



COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

TOSTA, Francisco. Trabalhos psico-corporais em clínica psiquiátrica: um enfoque da psicologia corporal. In: ENCONTRO PARANAENSE, CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, XIV, IX, 2009. **Anais**. Curitiba: Centro Reichiano, 2009. CD-ROM. [ISBN – 978-85-87691-16-3]. Disponível em: www.centroreichiano.com.br/artigos. Acesso em: ____/____/____.

1

TRABALHOS PSICO-CORPORAIS EM CLÍNICA PSIQUIÁTRICA: UM ENFOQUE DA PSICOLOGIA CORPORAL

Francisco Tosta

RESUMO

A realização de um estágio de psicologia em uma clínica psiquiátrica, durante o ano de 2008, permitiu observar diariamente a situação de cada paciente e perceber que a psicologia corporal poderia apresentar caminhos e técnicas suficientes para auxiliar o bem estar dos internos da clínica. Este trabalho teve como proposta utilizar as técnicas da vegetoterapia e da bioenergética, com pacientes psiquiátricos, e verificar por intermédio de observações, os efeitos destas técnicas na atuação clínica institucionalizada. Concluí-se que trabalhos que venham a promover e integrar uma autopercepção dos pacientes colabora para o bem estar e qualidade de vida dos mesmos.

Palavras-chave: Bioenergética. Respiração. Transtorno Psiquiátrico. Vegetoterapia.

A realização de um estágio de psicologia na clínica psiquiátrica Porto Seguro, na cidade de Curitiba, durante todo ano de 2008. Permitiu observar a situação de cada paciente psiquiátrico e perceber que a psicologia corporal poderia apresentar técnicas para auxiliar o bem estar dos internos da clínica. Técnicas de respiração e trabalhos corporais têm um significado essencial para promover a percepção integral do indivíduo, levando-o a perceber o seu estado corporal-respiratório, possibilitando a busca de mecanismos próprios e naturais para prevenção de depressões e ansiedades (TOSTA, 2008).

O período de internamento é estressante para os pacientes. Estar afastado do ambiente social e familiar é angustiante e sofrido para quem necessita estar internado. Sendo assim, é cotidiano o testemunho de crises, sofrimentos, tristezas e carências dos que estão em convalescença por problemas psíquicos. Partindo desses princípios, ressalta Tosta (2008), utilizar as técnicas da psicologia corporal no trato da respiração e trabalhos com o corpo, proporciona possibilidades de descarga dessas angústias, ensinando aos pacientes formas que os ajudem a controlar tensões e que aumentem sua percepção com o corpo.



Segundo Tosta (2008), a observação clínica demonstra que a falta de percepção corporal por parte dos pacientes, incentivaram a elaboração e aplicação de técnicas da Psicologia Corporal que possibilitem o reencontro dos pacientes com eles mesmos, fato que pode corroborar com um bem estar conjunto dentro da comunidade terapêutica e auxiliar no processo de internamento dos mesmos.

O desafio para o profissional da psicologia corporal no ambiente psiquiátrico, é se expor aos mais variados tipos de transtornos e tentar identificar, todos os possíveis bloqueios, tensões e manifestações de caráter de cada paciente. Como afirma Tosta (2008, p. 7): “Fenômenos estes que auxiliam na escolha, elaboração e trato para com cada pessoa nos trabalhos corporais e de respiração”.

Segundo o mesmo autor (2008), cada transtorno mental apresenta em sua etiologia, características próprias e manifestações psíquicas, que possibilitam particularidades em seus bloqueios corporais e respiratórios. Isso é incentivador para tentar descrever esses fenômenos, integrando o conhecimento dessas observações nos grupos terapêuticos diários de cada paciente, indicando para os psicoterapeutas da instituição, o aparecimento de possíveis ab-reações emocionais (angustias, medos, raivas) manifestadas em cada atividade, contribuindo de forma indireta para tratamento geral dos internos.

Os trabalhos psico-corporais trazem muitas observações já feitas por Reich, Navarro e Lowen com relação ao paciente não psiquiátrico, mas que pode e deve considerar a fim de poder até mesmo repensar a própria técnica, ou quem sabe, encontrar novas manifestações não observadas anteriormente, construindo uma teoria que se fundamente em varias instancias da vida, incluindo obviamente, os hospitais psiquiátricos (TOSTA 2008).

