

GISELE JACINTA RODRIGUES CALEGARI FERNANDES

COMPREENDENDO A PREVENÇÃO DE NEUROSES A
PARTIR DA CONSCIENTIZAÇÃO



Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção de título no Programa de Especialização em Psicologia Corporal do Centro Reichiano de Psicoterapia Corporal.

Orientador: Dr. José Henrique Volpi

CURITIBA
2010

RESUMO

Esta pesquisa busca mostrar um pouco da trajetória da Psicologia Corporal, com o intuito de reunir dados teóricos que embasem nosso objetivo principal nesse trabalho, que é mostrar como a Psicologia Corporal pode contribuir na prevenção de neuroses a partir da concepção. Sabe-se que atualmente existe um alto índice de pessoas com conflitos emocionais, conflitos esses que se apresentam também no corpo por meio de psicossomatizações. Conhecer as etapas do desenvolvimento emocional, e sua relação com a caracterologia pós-reichiana pode contribuir muito para que possamos gerar e criar nossos filhos de maneira mais saudável. São conhecimentos complexos, que trazem medidas simples, porém valiosas, para a manutenção da saúde da família e da sociedade.

Palavras-chave: Gestação. Psicologia Corporal. Neurose. Caráter. Prevenção.

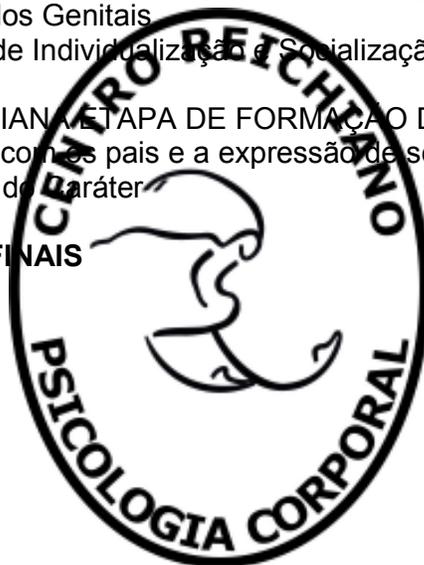


SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	04
2 PSICOLOGIA CORPORAL	06
2.1 REICH E A PSICANÁLISE	06
2.1.1 Reich e a Economia Sexual	09
2.1.2 Os Sete Segmentos de Couraça	11
3 FORMAÇÃO DA PSIQUE HUMANA	20
3.1 PERÍODOS DA FORMAÇÃO DA PSIQUÊ HUMANA	22
3.1.1 Período Embrionário	22
3.1.2 Período Fetal	22
3.1.3 Período Neo-natal	23
3.1.4 Período Pós-natal e Período Pseudogenital	24
3.2 TEMPERAMENTO, CARÁTER E PERSONALIDADE	25
3.3 PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES PSICOPATOLÓGICAS	26
3.3.1 Psicoses	26
3.3.2 Borderline (Distinlia)	28
3.3.3 Psiconeuroses	29
3.3.4 Neuroses	29
4 O DESENVOLVIMENTO PSICO-EMOCIONAL SEGUNDO A PSICOLOGIA CORPORAL	30
4.1 ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO PSICO-EMOCIONAL	31
4.1.1 Etapa de Sustentação	31
4.1.2 Etapa de Incorporação	32
4.1.3 Etapa de Produção	33
4.1.4 Etapa de Identificação	34
4.1.5 Etapa de Formação de Caráter	34
5 CARACTEROLOGIA PÓS-REICHIANA	36
5.1 A ESCOLA DE FEDERICO NAVARRO	36
5.2 ESTRUTURAS CARACTERIAIS	37
5.2.1 O Caráter Genital	37
5.2.2 Núcleo Psicótico	38
5.2.3 Caracterialidade Borderline	41
5.2.4 Caraterialidade Psiconeurótica: traço masoquista e traço obsessivo compulsivo	42
5.2.5 Caracterialidade Neurótica: traço histérico e traço fálico narcisista	43



6 PREVENÇÃO DE NEUROSES A PARTIR DA CONCEPÇÃO	46
6.1 AUTOCONSCIENCIA NA ETAPA DE SUSTENTAÇÃO	46
6.1.1 Concepção	46
6.1.2 Gestação	47
6.1.3 Parto	48
6.1.4 Pós Parto	49
6.2 AUTOCONSCIENCIA NA ETAPA DE INCORPORAÇÃO	52
6.2.1 A Amamentação	52
6.2.2 A Importância da Presença Materna e Paterna	54
6.2.3 O Desmame	55
6.3 AUTOCONSCIENCIA NA ETAPA DE PRODUÇÃO	55
6.3.1 Controle dos Esfincteres	55
6.3.2 Desenvolvimento da Autoconsciência	56
6.4 AUTOCONSCIENCIA NA ETAPA DE IDENTIFICAÇÃO	57
6.4.1 A Descoberta dos Genitais	57
6.4.2 Os Momentos de Individualização e Socialização	58
6.5 AUTOCONSCIENCIA NA ETAPA DE FORMAÇÃO DE CARÁTER	58
6.5.1 A Identificação com os pais e a expressão de sentimentos	58
6.5.2 A Estruturação do caráter	59
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	64



1 INTRODUÇÃO

A presente monografia tem como objetivo cumprir com o requisito parcial do Programa de especialização em Psicologia Corporal, ministrado pelo Centro Reichiano. Aborda as contribuições da Psicologia Corporal na prevenção de neuroses a partir da concepção.

É nosso desejo que as informações apresentadas nesse trabalho possam auxiliar os pais na gestação e educação afetiva de seus filhos, buscando com isso uma diminuição dos conflitos neuróticos que assolam a humanidade.

Existem diversas Escolas pós-reichianas, que vieram depois de Wilhelm Reich, “pai” da Psicologia Corporal, porém neste trabalho abordaremos a escola de Federico Navarro, enfatizando a caracterologia pós-reichiana.

Sabe-se que atualmente é bastante expressivo o número de pessoas que sofrem com conflitos neuróticos. Podemos constatar isso observando a grande procura a consultórios psicológicos e psiquiátricos, e também pelo alto índice de procura a pronto socorros de pacientes com psicossomatizações. Algo deve estar errado em nossa maneira de gerar e criar nossos filhos. É pensando nisso que este trabalho será desenvolvido pois é necessário que nos demos conta do que está faltando na educação com nossas crianças para que assim possamos de alguma maneira contribuir para a diminuição das neuroses.

No primeiro capítulo (tópico 2) será abordado um pouco da história da Psicologia Corporal e de seu criador Wilhelm Reich, desde sua passagem pela psicanálise até a descoberta da energia orgônio.

No segundo capítulo (tópico 3) escreveremos a respeito da Formação da Psique Humana, passando pelos períodos de desenvolvimento, pelas diferenças entre Temperamento, Caráter e Personalidade e finalizando este capítulo com uma breve explanação das principais manifestações psicopatológicas

No terceiro capítulo (tópico 4) será abordado o Desenvolvimento Emocional segundo a Psicologia Corporal, buscando compreender o que ocorre em cada uma destas etapas.

No capítulo quatro (tópico 5), abordaremos a Caracterologia Pós-reichiana, mencionando Federico Navarro e suas contribuições à psicologia Corporal, principalmente no que diz respeito a releitura dos caracteres.

No quinto capítulo (tópico 6) será abordado, com base nos capítulos anteriores, as contribuições que a Psicologia Corporal oferece para a prevenção de neuroses.

E finalizando este trabalho, no capítulo seis (tópico 7) faremos as Considerações Finais, seguidas das Referências Bibliográficas.



2 A PSICOLOGIA CORPORAL

A Psicologia, independente da área que atua, busca compreender o funcionamento do ser humano com o objetivo de auxiliá-lo na solução de seus problemas psico-emocionais, melhorando assim a relação deste consigo e com a sociedade.

