “Estou com você, estou certo, estou vendo você e vou refletir de volta para você o que vejo”. Fazem isso por meio de ritmos respiratórios. Fazem isso com a cabeça e a orientação corporal. E, curiosamente, também o fazem com a atividade corporal. Portanto, se o bebê estiver em um estado calmo, sonolento ou tranquilo, o cuidador sintonizado também tentará corresponder a isso, entrando em um estado de relaxamento. Mas se o bebê for

brincalhão e tiver muita energia, novamente, o prestador de cuidados sintonizado vai corresponder a isso e realmente empregará o corpo para transmitir essa interafetividade.

Mas, curiosamente, essa é uma parte da sintonia, da mesma forma, os bebês precisam e os adultos também, e os pacientes que estão em tratamento também precisam da diferença. Eles precisam ser espelhados, precisam ser combinados, mas precisam de algo mais para expandir sua capacidade. Portanto, uma forma de os pais sintonizados fazerem isso é por meio da sintonização com os estados de estresse e, ao mesmo tempo, modulando os modos de regulação. Então, se uma criança levou um tombo, ela está muito chateada, os pais podem começar com "ah, oh" para transmitir "estou aqui com você". Mas depois eles podem acrescentar: oh, estamos bem?

Eles oferecerão algo mais, para que a experiência da criança com a angústia e a capacidade de regulá-la cresçam. Os terapeutas fazem isso e os pais fazem muito isso adicionando ritmo. Então, às vezes, as pessoas chegam ao tratamento e estão tão perturbadas ou traumatizadas que não conseguem descrever fluentemente o que estão sentindo. Elas podem gritar, podem ficar em silêncio e sussurrar uma palavra aqui e ali. E então o terapeuta habilidoso realmente ouvirá com atenção e tentará dar um pouco de ritmo a isso, de modo que, mais uma vez, transmita *estou com você, o que você está dizendo é real e vamos ver se podemos tornar isso mais digerível*. Os pais fazem isso com bebês o tempo todo. Eles também acrescentam entonação ascendente, bem no final de uma frase, o que é muito importante e muito útil clinicamente como forma de abertura. Assim, por exemplo, alguém pode vir à terapia sentindo-se incrivelmente sem esperança. Então, a correspondência seria refletir que *a vida tem sido impossível. Certo?* Quero dizer, como estar realmente com alguém sem esperança.

Pilar Jennings 38:53

E então é difícil, não é mesmo? Ficar sentado com isso... Essa impossibilidade? Meio que acrescentando um pouco, mesmo que seja apenas por meio da entonação: ah. Aí está a curiosidade. Como é essa impossibilidade? Eles também fazem isso enfatizando uma determinada palavra ou alongando, certo? Isso também é interessante, porque,

novamente, muito de nossa experiência efetiva é sentida, mas não é realmente mentalizada, não é pensada. Portanto, quando um terapeuta pode fazer uma pausa, voltar e realmente enfatizar, por exemplo: desesperança, uf, está abrindo mais espaço para ela, não para intensificá-la, mas de certa forma está dizendo: “Hmm, talvez possamos digerir isso, talvez haja espaço em nossa mente para isso”. É muito útil para a regulação da angústia, mas também para expandir um senso de alcance efetivo. É interessante, eu estava pensando em raiva porque até mesmo se alguém está com raiva, se alguém começar a explorar isso, pode mudar para humor ou brincadeira com o tempo. “Eu sou a pessoa mais furiosa, poderia matar minha esposa. Não o farei.” Só para ajudar alguém a começar a imaginar que há mais aspectos aqui que podem ser acessados.

Então, resumidamente, porque eu adoraria ouvir suas opiniões, como mencionei e como vocês têm aprendido, o rosto é tão central em nosso desenvolvimento. E está muito ligado ao nosso senso de identidade e à nossa relação com as emoções. Está diretamente ligado ao fato de nos sentirmos vistos e de sermos vistos. Os bebês estão ansiosos, famintos pelo olhar facial. E isso os ajuda a começar a construir um senso de realidade, a construir um sentimento de que são reais, porque quando o bebê vê o rosto do cuidador ele está vendo a si mesmo, certo? E isso se torna realmente central para a experiência crítica de organização do desenvolvimento da personalidade do bebê. E vocês podem imaginar, se os pais desviam o olhar com frequência ou olham com sentimentos difíceis que o bebê ainda não consegue entender, como isso pode ser incorporado à narrativa de si mesmo.

