



O DISLÉXICO PRECISA DE UMA APRENDIZAGEM DIFERENCIADA



A psicopedagoga e psicoterapeuta Lou de Olivier desfaz os mitos sobre dislexia e afirma que um processo de aprendizagem cinestésico e integrativo auxilia muito a melhorar o desempenho do aluno que sofre desse tipo de distúrbio

Por Lucas Vasques

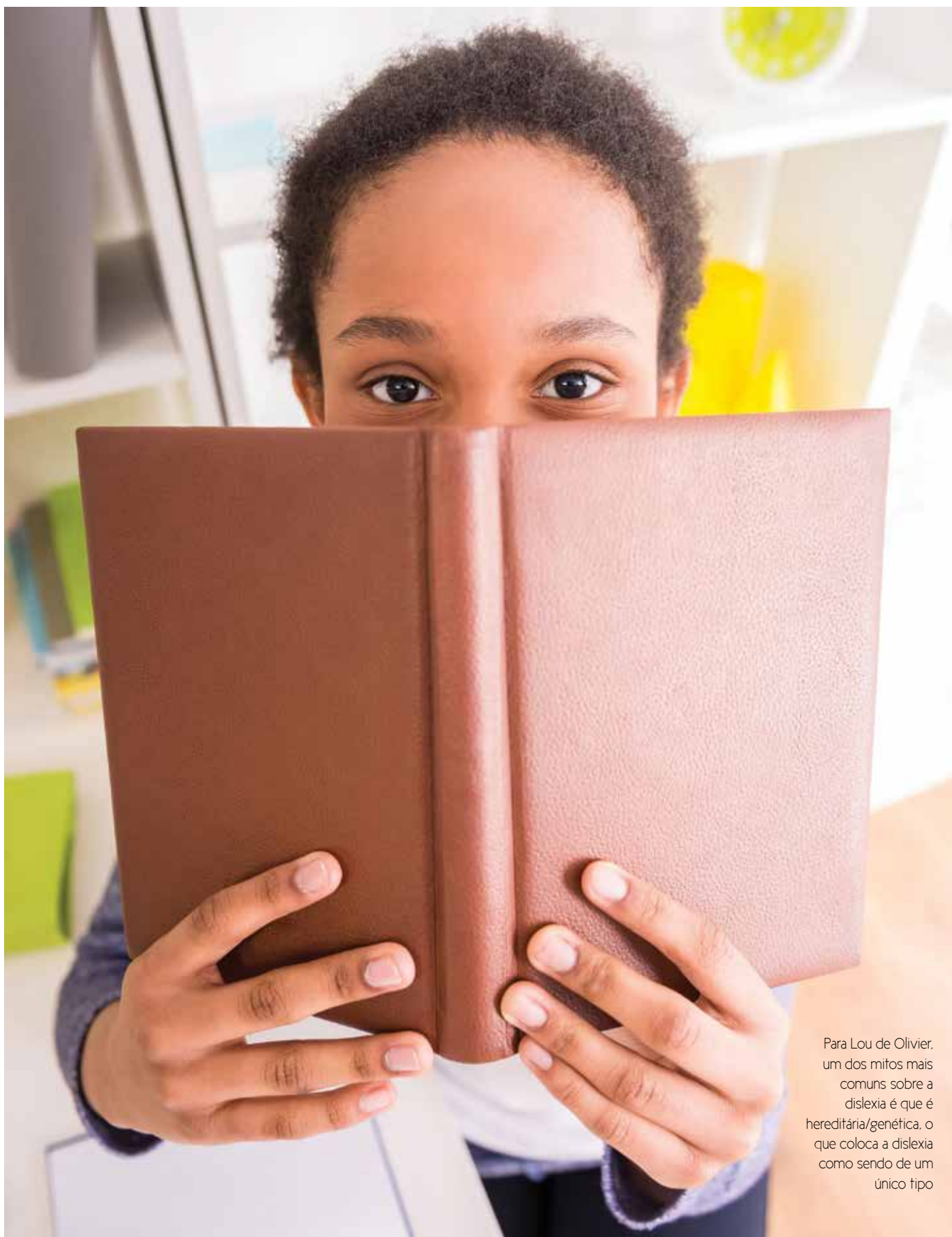
Atividades como a leitura servem como porta de entrada e chave de acesso a uma série de conhecimentos ao longo da vida. Contudo, um grande número de crianças e adolescentes enfrenta dificuldades para ler e, hoje, uma das causas mais frequentes de mau desempenho nos estudos é a dislexia. Trata-se do transtorno de aprendizagem mais comum entre a população escolar, sendo referida uma prevalência entre 5 e 17,5%.