Desde que passou a ser considerada uma ciência, a Psicologia contou com grandes nomes que contribuíram para que ela se consolidasse. Uns criaram novos conceitos, outros novas técnicas, novos caminhos que levariam a uma melhor compreensão da mente humana. Até então a Psicologia tinha uma prática de atuação puramente verbal. Porém, um destes grande nomes, Wilhelm Reich, acrescentou algo a mais, como possibilidade de ajuda neste processo: a atuação sobre o corpo. Nasceu aqui o que mais tarde veio a ser chamada de Orgonomia, e posteriormente, outras escolas surgiram a partir da Orgonomia, e que hoje fazem parte da Psicologia Corporal, uma área definida por Volpi e Volpi (1998), que dedica-se a estudar as manifestações da mente sobre o corpo e do corpo sobre a mente, partindo do pressuposto de que ambas, mente e corpo, fazem parte de um único movimento energético, manifestando-se no comportamento. A Psicologia Corporal objetiva reencontrar a capacidade do ser humano de regular a sua própria energia e, por conseqüência, seus pensamentos e emoções, oferecendo a ele a oportunidade de alcançar uma vida mais saudável (VOLPI; VOLPI, 2008).

2. 1 WILHELM REICH E A PSICANÁLISE

Wilhelm Reich nasceu em 24 de março de 1897 em Dobrzycynica, numa aldeia da Galícia que fazia parte do antigo império austro-húngaro, (VOLPI, 2000). Em sua juventude foi um brilhante aluno, dedicado em suas leituras e cheio de ambições. Antes mesmo de concluir o ensino médio alistou-se no exército, e logo recebeu o comando de um pelotão no batalhão de infantaria. Com o fim da Primeira Guerra Mundial, pediu dispensa da atividade militar e ingressou na Faculdade de direito. Não simpatizando com o curso, seis meses depois transferiu-se para o curso de Medicina. Concluiu a Medicina em apenas quatro anos, direito garantido aos que serviram na guerra.

No segundo ano da Faculdade de Medicina teve, por acaso, seu primeiro contato com a Psicanálise.

Foi por simples acaso que entrei em contato com a psicanálise. Durante uma conferencia sobre anatomia em janeiro de 1919, alguém passou um folheto, que foi de carteira em carteira, e pedia aos estudantes interessados que organizassem um seminário de sexologia. Fui à primeira reunião. Havia uns oito jovens, estudantes de medicina. Dizia-se que um seminário de sexologia era necessário para os estudantes de medicina porque a Universidade de Viena estava negligenciando essa importante questão. (REICH, 1995, p. 27)

Reich ficou fascinado pela teoria freudiana, porém antes de entregar-se à Psicanálise, buscou conhecimentos gerais na ciência natural e em filosofia natural (REICH, 2004). Logo após, Reich dedicou-se totalmente à psicanálise, e em bem pouco tempo, já estava analisando pacientes encaminhados pelo próprio Freud. Foram quatorze anos trabalhando *na* e *para* a psicanálise. Durante este tempo, Reich ofereceu importantes contribuições à psicanálise.

Uma das primeiras contribuições de Reich à psicanálise, foi a elaboração de uma técnica coerente das resistências analíticas. Freud havia mostrado o quanto era importante analisar a resistência do paciente antes de interpretar os seus desejos inconscientes, as recordações extraídas dos sonhos, os lapsos verbais e as associações livres. Em sua busca da compreensão da sexualidade e da psicogênese das neuroses, Reich deparou-se com as resistências, dificuldades que muitos pacientes encontravam para obter a cura por meio dos métodos tradicionais de análise (VOLPI; VOLPI, 2008). Reich não acreditava na transferência positiva que aparecia no início do tratamento. Ele queria entender *por que, contra o que e como* o paciente resistia. Foi então que Reich saiu de trás do divã e passou a sentar-se na frente do paciente, olhando-o e sendo olhado por ele. Observando seu jeito de falar, seus gestos e posturas, teve acesso as resistências latentes de seus pacientes. Passou então a atacar diretamente estas resistências, esclarecendo ao paciente contra o que estava resistindo e também como estava fazendo isso. Foi assim que Reich descobriu que a principal resistência à análise, revelava-se não pelo que o paciente dizia e sim pelo *modo* como ele dizia as coisas pertinentes a sua vida. E este *modo* de dizer era a expressão do caráter do paciente.

A resistência de caráter não se expressava em termos de conteúdo, mas de forma: o comportamento típico, o modo de falar, andar, gesticular, e os hábitos característicos (como o indivíduo sorri ou escarnece, se fala de maneira coerente ou incoerente, o quanto é agressivo). O indicio da resistência de caráter não está naquilo que o paciente diz e faz, mas no modo como fala e age. Também não está no que ele revela em sonhos, mas no modo como ele censura, distorce, condensa, etc. (REICH, 2004, p. 59)

A elaboração de uma teoria coerente do caráter, foi outra importante contribuição de Reich. De acordo com Raknes:

Ele demonstrou que os diversos traços de caráter dependiam uns dos outros e que, tomados em conjunto, formavam uma defesa unitária contra todas as emoções que de alguma forma eram percebidas como perigosas. Reich chamou essa defesa de *couraçã caracterial* e demonstrou que essa couraçã tinha a sua origem em situações da infância, quando à criança era negada a satisfação de um impulso instintual qualquer, e que a energia de tal impulso dividia-se, de modo que uma parte mancha a outra reprimida. (RAKNES, 1988, p.20)

Reich percebeu que quando apontava ao paciente as características gerais do seu comportamento, este sentia esta atitude como um ataque a sua personalidade, gerando sentimentos hostis em relação ao analista. No entanto, Reich tinha consciência de que a agressividade que surgia na sessão, não era algo colocado pelo analista durante a análise, mas sim, algo que surgia e que poderia ser trabalhado de forma a ser retirado do interior do paciente pelo analista. (RAKNES, 1988)

Duas contribuições, que talvez foram as mais importantes que Reich deu à psicanálise, foram a Teoria do Orgasmo e a demonstração do fundo social e ideológico das neuroses (RAKNES, 1988). Por meio do seu livro A Função do Orgasmo, Reich propôs a teoria de que o orgasmo serve à função de descarga do excesso de energia do organismo, sendo que se essa descarga for bloqueada ou insuficiente, desenvolve a ansiedade (LOWEN, 1977). Já em relação ao fundo social e ideológico das neuroses, Reich mostrou que, para prevenir a formação de neuroses, seria necessário acima de tudo, mudar as ideologias dominantes da sociedade, que determina a existência ou não de uma religião, de uma moral ou de um credo filosófico.

As enfermidades psíquicas são a conseqüência do caos sexual da sociedade. Durante milhares de anos, esse caos tem tido a função de sujeitar psiquicamente o homem às condições dominantes de existência e de interiorizar a dinâmica externa da vida. Tem ajudado efetuar a ancoragem psíquica de uma civilização mecanicista e

autoritária, tornando o homem incapaz de agir independentemente. (REICH, 1995, p.16)

Reich mostrou que a repressão dos impulsos instintuais naturais e a sua conversão em impulsos secundários, na maioria das vezes sádicos ou masoquistas, tinham sua raízes em tais ideologias e nos instintos perversos daqueles que exerciam a repressão. (RAKNES, 1988)

Os indivíduos criados com uma atitude negativa diante da vida e do sexo contraem uma ânsia de prazer, fisiologicamente apoiada em espasmos muscular e crônico. Essa ânsia neurótica de prazer é a base na qual certas concepções de vida, negadoras da vida e produtoras de ditadores, são reproduzidas pelos próprios povos. É a própria essência do medo de um modo de vida independente, orientado para a liberdade. Esse medo se torna a mais significativa fonte de força para qualquer forma de reação política, e para a sujeição da maioria de homens e mulheres que trabalham a indivíduos ou grupos. (REICH, 1995, p. 16)

Depois de servir a Psicanálise por todo este tempo, e de fazer estas e outras contribuições que neste trabalho não foram citadas, Reich criou sua própria escola, a Economia Sexual, contribuindo desta maneira para uma melhor compreensão do ser humano como um todo.

