

Mitodrama – Fio condutor de um caso clínico

Mitodrama – Common thread of a clinical case

Mitodrama – Hilo conductor de un caso clínico

Leila Dittmar Moreira

GAYA – Centro de Psicologia Ltda.

e-mail: leiladittmar04@gmail.com

Resumo

Um paciente proveniente de vários atendimentos psiquiátricos queixava-se de dores intensas na região lombar que o impediam de trabalhar. No atendimento psicoterápico, o tema protagônico surgiu por meio do símbolo de “uma grande cobra que o envolve, aperta e comprime”, o qual resolvemos pesquisar utilizando o conceito de mitologema abordado por Maciel. Essa teoria nos levou a conhecer a dinâmica do paciente e a desvendar seus “complexos afetivos” por meio dos mitos revelados. Pela inversão de papéis, ele pôde trazer seus antigos sentimentos de rejeição, culpa e medo. O acompanhamento das sessões seguiu o enredo mítico apresentado nas entrelinhas da queixa, o que facilitou sua experiência de viver o mito de forma consciente e voluntária.

Palavras-chave: mitodrama, mitologema, complexos afetivos, psicoterapia

Abstract

A patient who came from various psychiatric care complained of intense pain in the lower back that prevented him from working. In the psychotherapeutic care, the nuclear theme appeared through the symbol of “a great snake that surrounds, tightens and compresses”, which we decided to research using the concept of *mitologema* approached by Maciel. This theory led us to get to know the dynamics of the patient and to unveil his “emotional complexity” through the revealed myths. By role reversal, he could bring his former feelings of rejection, guilt, and fear. The follow-up of the sessions tracked the mythical plot between the lines of the complaint, which facilitated his experience of living the myth in a conscious and voluntary way.

Keywords: mitodrama, mitologema, emotional complexity, psychotherapy

Resumen

Un paciente proveniente de varias atenciones psiquiátricas que se quejaba de dolores intensos en la región lumbar que le impedían trabajar. En la atención psicoterápica, el tema protagónico

surgió por medio del símbolo de “una gran serpiente que lo envuelve, aprieta y comprime”, lo que resolvimos investigar utilizando el concepto de mitologema abordado por Maciel. Esta teoría nos llevó a conocer la dinámica del paciente y a desentrañar sus “complejos afectivos” a través de los mitos revelados. Por la inversión de papeles, él pudo traer sus antiguos sentimientos de rechazo, culpa y miedo. El acompañamiento de las sesiones siguió el enredo mítico presentado en las entrelíneas de la queja, lo que facilitó su experiencia de vivir el mito de forma consciente y voluntaria.

Palabras clave: mitodrama, mitologema, complejos afectivos, psicoterapia

JUSTIFICATIVA

O objetivo deste trabalho é compartilhar um atendimento realizado em nosso consultório no qual foi utilizado o Psicodrama como técnica psicoterápica. O tema protagonico surgiu de um *símbolo* trazido pela narrativa do paciente, que correlacionamos com o conceito de *mitologema* (soma dos elementos antigos, transmitidos pela tradição), e que nos dispusemos a pesquisar, por meio do Mitodrama, uma construção realizada por Corintha Maciel (2000) que faz uma junção entre o Psicodrama de Moreno, a Psicologia Simbólica de Jung e a Mitologia Grega.

Nessa proposta, viabilizou-se o conhecimento do enredo mítico apresentado nas entrelinhas da queixa do paciente, facilitando sua experiência de viver o mito de forma consciente e voluntária. Essa teoria nos serviu de guia para conhecer a dinâmica composta da narrativa simbólica do paciente, configurando um verdadeiro desafio para conseguir desvendar seus *complexos afetivos* por meio dos mitos revelados, ingredientes vitais da humanidade encontrados em todas as culturas.

Utilizamos o psicodrama bipessoal – abordagem terapêutica que não faz uso de *egos auxiliares* e que, atendendo apenas um paciente de cada vez, configura uma relação bipessoal (paciente/terapeuta), o que diferencia, segundo Cukier (1992, p. 17), do “Psicodrama de Moreno, que consistiu em sua maior parte de atos terapêuticos, e não de terapias processuais”, tal qual realizamos hoje em dia. Por isso, neste trabalho queremos expressar nosso respeito pelo manancial de *manejos terapêuticos* que nos foi legado, principalmente, por ter nos estimulado a usar nossa espontaneidade para criar a partir daquilo que ele produziu.

