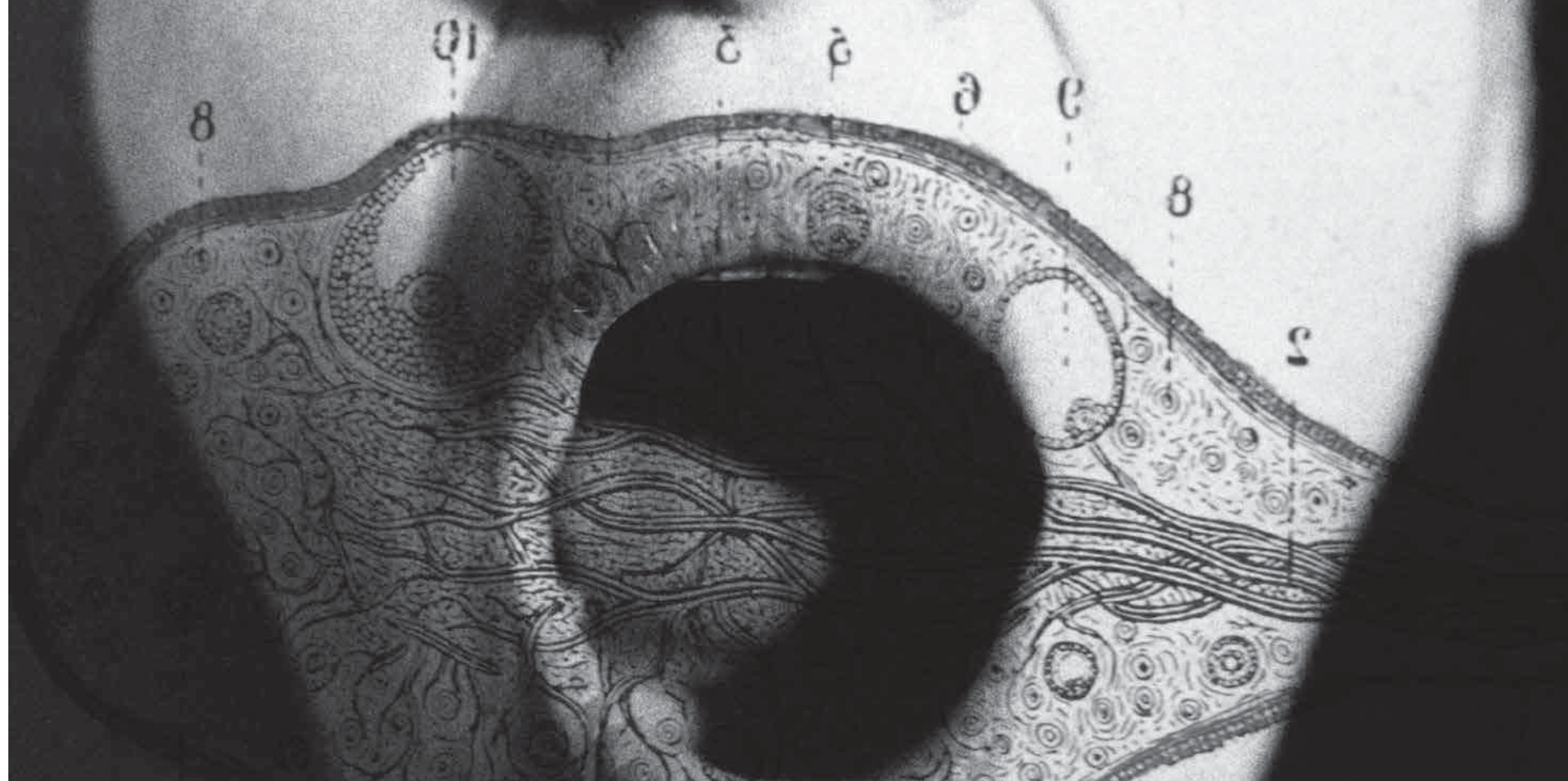


Eva Rotenberg*
Elena Stenger**

Memórias do sofrimento no corpo das crianças



A sintomatologia da criança reflete doença em um dos progenitores, em ambos ou uma situação social, e que é isso o que necessita de atenção.