2.2 REICH E A ECONOMIA SEXUAL

Com o objetivo de encontrar uma melhor maneira de trabalhar com as resistências dos pacientes, Reich substituiu a análise dos sintomas pela análise do caráter, desenvolvendo assim, a técnica de Análise do Caráter. Com esta atitude, Reich foi muito criticado por seus colegas psicanalistas, que diziam que ele não estava praticando a psicanálise de maneira correta. Aos poucos Reich foi se afastando da psicanálise e a partir de 1928, Reich criou sua própria escola chamada de Economia Sexual e

Foi só com muito esforço que consegui estabelecer o termo economia sexual. Este conceito pretende abarcar um novo campo científico: a investigação da energia biopsíquica. [...] A economia sexual é uma disciplina pertencente à ciência natural. Não se envergonha do tema sexualidade, e rejeita como seu representante todo aquele que não tenha superado o arraigado medo social da difamação sexual (REICH, 1995, p. 14)

A Economia Sexual é, portanto, uma disciplina independente, com seus próprios métodos de pesquisa e a sua própria substancia de conhecimento (REICH, 1995). A Análise de Caráter é uma técnica que faz parte da Economia Sexual. Esta técnica consiste em um trabalho sistemático orientado para o corpo, que põe em evidencia os processos emocionais do indivíduo, que se ancoram no corpo e se expressam por meio de gestos, posturas, tom de voz, etc. A técnica de Análise de Caráter objetiva analisar e isolar as atitudes do paciente, de forma que estas sejam colocadas de lado, permitindo assim, um amadurecimento caracterial, restaurando no mesmo a sua motilidade sexual e sensibilidade biológica (VOLPI, 2003).

Com a análise do caráter Reich descobre a couraça muscular, que é o equivalente corporal dos bloqueios emocionais. Deste modo Reich percebeu que tudo que está na mente, também encontra-se no corpo, por meio de tensões físicas crônicas formadas ao longo da vida, e que tem a função de proteger o indivíduo e seu Ego de experiências dolorosas e ameaçadoras. Deste modo o corpo, para sua própria defesa, adota novas posturas, retendo emoções específicas como o medo, demonstrado pelos olhos arregalados, a raiva pela tensão muscular, etc (VOLPI;VOLPI, 2008). Apesar de proteger o indivíduo, a couraça também restringe a vitalidade do mesmo, e por esse motivo busca-se dissolver estas couraças.

Com a descoberta da couraça, a técnica de Análise do Caráter deixou de ser uma abordagem puramente psicológica, e passou a estar diretamente ligada ao corpo, ao sistema neurovegetativo, dando origem à técnica da Vegetoterapia Characteroanalítica. Vegetoterapia porque atinge o sistema neurovegetativo para dissolver as couraças somáticas e Characteroanalítica porque utiliza Análise do Caráter que atinge e dissolve a couraça psíquica.

As couraças são contrações musculares que aprisionam as emoções sofridas no decorrer da vida, em cada parte do corpo. Sabendo que as couraças estão em várias partes do corpo, Reich mapeou o mesmo em sete segmentos de couraças, permitindo uma melhor compreensão pedagógica. Estes sete segmentos são: ocular, oral, cervical, torácico, diafragmático, abdominal e pélvico. Os mesmos, quando encouraçados, impedem o livre fluxo de energia no corpo. Na seqüência deste trabalho, abordaremos com mais detalhes este assunto.

Dando continuidade aos seus trabalhos, Reich percebeu que quando ocorria o dissolvimento ou desbloqueio das couraças, surgia no corpo movimentos que tinham muita semelhança com os movimentos dos protozoários observados em microscópios. A partir desta observação, iniciou uma série de pesquisas que o levou a descoberta da existência de uma energia presente não só dentro, mas também fora do organismo, a qual denominou Energia Orgônio. Surgiu então a necessidade da ampliação do termo Vegetoterapia Caracteroanalítica para Orgonoterapia. A Orgonoterapia tem por objetivo reencontrar a capacidade de auto-regulação do organismo e, por conseqüência, seus pensamentos e emoções. Deste modo, a Economia sexual que era inicialmente apenas uma disciplina, passou a ser tida como uma ciência, que Reich denominou de Orgonomia, que busca estudar a energia orgônio e suas funções dentro e fora do organismo.

2.2.1 Os sete segmentos de couraça

Reich descobriu que os distúrbios psicoreemocionais estão sempre associados a disfunções anatômico-fisiológicas diversas, os quais são partes integrantes, como um par funcional, de um sistema unitário. “Couraça”, foi o nome que Reich deu a este conjunto de disfunções corporais. De acordo com Trotta (1999), a couraça inclui disfunções musculares, viscerais, sensoperceptivas, respiratórias, hormonais, etc, que se instalam no organismo como defesas contra o medo gerado por eventos traumáticos e situações de ameaça e sofrimento crônico da história de vida da pessoa. Na visão de Junior (2000):

Couraça é um conjunto de disfunções corporais pré-sintomáticas que formam a base para que, com o passar do tempo, se desenvolvam as doenças. [...] A doença surge quando os impulsos e emoções reprimidos são reativados, exigindo a intensificação da couraça, que resulta na lesão do órgão e na manifestação de sintomas. (JUNIOR, 2000, p. 113)

Examinando casos típicos de doenças, a procura de uma lei que governasse os bloqueios, Reich (1995) descobriu que a couraça muscular estava disposta em segmentos. Foi então que Reich mapeou a couraça em sete segmentos: ocular; oral; cervical; torácico; diafragmático; abdominal e

pélvico, afirmando que os bloqueios impedem o livre fluxo energético no organismo e para compensar, o corpo adota novas posturas.

Existe em nosso organismo, um movimento interno de energia, que acompanha nossas funções emocionais e fisiológicas. A couraça, constituída para reprimir emoções e impulsos, produz um represamento deste fluxo de energia. Desta forma, uma consequência energética do encouraçamento é o surgimento de regiões com déficit de energia (bloqueios hipo-orgonóticos), e regiões corporais com estase energética (bloqueios hiper-orgonóticos). As regiões hipo-orgonóticas geralmente apresentam musculatura hipotônica, baixa temperatura, palidez e aparência desvitalizadas. As regiões hiper-tônicas apresentam musculatura hipertônica, congestão líquida, podendo ser quentes, hipersensíveis ou doloridas (TROTТА, 1999)

Primeiro Segmento: Ocular

O segmento ocular compreende a pele, os olhos, os ouvidos, o nariz e o encéfalo. A nível mais superficial o encouraçamento deste segmento pode afetar os olhos, ouvidos, sistema olfativo e musculatura do crânio, e a nível mais profundo pode afetar o próprio encéfalo (TROTТА, 1999). Segundo Reich (2004):

Na esfera do segmento ocular da couraça, encontramos uma contração e imobilização de todos, ou quase todos, os músculos dos glóbulos oculares, das pálpebras, da testa, da glândula lacrimal, etc. Testa e pálpebras rígidas, olhos sem expressão e globos oculares protuberantes, expressão semelhante a uma máscara e imobilidade dos dois lados do nariz são as características essenciais desse anel de couraça. (REICH, 2004, p. 341)

O segmento ocular é o segmento da interpretação. Este segmento entra em função durante os 10 primeiros dias após o nascimento, sendo que, se durante esse período, a integração sensorial não for atuada, tem-se uma condição particular psicopatológica chamada Melancolia. O indivíduo melancólico queixa-se de um vazio, tem pulsões suicidas e para sobreviver, tira proveito do outro (NAVARRO, 1995).

Uma gestação agitada (rejeição, má alimentação, uso de drogas, intoxicações, estresse emocional, ameaças ou tentativas de aborto, parto

traumatizante, falta de contato físico e/ou emocional com a mãe após o nascimento, etc) podem provocar o bloqueio deste segmento.

A manifestação principal do encouraçamento deste segmento é a *falta ou dificuldade de contato*. Esta falta de contato pode ser observada por exemplo na dificuldade de olhar nos olhos. Porém a falta de contato não se limita ao nível físico, percebe-se também a dificuldade de “ver” os próprios sentimentos e os sentimentos dos outros.

O bloqueio total do segmento ocular, segundo Navarro (1995), resulta em um comportamento psicótico; o parcial, na presença de um núcleo psicótico.

O encouraçamento ocular leva ainda a falta de atenção, desorientação, tonturas, dores de cabeça, tópor, diversas perturbações visuais, sensações de vazio na cabeça, dispersão e alterações na configuração do campo energético. Pode levar a manifestação de doenças como alergias, urticárias, rinites, enxaquecas, miopia, astigmatismo, hipermetropia, anorexia, etc. (VOLPI, 2003)

Segundo Segmento Oral

Este segmento compreende a boca, que para a escola reichiana, representa o eixo da vida emocional pela relação com o si-mesmo e com o outro (NAVARRO, 1987). É o segmento da oralidade, que pode ser bloqueado durante o período neo-natal, que compreende os primeiros nove meses de vida após o parto, devido a amamentação deficiente, desmame precoce, brusco ou tardio (VOLPI; VOLPI, 2003b). Entende-se aqui a amamentação não somente como um ato de nutrição física mas também emocional.