A psicopedagoga, psicoterapeuta e especialista em Medicina Comportamental, Lou de Olivier, dedicou praticamente toda sua vida ao estudo, pesquisas e tratamento da dislexia. Ela faz questão de ressaltar a grande quantidade de mitos e equívocos que envolvem o distúrbio, o que acarreta, inclusive, em uma quantidade significativa de diagnósticos errados.

“São tantos os equívocos que nem tenho como citar todos. A maioria surgiu em pesquisas científicas, mas que foram descontinuadas. Quero afirmar, com isso, que alguns pesquisadores defendem um tema com um determinado enfoque e, na sequência, abandonam o tema ou por terem seguido outros ou por perceberem que estavam errados ou por diversos outros motivos. Nesse ritmo, cria-se um mito que vai se perpetuando e quem mais sofre com isso é o paciente, que acaba submetido a tratamentos ineficientes, obsoletos e, quase sempre, fundamentados em uma única tese inicial”, revela Lou.

Ela também é multiterapeuta, bacharel em Artes Cênicas e Artes Visuais, além de pioneira na prospecção da dislexia adquirida e criadora do método terapia do equilíbrio total/universal.

Lucas Vasques é jornalista e colabora nesta publicação.



Para Lou de Olivier, um dos mitos mais comuns sobre a dislexia é que é hereditária/genética, o que coloca a dislexia como sendo de um único tipo



QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS MITOS QUE ENVOLVEM A DISLEXIA, POR QUE SURTIRAM E O QUE FAZER PARA DESMISTIFICÁ-LOS?

LOU: São muitos os mitos em relação à dislexia. Os mais comuns são: hereditária/genética – isso coloca a dislexia como sendo de um único tipo, ocorrendo em famílias propensas. De fato, esse tipo de dislexia existe, mas é um dos diversos tipos. Há outros tipos e classificações, que dependem, inclusive, da linha de pesquisa da neuropsicologia, da psicopedagogia, da multiterapia, entre outras. Entre os diversos tipos que são renegados no Brasil está a adquirida. Apesar de ser aceita oficialmente pela Ciência da Saúde, ainda é questionada e até mesmo desconhecida pela maioria dos profissionais de saúde no país. Outro grande mito é a “troca de letras”, supostamente característica da dislexia. Cita-se a troca “p” com “b” ou “d” com “q”, quando, na verdade, há ausência de identificação e não troca de letras. Há quem cite omissões e outras características mais próprias da dislalia como sendo dislexia. Embora a dislalia seja uma dificuldade/disfunção na linguagem oral, ela pode interferir na aquisição da leitura/escrita. Então, a criança faz omissões e/ou substituições e/ou distorções e/ou acréscimos de sons. Isso é característico de dislalia, mas tem sido divulgado como dislexia. Há quem confunda sintomas da síndrome de Irlen com dislexia. Há também a afirmação equivocada sobre a maior incidência em meninos pela questão da testosterona. Essa afirmação já foi descartada na década de 1980, mas ainda é citada. São tantos os equívocos que nem tenho como citar todos. A maioria surgiu em pesquisas científicas, mas que foram descontinuadas. Quero afirmar, com isso, que alguns pesquisadores defendem um tema com um determinado enfoque e, na sequência, abandonam o tema ou por terem seguido outros ou por perceberem que estavam errados ou por diversos outros motivos. Nesse ritmo, cria-se um mito



Outro equívoco comum em relação à dislexia é que há maior incidência em meninos pela questão da testosterona. Essa afirmação já foi descartada na década de 1980

Outro grande mito que envolve a dislexia é a questão da “troca de letras”, supostamente característica desse distúrbio. Cita-se a troca “p” com “b” ou “d” com “q” quando, na verdade, há ausência de identificação e não troca de letras

que vai se perpetuando e quem mais sofre com isso é o paciente, que acaba submetido a tratamentos ineficientes, obsoletos e, quase sempre, fundamentados em uma única tese inicial. Para desmistificá-los, penso que os interessados, ou seja, pais, professores, estudantes e profissionais de saúde, devem buscar informações seguras e filtrá-las. Não acreditando em tudo que está publicado ou divulgado.