D. W. Winnicott (1971)

Introdução

Neste texto, queremos compartilhar novos enfoques para o tratamento da patologia psicossomática em bebês, crianças, pré-adolescentes e adolescentes. A partir de 2010, coordenamos a Escola para Pais Multifamiliar no Hospital de Crianças Ricardo Gutierrez¹ junto aos pediatras dermatologistas do serviço de dermatologia.

Organizamos sessões com numerosas famílias simultaneamente, da qual participam mães e pais com seus filhos bebês, crianças, pré-adolescentes e adolescentes com patologias de pele, que às vezes sofrem também –eles próprios ou seus familiares– de outras patologias orgânicas ou psicológicas e psiquiátricas. Tam-

* Asociación Psicoanalítica Argentina.

** Asociación Psicoanalítica Argentina.

1. Chefe de Saúde Mental: Dr. Gustavo Finvarb; chefe de Dermatologia: Dr. J. Máximo; coordenadora: Eva Rotenberg; colaboradoras de Coordenação: Elena Stenger e Dra. Silvia De Francesco.

bém participam residentes de dermatologia, a cátedra de psicossomática do curso de psicologia da UBA e profissionais estagiários provenientes do interior do país e da Espanha, da França e do México, entre outros países.

Os pediatras participantes expressam cada vez mais a necessidade da formação dos médicos em uma concepção integrada de mente e corpo, que também permitiria superar o olhar parcializado das especialidades. Uma família que sofre e não encontra solução encontra-se em uma situação de dilema, que provavelmente terminará com alguém adoecendo ou desenvolvendo algum sintoma.

As crianças, pré-adolescentes e adolescentes que são atendidos no serviço apresentam vitiligo, psoríase, alopecias, acnes severas, e, na maioria dos casos, chegam com dermatites atópicas.

As características socioeconômicas da população hospitalar são variadas; frequentam o hospital famílias de distintas classes sociais e culturais, o que aumenta a riqueza do que é gerado no processo terapêutico. Ao ser um hospital com profissionais muito bons, tem demanda de famílias que vêm da Grande Buenos Aires, de outras províncias e de outros países; não somente da Capital Federal.

Diz Winnicott (1980): “Descobri que o aproveitamento cabal da primeira entrevista me dá condições de enfrentar as dificuldades oferecidas por certa proporção de casos de psiquiatria infantil” (p. 9).

Esse autor também expressa que “pode ser considerado axiomático que, se uma criança ou adolescente ou adulto sofre, algo do seu

sofrimento aparecerá na entrevista, de modo que lhe sejam dadas condições que possam dar lugar à compreensão” (Winnicott, 1991, p. 54).

Apesar de haver pacientes que participam do grupo terapêutico psicanalítico há mais de dois anos e de haver um grupo estável, por outro lado, essa realidade socioeconômica e geográfica reduz, em alguns casos, a possibilidade de intervenção psicoterapêutica a uma, duas ou poucas consultas. Por isso, começamos a resgatar a “consulta terapêutica” de Winnicott, adaptada à teoria e à prática da Escola para Pais Multifamiliar criada por Eva Rotenberg. Foram adotadas a teoria e a técnica da psicanálise multifamiliar do professor doutor Jorge García Badaracco (2000) para a doença mental severa em adultos, mas que, com crianças, incorporou o desenho, o jogo, as teorias e técnicas psicanalíticas sobre a estruturação psíquica e a infância, e sobre a patologia psicossomática, como as de Winnicott, Esther Bick, Didier Anzieu, Arminda Aberastury, Aurora Pérez, Elsa Aisemberg, Silvia Bleichmar e outros autores.