Amamentar-se exprime também para o recém-nascido a necessidade de ser amado, garantido, e a possibilidade de se abandonar ao repouso, depois de saciado. Suas dificuldades alimentares são devidas a uma insegurança básica, sendo uma relação sadia com a mãe a base para uma boa alimentação. Visto que a mãe é o objeto de amor, sua perda simbólica ou real causa, no desenvolvimento psico-afetivo, uma condição depressiva, sendo uma de suas manifestações o ciúme. E, visto que a agressividade erótica oral do bebê para com o seio da mãe satisfaz sua fome, necessidade primária, a frustração dessa agressividade dá origem a destruição oral. (NAVARRO, 1987, p. 56)

Desta forma, o segmento oral é o da tendência a depressividade. O depressivo reclama de um sentimento de perda; e ao contrário do melancólico, pede ajuda e dificilmente se suicida.

O bloqueio neste segmento leva a uma condição psicopatológica chamada Borderline, que é o indivíduo que está no limite entre a psicose e a psiconeurose. Este assunto será aprofundado no decorrer deste trabalho.

O encouraçamento do segmento oral manifesta-se por distonias dos músculos de expressão facial, resultando na cronificação de certas expressões, e também pela inibição ou exacerbação crônica dos dois impulsos orais básicos: Impulso Succional (IS) e Impulso de Morder (IM). Os sentimentos associados são ambivalentes, mesclando *demanda afetiva e raiva reativa* (TROTTA, 1999).

No que diz respeito ao aspecto físico, o bloqueio neste segmento leva a alterações anatômicas e funcionais da boca, incluindo a musculatura labial, oclusão de dentes ou inserção de dentes, salivação, deglutição, articulação temporomandibular (ATM). Envolve ainda perturbações alimentares (bulimia), certas preferências ou aversões e também compulsões orais, como por exemplo, fumar, beber, mascar, coçar, morder. Podem ainda levar ao desenvolvimento de patologias como depressões e síndromes maníacas, gastrites, úlceras, bronquite asmática, colites, tuberculose, psoríase, enxaqueca, além de distúrbios da função sexual (frigidez, impotência, ninfomania, vaginismo), e todas as patologias oclonológicas (TROTTA, 1993).

Terceiro Segmento: Cervical

O terceiro segmento compreende essencialmente a musculatura profunda do pescoço, os músculos plástima e esternocleidomastóideo (REICH, 1995). Trotta (1993) detalha um pouco mais este segmento: vértebras cervicais, músculo do pescoço e de ligação deste com a cabeça e com a cintura escapular, língua e garganta (faringe, laringe e cordas vocais), glândulas tireóides e paratireóides.

O segmento cervical é a principal sede de controle contra os impulsos básicos como a raiva e o choro. É conhecido também como a sede do superego.

O bloqueio deste segmento pode ocorrer no período pós natal que vai do nono mês de vida até a puberdade. De acordo com Navarro (1995), o bloqueio neste segmento, leva a condição psicopatológica conhecida como Psiconeurótica, que também será mais aprofundada no decorrer do trabalho.

O encouraçamento deste segmento está relacionado com a ansiedade de queda, autocontrole, medo de entrega, bloqueio da expressão sonora das emoções e instinto de autoconservação, constituindo-se na principal sede das defesas narcísicas. O bloqueio pode levar ao desenvolvimento de artrose cervical, problemas com a glândula tireóide, torcicolo, etc.

Quarto Segmento: Torácico

O segmento torácico é considerado a parte central da couraça, segundo Reich (1995). Este segmento compreende o tórax, fazendo parte o coração, o pulmão e os membros superiores. Sendo a contenção respiratória, um mecanismo genérico de supressão das emoções, a estruturação do ego apoia-se na aquisição do comando voluntário da musculatura e da função respiratória, mecanismo essencial para a preservação da vida (TROTTA, 1999). Por conta disso e também por incluir o tórax e as mãos, este segmento é considerado também a sede da identidade. De acordo com Navarro (1987), na zona onde situa-se o narcisismo, o tórax possibilita o reconhecimento do eu e do não-eu imunológico, conhecido como identidade biológica. O quarto segmento é ainda considerado o centro da afetividade que comporta a condição humana, pela sua estreita correlação entre os sentimentos e as funções cardíacas e respiratórias.

Já os braços e mãos, que também compõem este segmento, são responsáveis pelo contato afetivo, pelo discernimento tátil, pela agressividade, pela sustentação, pelo auto erotismo e pela operacionalidade.

O encouraçamento do quarto segmento envolve distonias na musculatura do tórax, dos braços e das mãos e perturbações na mobilidade respiratória, resultando em diminuição da capacidade vital. Observa-se também, que quando este segmento encontra-se encouraçado, os ombros apresentam-se elevados e voltados para frente, numa atitude defensiva do peito, ou para trás, numa atitude reativa que compensa a existência de um Eu

frágil. Percebe-se ainda, que o relevo da parte central do peito apresenta alterações como afundamento ou protuberância do peito. Segundo Reich:

A couraça do tórax manifesta-se pela elevação da estrutura óssea, por uma atitude crônica de inspiração, por respiração superficial e pela imobilidade do tórax. Já sabemos que a atitude de inspiração é o instrumento mais importante para a repressão de qualquer tipo de emoção. (REICH, 2004, p. 346)

As principais emoções contidas no quarto segmento são o choro, a raiva, a ansiedade, a capacidade desejante, a ambivalência e os impulsos afetivos. O encouraçamento deste segmento leva à dificuldade em abraçar, acariciar e expressar afeto e também à dificuldade em defender-se e de tomar decisões.

As biopatias decorrentes do bloqueio deste segmento são aquelas ligadas ao coração e ao pulmão (VOLPI, VOLPI, 2003b). Podem ocorrer também: bronquite asmática; angina pectoris e enfarte do miocárdio; insuficiência cardíaca; neurose cardíaca; tuberculose; pneumopatias; nevralgia braquial; artrose e doenças reumáticas dos braços e mãos; mal de Reynolds; mastites; displasia e tumores da glândula mamária (TROTTA, 1993).

Quinto Segmento: Diafragmático

O segmento diafragmático consiste em uma faixa de 12 a 15 cm de largura, que se estende desde a linha da altura da extremidade inferior do esterno até a borda das últimas costelas; compreendendo o diafragma e últimas costelas, estômago, duodeno, fígado, vesícula biliar, pâncreas, baço, plexo solar, glândulas supra-renais, os rins e diversos músculos da região tóraco-lombar e do abdômen.

A ansiedade é a manifestação emocional ligada ao funcionamento do diafragma (NAVARRO, 1987). Considerando que os segmentos de couraça tem ligação entre si, o medo (segmento ocular) transmite-se, pela ação do sistema simpático sobre o plano energético, ao diafragma que se bloqueia, criando a ansiedade, que de acordo com mesmo autor, é o temor de um perigo ou de uma punição. Nesse impasse, o indivíduo provoca inconscientemente uma fato qualquer que lhe permita concretizar o estado de espera, pondo fim

nesta situação. Dá-se assim, o início do masoquismo (NAVARRO, 1987). A respeito do masoquismo, Volpi; Volpi (2003b) escreve:

O masoquismo é um denominador da humanidade e a ansiedade é sempre uma ansiedade de espera que nasce da culpabilidade incutida na pessoa, conscientemente ou inconscientemente, por uma educação moralista e repressora que faz com que a criança sempre se sinta culpada pelos seus atos. (VOLPI; VOLPI, 2003b)

A raiva associada ao medo é outra emoção bloqueada quando este segmento encontra-se encouraçado. Porém este medo originou-se em dois momentos distintos. No primeiro momento, o *medo primitivo*, de origem neonatal, está associado à hostilidade reativa e à angústia de abandono e de fragmentação, geralmente está acoplado ao bloqueio de primeiro segmento, e deve ser abordado com muita suavidade. E no segundo momento, o *medo de punição e angústia de castração*, associado a hostilidade dirigida às figuras repressoras da sexualidade, e este pode ser abordado com intervenções mais enérgicas (TROTTA, 1999).