QUAIS AS CAUSAS PSÍQUICAS QUE CONTRIBUEM PARA O DESENVOLVIMENTO DA DISLEXIA?

LOU: No passado, acreditava-se que a dislexia causasse alteração hemisférica, com o hemisfério direito “maior” que o esquerdo. Esse é outro mito dos mais bizarros. No ano 2000, comprovei que, na verdade, havia apenas maior excitação ou inibição dos hemisférios e isso podia ser medido e equilibrado por aparelhos sofisticados em uso inclusive no Brasil. Ou seja, era a chance dos disléxicos se submeterem a exames e tratamentos muito mais sofisticados e eficazes. Apesar de receber apoio de importantes médicos que receberam muito bem minhas teorias, também dessa vez fui muito criticada pela “maioria” e tive restrições às minhas pesquisas. Mesmo assim, consegui provar a questão da maior ou menor excitabilidade hemisférica. E o comprometimento de algumas áreas cerebrais no processo alterado de leitura (dislexia). Em 2003, publiquei um livro chamado *Distúrbios de Aprendizagem/Comportamento – Verdades que Ninguém Publicou*, que trazia muitas novidades importantíssimas na detecção e tratamento da dislexia. Esse livro continua a ser editado, com o título

Distúrbios de Aprendizagem e de Comportamento. Hoje, o que se aceita é que há, basicamente, três caminhos neurais para a leitura, localizados tanto na parte anterior quanto posterior do cérebro, sendo responsáveis pelo reconhecimento, análise e forma das palavras. Além disso, há um quarto “canal”, que pode ser acionado em situações que exigem articulação e análise simultânea das palavras. Esses caminhos constituem um sistema em que cada “canal” tem sua função na leitura e é ativado de acordo com a necessidade do leitor. Os disléxicos apresentam falha nesse circuito. Enquanto os considerados leitores “normais” utilizam as partes anterior e posterior do cérebro, o disléxico apresenta uma inibição ou subativação de caminhos neurais da parte posterior e uma excitação ou superativação da parte anterior do cérebro. O resumo é que essa falha na parte posterior do cérebro causa a incapacidade de transformar as letras em sons, ao analisarem as palavras, e o não reconhecimento rápido e automático das palavras.

VOCÊ É PIONEIRA NO ESTUDO DA DISLEXIA ADQUIRIDA. O QUE DIFERE ESTA DA DISLEXIA CONVENCIONAL?

LOU: Preciso afirmar que, hoje, é aceita oficialmente, pela Ciência da Saúde, a dislexia adquirida por infarto da artéria cerebral posterior e outras doenças cerebrais. Entendo isso como uma vitória, depois de quase 40 anos que afirmo essas ocorrências. Ainda defendendo a dislexia adquirida por anoxia perinatal/hipoxia neonatal e geral, mas creio que em breve também serão aceitas oficialmente. O que falta é essa informação chegar ao maior interessado que é o paciente e, também, aos profissionais que atuam tratando dislexia e outros distúrbios de aprendizagem. Em relação às diferenças, a convencional pode ser considerada possivelmente hereditária/genética, que faz com que algumas famílias sejam propensas ao distúrbio, ou seja, se o pai ou a mãe tem dislexia, os

Enquanto os considerados leitores “normais” utilizam as partes anterior e posterior do cérebro, o disléxico apresenta uma inibição ou subativação de caminhos neurais da parte posterior e uma excitação ou superativação da parte anterior do cérebro

filhos têm mais probabilidade de apresentar dislexia. A adquirida é considerada quando há uma lesão ou choque (trauma) causados por acidente (pode ser um AVC, anoxia perinatal/hipoxia neonatal ou geral etc.). Outra diferença é na forma como se manifesta. A considerada convencional causa dificuldade ou ausência de aquisição de leitura. A

adquirida causa perda da capacidade de leitura, ou seja, o indivíduo que antes lia com facilidade perde essa habilidade por causa de um acidente (lesão/choque). Aqui, cabe uma explicação: eu considero dislexia apenas distúrbio de leitura, e não de leitura e escrita, como alguns pesquisadores classificam. Penso que para definir distúrbio de escrita já há a disgrafia e a disortografia.