Portanto, os rostos são muito poderosos na regulação da emoção e da excitação, e é por isso que os terapeutas trabalham muito somaticamente. Tendemos a usar bastante nosso rosto, pois estamos tentando transmitir muita coisa. E isso é árduo. Essa é uma das razões pelas quais Freud criou a noção de pacientes reclinados, porque estava se tornando demais para ele, que queria ser capaz de realmente relaxar na experiência.

Atualmente, muitos clínicos contemporâneos gostam desse modelo porque, de certa forma, ele permite que tanto o paciente quanto o clínico não se preocupem muito em usar o rosto. Poder olhar e se conectar, mas também poder relaxar.

Pilar Jennings 43:31

Então o rosto, o eu e o outro. Encontrei esta foto e a achei interessante porque a criança está subindo nesta árvore divertida e parece que ela está coberta de luzes. Há muito a descobrir, mas ela está olhando para quem está tirando a foto. E agora sabemos, com base em muitas pesquisas, que as crianças aprendem o que sentir com o rosto de quem cuida delas. Houve um experimento muito interessante, chamado de experimento do penhasco, em que eles basicamente colocaram bebês em uma mesa de vidro. Na extremidade da mesa, há muitos brinquedos divertidos, mas parece que o bebê vai cair de um penhasco. E todos os bebês olhavam de volta para o cuidador para ler a resposta dele. E, sem exceção, se o cuidador parecesse animado, eles não diziam nada, os bebês apenas transmitiam os sinais faciais. Se os cuidadores pareciam ansiosos ou assustados, eles paravam. Portanto, essa é apenas outra maneira de entender o quanto somos relacionais, mas também o quanto estamos inseridos em uma experiência somática de relacionamento.

Falarei mais sobre a linguagem em outra ocasião, pois isso vai nos tomar um tempo. Mas é outra maneira de dizer que realmente precisamos do brilho nos olhos de outra pessoa para gerar bons sentimentos sobre nós mesmos e também entusiasmo sobre o mundo. A maioria de nós não consegue fazer isso por conta própria. E é por isso que precisamos de mentores.

No início da vida, se não houver reconhecimento facial suficiente, esse reflexo facial, o que pode acontecer com o passar do tempo, é que a criança em crescimento começa a se sentir não muito real. Clinicamente, descreveríamos isso como despersonalizado. Não consegue sentir os pés no chão, não consegue se encontrar porque não foram capazes de se encontrar e o olhar do outro também pode criar a desrealização. Como se essa criança não fosse mais capaz de sentir que está fazendo contato com o mundo, suas mãos não estão encontrando a árvore. Então realmente precisamos nos sentir encontrados no rosto do outro, é assim que estamos corporificados.

Pilar Jennings 46:30

Achei que isso poderia ser interessante. Se houver tempo para mostrar a vocês, e muitos de vocês provavelmente já viram isso, e eu posso até ter mostrado esse vídeo em outra aula, mas há um vídeo famoso chamado “O experimento do rosto imóvel”. Ele trata da vida emocional do bebê. Mas ele também exemplifica o quão poderoso é o rosto.

Vídeo 47:15

Esses bebês são extremamente sensíveis às emoções, à reatividade e à interação social que recebem do mundo ao seu redor. Isso é algo que começamos a estudar há 34 anos, quando as pessoas não acreditavam que os bebês pudessem se envolver em interação social. E esse experimento ainda está em fase, mas a mãe se senta e brinca com o bebê de aproximadamente um ano de idade. Ela cumprimenta o bebê e ele a cumprimenta de volta. O bebê começa a apontar para diferentes lugares do mundo, e a mãe tenta envolvê-lo e brincar com ele.