Citando Navarro (1987), “é no diafragma que se encontra toda a hostilidade em face de educadores repressivos; se no tórax se situa a ambivalência, aqui aparece a compulsão por repetir na esperança de encontrar, enfim, o prazer” (NAVARRO, 1987, p. 27).

No nível físico, o encouraçamento do segmento diafragmático, envolve distonias no diafragma com diminuição de sua mobilidade, afetando o estômago, fígado, vesícula, pâncreas e baço. Envolve ainda, lordose e proeminência das últimas costelas.

Sexto Segmento: Abdominal

O segmento abdominal inicia-se três dedos acima do umbigo e termina quatro dedos abaixo deste, incluindo os músculos abdominais e o intestino, estando ligado à função dos esfíncteres. O bloqueio deste segmento, decorre do estresse que a criança sofreu durante o período anal do desenvolvimento, levando a uma tendência a retenção, podendo causar constipação, e a um comportamento avarento, mesquinho, e também compulsivo por ordem e limpeza (VOLPI; VOLPI, 2003b). Este segmento de couraça é o mais puramente ligado ao sentimento de medo. A região do umbigo guarda

memórias ligadas à vida intra-uterina. No período neonatal, o intestino é muito sensível e muito estimulado pelo início da função alimentar e tem importante função evidente, em correlação com o estado emocional, conforme ressaltado por G. Boyesen e o seu conceito de psico-peristalse.

O encouraçamento do segmento abdominal, geralmente está associado ao *medo neonatal* ou ao *medo das sensações pélvicas*. A musculatura abdominal pode apresentar-se hipertônica ou flácida; pode estar insensível ou hipersensível, distendida ou contraída.

Sétimo Segmento: Pélvico

O segmento pélvico que inclui a pelve e as pernas e pés, está relacionado com as funções genitais e com o embasamento postural. Tem como principais conteúdos associados ao encouraçamento: a angústia de castração; o sado-masiquismo anal e fático, ansiedade pré orgástica e a ansiedade de queda.

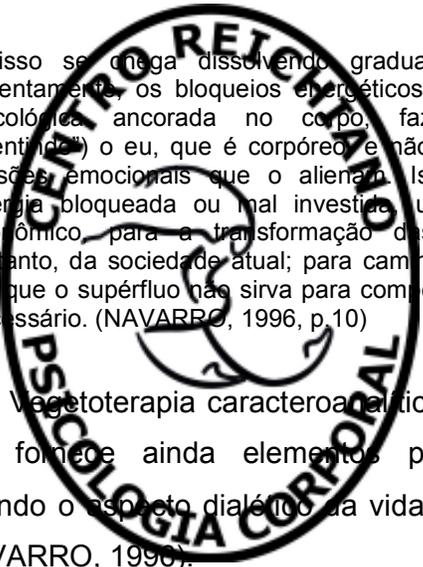
O bloqueio deste segmento, segundo Volpi (2003b), ocorre facilmente pela condição da histeria, significando que a pessoa resolveu de maneira insatisfatória as funções edípicas.

Nos músculos das coxas, situa-se a outra sede do superego, a primeira fica no segmento cervical. Geralmente encontra-se um bloqueio nos músculos adutores, também chamados de “músculos da virgindade”, tanto nas mulheres como também nos homens (NAVAREDO, 1987). A rigidez pélvica resulta da recusa inconsciente da sexualidade genital, reação psicodinâmica produzida pela educação moralista e repressora, desta forma, este superego está ligado ao julgamento dos outros.

A intolerância as sensações de excitação dos genitais (angústia genital) juntamente com o medo de castração, resultam numa contenção muscular vegetativa e energética em toda a região pélvica, associada à raiva bloqueada de intensidade proporcional. Esta condição, além afetar a pelve, afeta também os membros inferiores prejudicando o embasamento postural (abasia funcional) e a circulação energética (condição de anorgonia). A descarga orgástica fica bloqueada em graus variáveis, resultando no que se conhece por impotência orgástica, que gera estase bioenergética crônica, e que se constitui na base de todos os processos neuróticos e biopáticos (TROTTA, 1999).

O encouraçamento do segmento pélvico causa diversos sintomas, incluindo: prisão de ventre; lombalgia; tumores no reto; inflamação nos ovários; pólitos no útero; tumores benignos ou malignos; irritabilidade na bexiga; anestesia da vagina ou na superfície do pênis, com hipersensibilidade na uretra; corrimento acompanhado do desenvolvimento de protozoários no epitélio vaginal (REICH, 1995).

Considerando que todo o aspecto da psicopatologia é uma expressão de imaturidade psicológica e caracterial ligada ao corpo, o trabalho terapêutico com o corpo irá proporcionar sua maturação funcional, levando-o a genitalização, sem esquecer-se de que tudo que está relacionado ao corpo, tem sua integração com o psicológico. Em relação a isso, Navarro (1996) afirma:



A isso se chega dissolvendo gradualmente, e não rompendo violentamente, os bloqueios energéticos que constituem a couraça psicológica ancorada no corpo, fazendo-o assim recuperar ("sentindo") o eu, que é corpóreo e não apenas descarregando as tensões emocionais que o alienam. Isso significa reencontrar a energia bloqueada ou mal investida, utilizá-la, no balanço sexo-econômico, para a transformação das relações existenciais e, portanto, da sociedade atual; para caminhar rumo a uma sociedade em que o supérfluo não sirva para compensar a falta ou carência do necessário. (NAVARRO, 1996, p.10)

Neste aspecto, a Vegetoterapia caracterológica, além de privilegiar o momento terapêutico, fornece ainda elementos para a prevenção da psicopatologia, enfatizando o aspecto dialético da vida, enfocando na relação homem-sociedade (NAVARRO, 1996).

3. A FORMAÇÃO DA PSIQUÊ HUMANA

A formação da psiquê humana inicia na concepção (NAVARRO, 1996). Trata-se de um processo biopsicológico que precisa amadurecer de maneira completa afim de formar um indivíduo saudável em todos os seus aspectos. Na falta de um amadurecimento completo ocorrerão manifestações somatopsicopatológicas. Os obstáculos ao amadurecimento psicológico são responsáveis por fixações com imaturidade psicológica, que se não forem além de certo limite, serão considerados dentro da “normalidade”. Porém, como define Navarro, um indivíduo “normal” não é necessariamente sadio. Na visão reichiana, o indivíduo é sadio quando alcançou a maturidade do caráter genital, e quando tem sua carga energética circulando livremente pelo corpo (sem bloqueios), cujo o metabolismo é fisiológico.

Se a formação da psiquê inicia na concepção, é evidente que a quantidade de energia trazida pelo espermatozóide e pelo óvulo também influenciará no processo de formação de uma psiquê primordial.

A Somatopsicodinâmica, escola criada por Federico Navarro com base nos estudos de W. Reich, considera que os estados ou processos patológicos são equivalentes somáticos de condições perturbadas da psique humana. Navarro, utilizando-se do mapeamento feito por MacLean, encontra no cérebro uma explicação plausível.

De acordo com as pesquisas de MacLean, o cérebro humano é uma tríade: uma estratificação evolutiva em que foi conservado filogeneticamente o cérebro *reptiliano*, sobre o qual se desenvolveu e se sobrepôs o cérebro *límbico*, que depois, foi coberto pelo *neocórtex*. O cérebro reptiliano é localizado nos núcleos da base, ele contém todas as funções vitais instintivas e está ligado às manifestações da psique referentes à territorialidade (volta repetida ao mesmo lugar), à caça (sobrevivência), ao acasalamento (reprodução), à hierarquia (sociedade), aos automatismos (rituais religiosos, políticos...), e estereótipos. O cérebro límbico, que está presente em todos os animais de sangue quente, é responsável pelos comportamentos emotivo-afetivos ligados ao sentir e experimentar, ao cuidado com a prole por meio de sons (início da fonação). Este cérebro é responsável pelo medo, raiva, tristeza e alegria, que levam à luta pela sobrevivência (alimentação), pelo acasalamento (não mais somente como reprodução, mas também para

descarga energética prazerosa). O neocortex é a estrutura mais recente do cérebro (cerca de dois milhões de anos). Está presente nos humanos e em alguns primatas (chimpanzé). Esta parte do cérebro possui estruturas nervosas necessárias à comunicação, permite a visão tridimensional, ligada à postura ereta. Possibilita ainda a dimensão espaço-temporal (antes e depois), da historicidade, da relação causa e efeito, da capacidade de leitura e escrita, da arte, da lógica, da matemática, da consciência (NAVARRO, 1996).