CONDUTA MÉDICA

O paciente foi encaminhado ao psiquiatra com dores intensas na região sacro-ilíaca, apresentando-se muito estressado pela limitação na coluna, porque trabalha sentado (é programador). Achava que é uma “*inflamação*” e “*tem medo de não sarar*”. Com pensamentos negativos, acreditava que sempre “*os médicos vão lhe dar uma notícia ruim*”. Chorava muito, sentia-se angustiado. Afirmava que não conseguia ficar muito tempo em pé porque as dores aumentavam. Tinha muitas dúvidas, queria “*voltar a ficar sarado*” (*sic*). Achava que seu problema tinha relação com a morte da primeira esposa. Após um ano com dores na coluna, “*achava que ia morrer, ou até demorar para morrer*”. Tinha passado por três internações em um hospital psiquiátrico nos Estados Unidos. E dizia que “*quer sarar para cuidar de sua segunda esposa e quer ser um homem normal*”.

O exame físico revelou aparência física normal, pressão arterial de 120/90, e o paciente foi diagnosticado, pelo CID-10, como portador de transtorno doloroso somatomórfico persistente (F.45.4).

ANAMNESE DO PACIENTE

Paciente de 51 anos, sexo masculino, nascido na Alemanha, onde viveu até os sete anos, quando os pais americanos voltaram a morar nos Estados Unidos. Fez faculdade na Alemanha e lá conheceu uma moça natural da Islândia com quem ficou casado por 15 anos. Tiveram três filhos, que atualmente são maiores e residem nos Estados Unidos. Viveu durante dez anos na Islândia com a família da esposa, mas, em decorrência de um câncer no cérebro, ela veio a falecer. Relatou minuciosamente os cuidados dispensados a ela durante essa fase terminal, ressaltando as dificuldades que enfrentou com a doença, a morte, o velório e o enterro, expressando sua dor, sua culpa, seu remorso, enfim, uma mistura de sentimentos conflitantes que o afligiam até aquele momento e que acreditava ser uma parte de seu problema.

Há cinco anos, está casado com uma brasileira que, a seu ver, é uma “*pessoa muito boa*”, dinâmica, que tem cuidado bastante dele. Foi ela que o obrigou energicamente a procurar ajuda médica e psicológica. Por se tratar de uma pessoa muito objetiva e firme em suas decisões, “*ele se percebe um fraco*”. Contou que seu pai (de descendência polonesa) era militar e lutou na Guerra do Vietnã por duas vezes; nesse período, afirmou que “*sofreu muito com sua ausência*”, “*sentia-se abandonado*”, pois a mãe (irlandesa), muito jovem, passava para os filhos sua insegurança, seus temores e sua ansiedade por criá-los sozinha, sem apoio da família. Ela era muito rígida, fruto de uma cultura extremamente autoritária e apoiada em uma moralidade religiosa severa. Segundo o paciente, poloneses e irlandeses não se misturam por conflitos culturais e religiosos.

RESUMOS DAS SESSÕES

Primeira sessão

Encaminhado para terapia, o paciente chegou ao consultório queixando-se de um incômodo na região lombar (sacro-ilíaca) que irradiava pelo abdômen, provocando-lhe dores intensas que o impediam de trabalhar (exerce suas atividades em casa, sentado diante de um computador, pois é tradutor e programador de *softwares*). Achava que “*tinha perdido o controle de sua vida porque não podia mais ganhar dinheiro*”, sentia-se angustiado, incapaz, e dizia que “*queria ter uma vida normal como era antes*”. Contou que, por diversas vezes, “*teve ideias suicidas por ser insuportável o que estava vivendo*”. Havia feito vários exames, até mesmo ressonância magnética; estava tomando “*medicação muito forte*” e foi-lhe indicado repouso absoluto, com prognóstico de melhora somente a longo prazo, o que ele não se conformava. Insistia que “*queria ter uma vida normal*”, falava que estava muito confuso e demonstrava muita ansiedade. Trazia para a sessão uma almofada de borracha, redonda e inflável, que colocava no sofá da sala para se sentar, mas não permanecia por muito tempo sentado. De pé com as mãos nas costas (região sacra da coluna), verbalizava sobre seu problema chorando muito, repetindo várias vezes que “*se sentia um fraco*”. Indagado se identificava de onde viria essa afirmação, lembrou-se das acusações de sua mãe quando ele era pequeno, diferenciando-o de seus irmãos. Nessa sessão, procuramos acolhê-lo em sua dor física e psíquica, instilando esperança no tratamento e tentando explicar que muitos de nossos sintomas físicos são