O PACIENTE PSIQUIÁTRICO

O paciente psiquiátrico tem a conotação popular de uma pessoa doente mental, que apresenta algum distúrbio que a impede de viver em sociedade. O que a torna um ser diferente dos outros, despertando sentimentos ou



COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

3

TOSTA, Francisco. Trabalhos psico-corporais em clínica psiquiátrica: um enfoque da psicologia corporal. In: ENCONTRO PARANAENSE, CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, XIV, IX, 2009. **Anais**. Curitiba: Centro Reichiano, 2009. CD-ROM. [ISBN – 978-85-87691-16-3]. Disponível em: www.centroreichiano.com.br/artigos. Acesso em: ____/____/____.

conteúdos projetivos de uma sociedade que teme a loucura. Para isso, existem os hospitais psiquiátricos, locais onde pessoas, ou pacientes convivem e, lá dentro, buscam afastar-se ou curar-se dos males contraídos, seja de maneira hereditária ou da própria sociedade que os temem. Como afirma Lowen (1986, p. 126): “a insanidade representa, para a personalidade humana, uma ameaça tão grande quanto a morte. É uma espécie de morte, já que o si mesmo, vivido normalmente, fica perdido no estado psicótico”.

As instituições para insanos vêm do século XVIII, por Philippe Pinel (1745-1826), onde se iniciou a luta para instalar na medicina, os doentes mentais. Sendo assim, das prisões, onde eram levados os insanos, passou-se para locais apropriados, os futuros hospitais psiquiátricos. Dessa forma, os possuídos pelo demônio ou desqualificados, pois assim eram tratados os loucos por uma sociedade repressora, passaram a ter conotação de doentes, e esse foi um avanço para a percepção social da insanidade mental. Segundo confirma Vietta et al. (2001, p. 100) sobre a doença mental.

A partir do século XVIII deu-se “o grande confinamento”, a institucionalização da loucura. Os novos valores, ligados à mentalidade da era moderna, são fundamentados no trabalho e no dinheiro. Consolidam-se as idéias capitalistas e com estas o conceito de lucro e a idéia de que só trabalho produz riquezas. Os loucos agora não são mais “possuídos”, mas “improdutivos” e “vagabundos”, portanto, uma ameaça social e um problema moral. A responsabilidade sobre a loucura deixa de ser da coletividade caridosa e passa às mãos dos médicos.

Com a proliferação dos manicômios na sociedade ocidental, fez-se normatizar os possuídos pelo demônio, a *status* de doentes mentais, trazendo consigo outra condição: da sociedade que exorciza o demônio pela inquisição, para a sociedade que institucionaliza o doente mental. Entretanto é válido lembrar que a essência de insanidade é a mesma, ou seja, a busca do afastamento do louco (possuído) da comunidade onde reside. Sendo assim, na institucionalização o confinamento significa a cura para se readquirir a moral perdida. Segundo Vietta et al. (2001), com o desarranjo afetivo e perceptivo causado por fortes paixões vividas pelo sujeito, e que acarreta a ocorrência de comportamentos imorais, o ambiente terapêutico deve ser adequado ao



restabelecimento da racionalidade, o que justifica o isolamento do louco no manicômio, longe da família e sociedade.

Um doente mental, quando entra em uma instituição psiquiátrica, tende a ser modificado e condicionado conforme a visão do local, ou seja, há uma ruptura entre o indivíduo do social e o indivíduo que está internado no hospital. Sendo assim, existe uma contenção do ego, determinado pelas regras, normas e hierarquias, que surgem para justamente ser o oposto do ambiente em que vivia o insano anteriormente. Essa contenção do ego, ou do indivíduo, provoca uma mortificação, uma mutilação do *eu* do paciente. Isso pode ocorrer, uma vez que o internado é despido de seus apoios ambientais anteriores a internação, caso não aceite, tende a ser reprimido. Como afirma Goffman (1996, p. 24):

O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado. Começa a passar por algumas mudanças radicais em sua carreira moral, uma carreira composta pelas progressivas mudanças que ocorrem nas crenças que têm a seu respeito e a respeito dos outros que são significativos para ele.