No ideal de saúde, a energia estaria distribuída de maneira equilibrada entre estas três estruturas cerebrais, pois desta maneira suas funções estariam também em harmonia. A falta ou sobrecarga energética em uma destas estruturas leva a diversos problemas de nível fisiológico e psíquico.

É a partir da gestação que tem início a formação da estrutura biológica e caracterológica do indivíduo. Segundo Volpi (2004), da estrutura biológica, fazem parte o patrimônio energético e o terreno biológico.

A energia autógena (da própria célula – espermatozóide e óvulo) somada a energia trofo-umbilical, que é transmitida pela mãe por meio da placenta e do cordão umbilical, formam o patrimônio energético de uma pessoa. Sendo assim, uma pessoa pode ter baixa carga energética (hipoorgania), pode ter uma boa quantidade de energia (normoorganótico), ou ainda uma excessiva carga de energia (hiperorganótico).

Ainda segundo Volpi (2004), o terreno biológico tem como função determinar o equilíbrio bioquímico e biofísico do organismo e ainda prevê o tipo de doenças que este pode manifestar. Desta maneira um vírus ou bactéria só poderá se manifestar em um terreno propício, explicando desta forma porque algumas pessoas continuam imunizadas mesmo em contato com estes agressores externos. Podemos encontrar quatro diferentes tipos de terrenos biológico: alcalino oxidado (núcleo psicótico); ácido oxidado (borderline); ácido reduzido (psiconeurose); e alcalino reduzido (neurose), (VINCENT, 2001 apud NAVARRO, 2002).

Em relação à estrutura caracterológica, Volpi (2004), explica que esta ocorre durante as etapas do desenvolvimento que o bebê irá vivenciar desde a concepção até a adolescência. Este assunto será aprofundado no capítulo quatro.

3.1 PERÍODOS DA FORMAÇÃO DA PSIQUÊ HUMANA

Navarro (1996) escreve que após a concepção passamos por vários períodos que são determinantes à formação e amadurecimento de nossa psiquê. São eles:

3.1.1 Período Embrionário

Este período é fusional (útero/embrião), inicia na concepção e se estende até o final do segundo mês de gestação). É também um período celular, que pode ser prejudicado por deficiências genéticas por meio dos cromossomos (mongolismo, fenilcetonúria, etc) ou ainda por condições externas que dificultam a vida embrionária por intermédio dos mecanismos endócrinos materno-embriônicos que por sua vez provocam alterações cromossômicas. A emoção do medo (medo celular da morte) caracteriza uma ação estressante (rejeição, tentativas de aborto, má alimentação, uso de drogas, etc) sobre o embrião. Diante deste medo (que é inconsciente), o embrião se defende lutando pela sua sobrevivência. Neste caso, as funções enzimáticas são alteradas e o DNA recebe e envia mensagens distorcidas, Navarro (1996). O dano à psique embrionária (ex. Autismo) é praticamente irreversível, do ponto de vista terapêutico.

Navarro assinala ainda, que cada dano é causa de um mecanismo de defesa para a vida, que se manifesta por diversas patologias, e que, quanto mais cedo ocorrer o dano mais comprometimentos ele irá trazer.

3.1.2 Período Fetal

Também fusional, tem início no terceiro mês de gestação e se estende até os dez primeiros dias após o nascimento. Assim como no período embrionário, condições intra-uterinas estressantes podem alterar o desenvolvimento fisiológico do feto, que agora defende-se de maneira diferente.

É durante este período que acontece a formação do cérebro e do sistema neurovegetativo. Portanto se no período embrionário a defesa era celular, agora no período fetal, a defesa ocorre à nível neurovegetativo. O feto

ativa o sistema neurovegetativo do ortossimpático, que responde aumentando a produção de adrenalina, provocando um mecanismo de contração de todo o organismo diminuindo a sua circulação plasmática-energética, (NAVARRO, 1996). Para garantir a sobrevivência do feto, toda a energia necessária é acumulada no cérebro reptiliano, assegurando o funcionamento dos núcleos vitais da base. Este “encolhimento” diminui o contato do feto com o útero que o hospeda, reduzindo seu campo de energia. Esta é a condição necessária para que se instaure um Núcleo Psicótico: baixa carga energética, campo energético limitado e grande dificuldade de contato consigo e com os outros.

3.1. 3 Período Neo-natal

Inicia no décimo primeiro dia após o nascimento e termina por volta de 8 ou nove meses. Este período já não é mais fusional e sim simbiótico (mãe e filho).

Cada período traz consigo algo que precisa ser vivenciado, seja o contato com o útero no período embrionário e fetal ou o contato com a mãe (seio) após o nascimento, no período neo-natal. A qualidade da vivência destes contatos irá contribuir, seja negativamente ou positivamente na formação da psique. O Período Neo-natal quando vivido de maneira frustrante (amamentação insuficiente, desmame precoce, brusco ou tardio), produz aspectos deficitários que podem evoluir para a patologia. A amamentação deveria se prolongar até o oitavo ou nono mês de vida, época em que se completa o desenvolvimento das mandíbulas e o nascimento dos dentes, possibilitando a mastigação.

No leite materno encontra-se anticorpos que o recém-nascido ainda não consegue produzir, além de ácidos graxos insaturados, que são indispensáveis para a mielinização do sistema nervoso. A amamentação é importante ainda para que o recém-nascido adquira a função de acomodação e convergência (quando mama o bebê olha para o seio materno e para o rosto da mãe alternadamente), isto previne miopia, estrabismo e a hipermetropia.

O desmame, quando realizado gradativamente e no tempo certo, permite a lateralização dos olhos, evitando o medo de olhar e de ser olhado, muito comum em pessoas que tem um Núcleo Depressivo coberto pela raiva (Borderline). Um desmame precoce ou brusco causam alterações na formação

da psique, levando à formação de um Núcleo Psicótico Distímico. Já um desmame tardio cria uma falsa necessidade de dependência simbiótica.

3.1.4 Período Pós-natal e Período Pseudogenital

O Período Pós-natal, familiar (mãe, filho e familiares) e não mais simbiótico, tem início no desmame e estende-se até a puberdade. É neste período que se completa a mielinização das vias nervosas oculares tornando a função visual madura. Acontece também a estruturação ou formação do caráter, que irá se sobrepor ao temperamento. No Período pós-natal acontece o desenvolvimento da linguagem, que tem como precursor o contato dos períodos embrionário, fetal e neo-natal. Portanto, um bom contato propicia uma boa comunicabilidade (troca) e um contato deficitário leva a um pseudo-contato e dificuldades de comunicação, frequentes no borderline. (NAVARRO, 1996).

O Período Pós-natal coincide com a Etapa de Produção ou Fase anal. É no início deste período que a criança começa a ter controle sobre seus esfíncteres anais e urinários. É neste período também que se instala o narcisismo secundário, já o narcisismo primário estrutura-se no Período Neo-natal. De acordo com Navarro (1996), o narcisismo é o precursor da descoberta da identidade biológica (masculino ou feminino). É neste período que aumenta o interesse pela descoberta dos genitais e que iniciam as masturbações. A entrada no período “edípico” também acontece no Período Pós-natal. A solução saudável do período edípico leva a maturidade caracterológica: Caráter Genital. O contrário leva ao Complexo de Édipo, que provoca características psiconeuróticas da personalidade.

Diante de tantos eventos importantes para o processo de amadurecimento da psique (contato, linguagem, controle dos esfíncteres, descoberta dos genitais, identidade biológica, fase edípica, masturbações) o tipo de educação (repressiva) é que dificulta este processo, neste período. Uma educação repressiva nega à criança o direito de expressão (não grite!, não chore!, não toque aí!, não fale desse jeito!), comporte-se como uma boa menina(o) . Um modelo de educação moralista, preocupada demasiadamente com ordem e limpeza, que estimula a competição, seja nos esportes ou mesmo no carreirismo (seja o melhor!), acaba construindo pseudo-valores no lugar dos verdadeiros valores. E o que se vê são pessoas com personalidades imaturas,

que confundem potência com poder, e que valorizam o que é supérfluo como se fossem necessários. (Navarro, 1996).