decorrentes de conflitos psicológicos que não conseguimos elaborar e que, somatizados, originam aquilo que conhecemos como *doença*. Fizemos o contrato terapêutico e explicamos a metodologia da terapia adotada.

Segunda sessão

Convidamos o paciente a adentrar o espaço terapêutico (palco), reafirmamos o sigilo e procedemos ao aquecimento específico, rememorando aspectos relevantes de suas narrativas na sessão anterior e focando na “dor” e na região em que ela se manifestava. Pedimos para que ele maximizasse a dor e explicasse o formato de como ela se apresentava em seu corpo. Imediatamente, o paciente trouxe o símbolo de “*uma grande cobra que o envolve, aperta, comprime*”, causando-lhe “*mal-estar, pânico*”. Solicitamos, então, que incorporasse o papel da cobra. Começou a narrar que ela havia se instalado nele desde os três anos, trazendo-lhe dois sentimentos muito fortes: rejeição e medo (pânico). Ao afirmar isso, ele entrou em um campo tenso enquanto pronunciava frases de acusação; ao lembrar que a “cobra” é o símbolo do mal, da transgressão, ele se condenava.

No momento de compartilhar, afirmou ter ficado impressionado como havia entrado no papel, ao mudar a entonação da voz e ao expressar a “própria maldade”, o que o possibilitou viver concretamente esse sentimento pelo qual se sentia repellido. Conseguiu, por meio das técnicas utilizadas (duplo/espelho/inversão de papéis), tomar consciência de que realmente havia uma emoção reprimida que o conduzia ao pânico. Sentiu-se muito cansado após essa dramatização, e a sessão foi encerrada. Nessa perspectiva, ele passou a confiar no trabalho terapêutico e prometeu voltar porque acreditava que a “cobra” precisa falar mais!

Após essa sessão, fomos buscar na literatura uma orientação para encontrar o *fio condutor* que pudesse nos levar à compreensão dos mecanismos utilizados pelo psiquismo do paciente para suportar os complexos, os quais produziram o recalque como uma defesa e criaram um processo adaptativo capaz de impedir a consciência dos fatos, a ponto de impedir o elo do conflito que reprimiu a emoção, tornando-a inconsciente e transformando-a em sintomas.

Terceira sessão

Apoiados nesses conceitos e amparados pelas técnicas psicodramáticas, ficamos mais confiantes para ajudar o paciente. Na terceira sessão, estava mais animado, com evidente melhora de suas dores. Fizemos um processamento da sessão anterior, tentando integrar seu desempenho e os achados teóricos, o que lhe despertou o interesse em compreender o que se passava com ele, pois era uma pessoa muito racional e detinha um vasto conhecimento geral.

Nesse clima, trouxe como conteúdo para a sessão alguns episódios de sua vida, com os quais ele havia feito um elo com o que ocorrera na sessão anterior. Impressionado ainda com a “cobra”, focava sempre no lado mau, perverso, ameaçador e transgressor; reportou-se ao episódio bíblico em que Eva foi sugestionada pela cobra, perdendo o paraíso e frisando a percepção de sua nudez. Tentando reverter o foco negativo, lembrei-me de Moreno (1975, p. 95) que afirma que “a grande batalha que o homem moderno tem de enfrentar é contra a conserva cultural, ou seja, a repetição mecânica e vazia de sentido” e que “esforçar-se por alcançar um objetivo imutável foi uma desculpa excelente para o homem renunciar ao seu passado e preferir um fenômeno à sua realidade total”; depois de refletir, declaramos que o visgo da cobra é o antídoto para o próprio veneno e, ainda, que o símbolo da Medicina é a cobra enrolada na vara de Asclépio. Diante dessas colocações, ele pôde perceber, surpreso, outra possibilidade, mais positiva, para o mesmo símbolo, o que o deixou mais à vontade e confiante para trazer outros conteúdos internos que tinham correlação com a própria sexualidade.