Anzieu (2007) afirma:

A noção de Eu-pele que proponho em psicanálise [...]. Como são formados os envoltórios psíquicos, quais são suas estruturas, seus ajustes, suas patologias, como, por um desenvolvimento psicanalítico “transicional”, podem ser reinstauradas no indivíduo (inclusive estendidas aos grupos e às instituições); tais são as perguntas que me faço e que essa obra tenta responder. (p. 20).

A importância do enquadre ampliado e aberto

A Escola para Pais Multifamiliar é um espaço de disponibilidade que funciona às quintas-feiras sempre à mesma hora, durante o ano inteiro, sem interrupção nem sequer durante as férias.

As famílias sabem que podem ir, já que se trata de um enquadre ampliado e aberto; ou seja que há famílias que frequentam o lugar há dois anos ou desde o começo, e outras que são novas. Não há lista de espera, realidade imperiosa em muitos serviços de saúde mental.

O enquadre que Badaracco chamou de “ampliado”, porque é composto de numerosas famílias, e ao qual Rotenberg acrescentou o conceito de “aberto”, cumpre uma função de disponibilidade, de sustentação para as famílias, de segurança emocional e de respeito. Se alguma família falta em mais de duas sessões, não perde sua vaga, como acontece em outros enquadres hospitalares (dentro dos serviços de saúde mental), não só no nosso país, mas também em muitos outros. A duração de duas horas também difere dos 15 minutos, às vezes, ou um pouco mais que são colocados à disposição em muitos serviços, inclusive privados, de todas as especialidades. Não é possível pensar que o autismo e outras patologias severas, incluindo as neuróticas, podem ser curadas se apenas 15 minutos ou pouco mais estão disponíveis, e com dois meses no máximo para o processo terapêutico. Os pacientes terminam ficando crônicos, pensando que sua doença é genética e irreversível, sem perceber a importância de não perder tempo valioso e, por isso, a necessidade de um enquadre que respeite a interioridade de cada um para desenvolver a confiança básica e para poder chegar a ser autêntico, sem dependências invisíveis dos pais que impedem o desenvolvimento dos próprios recursos internos.

O enquadre, a disponibilidade temporal são fatores que determinam a possibilidade de pensar na remissão da patologia ou de, pelo contrário, crer que seja incurável.

A importância de que seja um enquadre aberto fundamenta-se no enorme valor terapêutico de que as famílias estejam em diferentes momentos dos seus processos. Passaremos à explicação disso.

Mesmo naqueles casos em que, a princípio, os consultantes não têm palavras ou não conectam a aparição da doença, psicossomática ou orgânica, com alguma situação traumática ou difícil em particular, e vêm porque o médico manda, ao escutar o relato de outras famílias que já estão em um momento mais avançado do processo psicanalítico e podem, por isso, associar o sofrimento com a patologia dos seus filhos, produz-se a ressonância emocional nas famílias que se integram pela primeira vez com o sofrimento familiar ou da criança, que também não pode explicar o que sente e de quem muitas vezes só se vê o sintoma que se expressa na pele.

Ao mesmo tempo, as famílias que vêm fazendo o processo terapêutico, ao escutar o discurso dos novos participantes, percebem a evolução que eles mesmos fizeram, e assim sentem confiança na possibilidade de mudança psíquica e na remissão da patologia somática.

Quando alguma criança ou adulto se conecta afetivamente e começa a significar e a dar sentido emocional à doença orgânica, coincidimos que se trata de um momento “sagrado”, porque todos os participantes do encontro multifamiliar vivenciamos com assombro que as crianças melhoram, muitas vezes na mesma sessão ou durante a primeira semana, e mantêm a cura. Assim que a mãe ou o pai se sentem contidos pela equipe terapêutica em seu sofrimento, e começam a relatar perdas, angústias de morte, lutos não elaborados ou outros traumas e vivências disruptivas, as crianças ficam aliviadas e começam a desenhar ou brincar, e os bebês dormem tranquilos, placidamente.

A partir da nossa experiência, coincidimos com a Dra. Aisemberg (2012) que a patologia psicossomática é a expressão da “quantidade não significada, com déficit de processamento psíquico, que deriva em angústia” (p. 27).