A sociedade aceita e concede a legitimidade à instituição (psiquiátrica) para legislar, executar e julgar os indivíduos que se apresentam a uma comunidade, como prováveis insanos mentais. Dessa forma, após a avaliação, seja do hospital, que é a Instituição em si, seja por médicos e psicólogos que representam uma Instituição (acadêmica ou hospitalar), dá-se o veredicto de que um indivíduo pode ou não ser considerado insano. Como afirma Helman (2003), a definição de normalidade não é estática ou uniforme, pois uma grande parte das culturas possui uma grande variedade de normas sociais, consideradas adequadas para cada faixa etária, gênero, profissões, categorias sociais e minorias culturais dentro de uma sociedade.

A determinação da existência da doença no indivíduo pela Instituição são acatados, não só pela população, como também, pelo próprio indivíduo, podendo tirar deste, o direito de ser alguém capaz perante a lei, para se tornar alguém relativamente capaz ou incapaz em si, seja por um determinado período de tempo ou para sempre. Sobre o poder da Instituição colabora Goffman (1996, p. 25).



Um aspecto legal dessa perda permanente pode ser encontrado no conceito de "morte civil"... podem enfrentar, não apenas uma perda temporária dos direitos de dispor do dinheiro e assinar cheques, opor-se a processos de divórcios ou adoção, e votar, mas ainda podem ter alguns desses direitos permanentemente negados.

Se tornar um doente mental significa um indivíduo que apresenta a uma sociedade, aspectos desviantes descritos por sua cultura, e que, sendo examinado por uma Instituição, é legitimado a existência de um transtorno mental. Já para se tornar um paciente psiquiátrico, além de haver a legitimação de uma instituição, deve-se consolidar e seu internamento, ou seja, refere-se ao momento e período da internação. Fora dela, volta a ser considerado portador de alguma insanidade, mas não necessariamente um paciente psiquiátrico. Sendo assim, se não existisse a Instituição legitimadora, poderíamos afirmar, via cultura, que o doente mental, seja paciente psiquiátrico ou não, é somente um louco ou um possuído pelo demônio. Segundo Goffman (1996, p. 112) sobre o doente mental.

A interpretação psiquiátrica de uma pessoa só se torna significativa na medida em que essa interpretação altera o seu destino social – uma alteração que se torna fundamental em nossa sociedade quando, e apenas quando, a pessoa passa pelo processo de hospitalização.

O CORPO DO PACIENTE PSIQUIÁTRICO

Segundo Tosta (2008), o ambiente social proporciona repressões na vida pessoal de cada indivíduo, tornando-se tensões contidas em cada segmento corporal, formando assim, a história biopsicossocial de cada pessoa, seja ela um paciente psiquiátrico ou não. Porém, dependendo do transtorno mental, o segmento parece se tornar rígido o suficiente para percebê-lo e muitas vezes tocá-los. Como no ato respiratório, que envolve com mais intensidade o segmento torácico e diafragmático. Conforme afirma Lowen (1982, p. 76): “Onde quer que exista um grau de dissociação, os movimentos respiratórios naturais não fluem livremente através do corpo. A respiração ou é torácica (envolvendo ligeiramente o abdome) ou diafragmática (com poucos movimentos do tórax)”.

Percebe-se que os sofrimentos e ansiedades que assombram os pacientes com transtorno de humor (bipolaridade), revelam-se em uma rigidez



torácica (4º nível) intensificada, uma incapacidade de expiração e contato com o fluxo de ar, não havendo, uma respiração de âmbito diafragmático (5º nível) e, nos depressivos, a falta de energia para profundidade respiratória. Segundo Tosta (2008), percebeu-se uma respiração parcial com rigidez torácica, sem energia e imobilização diafragmática, tendo como hipótese desta tensão, a ambivalência emocional característica do próprio transtorno, com altos e baixos nas sensações de tristeza e euforia, onipotência e impotência, descontração e solidão, raiva e júbilo.