Narrou alguns episódios de sua infância em que foi surpreendido por sua “mãe castradora” enquanto manipulava os órgãos genitais, dando vazão a seus impulsos biológicos para obtenção do prazer, e foi severamente repreendido e castigado, o que o fez carregar um sentimento de culpa significativo e um complexo de inadequação, dos quais ele não conseguiu se livrar.

Relatou também que, a partir daí, passou a ter sonhos recorrentes em que acordava sendo “*sufocado, gritando, com a impressão de que ia morrer*”, o que assustava sua esposa.

O trabalho psicodramático dos sonhos foi sugerido por Moreno (1974), em que, em vez de relatar o sonho, o paciente o representa. Wolf (1985) sistematiza as ideias de Moreno e chama de Onirodrama essa forma de trabalho.

Em nossas pesquisas mitodramáticas, passamos a entender que o sonho é o caminho mais familiar e acessível para, ao nos desligarmos da consciência (abaixo da consciência desperta) durante o sono, adentrarmos nas camadas profundas da psique, tornando possível nos transportar a um universo imaginário que pode nos revelar outros conteúdos com muita clareza. Segundo Jung (1986), “o sonho é um teatro em que o próprio sonhador é cena, ator, produtor, autor, público e crítico” (p. 5) ou “um amigo” que nos visita dando-nos informações de como estamos nos conduzindo, ou, ainda, “um repórter” trazendo notícias de nosso lado oculto.

Propusemos ao paciente trabalhar seu sonho, pois, segundo Jung (1986), “a função do sonho é retratar certas tendências da personalidade que são fundamentais e mostrar a verdade e a realidade interna da pessoa” (citado por Maciel, 2000, p. 132). Afirmamos que, por meio desse processo, poderíamos retificar algumas situações e acrescentar outros materiais que estavam faltando na composição de sua história, porque a ação onírica poderia nos mostrar como as figuras míticas – que o perseguiram até então desconhecidas – poderiam fornecer uma metáfora viva de sua situação psicológica, “*alguém que o sufocava*”. E, em vez de fugir desse “perseguidor”, propusemos, por meio da inversão de papéis, a oportunidade de confrontar-se com esse ser que ameaçava destruí-lo.

Durante a dramatização, pudemos conhecer quais necessidades estavam sendo negligenciadas (acolhimento, orientação, apoio) e quais valores antigos precisavam ser reformulados (castigo, punição, revolta). No desenrolar da ação dramática, foi possível fazer uma integração do material trazido de seu passado com seu presente, por meio das informações trazidas sobre sua família de origem que se entrelaçavam com sua vida atual: a condenação de uma mãe castradora *versus* o sentimento de culpa das relações conflituosas com a primeira esposa, que o impediam de viver uma relação harmoniosa no segundo casamento.

Aos poucos foram sendo organizadas no “aqui e agora” as descrições alegóricas que iam sendo verbalizadas, “*tentáculos, lugares fechados e escuros*”, de tal modo que esses motivos inconscientes puderam ser reconhecidos como elementos que concretizavam seus conflitos e ser integrados em termos de consciência racional.

Observando um manejo utilizado por Moreno (1974) citado por Cukier, 1992, p. 62, que consiste em “propor ao sonhador que termine seu sonho da forma que melhor lhe convier”, esse procedimento pôde conduzi-lo a uma profunda catarse em que ele conseguiu realizar a integração das partes doentes e as saudáveis de seu psiquismo, buscando literalmente sua “liberdade”.

Quarta sessão

O paciente esteve ausente durante 15 dias; telefonou ao consultório avisando que ia viajar. Ficamos divididos entre dois sentimentos: se ele havia abandonado a terapia, ou se tinha melhorado tanto a ponto de já se sentir em condições de se ausentar e fazer as atividades que não conseguia há tempos. Passado esse período, retornou dizendo “*sentir-se bem melhor*”. Já

não usava mais a almofada de borracha que trazia para as sessões; havia acompanhado a esposa em uma viagem a trabalho e, aos poucos, estava retomando sua vida normal.