Eles estão trabalhando para coordenar suas emoções e suas intenções quando querem fazer algo no mundo. E é a isso que o bebê está acostumado. Depois, pedimos à mãe que não respondesse ao bebê. O bebê percebe isso muito rapidamente e usa todas as suas habilidades para tentar reconquistar a mãe. Ele sorri para a mãe, aponta porque está acostumado com a mãe olhando para onde ele aponta, o bebê coloca as duas mãos na frente dele e diz o que está acontecendo? Por que não estamos fazendo?

Vídeo 49:55

Controle da postura, experiência de angústia depressiva. É sempre... É um pouco como “O bom, o ruim e o feio”. O bom são as coisas normais que acontecem e que todos nós fazemos com nossos filhos. O ruim é quando algo ruim acontece, mas o bebê consegue superar. Afinal, quando você interrompe o rosto parado, a mãe e o bebê começam a brincar novamente. O feio é quando você não dá à criança nenhuma chance de voltar ao bom, não há reparação e ela fica presa nessa situação realmente feia.

Pilar Jennings 50:52

Então, há muita coisa acontecendo nesse vídeo curto. Certo? Quero dizer, certamente vocês estão vendo um exemplo no início de um bebê com apego seguro que claramente desfrutou dessa interatividade interna. E é por isso que o bebê está apontando, o bebê sabe que a mãe pode manter em sua mente o que o bebê está sentindo, mas ainda não consegue articular. E então, tudo o que a mãe faz é ficar com o rosto neutro. Ela não grita, não tensiona. Ela não é violenta. Ela simplesmente para de expressar por meio de seu rosto que consegue ver o que o bebê está sentindo. Às vezes, as pessoas sofrem de forma aguda, não porque tenham sido prejudicadas de forma evidente ou violenta, mas porque perderam a conexão com alguns cuidadores que estavam lá e foram afastados por todos os tipos de motivos. Mas o sentimento de ser amado é profundamente impactante.

Sim. Por fim, gostaria muito de ouvir suas opiniões. Considerando tudo o que estamos falando, vamos ver aqui eu queria apenas mencionar as implicações para o trabalho remoto. Por isso, quando Janina esteve conosco, fiquei curioso para saber o que os clínicos têm a dizer. Como estamos refletindo sobre o impacto em nosso trabalho? Mais uma vez, estaremos aprendendo por muitos anos. E eu não tenho respostas, mas talvez algumas perguntas... Como podemos continuar a ser uma presença corporificada e convidar uma participação mais plena do paciente quando estamos trabalhando remotamente? E uma maneira de fazer isso é perceber se os pacientes estão lendo o rosto do terapeuta, porque algumas pessoas que têm alguma frustração no desenvolvimento ou trauma aprendem cedo na vida a ler rostos de forma vigilante, em vez de serem capazes de relaxar, desfrutar e até mesmo usar o rosto do outro.

E esse é outro motivo pelo qual alguns clínicos apreciam o valor da reclinção do paciente para que, de certa forma, ele tenha a oportunidade de ter uma experiência íntima com outra pessoa, sem ler os sinais faciais. E, talvez, apenas para pensar se há um excesso de contato face a face. Pode haver alguma superestimulação e a qualidade da interação face a face quando estamos trabalhando remotamente? Porque os bebês e os pais que estão em sintonia fazem isso muito naturalmente, eles fazem a passagem, certo? Eles desviam o olhar, reservam um tempo para realmente relaxar na presença do outro. Mas com o nosso mundo Zoom e o nosso mundo FaceTime, eu me pergunto se isso é algo em que precisamos pensar, para que possamos realmente

ajudar nossos pacientes a trabalhar remotamente e realmente conseguir relaxar e chegar mais plenamente.

Sim, diferentes maneiras de fazer isso corretamente, talvez sentando mais longe de nossos dispositivos ou ocasionalmente fazendo reuniões por telefone, convidando as pessoas a desviar o olhar sempre que precisarem ou quiserem. E para ficarem curiosas, certo? Será que tanto o paciente quanto o terapeuta conseguem sentir a presença corporificada do outro quando estamos trabalhando remotamente? Tenho certeza de que, às vezes, isso acontece. E se não for, como o contato intermitente pode apoiar o tratamento? Se for possível, essas não são sugestões, mas apenas uma curiosidade que tenho. E há pacientes que podem se sair muito bem trabalhando remotamente e outros que talvez precisem de tratamento presencial? Novamente, essas serão perguntas sobre as quais pensaremos e tentaremos entender.