A manifestação psicossomática na infância merece um tratamento diferente ao dos adultos, porque sabemos que a angústia dos pais, nesses casos, é transmitida ao filho sem mediação, como pura quantidade, tema que desenvolveremos no trabalho.

Nosso enquadre não é individual; não temos uma entrevista com a criança que é o centro da consulta, como Winnicott praticava (mas não se exclui que a criança ou seus pais façam um aprofundamento em uma terapia individual). Ao encontro comparecem alguns integrantes da família (a mãe com a criança com doença dermatológica, muitas vezes o pai e algum irmão) junto a outras famílias, já que consideramos que esse enquadre multifamiliar e aberto tem muitos aspectos muito favoráveis para o desenrolar da problemática psíquica ou somática, e para o surgimento do si mesmo verdadeiro, em um processo terapêutico em que toda a família participa e onde todos se transformam.

Enquanto os adultos falam, as crianças desenham, brincam ou falam com crianças de distintas idades e conosco. Ao desenhar, elas

expressam as situações de sofrimento e as tramas familiares que condicionam seu padecimento.

Nossa premissa de respeito inclui as crianças da mesma forma que os adultos e os profissionais; as crianças quase nunca são escutadas em suas famílias, nem pelos médicos nem na escola, e os pais muitas vezes não sabem “como” escutá-los. Portanto, quando alguma delas quer intervir ou nos entrega seu desenho, que é uma expressão valiosa do seu mundo interno, em que nos conta sua dor ou seu sofrimento secreto, ou o inconsciente cindido ou reprimido, perguntamos a ela, com respeito, se podemos mostrá-lo. Quase sempre dizem que sim e lhes agrada porque sentem que as valorizamos.

No caso de que o permitam, os desenhos são vistos por todos os participantes e comentados e interpretados pelos terapeutas e por todos os que possam contribuir com algo. Os desenhos das crianças surpreendem porque sempre expressam a problemática pessoal e familiar, e, à medida que se alcança a compreensão do que transmitem, vão se modificando ao adotar características próprias da etapa evolutiva ou ao expressar problemáticas do que ainda não foi abordado.

O enquadre da psicanálise multifamiliar desenvolvido por García Badaracco e, continuando com a sua obra, o da Escola para Pais Multifamiliar, aplicado a bebês, crianças e adolescentes e suas famílias, é um modelo ideal para trabalhar as regiões do aparelho psíquico que não tiveram representação-palavra, como também a transmissão do traumático de pais para filhos, que, ao não poder ser processada, faz sintoma.

“Esse enquadre permite colocar palavras no que é mudo, à ausência de metáforas na linguagem que se ‘coisifica’ na irrupção da patologia dermatológica e em outras doenças orgânicas, concretizando no corpo a dor psíquica” (Rotenberg e Stenger, 2012a).

Patologia de pele

Na nossa observação clínica da doença dermatológica, também confirmamos a *falha ambiental*, conceitualização tão central em toda a obra winnicottiana e que nos levou a afirmar que, “quando a contenção materna [ou paterna] falha em sua função de transformação das ansiedades, o corpo-continente da criança se manifesta” (Rotenberg e Stenger, 2012b).

Winnicott afirma que a dor psíquica rompe a unidade psique-soma. Propomos, então, não considerar o somático puramente, mas sim a relação somato-psíquica, e, em crianças e adolescentes, pensar isso no contexto da relação vincular.

Rotenberg defende que inclusive pode fracassar a integração do eu quando a falha ambiental é grave:

Falar de função parental falha não é falar de “maus pais”. [...] Não puderam desenvolver funções parentais saudáveis, ou seja que não contam com recursos egóicos para poder conter a própria angústia e, conseqüentemente, não passá-la aos seus filhos. (Rotenberg, 2014, p. 66).