Demonstrava estar mais animado, quase sem dor, menos angustiado, porque estava voltando a trabalhar; com seu raciocínio mais organizado, passou a relatar alguns episódios de sua vida obedecendo a uma sequência linear. Narrou que, na Alemanha, logo que conheceu a primeira esposa na universidade (faziam o curso de Literatura), começaram a ter um relacionamento sexual e ela engravidou. Esse fato só lhe foi comunicado quando ele já havia retornado aos Estados Unidos e residia com uma família de hábitos muito liberais; estava levando uma vida de plena liberdade, totalmente diferente da cultura em que fora criado. Ao saber que a namorada estava grávida, ele propôs que ela abortasse, alegando que era muito jovem, não tinha profissão e achava que era o melhor para ambos naquele momento. Ela ficou “*furiosa*”, não aceitou a ideia e disse que teria o filho de qualquer maneira. Diante disso, ele retornou à Alemanha com o propósito de se casar com ela e criar o filho, por uma “*questão de princípios*”, abandonando sua liberdade. Ela propôs que fossem viver na Islândia, onde moravam seus familiares; nesse retorno, sofreu muita discriminação da família por ela estar grávida sem estar casada e por não ter concluído o curso para o qual havia sido investido o dinheiro da família. Sua escolha de fazer um curso superior era incompatível com os objetivos da família, que era ruralista, trabalhava em fazendas de criação de ovelhas e cavalos e se dedicava ao cultivo da terra. Só sua primeira esposa havia “*destoado*” dos irmãos, que prezavam muito os valores daquele povo, suas crenças e suas origens dos quais muito se orgulhavam. Contou que os irmãos dela eram altos, esbeltos, e ela era a única “*baixinha*”, fato que era atribuído ao pai polonês, detestado pela família da mãe. Além disso, ela voltara sem formação, sem emprego, e o casal tinha que viver às custas do dinheiro da família. Tudo isso acarretou nela um forte sentimento de desvalorização e causou muitos transtornos para o começo da vida conjugal; o paciente denominou o relacionamento uma verdadeira “*tortura*” por causa do ciúme doentio que ela foi desenvolvendo. A vida a dois passou a ser muito tumultuada, com brigas e discussões que culminavam em “*agressões verbais e físicas*”.

Revedo todos esses fatos no decorrer das sessões de terapia, constatou que ela deveria ser portadora de alguma patologia mental, o que já era percebido pelos filhos. Contou que ela era “*hipocondríaca*”, sempre se via como portadora dos mais diferentes tipos de doenças.

Consideramos essa sessão, além de um processamento da anterior, uma reedição dos fatos, bem como uma nova possibilidade de falar das situações de sua vida. O paciente pôde ter uma visão diferente sobre o que lhe aconteceu e entender melhor a realidade atual.

Quinta sessão

Trabalhamos a relação do paciente com a ex-esposa morta, usando como aquecimento específico o retrospecto da sessão anterior por ele ainda trazer arraigado aquele “*fantasma*” que precisava ser extirpado de seu mundo interno. Ele deveria permitir-se sepultá-la para se libertar dos conflitos não elaborados que não lhe deixavam viver de forma saudável.

Usamos a Técnica da cadeira vazia, que propiciou ao paciente confrontar seus conflitos internos (raiva, culpa, remorso) represados na relação com a primeira esposa, materializando sua metáfora. Essa técnica consiste em uma espécie de desempenho de papéis sem ação dramática, em que se coloca uma cadeira vazia na frente do paciente e lhe pede para imaginar estar lá sentada a pessoa com quem tem algo a conversar. O paciente, então, aborda as partes que necessita esclarecer, no caso: a esposa “*furiosa*” e ameaçadora, seu aprisionamento num casamento infeliz, a “*tortura*” da convivência a dois, o comportamento hipocondríaco e a fase terminal que culminou em sua morte.