E, talvez, por fim, há novas maneiras de promover a segurança e a confiança quando estivermos trabalhando remotamente? E provavelmente haverá muitas maneiras de fazer isso, algumas que me vêm à mente são a possibilidade de trabalhar consistentemente no mesmo espaço. Assim, estamos construindo a estrutura e a maneira como costumávamos fazer antes da COVID. Basicamente, as pessoas sabem o que vão ver e como será o ambiente. Mas também convidar os pacientes a trabalhar em um local, se for consistente, é ótimo, mas pelo menos lhes oferece privacidade e contenção. Porque acho que essa noção de co-regulação corporificada foi desafiada pela COVID. Com mais e mais pessoas conduzindo suas sessões de terapia. Sabe, no parque, na Starbucks, no ônibus, no táxi. E pode ser difícil ter realmente as condições necessárias para fazer um trabalho mais profundo. E talvez por último, as verificações regulares: como estão indo? Como estão se sentindo? O que está funcionando? E o que não está funcionando? Não, vocês estão sentindo que estamos chegando a algum lugar? Estão se sentindo encontrados? E se não estiverem, o que podemos fazer a respeito?

Eu adoraria ouvir de vocês, ver o que isso está mexendo, alguma pergunta, alguma reflexão?

Chris (aluno) 58:24

Obrigado por isso. Há um artigo sobre como ajudar os pacientes a se tornarem mais conscientes de sentimentos que eles rejeitaram, por exemplo, quaisquer razões que lhes foram dadas ou crenças que eles têm desde a infância, como, por exemplo, eles não devem ficar com raiva ou tristes, ou qualquer um desses sentimentos é muito prejudicial para os pais. Então, por um lado, há o lado intelectual, como se eles pudessem chegar a isso, e foi útil, como no artigo, perceber que “mãe não pode tolerar isso, então, eu não mostro isso”, além da compreensão intelectual de que é por isso que se desligam de certos sentimentos, como podemos voltar a trazê-los de volta para a superfície?

Pilar Jennings 59:39

Sim, obrigada, Chris. De certa forma, é por isso que os analistas intersubjetivos e relacionais usam o relacionamento como o principal veículo para a cura, para que o paciente possa ter uma nova experiência com o terapeuta se estiver furioso, para sentir que o terapeuta pode lidar com isso e permanecer curioso e trabalhar com isso e modulá-lo, ou se estiver suicida ou desesperado. Ficar e realmente transmitir que isso não é tóxico demais. Não é tóxico demais para a díade e não é tóxico demais para a pessoa. Portanto, essa é uma das razões pelas quais se deve realmente transmitir a profundidade do que se sente para que a pessoa se sinta unida, repetidamente. Mas depois oferecer outra coisa, é aí que a diferença se torna importante. Porque, em geral, as duas pessoas precisam ter a oportunidade de sentir que o que quer que seja pode ser expresso com segurança e que a última palavra não é dela. Que eles não serão engolidos pelo desespero ou queimados pela raiva, que é provavelmente o medo inconsciente se eles estiveram em um relacionamento com alguém que não tolerava isso.

Chris 1:01:19

Como foi isso, quanto eles podem empurrá-lo para baixo? Não sei se é possível responder a isso, mas será que pode ser assim tão fora de sua consciência, que é quase impossível alcançá-lo? O que estamos fazendo quando não nos permitimos sentir tristeza ou conter as lágrimas?

Pilar Jennings 1:02:09

Sim, pode ser muito lento, se as defesas estiverem entrincheiradas e poderosas contra o acesso direto a determinados sentimentos, porque as defesas, em sua maioria, ocuparão o espaço e o trabalho. Assim, os clínicos primeiro exploram empaticamente a defesa. e observariam: *esse foi um momento assustador quando perguntei sobre sua mãe ou sua esposa, seu filho. E posso ver que talvez tenha parecido muito difícil.*

Primeiro conscientizar a defesa, ajudar alguém a vincular a defesa atual às suas origens. É aí que entraria a análise, de forma empática e centrada no coração, tentar ajudar a pessoa a pensar por que está se defendendo, mas não de uma forma intelectual ou teórica, apenas uma maneira de formular e depois voltar à emoção. Algumas pessoas ficam tão divididas que é muito difícil. É muito difícil voltar aos sentimentos que se separaram. Tem de haver alguma disposição, tem de haver alguma parte do paciente que esteja disposta a fazer o trabalho traiçoeiro.