VOCÊ JÁ DISSE QUE A ANOXIA PERINATAL/HIPOXIA NEONATAL É A PRINCIPAL CAUSA DA DISLEXIA ADQUIRIDA. COMO CHEGOU A ESSA CONCLUSÃO E QUAIS OS EFEITOS DESSE PROBLEMA NO CÉREBRO DA PESSOA?

LOU: Posso afirmar com convicção que a anoxia perinatal/hipoxia neonatal é a principal causa da dislexia adquirida nos bebês, lembrando que há também a dislexia adquirida (em adultos ou crianças já alfabetizadas) em acidentes como já citei. A princípio, cheguei a essa conclusão analisando meu próprio acidente. Aos 16 anos, eu tive um afogamento sério, fiquei muito tempo sem respirar e, em consequência, perdi a memória e a capacidade de leitura em português. Também perdi a capacidade de expressar-me em inglês e francês, idiomas aos quais eu falava e

Lou de Olivier afirma que conseguiu provar a questão da maior ou menor excitabilidade hemisférica, um passo importante para o conhecimento do problema





escrevia fluentemente antes do afogamento. Foram muitos anos pesquisando, no início, dependendo de amigos que liam para mim. Na verdade, no primeiro ano eu já entendi que eu tinha adquirido uma dislexia. Mas por mais que pesquisasse não conseguia entender o que a tinha causado e era muito ridicularizada pelos médicos que eu procurava, pois quando eu dizia ter “adquirido” uma dislexia, eles questionavam até o nome (no Brasil o termo era “cegueira verbal” naquela época). Ainda mais a minha afirmação por “adquirir” um distúrbio. E o mais estranho é que eu conseguia escrever com muita fluência em português, mas não conseguia ler mais nada, nem mesmo o que eu mesma escrevia. Isso colaborava para me ridicularizarem mais ainda. Alguns anos depois, eu já conseguia ler sozinha e já tinha entendido que havia sofrido uma anoxia, ou seja, a ausência/diminuição de oxigenação no cérebro durante o afogamento. E isso tinha me levado à dislexia. Então, comecei a pensar nos bebês, que sofrem a mesma privação de oxigênio durante o nascimento. Raciocinei que, se eu, que já tinha 16 anos quando sofri anoxia, já tinha perdido totalmente a capacidade de memória e leitura, o que não ocorreria com os frágeis bebês. Então, iniciei pesquisas em escolas e hospitais. Fui muito ridicularizada por colegas e professores. Diziam que eu estava perdendo tempo com esse tema, que não tinha interesse nem científico nem comercial, mas eu insisti. Com o incentivo do meu orientador, dr. Francisco Assumpção Jr., dois anos depois eu publiquei o resultado dessa pesquisa, com comprovações de que a anoxia poderia desencadear não só dislexia, mas disgrafia e outros distúrbios.

VOCÊ TAMBÉM JÁ AFIRMOU QUE O CONCEITO DE QUE A DISLEXIA CAUSA A TROCA DE LETRAS É UM EQUÍVOCO, POIS O CÉREBRO DO DISLÉXICO NÃO TROCA AS LETRAS, MAS TEM DIFICULDADE DE ENTENDER OS SINAIS DAS LETRAS, OU SEJA, NÃO CONSEGUE IDENTIFICAR O QUE É LETRA.

Preciso afirmar que, hoje, é aceita oficialmente, pela Ciência da Saúde, a dislexia adquirida por infarto da artéria cerebral posterior e outras doenças cerebrais. Entendo isso como uma vitória, depois de quase 40 anos que afirmo essas ocorrências

EM SUA OPINIÃO, QUAL A MELHOR FORMA DE TRATAMENTO?