Por meio do *jogo de papéis* que a técnica propicia, por meio da mudança de posição (ora

ele/ora ela), o paciente foi trazendo suas dores, seus desafetos, suas decepções e o martírio daquela convivência doentia, em meio a um choro quase convulsivo. Utilizamos a *entrevista* para interrogar cada uma das partes confrontadas, auxiliando no diálogo e oferecendo apoio pela proximidade.

À medida que o diálogo foi se desenvolvendo, o domínio da esposa foi se enfraquecendo, a ponto de ele pedir aos prantos para que ela se levantasse e saísse daquele lugar que agora passava a pertencer a ele.

Assistimos à cena em que ela foi embora, e ele passou a tomar posse da própria vida, podendo sentar-se na cadeira para trabalhar, ganhar seu sustento e gozar de sua inteira liberdade.

REFERENCIAL TEÓRICO

Buscamos o olhar do Mitodrama, segundo Maciel (2000), que se baseia nas teorias que fogem da explicação cartesiana que pretende separar corpo e mente como universos diferentes e afirma que o *soma* (corpo) e a *psique* (mente) se desenvolvem de acordo com um padrão natural.

O olhar mitodramático está embasado nos Estágios Mitológicos da Evolução da Consciência e fundamentado nas ideias de Erich Neumann (1990), nas quais o autor relaciona o desenvolvimento da consciência e do ego com os estágios sociomitológicos do antropólogo Johann Jakob Bachoffen a partir do inconsciente coletivo de Jung.

De acordo com essa teoria, o inconsciente é dirigido pelos arquétipos (padrão original, o afeto basal), que são esquemas coletivos inatos acionados quando necessários, da mesma forma, em todos nós, e que fazem parte de uma memória ancestral. Dotados de iniciativa e energia próprias, constituem focos interiores que não são alimentados pela razão ou pelo conhecimento, porque provêm de uma fonte profunda e não estão sob qualquer controle conhecido. Nas mitologias, essas forças eram chamadas de *mana* ou espíritos (demônios ou deuses) e estão ativas hoje como no passado. Sob esse enfoque, todos os eventos psíquicos têm uma correspondência com um padrão arquetípico, pois os arquétipos são as matrizes hereditárias que coordenam a formação de símbolos para a estruturação da psique.

Portanto, os símbolos não são invenções ou criações literárias; fazem parte dos bens inalienáveis do homem, podendo-se dizer até que todo pensamento e toda ação consciente são consequências inevitáveis da simbolização inconsciente. O símbolo é a ponte entre a psique individual e o mundo da mente arquetípica. Como uma linguagem do inconsciente surge em função de um estado de conflito ou desorganização, transformando a energia inconsciente em experiência, Jung (1998) afirma que o símbolo aponta os conteúdos psíquicos que ainda não são conhecidos, e que, no momento em que surge, age e organiza um sentido que tem todas as características de uma evidência.

Está calcada na concepção sistêmica do universo a ideia de que os sintomas podem ser considerados formas físicas de expressão dos conflitos e que, por meio de seu simbolismo, têm a capacidade de informar em que consistem seus problemas. Os paradigmas holísticos e ecológicos e a concepção arquetípica que norteia a psicologia simbólica nos levam à noção do significado de doenças como uma “mensagem” transmitida pelo organismo em resposta a um estado de desequilíbrio.

A perturbação da harmonia manifesta-se no corpo, pois ele é a concretização do inconsciente, em que todas as imagens tentam se expressar, e a “chave” para se compreender a doença; e a cura é aprender a “traduzir” a fala do sintoma, reconhecendo-a como um símbolo que se precipitou no corpo físico.

Desde os antigos gregos, a doença era vista como resultado do desequilíbrio entre o corpo, o espírito e a natureza; e, no Templo de Asclépio, em Epidauro – centro mais avançado

da medicina da Antiguidade –, os pacientes eram incentivados a participar de uma transformação em todos os níveis. A cura só ocorria pela *metanóia* ou pelo restabelecimento da harmonia entre o corpo, a mente e o espírito. “Havia em Epidauro uma comunhão, um elo entre as cerimônias culturais e os rituais” (Brandão, 1988).

A ideia de refazer o caminho é o eixo da experiência mitodramática, pois caminhar com os mitos é o caminho ancestral da relação homem-natureza, que torna possível a recriação do mundo como experiência.