É no Período Pós-natal que aparecem as manifestações psiconeuróticas, provindas do *medo de castração*, (ameaça ou violência real ou fantasiada pela criança). E a partir da puberdade (Período Pseudogenital), começam a aparecer as manifestações neuróticas da personalidade.

Navarro defende que o período Pós-natal deveria se estender até a chegada do Período Pseudogenital, não mais familiar e sim social (mãe, filho, familiares e amigos), que inicia após a puberdade.

3. 2 TEMPERAMENTO, CARÁTER E PERSONALIDADE

No decorrer deste trabalho falaremos sobre Caracterologia, mas antes de escrever sobre os tipos de caráter, é importante definir algumas diferenças entre Temperamento, Caráter e Personalidade.

Para Navarro (1995), o conceito de temperamento está ligado ao de constituição, ou seja, às bases congênicas do indivíduo. Refere-se a particularidades fisiológicas e morfológicas que diferenciam cada indivíduo. Portanto, cada indivíduo nasce com um temperamento único. A formação do temperamento inicia durante o Período Embrionário (da concepção até o final do segundo mês de gestação), onde existe uma predominância neuroendócrina, e se estende até o desmame (final do Período Neo-natal e início do Pós-natal). É recomendável que nesse período haja um equilíbrio harmonioso, resultado de uma homeostase fisiológica e dos componentes endócrinos e neurovegetativos determinantes nos períodos embrionário e fetal. Uma concepção desejada e amorosa prazerosa, uma gestação saudável e serena, e alimentação equilibrada na gestação, contribuem para este equilíbrio necessário. Navarro escreve que durante a gestação e ainda durante o período neo-natal (do nascimento até o desmame) o funcionamento acontece à nível temperamental, e que o temperamento é uma condição neuroendócrina para assegurar a homeostase. O recém-nascido expressa-se à nível de temperamento, apresentando uma reatividade e não uma intencionalidade.

A partir do desmame (por volta de nove meses), inicia o funcionamento intencional da neuromuscularidade. O bebê passa então da motilidade à mobilidade. É com o início das funções neuromusculares que inicia também a

formação da caracterialidade e depois o caráter, que irá se sobrepor ao temperamento (NAVARRO, 1996).

O caráter é a maneira habitual de agir e reagir de um indivíduo por intermédio do seu comportamento, sendo que este último é sempre expresso por uma atividade neuromuscular. O caráter genital (maduro e equilibrado) é capaz de administrar bem o temperamento. Navarro lembra que nossas necessidades vem do temperamento e nossos desejos vem da caracterialidade. A estruturação da caracterialidade acontece mesmo se o indivíduo possuir um Núcleo Psicótico intra-uterino ou neo-natal, porém neste caso, ela não será genuína, e por este motivo é chamada de Cobertura Caracterial, por encobrir resíduos, ou seja, elementos psicológicos insatisfeitos que estigmatizaram o comportamento (NAVARRO, 1995).

A personalidade é formada pela soma dos efeitos do temperamento e da caracterialidade do indivíduo, acrescido de elementos adquiridos do meio no qual a criança vive, incluindo aqui sua cultura, costumes familiares e sociais, escola, moral, etc (Volpi; Volpi, 2008).

3. 3 PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES PSICOPATOLÓGICAS

Até o momento falamos de fatores que interferem na formação e amadurecimento da psique humana. Falaremos agora brevemente das manifestações psicopatológicas provindas de eventos que dificultaram este amadurecimento. Navarro (2002) defende que situações que perturbem a função do cérebro reptiliano provocam enfermidades da estrutura caracterial (psicoses, núcleo psicótico); situações que perturbem a função do cérebro límbico provocam enfermidades da cobertura caracterial (borderline); e situações que perturbem a função cortical provocam enfermidades apenas da caracterialidade (psiconeuroses e neuroses)

3.3.1 Psicoses

Para falar de psicose é importante diferenciar as psicoses orgânicas das endógenas. A primeira está relacionada a alterações evolutivas do cérebro decorrentes de inflamações, intoxicações e processos degenerativos. A segunda, origina-se da deficiência de carga e circulação energética durante a

gestação, ou seja, no Período Embrionário e Fetal, (NAVARRO, 1996). Portanto, as psicoses endógenas tem etiologia na vida intra-uterina.

São exemplos de psicose endógena a *Esquizofrenia* e o *Autismo*. O autismo, que não é uma psicose infantil, infelizmente é incurável do ponto de vista terapêutico. O autismo tem origem embrionária, ou seja, o dano a psique ocorreu durante o período embrionário. Neste caso, o embrião, para garantir a sua sobrevivência, acumulou muita energia (hiperorgonia) na parte reptiliana do cérebro, assegurando a vida vegetativa. O pouco de energia que restou foi encaminhado para a parte Límbica e ao Neocórtex. A baixa carga energética na parte límbica e no neocórtex, impede a vida afetiva e psíquica do indivíduo autista. De acordo com Navarro, a criança autista apresenta já desde o nascimento, falta de interesse pelo contato (inacessibilidade), solidão, ausência de relação afetiva, distúrbios de linguagem com ecolalia, jogos repetitivos, reações de raiva quando interrompido, movimentos rítmicos. Os pais de uma criança autista, tendem a ser muito inteligentes e produtivos, porém emocionalmente frios.

Navarro (1996) usa o termo *Núcleo psicótico esquizofrênico*, para nomear o dano à psique ocorrido no Período Fetal. Porém ele salienta que uma pessoa com este núcleo, não é necessariamente psicótica, mas que em situações altamente estressantes, este núcleo pode explodir, dando início a uma síndrome esquizofrênica. Nas formas agudas da esquizofrenia são frequentes isolamento da realidade; grande dificuldade de contato e comunicação; delírios; alucinações; preservação da inteligência; dificuldade de admitir o comportamento como anormal. Já nas formas crônicas da esquizofrenia, Navarro aponta para os tipos: Paranóia; Catatonia; Ebefrenia e Simples.

Ainda falando dos danos à psique, provindo dos Períodos embrionário e fetal, Navarro aponta o *Núcleo Psicótico intra-uterino* (período fetal), que pode explodir a qualquer momento da vida, provocando um surto psicótico. Considerando que o Período Fetal estende-se até o décimo dia após o nascimento, um dano nesta época pode instaurar um Núcleo Melancólico. O núcleo melancólico é caracterizado pela sensação de vazio interior. O dano a psique, neste caso, deu-se pelo abandono físico e/ou emocional após o nascimento (distanciamento do recém-nascido da mãe). Segundo Navarro (1996), este “vazio” neo-natal não dá garantias de sobrevivência suficiente ao

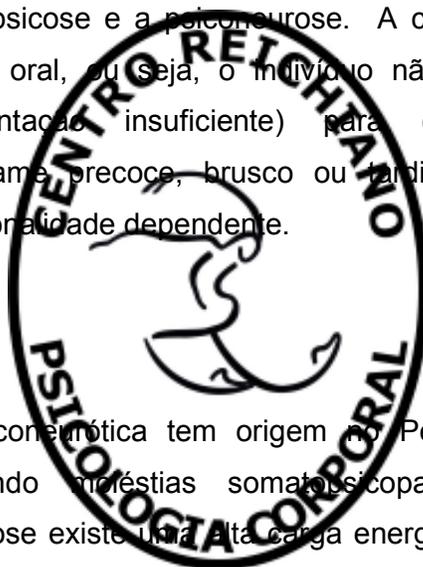
recém-nascido, e é esse o motivo da tendência suicida do melancólico, que é decorrente da ausência e “ser”. O mecanismo de defesa na melancolia é a formação reativa, expressa como personalidade psicopática. Com a psicopatia o melancólico tenta preenche o “vazio” por meio de uma criatividade coercitiva, preenchendo-se da força e do poder do outro (Navarro 1996). Este indivíduo sofre e faz sofrer.