Em alguns casos, como o que apresentaremos, a patologia de pele acontece em bebês que não têm um eu capaz de pensar pensamentos e que não contam com o eu materno para transformar as ansiedades,

senão que ele, mais precisamente, as amplia. Em outros casos, a ansiedade adulta irrompe no *self* do bebê, que ainda não pode processar o que está vivendo, e se manifesta a patologia orgânica.

Nas doenças dermatológicas que observamos, vemos que elas sempre estão ligadas a situações de sofrimento familiar ou transgeracional: lutos, perda de trabalho, sobrecarga de atividade da mãe, do pai ou de ambos (com a conseqüente falta de presença), problemas no vínculo do casal: infidelidade, separações, doença mental ou física, mudanças repetidas.

O bebê ou a criança pequena não tem possibilidades psíquicas para expressar e elaborar os sofrimentos psíquicos próprios e, menos ainda, os sofrimentos das pessoas mais significativas ao seu redor. Haveria um excedente de excitação não psíquica no infante que corresponde a um trauma parental passado como quantidade pura dos pais à criança, em certos casos. Em outros, há conteúdo traumático que atinge a família inteira, ou situações de risco perinatais, mas que a criança ou o adolescente não pode resolver nem processar. Rotenberg (2014) diz: “Quando a resposta da função parental é quase sempre distorcida, o bebê cresce em um estado confusional, sem poder integrar suas sensações e necessidades vitais com as respostas que a mãe/pai lhe devolve” (p. 43).

O corpo é o meio privilegiado para expressar em chave orgânica aquilo para o qual ainda não há capacidade de simbolizar.

No livro *Parentalidades*, Stenger (2014) se refere ao conceito de interdependências recíprocas: “Valioso conceito clínico, valioso porque permite abordar os complexos fenômenos emocionais que se produzem em todo laço afetivo entre humanos, tanto na saúde como na doença” (p. 109).

Mais adiante, assinala:

Quando nos referimos às “interdependências recíprocas” entre pais e filhos, como em qualquer outra relação entre pessoas, é de extrema importância discriminar entre aquelas que são “normogênicas”, ou seja, que colaboram para o crescimento e para a saúde dos participantes da relação, e as “interdependências patogênicas e patológicas”. (Stenger, 2014, p. 110).

E continua:

Quando as interdependências entre pais e filhos são patogênicas, se produzem detenções no desenvolvimento, que podem se expressar no corpo e/ou na conduta, condicionando significativamente a estruturação psíquica na primeira infância e produzindo em muitos casos patologias mentais muito severas na infância e na adolescência. (p. 111).

A doença aparece claramente como expressão dos vínculos do bebê com a mãe e/ou com o pai, ou da criança ou adolescente com a mãe, com o pai e com os irmãos, e o que acontece nos encontros da Escola para Pais Multifamiliar é que, ao ser abordada a problemática das relações duais e familiares, o alívio dos sintomas da derme é imediato, frente aos nossos olhos e para o assombro de médicos, pais e outros participantes. O bebê ou a criança deixa de se coçar e muitas vezes dorme tranquilamente, enquanto a mãe ou os pais continuam processando suas histórias sofridas de perdas ou de desencontro, que

agora encontram suporte privilegiado: a palavra plena, que é contida e compreendida de forma empática pelos terapeutas e médicos, que começam –alguns com mais dificuldades do que outros– a perceber o papel determinante das emoções na doença de pele.

O diagnóstico serve muitas vezes como “significante do olhar do entorno, que devolve uma marca identificatória muito forte, e é ao redor do corpo ferido que se constrói o que chamamos de ‘a identidade corporal’, quando alguém é mencionado e se comunica por e a partir de sua doença” (Rotenberg e Vázquez, 2000).

No caso de bebês, crianças, lactentes, pré-adolescentes ou adolescentes, observamos o desvio das problemáticas psíquicas sobre o corpo, devido ao fato de que na família não se fala do sofrimento e agem poderosos mecanismos de cisão mente-corpo, e, frequentemente, apresentam-se profundas carências na capacidade simbólica.

Apresentaremos duas vinhetas clínicas, de diferentes patologias dermatológicas, para ilustrar o modelo de trabalho.