Esse é outro motivo pelo qual a paciência é realmente útil. Devagar e sempre vence a corrida.

Fiona Brandon 1:04:05

E talvez eu acrescentasse, Pilar, você já falou antes sobre a importância de, às vezes, falar para a parte que hesita em sentir a tristeza ou a raiva, de oferecer ao cliente: *isso estaria bem, se eu falasse para essa parte ou apenas vocalizasse essa parte para ela?* Para ajudá-la a se reconectar com a tristeza e a raiva, que nós desempenhássemos esse papel e permitíssemos que ela acessasse isso e visse que não é uma coisa terrível. Meu terapeuta está falando a partir desse coração em mim e ajudando-os a se conectarem.

Zack (aluno) 1:05:07

Ainda estou pensando no cliente do Chris e no tipo de modelo de trauma que o capítulo descreveu, que tem a ver com a sintonização, em vez de um evento ou eventos que são psiquicamente avassaladores, embora eu tenha certeza de que eles se

cruzam. Mas apenas o senso de demanda com o qual o Chris está trabalhando, e acho que estou lembrando de alguém com quem trabalhei, que era como se a raiva dele estivesse tão disponível e emergisse tanto, mas a sensação de que ele simplesmente não tinha compartilhado as emoções e as resolvido, dado sentido a elas e as mantido, etc., etc., etc. Mas esse capítulo realmente pareceu descrever esse processo de maneira excelente.

Pilar Jennings 1:06:12

Porque, quando você pensa sobre o quanto aprendemos sobre sentimentos e quanto tempo leva, se tivermos alguém que esteja em sintonia, mesmo que intermitentemente, aprendemos a nomear os sentimentos e, especialmente, as nuances dos sentimentos que aprendemos, certo? Aprendemos a tolerá-los. Aprendemos a expressá-los aos outros. Ou seja, é bastante complexo. E se nada disso estiver disponível, então o que você acaba tendo é um efeito bruto. Isso é, novamente, apenas sofrido, mas não é mantido na mente. Portanto, no que diz respeito à questão da Fiona, os terapeutas vão simplesmente usar a mente para mostrar “estou sustentando esse desespero”. Estou pensando no vídeo de Chris Germer. Nesse caso do paciente suicida, o clínico habilidoso não ficaria muito apavorado. Isso se aproximaria da realidade: *a vida pode ser insuportável* e mostraria que *não há nada de vergonhoso nisso. Você não está sozinho, eu vou estar com você e vamos enfrentar isso juntos.*

Fiona Brandon 1:07:41

Eu diria que, para alguns clientes que demonstraram sua raiva em relação a mim ou que estavam com raiva de mim, achei muito útil dizer: “Ah, você está realmente com raiva de mim? Eu entendo. Não funcionou. Realmente, senti falta disso, é muito útil para mim saber, é ótimo. Podermos...?” para que, mais uma vez, seja como se fosse uma experiência corretiva. É uma experiência diferente. Eu não os envergonhei. Não fiquei na defensiva. Apenas fiquei curiosa. E assim, sabe, certo. É sempre em momentos diferentes da terapia que isso pode funcionar. Mas isso tem sido poderoso. E posso ver os clientes pensando: “O quê?”, e então a excitação diminui, porque estou convidando-os a me dizer o que exatamente não deu certo, o que estava acontecendo.

Pilar Jennings

Sim, isso é ótimo. Então é tanto abrir quanto conter. Há muito espaço aqui para a raiva e, por causa da curiosidade, ela fica mais segura. Outras perguntas ou comentários?