Conforme comenta Tosta (2008), no paciente em estado psicótico, o seu fluxo respiratório, tanto peitoral ou diafragmático é quase imperceptível, ou seja, tem-se a impressão que a pessoa não respira. São segmentos não rígidos, flácidos como se não houvessem tensões. Se se pressiona o peito desses pacientes, não haverá muito ar contido nesta região corporal. A dificuldade pode estar na total falta de contato consigo mesmos, pois mesmo solicitando ao psicótico que respire com profundidade, o resultado poderá negativo pela falta de contato corporal. Como confirma Reich (2004, p 374), no atendimento de uma paciente esquizofrênica.

Parecia não respirar absolutamente nada. No exame físico, o tórax mostrava-se relaxado, e *não rígido*, como nos casos de neurose compulsiva. O relaxamento e a mobilidade do tórax foram encontrados mais tarde em outros casos de esquizofrenia em fase inicial. Devemos estudar, posteriormente, se até que ponto a ausência de couraça torácica é ou não uma característica da biopatia esquizofrênica. A flexibilidade do tórax teria parecido normal se não fosse acompanhada pela *falta de respiração*. A respiração era tão superficial que parecia totalmente ausente. Quando pedi à paciente que inspirasse e expirasse de forma audível, recusou-se; mais tarde verificou-se ela era incapaz de fazê-lo. Dava a impressão de interromper a respiração em algum ponto dos segmentos cervicais.

A dependência química é considerada pela OMS (Organização Mundial de Saúde) uma doença progressiva, incurável e fatal. A sua gravidade é tal, que nenhum outro transtorno possui tantas redes de apoio para assegurar ao dependente de álcool ou drogas, a sua saúde e abstinência (TOSTA, 2008). Tanto o alcoolismo como a drogadição são devastadores da integridade física, moral e psíquica do usuário, onde o problema do uso de substâncias não tem como hipótese um causador único, pois atualmente aceita-se, tanto os fatores



de pré-disposição como os fatores ambientais, podendo ser este último, o mais significativo.

Segundo comenta Tosta (2008, p. 18): “no alcoolista percebeu-se que o segmento torácico é rígido, e o diafragma imobilizado, semelhante aos pacientes com transtorno de humor”. Entretanto, complementa o mesmo autor (2008, p. 18): “o alcoolista possui uma dificuldade acentuada de liberar o ar de forma sonorizada, exercício este, que o bipolar desempenha com menos dificuldade”. A hipótese da origem destas tensões está no próprio caráter do dependente de álcool, que em sua maioria, são pessoas que reprimem sentimentos negativos e não conseguem verbalizar o seu sofrimento, ou seja, suprimem em seu peito raivas, angustias, medos e revivem questões do passado, como se o presente não existisse, defesa esta, que os fazem se isolar de familiares e amigos. Como confirma Lowen (1979, p. 119).

A busca da realização de uma ilusão requer o sacrifício de sentimentos bons no presente, e a pessoa que vive na ilusão é, por princípio, incapaz de fazer exigências de prazer. Em seu desespero ela está disposta a ignorar o prazer e deixar a vida em estado de latência, na esperança de que sua ilusão a ser realizada a livrará do desespero.

Segundo Tosta (2008), nos dependentes de drogas observou-se um movimento respiratório mais torácico e menos diafragmático, porém, em ambos os segmentos, os pacientes não apresentam rigidez como no alcoolista, principalmente no tórax. São pacientes com segmentos flexíveis obtendo uma boa relaxação expiratória. Porém quando observados mais atentamente, percebe-se a forma mecanizada e sem contato com que respiram. Fato esse, que os expõe a constantes crises de ansiedades, fruto da própria doença e gatilho para recaídas. A hipótese deste fenômeno existe pelo próprio funcionamento do toxicômano, que tende, sem crítica, a expor a violência da sua adicção. Fenômeno que aparece facilmente quando institucionalizados, pois ao contrário do alcoolista, que esconde os seus sentimentos, o drogadicto muitas vezes, não os esconde, fala com menos dificuldades, assume uma posição de maior liderança (negativa ou positiva), manipula situações cotidianas com perspicácia e estão mais próximos dos transtornos de personalidade anti-social. Comentando sobre o caráter fálico-narcisista Navarro



COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

8

TOSTA, Francisco. Trabalhos psico-corporais em clínica psiquiátrica: um enfoque da psicologia corporal. In: ENCONTRO PARANAENSE, CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, XIV, IX, 2009. **Anais**. Curitiba: Centro Reichiano, 2009. CD-ROM. [ISBN – 978-85-87691-16-3]. Disponível em: www.centroreichiano.com.br/artigos. Acesso em: ____/____/____.