LOU: O dislético, assim como outros portadores de distúrbios de aprendizagem, precisa em primeiro lugar de uma aprendizagem diferenciada, cinestésica e integrativa. Tendo esse tipo de aprendizagem, seu desempenho já melhora muito. Quanto ao tratamento, eu desenvolvi a multiterapia primeiro para me “autotrar” e, como tive resultados

muito bons e rápidos, comecei, a princípio, a aplicar em pacientes com síndrome de Down e autismo, posteriormente nos distúrbios de aprendizagem, com ênfase em dislexia, e os resultados foram sempre bons e rápidos. Apesar de existirem outros tipos de tratamentos, penso que a multiterapia é a ideal, porque se adapta a cada caso e traz resultados de forma ampla. Friso também que há tratamentos eficazes e específicos para a dislexia, que já citei acima e que, na medida do possível, tenho adaptado para a multiterapia.

VOCÊ CREDITA A TROCA DE LETRAS A PROBLEMAS AUDITIVOS OU VISUAIS? ISSO QUER DIZER QUE MUITAS PESSOAS QUE FORAM DIAGNOSTICADAS COM DISLEXIA AO LONGO DOS ANOS PODEM TER TRATADO DO PROBLEMA ERRADO?

LOU: Triste admitir isso, mas penso que sim. Não só problemas auditivos/visuais, mas crianças com dislalia, distúrbio específico de linguagem, disgrafia e outros distúrbios foram e continuam sendo diagnosticadas como disléticas. Costumo dizer que até o tratamento mais obsoleto e ineficaz pode surtir efeito depois de anos de aplicação. Isso significa que um diagnóstico errado, especialmente



O que se aceita hoje é que há três caminhos neurais para a leitura, sendo responsáveis pelo reconhecimento, análise e forma das palavras

em se tratando dos distúrbios de aprendizagem, pode levar a um tratamento errado e demorar anos até surtir efeito, quando um diagnóstico e encaminhamento corretos encurtariam o caminho, ou seja, o resultado viria bem mais rápido e eficaz num tratamento correto. Porém, submetendo o paciente a um longo tratamento errado, um dia conseguirá resultado, ainda que seja apenas por repetição ou assimilação ou por evolução do próprio quadro para melhor.

HÁ UMA CORRENTE NA PSICOLOGIA QUE DEFENDE QUE A DISLEXIA É UM PROBLEMA DE LINGUAGEM. COMO OBSERVA ESSA TESE?

LOU: Em primeiro lugar, é preciso diferenciar o chamado distúrbio específico de linguagem do distúrbio da dislexia e outros distúrbios. O distúrbio específico de linguagem causa uma grande dificuldade na aquisição e desenvolvimento da fala e linguagem. Então, a criança demora muito para começar a falar. Quando consegue falar, em geral, tem dificuldade em se expressar, formar frases, pode trocar de sons na fala, dificuldades com verbos, preposições, pode inverter a ordem das palavras e, ao ser alfabetizada, quando consegue ser alfabetizada, leva essas características para a escrita. Como esses sintomas, em geral, são citados como próprios da dislexia, pode haver um equívoco ao classificar como dislética uma criança que talvez tenha distúrbio específico de linguagem. Esse distúrbio também pode ser confundido com deficiência auditiva. Por isso, é importante fazer um bom diagnóstico antes de afirmar qual distúrbio a criança apresenta.

UMA VEZ DETECTADA A DISLEXIA, COMO OS EDUCADORES DEVEM AGIR PARA QUE A APRENDIZAGEM DESSES ALUNOS SEJA EFICIENTE?

LOU: Se for confirmada dislexia, o papel dos educadores é importante no sentido de levar o aluno a experimentações. A aprendizagem cinestésica é a melhor não só para os alunos disléxicos, mas com outros distúrbios de aprendizagem.

Pais e professores devem atuar em conjunto, sem contradizer uns aos outros, e sempre estimulando o disléxico, não só no ensino cinestésico, mas em atividades criativas, esportes, passeios interativos etc. É importante o disléxico ser orientado a ter atividades que não exijam leitura. Nada o impede de continuar tentando aprender a ler ou recuperar a leitura no caso da dislexia adquirida, mas atividades que envolvam criatividade, exercícios físicos, jogos e outros nessa linha poderão não só acelerar o processo de aprendizagem como mostrar outras possibilidades de carreiras. Um acompanhamento terapêutico também é importante.