Jônatan (aluno) 1:09:11

Então, não tenho certeza, acho que foi nesse conjunto de leituras que havia uma citação de Terence: nada humano é estranho para mim. E, enquanto você falava, essa frase me chamou a atenção. E isso me fez pensar na responsabilidade dos terapeutas de estarem realmente em contato com sua própria vida interior, em grande medida, para poderem aceitar tudo, porque nos encontramos nessas situações muito desencadeantes. É uma maneira muito humana de abordar o tratamento, eu realmente adoro isso, adoro a maneira como essas linhas sobre o... não me lembro como você colocou, mas a necessidade de sermos encontrados, um sentimento de que precisamos ser encontrados. Desculpe-me, eu sei que estou citando-a erroneamente aqui. Mas você também disse para ser o brilho nos olhos de outra pessoa. Isso é lindo. Mas é uma grande responsabilidade para alguém ser capaz de se sentar com tudo isso e saber em si mesmo, nós também temos esses lugares em nós mesmos. Essa é a minha reflexão.

Pilar Jennings 1:10:40

Muito bom. Muito obrigada, Jonathan. Outros pensamentos, perguntas? E esses últimos cinco minutos?

Mary (aluna) 1:11:06

Isso remete ao que você estava falando sobre o impacto de não nos encontrarmos pessoalmente. Você fez várias observações excelentes sobre estar on-line, mas fiquei realmente impressionada quando você falou sobre o rosto ser o elo direto com o sentimento e o retorno ao contato pessoal, o que é maravilhoso em alguns casos, mas muitas vezes é preciso usar máscaras. E, por exemplo, quanto do rosto está acima do

nariz? Quero compartilhar como é difícil... Agora, ou é uma tela ou apenas metade de uma expressão completa. E ainda estou tentando, se alguém tiver alguma coisa para compartilhar sobre como eles trabalharam com isso ou qual foi a experiência deles, porque realmente sinto falta dessa presença completa.

Pilar Jennings 1:12:22

Sim, muito obrigada, Mary. É interessante. Quando tive minha primeira sessão presencial em que ambos estávamos usando máscaras, porque o paciente estava com resfriado. Tenho perguntado, ao retomar algumas sessões presenciais, *pedi que todos fizessem um teste pela manhã antes de vir me ver, e fiz isso também. Se houvesse algum sintoma, nós nos encontraríamos remotamente. Então, tive sessões com pessoas sem máscara, mas com esse paciente, acho que devido à confiança que já havíamos construído...no início foi muito estranho, pois foi minha primeira experiência com um paciente usando máscara.*

Mas depois percebi que, por meio de nossos olhos, de nossos corpos, estávamos realmente encontrando o caminho para falar sobre algumas coisas que talvez fossem impossíveis de falar sem a máscara, porque eram muito expostas. Portanto, havia algo sobre a segurança de estarmos juntos, mas também sobre a ocultação das máscaras que, creio eu, permitiu que algum material novo viesse à tona. Mesmo assim, é uma questão interessante. Talvez seja melhor perguntar ao paciente como é estar comigo enquanto estou usando uma máscara? Só para mostrar isso.

Natalia (aluna) 1:14:26

Olá. Apenas comentando a pergunta da Mary. Muitas vezes, pergunto ao cliente se ele se sente à vontade para sorrir e baixar a máscara no queixo por alguns minutos. É muito bom ter esse tipo de envolvimento do nervo vago ao compartilhar um sorriso.

Pilar Jennings 1:14:57

É adorável. Sim, podemos ser criativos aqui.

Fiona Brandon 1:15:06

Sim, eu diria que, nessa linha de ser criativo e descobrir isso, há alguns de meus clientes que fazem terapia no trabalho. E eu os informo e pergunto: “Como está indo a terapia do trabalho?” Normalmente, eles estão em algum lugar, não estão apenas em um lugar aberto ou na sala de reuniões ou algo assim. Quer dizer, eles encontram um espaço bem reservado. Mas, às vezes, posso vê-los olhar para cima porque alguém passou pela janela, e tenho alguns clientes que mudamos o horário deles, para que possam fazer isso de casa. Porque o fato de estar ciente disso... quando é o ambiente de trabalho, se seus clientes estão trabalhando, eles estão sentindo e como isso pode estar afetando a capacidade deles de estarem realmente abertos à terapia no trabalho?

Pilar Jennings 1:16:06

Estou muito feliz por termos passado esse tempo juntos. Vamos continuar a conversa.