(1995), diz que existe uma tendência à droga e ao álcool e quando a condição narcísica é mais forte, há a necessidade de se afirmar como expressão de poder, que leva à manifestação do tipo paranóico, com uma visão de mundo muitas vezes genial e às vezes criminosa, havendo nesses casos, a personalidade psicopática. Em complemento a esse pensamento Reich (2004, p. 213) já dizia.

Entre os caracteres fálicos-narcisistas sádicos, encontram-se muitas vezes os viciados, especialmente alcoólatras... Na psicopatologia, muito se fala acerca da afinidade entre o gênio e o criminoso. Contudo, o tipo que se tem em mente não é um produto nem do caráter compulsivo nem do histérico nem do masoquista; provém predominantemente do caráter fálico-narcisista.

Na tabela 1 (abaixo), foram expostas informações para melhor facilitar a compreensão da dinâmica respiratória, observada em cada transtorno citado (Transt. Humor, Transt. Psicótico, Dep. Álcool e Dep. Drogas). Esse quadro organiza as informações observadas do movimento de respiração nos segmentos torácico e diafragmático, indicando de forma objetiva as deficiências percebidas nos trabalhos psico-corporais.

Outra indicação demonstrada na tabela 1 refere-se ao tipo de respiração observada, ou seja, se é uma respiração parcial torácica, parcial diafragmática ou desintegrada, contendo ainda, alguns comentários referentes à dinâmica do movimento respiratório.

Tabela 1: Demonstrativo qualitativo da observações realizadas com pacientes psiquiátricos com transtornos de humor, transtornos psicóticos e dependência química.

Transtorno	Tórax	Diafragma	Respiração	Observação
Transt. Humor	Rígido	Imobilizado	Parcial Torácica	Dificuldade de inspiração e expiração.
Transt. Psicóticos	Flácido	Flácido	Desintegrada	Dificuldade de inspiração em grande amplitude.
Dep. Álcool	Rígido	Imobilizado	Parcial Torácica	Dificuldade de expiração.
Dep. Drogas	Flexível	Flexível	Parcial Torácica	Facilidade de inspiração e expiração.

(TOSTA, 2008, p. 20)



SOBRE A RESPIRAÇÃO

Os traumas respiratórios no momento do nascimento, como o corte prematuro do cordão umbilical, são apenas o início de uma série de repressões que o homem enfrentará durante a sua vida. É importante salientar que, geralmente essas repressões ocorrerão seguindo uma tendência, ou seja, ocorrerão acompanhando o desenvolvimento do bebê, iniciando na simbiose mãe e bebê e, como diz Navarro (1996), (primeiro campo energético), passado para a família (segundo campo energético) e terminando no social/cultural (terceiro campo energético). Sobre os bloqueios diafragmáticos em bebês, Eva Reich (1998, p. 33) comenta: “Esse bloqueio pode surgir em bebês, por exemplo, como resultado de uma manipulação rude ou uma fralda muito apertada. Em Marselha, observei recém-nascidos que não podiam ter respiração abdominal por causa de fraldas muito apertadas”.

Conforme a mesma autora (1998, p.18): “descobri entre as mães alguns costumes – vários deles passados de geração em geração – perniciosos aos bebês. Esses costumes ajudam na instalação de couraças nas crianças”.

As couraças são bloqueios psíquicos e somáticos, que se desenvolvem no ser humano, como uma forma de defesa provocada por traumas, geralmente de cunho repressivo familiar e social. Essas couraças, para a psicologia corporal, estão distribuídas pelo corpo, seguindo uma ordem de sete segmentos (ocular, oral, cervical, torácico, diafragmático, abdominal e pélvico).