Ainda defendo a dislexia adquirida por anoxia perinatal/hipoxia neonatal e geral, mas creio que em breve também serão aceitas oficialmente. O que falta é essa informação chegar ao paciente e aos profissionais que tratam desses distúrbios

É NOTÓRIO QUE EXISTE PRECONCEITO EM RELAÇÃO A ALUNOS FORA DO PADRÃO “NORMAL” E QUE TÊM MAIS DIFICULDADE EM ALCANÇAR O NÍVEL DE APRENDIZAGEM DOS DEMAIS. COMO DIMENSIONAR ESSA PRESSÃO SOCIAL ÀS CRIANÇAS DISLÉTICAS E SEU DESEMPENHO ESCOLAR?

LOU: É difícil responder essa questão, na medida em que há preconceito em relação à não aprendizagem, a não se encaixar nos padrões, a ser disperso e, entre outras características, a não adap-

tação ao sistema de ensino, que não é adequado a praticamente nenhum estudante. Estão implantando mudanças no sistema, mas algumas delas parecem ser para pior. Obrigatoriedade do inglês em detrimento à livre escolha de idiomas, a exigência da alfabetização até o segundo ano, anteriormente era até o terceiro, e outras mudanças, de certo, complicarão mais ainda o aprendizado dos disléxicos e dos disgráficos. Mas há pontos que, se bem implantados, poderão ser úteis. Por exemplo, as dez competências gerais tanto cognitivas quanto socioemocionais, que os alunos deverão desenvolver ao longo da educação básica, me parecem uma ótima mudança, que poderá trazer benefícios aos disléxicos e a outros alunos com distúrbios de aprendizagem, pois valorizará a curiosidade intelectual, o uso das tecnologias digitais de comunicação e a valorização da diversidade dos indivíduos. A partir do ensino médio, o aluno poderá escolher a área a seguir e escolher algumas matérias a estudar, o que também pode ser bem produtivo. Mas, como está muito no começo, penso que é preciso testar para depois avaliar com segurança se a mudança é boa ou não. Quanto à pressão em si, devem-se reeducar professores e alunos considerados “normais” para que possam aceitar melhor as dificuldades dos disléxicos e, também, dos disgráficos e de diversos outros alunos com distúrbios de aprendizagem. Deve haver mais integração entre professores, diretores, coordenadores, alunos, pais. Todos devem se empenhar em tornar a escola um lugar mais atrativo e produtivo para todos.

VOCÊ TAMBÉM É ADEPTA DA MULTITERAPIA. PODE EXPLICAR O QUE É E PARA QUAIS CASOS ESSA TÉCNICA PODE SER INDICADA?

LOU: De uma forma resumida, posso definir a multiterapia como uma mescla de áreas e técnicas, que a torna única e eficaz em diversos tratamentos, na medida em que trata cada paciente como único, adapta o método a cada caso e



acompanha a evolução de cada quadro individualmente. E, em todos os casos, equilibra/reequilibra o paciente em todos os aspectos de forma total (multidirecional) e definitiva. Iniciei a criação dessa técnica desde a década de 1980, e a venho renovando e mesclando até hoje. A multiterapia tem sido muito eficiente no tratamento de distúrbios de aprendizagem, de comportamento e nos casos leves de estresse e depressão. Mas a multiterapia não é só eficiente nesses tratamentos. É também para o autoconhecimento, autoajuda e crescimento pessoal, beneficiando quem recebe e quem aplica a técnica. Esse, talvez, seja o maior diferencial da multiterapia. Ela trata distúrbios de aprendizagem, alguns de comportamento, como TOC/Tourette, estresse e depressão. Lembrando que, dependendo do caso, a multiterapia deve ser associada ao tratamento psiquiátrico, ou seja, há casos em que só a multiterapia não resolve sozinha. Uma depressão severa, por exemplo, pode exigir tratamento medicamentoso. Aí, só o psiquiatra pode receitar o melhor medicamento. Casos leves de depressão, estresse e os distúrbios de aprendizagem, além de alguns de comportamento, podem ser atendidos apenas pela multiterapia.