Os passos para a experiência mitodramática obedecem ao esquema de como se processa o desenvolvimento da consciência por meio de diferentes estágios mitológicos, visto que cada um deles é regido por um padrão arquetípico.

Assim, o estágio inicial embrionário denominado “urobórico” tem como símbolo a figura do dragão mitológico (cobra), que engole a própria cauda, e abrange o período que vai desde a fase intrauterina até os primeiros ensaios de relacionamento com o mundo externo, o símbolo do misterioso relacionamento unitário do princípio e do fim. Representa o redondo por meio da figura da mãe. Portanto, a uroboros (*ουροβόρος*) personifica o padrão arcaico e contém o ventre materno e o útero, assim como a união dos opostos macho e fêmea, masculino e feminino, pai e mãe.

Na Mitologia, o redondo, o círculo, a esfera e o ovo são aspectos do “autocontido”, sem começo nem fim, e não se refere a um estágio histórico da humanidade, mas a um estado psíquico em que a mãe e a criança formam um todo, não existindo o ego da criança, pois a fase é de profunda indiferenciação. Assim, o ser que se isola, se arredonda, assume a figura do ser que se concentra em si.

Essa existência do redondo, existência na uroboros, é a auto representação simbólica do estado inicial, mostrando-se tanto na infância da humanidade como na da criança, podendo, ainda, ser observada em estados de comprometimento emocional em que a energia psíquica tenha ficado retida nesse ventre primordial. Jung (1982) explica que esse estado nos mostra alguém que vive para trás, procurando a infância e a mãe e fugindo do mundo mau e frio que não quer compreendê-lo de modo algum.

Ultrapassada essa barreira, a consciência inicia seu processo de desenvolvimento gradual, envolvida pelo arquétipo da “Grande Mãe”, figura mítica que dispensa todos os cuidados de que o ser desprotegido necessita para sobreviver.

O estágio do “Pai” é demarcado pela entrada na consciência de todos os valores e limites que a vida social impõe como normas de convivência. O arquétipo do Pai rompe a simbiose paradisiaca entre a “Grande Mãe” e sua Pequena Cria, abrindo para esta as portas do mundo.

Esses dois estágios vão conduzir o desenvolvimento da consciência de forma natural, acompanhando o processo de maturação biológica. A sucessão dos estágios, porém, não implica o desaparecimento do anterior, estando sempre pronto para entrar em cena quando a situação exigir.

A experiência do ego com essas figuras míticas vai produzir uma tipologia com predominância matriarcal ou patriarcal conforme a história de cada pessoa. E a má elaboração de cada ciclo acarretará fixações em padrões regressivos que se apresentarão como traços patogênicos porque o desenvolvimento natural ficou adulterado.

Como em todas as mitologias, a psique individual não suporta o impacto da energia arquetípica, que precisa ser filtrada pelos *complexos afetivos* apresentados como configurações energéticas análogas ao campo de força dinâmico na física. Dessa forma, o complexo é entendido como um agrupamento de energia com forte carga afetiva em torno de uma imagem arquetípica. Segundo Jung (1981), os complexos originam-se de experiências arquetípicas não só infantis, como propunha Freud, mas também daquelas ocorridas em qualquer época da vida, às vezes de caráter traumático, dolorosas, altamente acentuadas. Podem ser dotadas de tensão e energia próprias, com a tendência de formar uma *personalidade parcial*, podendo apresentar

uma espécie de corpo e uma quantidade de energia específica, produzindo perturbações no coração, no estômago, na pele etc.

Em razão de um conflito, determinado conteúdo carregado de intensa carga afetiva separa-se da consciência e permanece no inconsciente, formando essa “realidade paralela”. Assim, no caso de abusos sexuais e situações traumáticas que envolvem grandes perdas, a lembrança do fato é completamente apagada, permanecendo somente os sintomas.

Todavia, a existência de complexos é um fenômeno natural na psique, indicando que há algo conflitivo e não assimilado que, se for integrado à consciência, pode abrir caminhos para novas possibilidades e realizações.