Essas couraças, como apontou Eva Reich, conservam muitas vezes, um caráter patrimonial, ou seja, são repressões familiares que são passadas, “culturalmente”, de geração em geração e são consideradas modelos adequados de uma boa educação, porém psiquicamente representam modos distorcidos de educar, acarretando as mesmas couraças em pais e filhos. Isso demonstra claramente o sentido de “peste emocional”, ou seja, como se fosse uma doença endêmica que tem como transmissor primordial a própria cultura. Como aponta Wilhelm Reich (2004, p. 461) a respeito da peste emocional: “Não há razões para supor que ela passe da mãe para o filho, de maneira hereditária. De acordo com nossos conhecimentos, é inculcada na criança desde os primeiros dias de vida”.



O ato respiratório pode se tornar um indicador das repressões culturais, pois o próprio educar apresenta as condições de suprimir desejos ou comportamentos que são indesejados à cultura (familiar/social). A dificuldade principal não é o educar em si, que é essencial para a criança, mas como a educação está sendo feita. Essas repressões acarretam a necessidade de se defender contra o mal estar que a frustração desempenha nas suas emoções. Geralmente a defesa contra essas emoções, está na supressão da respiração via diafragma. Como afirma Lowen (1983, p. 174): “Muitas pessoas restringem a respiração porque a respiração profunda energiza o organismo e conduz ao sentimento. O método mais imediato para bloquear um sentimento é reter a respiração”. Em conformidade Reich (2004, p. 262) aponta: “Vista biologicamente, a inibição da respiração nos neuróticos tem a função de reduzir a produção de energia no organismo e de reduzir assim a produção de angústia”.

O bloqueio energético e a falta de sensações e sentimentos enrijecem o ser humano. Por isso que o diafragma é considerado o segundo coração, pois a falta de energia impossibilita que se chegue ao sentimento puro e simples, ausentando a pessoa de suas manifestações emocionais, deixando-a embotada, resultando em problemas de ordem emocional, física e social, dificultando relacionamentos e possibilitando, no caso de um fluxo unilateral de energia, o aparecimento da ansiedade. Como afirma Navarro (1995, p. 85): “Uma boa respiração induz à excitação, pois o impulso energético se dirige para baixo, enquanto que uma respiração deficiente, com impulso energético para o alto, vai produzir, por exemplo, a agitação dos ansiosos”.

TRABALHO PSICO-CORPORAL

A proposta apresentada para a realização dos trabalhos psico-corporais, tentaram abranger técnicas da vegetoterapia e bioenergética. A bioenergética segundo Volpi & Volpi (2001), tem como propósito principal, a compreensão da personalidade em termos de corpo, acreditando que os processos energéticos determinam o que acontece em ambos, personalidade (mente) e soma (corpo). A vegetoterapia, que segundo Navarro (1996), é um trabalho terapêutico que



atua sobre o sistema neurovegetativo, utilizando-se de intervenções corporais que provocam reações emocionais e musculares, com o propósito de reestruturação da psicoafetividade.

O início das atividades corporais e de respiração com os pacientes psiquiátricos, tiveram como princípio promover o contato com o próprio ambiente e consigo mesmo, mediante exercícios que abrangessem a percepção e proporcionassem a interação com estímulos que circundam a pessoa, como por exemplo, barulho de portas, gorjear dos passados na natureza, tensões musculares e entre outros. Percebeu-se que este exercício garantia uma melhor entrega do paciente para a realização da atividade, promovendo um desligamento da agitação mental, conduzindo o paciente para um estado de calma e tranquilidade, simplesmente percebendo e sentindo, no ambiente e em si mesmos, estímulos e sensações que na agitação do dia a dia muitas vezes não são notados. Essa era uma forma de aquecimento para a continuidade do trabalho, que como afirma Volpi & Volpi (2001), tem como proposta levar a atenção do participante a perceber e/ou sentir um fato, uma situação específica, aquecendo-o para um objetivo específico.

A etapa seguinte dos trabalhos corporais, tiveram como proposta, a realização de uma auto-massagem, adaptando e utilizando-se a técnica da massagem o “toque da borboleta” desenvolvida por Eva Reich. Esta técnica tem como intuito, levar o indivíduo a descobrir sensações e facilitar a flexibilização de tensões musculares nos sete segmentos de couraça (ocular, oral, cervical, torácico, diafragmático, abdominal e pélvico), mediante a um auto-toque suavizado. Como afirma Eva Reich (1998, p. 53)

Essa massagem, desenvolvida por mim, é uma forma específica da vegetoterapia. O nome refere-se à qualidade do toque utilizado (suave como o de uma borboleta) e à sua origem (desenvolvido em bebês recém-nascidos e prematuros). A massagem trabalha nos encorajamentos segmentais, sempre de cima para baixo (da cabeça para os pés). Ela é suave e age tanto na superfície da pele quanto nas camadas mais profundas do tecido muscular.