Caso clínico de dermatite atópica

A dermatite atópica se caracteriza pela coceira permanente que impede ao pequeno paciente descansar tanto de dia como de noite, e que lhe produz lesões que terminam infeccionando. A família se sente angustiada e impotente para tentar aliviar a criança. Do ponto de vista médico, não há uma etiologia clara, mas o que destacamos é o seu tratamento, que começa com a administração de pomadas dérmicas que geralmente não trazem melhora; depois lhe dão corticoides e, se essa medicação não surte efeito, por último o paciente recebe imunodepressores que melhoram a afecção dérmica, mas podem deixá-lo exposto a uma patologia ligada à depressão imunológica.

O caminho trágico que essas crianças podem percorrer até a imunodepressão, com o risco de contrair câncer ou outras doenças que colocam a vida em perigo, pela falta de defesas, torna ainda mais crucial um maior aproveitamento da intervenção psicanalítica.

Procurou tratamento uma jovem mãe estrangeira com sua bebê de 11 meses, que sofria de dermatite atópica severa em todo o seu corpo. Ela se coçava e se machucava. A mãe gritava com ela e agarava suas mãozinhas ou as vendava, para que não se machucasse. Os pediatras dermatologistas lhe davam corticoides e cremes. A menina, ao invés de melhorar, piorava, e foi internada várias vezes durante longos períodos em seus dois primeiros anos de vida.

Anzieu (2007) expressa que “o eczema de crianças de menos de dois anos afirmaria a falta de um contato físico carinhoso e envolvente da mãe” (p. 45).

A preocupação da mãe era muito grande, e sua intolerância e ansiedade iam aumentando, razão pela qual os médicos propuseram medicar sua filha com ciclosporina. Essa medicação é um imunodepressor das defesas do organismo, e por isso ela é considerada um último recurso.

A pediatra dermatologista, muito preocupada, insistiu conosco sobre se podíamos tentar compreender o que acontecia com essa mãe tão ansiosa, mas tão escorregadia e desconfiada ao mesmo tempo.

Foi durante uma sessão, cujo resultado ia determinar o início da indicação do imunodepressor, que tentamos nos aprofundar, especialmente, nela e em sua atitude fugidia. Não compreendíamos como dizia que o grupo terapêutico era tão bom para ela, mas depois desaparecia durante meses. Ela explicava que eram os meses de internação da menina.

Finalmente pôde dizer que ela havia jurado a si mesma nunca transmitir angústia aos seus filhos, porque havia tido que viver as brigas e o divórcio dos seus pais, e a eclosão do processo psicótico do seu irmão. Se vinha à terapia e fazia associações com suas angústias extremas e com a patologia da menina, sentia que “queria se matar ou jogar a menina pela varanda” (com o esclarecimento: “É brincadeira”).

A partir dessa sessão intensa, na semana seguinte, a menina veio sem eczemas, apesar de ainda ter dermatite nas dobrinhas do pescoço e nas mãozinhas. A mãe disse que era consequência de haver deixado de lhe passar uma loção proibida nos Estados Unidos. Todos sabíamos que era uma racionalização e um desmentido, porque ainda era difícil conectar-se de forma mais intensa com o emocional.

A nós, nos interessa a contribuição de Spitz (como citado em Anzieu, 2007, p. 45), que sugere:

A reação da criança sob a forma de eczema pode ser uma petição tanto dirigida à mãe para incitá-la a tocar-lhe com mais frequência como um modo de isolamento narcísico no sentido de que, mediante o eczema, a criança proporciona a si mesma, no campo somático, os estímulos que a mãe lhe nega.

O importante é que ela continuou a frequentar as sessões e, uma vez curada da patologia de pele, foi possível ver a falta de organização psíquica da criança e a dificuldade na conexão afetiva da mãe com a sua filha, aspecto que fomos trabalhando e continuamos até hoje. A menina, que teria desenvolvido uma patologia de espectro autista ou psicótico, atualmente está em um colégio bilíngue, totalmente integrada.