Por outro lado, na perspectiva da Neurociência (surgida a partir da década de 1990), Jack Shonkoff, diretor do Centro de Desenvolvimento Infantil da Universidade de Harvard, nos Estados Unidos, publicou que “o cérebro da criança depende de experiências e interações para conseguir se desenvolver. Toda interação entre pais e a criança durante esse período terá repercussão futura” (p. 81). Afirma que o organismo tem uma memória biológica e aqueles que vivenciaram situações estressantes, como abuso físico ou emocional, podem ter seu desenvolvimento prejudicado. A experiência negativa ativa o sistema de resposta ao estresse e produz, em excesso, substâncias que se tornam danosas ao organismo. A exposição prolongada ao estresse durante a infância também está relacionada com um maior índice de doenças (derrame, infarto, diabetes, depressão) na vida adulta. O estresse tóxico também ocorre quando a criança recebe cobranças exageradas e ainda não possui maturidade para lidar com suas demandas (Cuminale, 2015).

Um estudo clássico é o do neurocientista americano Charles Nelson, citado por Cuminale (2015, p. 81) realizado com crianças institucionalizadas na Romênia, no qual foi avaliado o impacto desse estilo de vida naquelas que apresentaram problemas neurológicos e doenças infecciosas em consequência da falta de estimulação (sem amor, sem carinho ou atenção) necessária para qualquer bebê. Esse estudo fornece a melhor evidência já obtida de que os primeiros anos de vida constituem um período crucial, no qual a criança precisa receber estímulos, contato emocional e físico; caso contrário, o desenvolvimento será bloqueado, afirma o autor. Como regra, qualquer situação adversa que acontece nos primeiros anos de vida é pior do que as que acontecem depois.

CONCLUSÃO

Finalizamos este trabalho com as palavras de Corintha Maciel (2000), a criadora do Mitodrama, segundo a qual a psicoterapia como processo dialético significa “respeitar as expressões da alma, sem transformá-las em cobrança, tendo o cuidado com ela e dando-lhe permissão para se revelar” (p. 196). Nessa jornada, nossa tarefa consistiu em propiciar ao paciente a oportunidade de apresentar todo o seu material psíquico sem limitá-lo por nossos pressupostos, compreendendo que todos os “aspectos misteriosos” podem se juntar para revelar sua verdadeira identidade.

Nosso cuidado como terapeuta possibilitou-lhe expressar o que estava aprisionado nas metáforas e auxiliá-lo no desvelamento daquilo que se ocultava nos sintomas, possibilitando que os mitos pudessem emergir das profundezas na busca de seu processo de individuação.

REFERÊNCIAS

Brandão, J. S. (1988). *Mitologia grega*. (Vols. I, II e III). Petrópolis: Vozes.

- Cukier, R. (1992). *Psicodrama bipessoal – Sua técnica, seu terapeuta e seu paciente*. São Paulo: Ágora.
- Cuminale, N. (2015). Uma bela sinfonia pueril. *Revista Veja*, 2.408, 81.
- Jung, C. G. (1981). *Fundamentos de psicologia analítica*. Petrópolis: Vozes.
- Jung, C. G. (1982). *Aion: Estudos sobre o Simbolismo do Si-mesmo*. (Vol. IX-2). Petrópolis: Vozes.
- Jung, C. G. (1986). *Símbolos da transformação*. (p. 5, vol. 5). Petrópolis: Vozes.
- Jung, C. G. (1998). *A vida simbólica*. Petrópolis: Vozes.
- Maciel, C. (2000). *Mitodrama – O universo mítico e seu poder de cura*. São Paulo: Ágora.
- Moreno, J. L. (1974). *Psicoterapia de grupo e psicodrama*. Rio de Janeiro: Mestre Jou.
- Moreno, J. L. (1975). *Psicodrama*. (p. 95). São Paulo: Cultrix.
- Neumann, E. (1990). *História da origem da consciência*. São Paulo: Cultrix.
- Wolf, J. R. (1985). *Sonho e loucura*. São Paulo: Ática.

Recebido: 15/06/2018

Aceito: 01/08/2018

Leila Dittmar Moreira. Psicóloga formada pela UFMS Campus Corumbá/MS. Psicodramatista pelo Instituto Gaya. Mestre em Educação pela UCDB. Psicodramatista Didata – Nível 2, com foco psicoterápico, em formação pelo Núcleo de Psicodrama Gaya.