As etapas subseqüentes referem-se aos exercícios de respiração. Onde a proposta inicial é a conscientização do movimento da respiração, que demonstra para o paciente, de forma simplificada, qual o estado atual desse movimento e como se está realizando a respiração, simplesmente solicitando para o paciente que respire normalmente, e que deixe uma das mãos na altura do peito e a outra na altura do abdômen. Esta técnica promove um auto-



conhecimento e inicia o paciente na percepção exata do movimento respiratório. Segundo Lowen (1979), essa técnica demonstra para a pessoa, a existência do segundo fôlego, resultado da habilidade de mobilizar o mecanismo acessório da respiração costal, suplementando e aprofundando a respiração abdominal, sendo assim, quando os dois tipos de respiração se integram, assume-se uma respiração unitária e sadia.

Para se trabalhar somente o segmento torácico pode-se utilizar técnicas simples, como soltar o ar sonorizando a vogal “a” e ao mesmo tempo, pressionar levemente o peito do paciente, facilitando com isso, uma saída mais eficiente do oxigênio. Conforme Lowen (1979, p. 151): “o neurótico sofre de uma incapacidade de expelir inteiramente o ar. O seu peito tende a ser expandido e superinflado, e a permanecer fixo na posição de inspiração”.

No segmento diafragmático pode-se realizar a “respiração do gato”. Este exercício tem como objetivo flexibilizar o diafragma, permitindo uma maior amplitude respiratória desta região. O seu mecanismo é simples de ser efetuado, onde após uma inspiração profunda, a pessoa solte o ar pelo nariz ao mesmo tempo em que mostra os dentes. Essa condição faz com que o ar saia mais comprimido pelas fossas nasais, e tenha um barulho semelhante a um gato raivoso. Segundo Navarro (1996, p. 79): “o *acting* do “gato” age diretamente e ativamente sobre o diafragma”.

Percebeu-se que este tipo de respiração promove facilmente uma hiperventilação do paciente, quando o mesmo não está acostumado a respirar com grande amplitude diafragmática. Outra observação foi à expressão facial de raiva que esta respiração tende a promover, porém que aparece com dificuldade em alguns tipos de transtornos, como por exemplo, nos transtornos depressivos. Nos depressivos, a pessoa não consegue realizar com facilidade a expressão da raiva mostrando todos os dentes da boca, os pacientes só expressavam, em sua maioria, os dentes superiores, tendo como hipótese desta observação, dificuldades de demonstrar para o mundo aspectos de agressividade.

Encerrando a etapa dos exercícios de respiração, inicia-se uma nova etapa, que são os *groundings*. O *grounding* significa estar enraizado,



reencontrado a base, o chão, que permite a sustentação a partir de si mesmo. É válido apontar que existe uma estreita relação em realizar o *grounding* e a respiração, pois o ato de respirar proporciona ao corpo uma carga maior de bioenergia e excitação e o *grounding* possibilita a sua descarga, gerando ao corpo um estado de bem estar e relaxamento profundo. Como afirma Lowen (1982, p. 171): “Bioenergeticamente falando, *grounding* serve para o sistema energético do organismo da mesma forma que para um circuito elétrico de alta tensão e é constituído de uma válvula de segurança para a descarga de excesso de excitação”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que se conclui deste trabalho é o quanto se faz necessário ter como meta, a importância do olhar clínico e sem julgamento do profissional que venha atuar com o paciente psiquiátrico. Percebeu-se que o primeiro passo na obtenção do sucesso é visualizar o internado, como pessoa humana, que possui suas defesas e tensões como mecanismos, muitas vezes confusos, de proteção contra uma carga ainda maior de sofrimento.