Rotenberg (2014) propõe “diferenciar os ‘pais como sim-pais falso *self*’ das funções parentais autênticas (...): ‘função parental verdadeiro *self*’”. E continua: “As funções parentais autênticas são as que reconhecem as satisfações do Id do bebê, as que permitem a integração egóica e que, por último, reconhecem o bebê como outro” (p. 50).

Parte desse processo foi a contenção afetiva da mãe; fomos um continente para que ela pudesse conter sua filha. Ela pôde diferenciar sua própria história passada das vivências traumáticas que teve com seu marido a partir do nascimento do seu bebê e aprender que conter afetivamente não é encher de comida ou de presentes.

Elsa Aisemberg (2012), especialista em patologia psicossomática, afirma:

A confirmação narcísica no *infans* é o revestimento libidinoso da imagem corporal que se constrói ao ser aceito, amado e desejado pela mãe, em primeiro lugar e, *a posteriori*, pelo pai, que reconhecem esse *infans* como um projeto de sujeito diferenciado... (p. 130).

Caso clínico de vitiligo estendido

Há alguns anos foi incorporada, ao grupo terapêutico da Escola para Pais Multifamiliar do hospital, uma mulher de 40 anos com sua filha de nove. A menina apresentava um vitiligo estendido especialmente no rosto e nas mãos, e a mãe manifestava que a doença na pele havia começado quando sua filha era pequena. Quando lhe perguntamos se houve alguma situação difícil na época do aparecimento da problemática de pele em sua filha, ela disse que não sabia, que não se lembrava. Depois comentou que relacionava isso com o nascimento do bebê da sua filha mais velha, que vive com elas, e acrescentou que houve muita confusão na família, porque a garota teve o bebê sem estar em uma relação estável com o pai do bebê.

A menina ficou ao redor da mesa ocupada pelas crianças para desenhar. Quase sempre fazia desenhos que pareciam castelos e uma princesa que olhava pela janela.

Frequentemente aproximava-se da sua mãe e lhe dizia: “Mamãe, vou cuidar de você a vida inteira”, e ficava muito sensível. Era notável a inversão de papéis e o falso *self* que estava construindo. Por momentos, quando falávamos de algo que pudesse angustiar a mãe, ela se sentava no seu colo, a acalmava, a beijava e repetia: “Não tenha medo, eu vou cuidar sempre de você”. Essas frases e o vitiligo tão avançado para uma criança da sua idade chamavam a nossa atenção.

Decidimos esperar que fossem gerados a confiança e o sentimento de segurança necessários para que pudessem compartilhar suas situações de sofrimento.

Mãe e filha não faltavam e escutavam com atenção. Pouco a pouco, a mãe começou a contar sobre o seu trabalho, seus filhos mais velhos, a separação do marido; tudo a partir dos relatos das outras famílias do grupo.

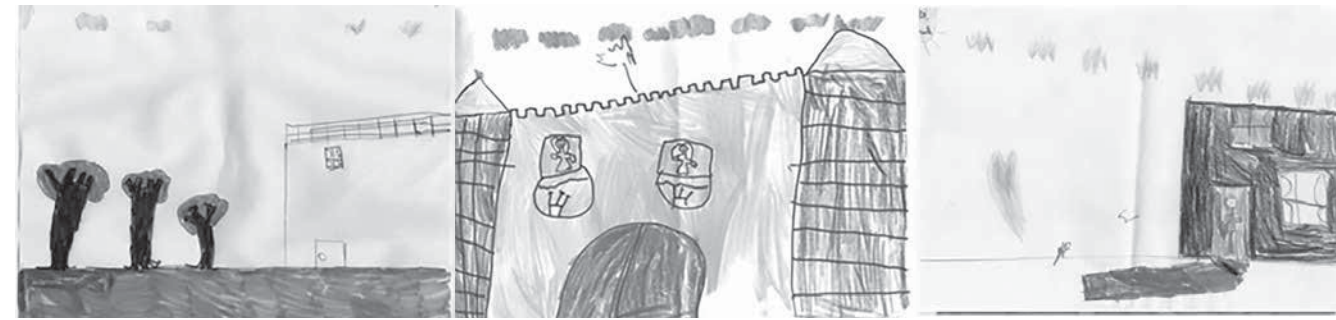
Em uma sessão, depois de passados muitos meses, a filha começou a desenhar uma série de algo que nos parecia uma espécie de castelo de fábula, e, nas duas torres, dos dois lados, era possível ver duas mulheres.