NA MULTITERAPIA, APENAS UM PROFISSIONAL SE ESPECIALIZA EM VÁRIAS TÉCNICAS PARA TRATAR UM PACIENTE DE MANEIRA ÚNICA, RESPEITANDO TODAS AS SUAS CARACTERÍSTICAS. ALGUMA DESSAS TÉCNICAS ACABA ASSUMINDO UM PAPEL PRIORITÁRIO NO TRATAMENTO OU TODAS TÊM A MESMA IMPORTÂNCIA?

LOU: Depende da situação, do paciente, do momento. Enfim, cada caso é um caso. Pode haver uma situação em que apenas duas técnicas resolvam; pode haver outro caso que necessite de diversas técnicas. Há casos que se resolvem na primeira sessão. Há outros que levam alguns meses. Ao iniciar o tratamento é que se pode verificar qual a melhor técnica e em quanto tempo

Triste admitir isso, mas penso que não só problemas auditivos/visuais, mas crianças com dislalia, distúrbio específico de linguagem, disgrafia e outros distúrbios foram e continuam sendo diagnosticados como dislêxicos

mostrará resultados. Mas a utilização de sons, ritmos e harmonia está em todos os tratamentos como auxiliar e acelerador de resultados. É preciso frisar que há uma grande diferença entre multiterapia e multidisciplinar. Ao procurar um tratamento, verifique o procedimento da clínica. Há algumas clínicas que se intitulam multiterapia, mas oferecem diversos profissionais reunidos para tratar os casos: isso é multidisciplinar. O multiterapeuta é um único profissional extremamente habilitado a tratar o caso. É muito diferente não só na abordagem quanto no tratamento e nos resultados.

VOCÊ TAMBÉM SE POSICIONOU SOBRE O POLÊMICO “JOGO” BALEIA AZUL, QUE VEM DESPERTANDO INÚMERAS REAÇÕES DE PREOCUPAÇÃO ENTRE PAIS E PROFISSIONAIS DA SAÚDE. O QUE SE PASSA NA MENTE DE UMA PESSOA QUE RESOLVE CRIAR ESSE TIPO DE COISA? E QUAIS OS EFEITOS ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES, QUE, INCLUSIVE, PODEM LEVÁ-LOS AO SUICÍDIO?

LOU: É difícil saber com precisão o que se passa pela cabeça de alguém, mas, analisando padrões, imagino que, ao criar esse jogo, um jovem quer primeiro chamar atenção para si mesmo;

segundo, provar, talvez para si mesmo ou para os outros, o seu poder de manipulação; terceiro, talvez sua própria mente, de forma consciente ou inconsciente, deseje o suicídio, porém, sem coragem para tirar a própria vida, passa a incitar outros jovens ao suicídio. Esses comentários são apenas minha observação externa do caso, teria que analisar muitos pontos sobre esse jovem para saber o que, de fato, o impulsiona a esse ato manipulativo e muito cruel. Os efeitos sobre as crianças e jovens também dependem de como cada um recebe esses comandos.

A FALTA DE UMA ESTRUTURA FAMILIAR PODE SER A CAUSA PRINCIPAL DOS GRAVES EFEITOS DA BALEIA AZUL?

LOU: É neste ponto que quero chegar e analisar: de fato, esse é um jogo perigosíssimo, que caminha sozinho, sem que ninguém possa detê-lo. Entretanto, esse jogo não se chama Baleia Azul, nem tem um mentor específico. Esse jogo é iniciado pela ausência de diálogo e cuidados na família. Os jovens crescem em meio a uma total desestrutura, sem a presença dos pais. Em busca de uma vida material cada vez mais confortável, muitas vezes os pais trabalham muito além de seus limites, conseguem viver com muito conforto, oferecem aos filhos o que a tecnologia proporciona de melhor e mais avançado, porém esquecem-se do básico. A segurança que a presença física dos pais proporciona, o interessar-se em fazer, ao menos, uma refeição diária junto aos filhos, um passeio (ou atividade) em família (periodicamente), o perguntar “como foi seu dia?”, o diálogo, o carinho, a compreensão diante de uma nota mais baixa ou um fracasso qualquer, o sorriso de bom-dia, a recepção calorosa ao chegar... Atitudes que não custam nada, mas valem muito. E essas atitudes não são importantes só para as crianças, são importantes para todos que convivem em família. Sentir-se amado e aceito é mais importante do que qualquer presente ou bem material.