Percebeu-se que trabalhos corporais e de respiração garantiram para muitos pacientes, um maior contato com suas defesas e tensões que não eram percebidos anteriormente. Mostraram também que o toque corporal, quando tratado de forma respeitosa por um profissional competente, de nada traz de prejuízo na obtenção do bem estar do paciente psiquiátrico, e sim, proporciona ao mesmo, um reencontro com o lado afetivo e de proximidade existentes em cada ser humano, principalmente com o paciente depressivo.

Notou-se também, a importância de se trabalhar com a bioenergia contida ou enfraquecida do paciente, sendo visualizado muitas vezes, mudanças explícitas no comportamento, na cor da pele, na melhora da auto-estima, na flexibilização das tensões corporais e no desenvolvimento de uma respiração mais integrada e profunda.

O que se espera em cada atividade de respiração e trabalhos corporais, é a reflexão sobre as manifestações psíquicas e corporais apresentadas pelo



paciente, tentando com isso, compreender e quem sabe, mapear cada uma destas reações manifestadas, tentando com isso, comprovar a eficácia das técnicas da psicologia corporal em benefício de pacientes psiquiátricos.

Contudo é válido ressaltar que trabalhos como estes necessitam de mais pesquisas e métodos objetivos de avaliação de eficácia. Abrindo-se oportunidades que visam estudar a integração tanto mental como corporal com pacientes psiquiátricos, o que justificaria novas pesquisas neste campo da psicologia.

REFERÊNCIAS

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 5ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1996.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LOWEN, A. **Bioenergética**. 7ª ed. São Paulo: Summus, 1982.

LOWEN, A. **Medo da vida: caminhos de realização pessoal pela vitória sobre o medo**. 9ª ed. São Paulo: Summus, 1986.

LOWEN, A. **Narcisismo: negação do verdadeiro self**. São Paulo: Cultrix, 1983.

LOWEN, A. **O corpo em depressão: as bases biológicas da fé e da realidade**. 6ª ed. São Paulo: Summus, 1983.

LOWEN, A. **O corpo traído**. 6ª ed. São Paulo: Summus, 1979.

NAVARRO, F. **A somatopsicodinâmica: sistemática rechiana da patologia e da clínica médica**. São Paulo: Summus, 1995.

NAVARRO, F. **Caracterologia pós-reichiana**. São Paulo: Summus, 1995.

NAVARRO, F. **Metodologia da vegetoterapia caractero-analítica: sistemática, semiótica, semiologia, semântica**. São Paulo: Summus, 1996.

NAVARRO, F. **Somatopsicopatologia**. São Paulo: Summus, 1996.

REICH, W. **A função do orgasmo**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2004.

REICH, W. **Análise do Caráter**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

REICH, E; ZORNÀNSZKY, E. **Energia vital pela bioenergética suave**. São Paulo: Summus, 1998.



COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

15

TOSTA, Francisco. Trabalhos psico-corporais em clínica psiquiátrica: um enfoque da psicologia corporal. In: ENCONTRO PARANAENSE, CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, XIV, IX, 2009. **Anais**. Curitiba: Centro Reichiano, 2009. CD-ROM. [ISBN – 978-85-87691-16-3]. Disponível em: www.centroreichiano.com.br/artigos. Acesso em: ____/____/____.

TOSTA, F. **Trabalhos psico-corporais em clínica psiquiátrica**: um enfoque da psicologia corporal. Curitiba, 2008, 46p. Monografia de Especialização em Psicologia Corporal. Centro Reichiano. Disponível em: www.centroreichiano.com.br. Acesso em: 18/03/2009.

VIETTA, E. P; KODATO, S; FURLAN, R. Reflexões sobre a transição paradigmática em saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 25/11/2008.

VOLPI, J. H; VOLPI, S. M. **Práticas da psicologia corporal aplicadas em grupo**. Curitiba: Centro Reichiano, 2001

AUTOR

Francisco Tosta/PR - Graduado em Administração de Empresas pela PUC/PR. Especialista em Psicologia Corporal pelo Centro Reichiano, Curitiba/PR. Cursando Residência em Vegetoterapia Caracteroanalítica pelo Centro Reichiano, Curitiba/PR. Cursando a Formação em Terapia Comportamental e Cognitiva pelo CETECC – Centro de Estudos em Terapia Comportamental e Cognitiva – Curitiba/PR. Acadêmico de Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná.

E-mail: francisco.m.tosta@hotmail.com