Diante das expressões de falso *self* e da patologia de pele tão desenvolvida, uma de nós disse à mãe: “Deve ter acontecido algo mais precocemente na vida da menina”.

Um dado de valor diagnóstico é que, quando a patologia expressa pelo corpo é séria, não se pode pensar em um motivo desencadeador insignificante; deve ter havido uma causa traumática importante que fica como segredo familiar, ou inconsciente, mas cindida.

A mãe se emocionou, começou a chorar e nos contou que a menina havia nascido na prisão; que a prenderam porque seu irmão, que morava na casa da frente, vendia drogas. Ela estava grávida de cinco meses e a colocaram no pavilhão de mães. Mas esclareceu: “Muitas eram assassinas! Por isso, não me desgrudava da menina quando nasceu. Ia ao banheiro com ela, tomava banho com ela, porque essas mulheres eram capazes de qualquer coisa! A menina aprendeu a caminhar aos dois anos, depois que me liberaram”.

Anzieu (2007) diz:



O eu-pele é uma estrutura intermediária do aparelho psíquico: intermediária cronologicamente entre a mãe e o bebê, intermediária estruturalmente entre a inclusão mútua dos psiquismos na organização fusional primitiva, e da diferenciação das instâncias psíquicas correspondentes à segunda tópica freudiana. Sem as experiências adequadas no momento oportuno, não se adquire a estrutura ou, mais frequentemente, ela se encontra alterada. (p. 16).

A menina, de acordo com a mãe, não sabia nada disso. A menina abraçou a mãe e choraram juntas.

Frequentemente nos perguntam se é adequado falar diante das crianças. Nos casos que percebemos que há um conhecimento inconsciente, como vemos nos desenhos, é parte do início de colocar palavras ao que está cindido. E a evolução favorável nos confirma essa hipótese. Em outros casos, onde o segredo é um assunto de adultos, detemos o desenvolvimento do relato e depois damos a ele um espaço individual para que expressem o que os angustia.

Aí compreendemos que os castelos eram, na verdade, a prisão! Havia um conhecimento inconsciente!

Essa experiência compartilhada determinou uma relação de dependência mútua de tal intensidade que, com exceção da frequência à escola, mãe e filha iam juntas a todos os lugares. As filhas mais velhas, que haviam criado seus irmãos com a ajuda dos parentes, durante a detenção dos pais, criticavam duramente esse vínculo.

A participação duradoura e consistente por mais de um ano, na Escola para Pais Multifamiliar, trouxe como resultado que mãe e filha pudessem se diferenciar e incluir em suas vidas, cada uma delas, pessoas da sua mesma idade, especialmente a garota, que parecia uma adulta, que participava de todas as atividades da sua mãe.

A menina começou a ter uma relação mais prazerosa com outras crianças e com o seu corpo. Entre outras coisas, começou a fazer dança e, mesmo que levemente, melhorou a pigmentação da sua pele afetada pelo vitiligo. As duas, mãe e filha, pareciam mais relaxadas, confiantes e vitais, e melhoraram muito a sensibilidade em relação a emoções próprias e dos demais integrantes, a quem ofereciam consolo, associações e a própria experiência de esperança.

A menina deixou de sentir a necessidade de cuidar da sua mãe e pôde começar a se ocupar de assuntos e interesses da sua idade. Começou a aparecer seu verdadeiro *self*, que estava preso na história traumática materna e própria, que havia padecido desde a barriga da mãe; história inconsciente na qual devia devolver à mãe os cuidados