Um ponto importantíssimo: analisando a Baleia Azul, que é um “jogo” que tem 50 etapas a serem cumpridas antes do suicídio, que inclui não dormir, autumtilar-se e outros “detalhes” macabros, não acontece em cinco minutos de distração. São dias, meses de “participação” no jogo e, em nenhum momento, os pais perceberam essa mudança no comportamento dos filhos ou, se não há mudanças, ao menos uma enorme baleia “tatuada” amadoramente no braço ou perna da criança/adolescente deve ser visível, não é? A não percepção do que o jovem está passando (ausência de autoestima, depressão, descrença na vida e no futuro, ameaças, entre outros) demonstra a total desestrutura da família, na qual o jovem sente-se excluído a tal ponto que passa meses num jogo destrutivo até alcançar o grau máximo que é a morte. Embora seja mais fácil culpar um único jovem (possivelmente psicopata/sociopata) por toda essa tragédia em nível mundial, cada família tem que perceber sua parcela de culpa e responsabilizar-se pelo comportamento de seus filhos.

O “JOGO” SE APROVEITA DA VULNERABILIDADE DO ADOLESCENTE PARA CONSEGUIR SEU OBJETIVO. PESSOAS DEPRESSIVAS SÃO O ALVO PRINCIPAL?

LOU: De fato, esse “bullying cibernético” só faz efeito em pessoas já predispostas. Algumas crianças (e também adolescentes e jovens) sentem-se tão mal-amadas e inseguras dentro da própria família, que qualquer estímulo externo as atrai e qualquer comentário as atinge. Isso independe do fator externo e a influência vem mais da forma como a criança entende o que acontece. É comum aos seres inseguros e mal-amados entenderem como ameaça alguns comentários que podem ser apenas uma crítica construtiva. Da mesma forma, acabam se encantando com estímulos externos e até se deixando levar por procedimentos destrutivos, como é esse caso do jogo Baleia Azul. Muito além



Pais e professores devem atuar em conjunto, sempre estimulando o dislético, não só no ensino cinestésico, mas em atividades criativas

Até o tratamento mais obsoleto pode surtir efeito depois de anos de aplicação. Isso significa que um diagnóstico errado, especialmente em se tratando dos distúrbios de aprendizagem, pode levar a um tratamento errado e demorar anos até surtir efeito

de prender e punir o criador do jogo, é preciso reestruturar a família, proporcionar a cada criança o direito de ter um lar com pais amorosos e atentos ao seu crescimento e evolução. Uma criança precisa de uma família acolhedora; seja dentro ou fora dos padrões considerados normais, o acolhimento familiar deve estar presente na vida dela. Não

quero passar a ideia de estar defendendo o criador do jogo. Se ele, de fato, foi criador/mentor, deve ser responsabilizado e punido. Mas o que quero frisar é que os argumentos usados para incriminar esse rapaz nada seriam se esbarrassem em crianças e jovens seguros e amados. Alega-se que esse mentor dirigia-se às vítimas apontando suas falhas como serem feias, gordas, não terem futuro e outros argumentos que só atingem crianças e adolescentes já complexados. Uma criança (ou adolescente) pode até ser feia, gorda ou ter qualquer outro “defeito”, mas se os pais (ou cuidadores) conversarem com ela, frisando que a sociedade estipula padrões de beleza que não precisam ser cumpridos, ser feia ou gorda não é um defeito, é apenas uma característica que foge aos padrões estipulados. O importante é ser feliz. Enfim, uma criança feliz, amada e segura pode ouvir todos os xingamentos, ser ridicularizada, sofrer bullying. Isso poderá magoá-la, se for algo muito agressivo, pode até traumatizá-la, mas, se ela confiar nos pais, se abrirá com eles e tudo se resolverá no início quando ainda se pode resolver.