3.3.2 Borderline (Distímia)

No Período neo-natal o dano à psique pode levar ao *Núcleo-psicótico neo-natal* (Borderline), que também pode explodir provocando Distímias (desequilíbrios do humor). O termo borderline refere-se a indivíduos que estão na “fronteira” entre a psicose e a psicose. A condição borderline está ligada a uma fixação oral, ou seja, o indivíduo não conseguiu realizar a “separação” (amamentação insuficiente) para chegar à autonomia neuromuscular (desmame precoce, brusco ou tardio), e por este motivo permanece como personalidade dependente.

3.3.3 Psiconeuroses

A condição psiconeurótica tem origem no Período Pós-natal. Pode somatizar-se, originando *neuroses somato-psicopatológicas* (neurose de órgãos). Na psicose existe uma alta carga energética que não pode ser descarregada fisiologicamente por meio de uma vida sexual prazerosa e satisfatória, e que esta descarga acontece com o aparecimento de doenças. Encontra-se aqui, a *Histeria de Conversão*, caracterizada por distúrbios físicos sem bases orgânicas, mas que com o tempo acabam lesionando os órgãos. A *Histeria de Angústia* caracterizada por irritabilidade geral, ansiedades, sentimentos de culpa, angústia com distúrbios neurovegetativos e fobias. A *Psicose Obsessiva*, que é uma defesa contra impulsos agressivos ou sexuais relacionados ao complexo de Édipo. E a *Psicose de transferência* que é uma reedição da neurose clínica infantil, que na relação com o terapeuta pode assumir os aspectos das três psicose anteriores. (Navarro, 1996).



3.3.4 Neuroses

Lowen (1977) define neurose como sendo um distúrbio do desenvolvimento do ego. Para ele, na neurose existe uma distorção e não uma cisão (psicose), na relação entre o indivíduo e a realidade. Esta relação jamais é direta. Trata-se de um pseudo-contato. Por exemplo: o oral ou borderline faz contato com a realidade (quando esta lhe é favorável) e rejeita suas exigências (ex: dificuldade de sustentar-se sozinho). O histérico contata a realidade de maneira desconfiada e o fálico de maneira agressiva.

Navarro (1996) diz que a neurose “pura” nasce de condições emocionais, existenciais, vivenciadas após a puberdade (Período Pseudogenital). Diz ainda que uma neurose “pura” seria a melhor expressão da atual normalidade, tendo em vista que representa uma condição de pseudogenitalidade, que é a antecâmara da genitalidade. Neste sentido, a superação de uma genuína neurose levaria ao caráter genital: maduro e equilibrado. No entanto, frequentemente vivenciamos traumas que nos deixam fixados em fases bem anteriores à adolescência (etapas de sustentação, de incorporação, de produção,...). Estes traumas resultam em outras estruturas de caráter ou caracterialidades (núcleo psicótico, borderline e psiconeurótico) que são bem mais comprometedoras. Baseado neste ponto de vista, Navarro sustenta que a sociedade atual está cada vez menos neurótica e mais psicótica.

Navarro (1996) aponta três tipos de neurose: a *neurastenia genuína*, com tendências a alterações de humor, a incomodar-se e a intolerância e insatisfação; as *crises de ansiedade*, caracterizadas por angústia passageira, pseudofobia e sintomas fóbicos culturais (superstição); e *neurose de susto*, que pode descobrir um núcleo psicótico.

4 O DESENVOLVIMENTO PSICO-EMOCIONAL SEGUNDO A PSICOLOGIA CORPORAL

Reich vê o homem como uma das manifestações da energia, que ele chamou de orgônio. Esta energia está presente no ser humano, desde a formação do óvulo e dos espermatozoides, e que em um constante movimento de pulsação, vai se somando a outras energias. (VOLPI; VOLPI, 2002)

Ainda segundo Volpi e Volpi (2002), esse movimento de pulsação atravessa uma sucessão de etapas que seguem uma seqüência lógica, uma organização e um calendário maturativo. As etapas do desenvolvimento emocional representam momentos de passagem, que induzem à incorporação de experiências vividas e determinam a entrada e saída de uma etapa à outra. Cada uma destas etapas, caracteriza-se por um fenômeno específico, que desde o início traz consigo, na bagagem genética da célula, os valores biofisiológicos, emocionais afetivos e intelectivos. Todos esses valores serão transmitidos para todas as demais células do corpo durante o processo de desenvolvimento e aos poucos, serão acrescidos das experiências que a criança vivenciar, encaminhados por um processo histórico, onde os fatos estão interligados ao indivíduo em sua totalidade.

Segundo (LOWEN, 1958 *apud* VOLPI, 2002) o caráter de cada indivíduo é a resultante de todas as experiências ocorridas desde a concepção até a maturidade. Ou seja, quando completam-se todas as etapas do desenvolvimento emocional, no início da adolescência.

Quando a criança passa por todas as etapas do desenvolvimento, sem sofrer comprometimentos entre seus impulsos naturais e as frustrações impostas a ela por uma educação moralista e repressiva, ela será capaz de atingir o que Reich chamou de caráter genital, auto-regulado e sem bloqueios. Do contrário, se os impulsos da criança forem frustrados ou reprimidos de forma severa e frequente, ocorrerão os bloqueios e conseqüentemente, as fixações da energia na fase do desenvolvimento em que a criança se encontra, deixando registros que serão incorporados ao caráter que passará a ser neurótico e não mais genital. (VOLPI, 2002). Por isso, é importante compreender as etapas do desenvolvimento do ser humano, para melhor entender os traços de caráter de um indivíduo.

Volpi e Volpi (2002), em seu livro “*Crescer é uma Aventura! Desenvolvimento emocional segundo a Psicologia Corporal*” trazem, baseado em seus conhecimentos e nas descrições de grandes nomes da abordagem corporal como Reich, Lowen, Backer e Navarro, as cinco etapas do desenvolvimento. São elas:

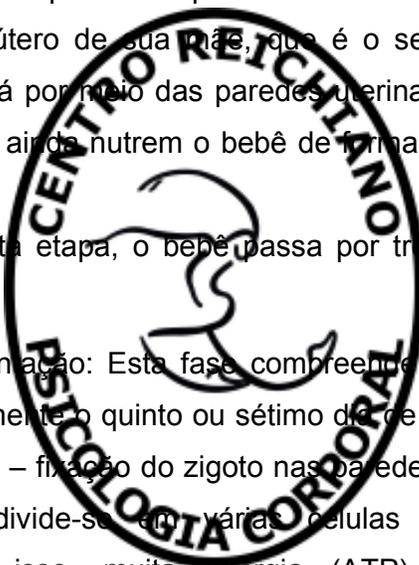
4.1 ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO PSICO-EMOCIONAL

4.1.1 Etapa de Sustentação

Esta etapa inicia com a fecundação e termina no décimo primeiro dia após o nascimento, corresponde ao período embrionário e fetal. Enquanto o bebê se encontra no útero de sua mãe, que é o seu primeiro ambiente, o contato com esta, se dá por meio das paredes uterinas e do cordão umbilical que além de sustentar, ainda nutrem o bebê de forma fisiológica, emocional e energética.

No decorrer desta etapa, o bebê passa por três fases: Segmentação, Embrionária, e Fetal.

- ✓ Fase de Segmentação: Esta fase compreende o início da concepção, até aproximadamente o quinto ou sétimo dia de gravidez, que é quando ocorre a nidação – fixação do zigoto nas paredes uterinas. É nesta fase que o zigoto divide-se em várias células chamadas blastômero, utilizando para isso, muita energia (ATP) autógena, vinda dos espermatozóides e do óvulo fundida no zigoto. Nesta fase, o útero precisa ser receptivo, pulsante e acolhedor, livre de qualquer emoção negativa (medo, estresse, angústia) que possa alterar esse processo energético, dificultando ou impedindo a sustentação, nidação do zigoto nas paredes uterinas.
- ✓ Fase Embrionária: Quando ocorre a nidação do zigoto nas paredes uterinas, inicia-se a fase embrionária que irá até o final do segundo mês de gestação. Durante esta fase, há uma predominância biológica endócrina, onde a célula continua se multiplicando, a fim de formar o embrião e continua utilizando muita energia (ATP) autógena. Com a formação do cordão umbilical, essa energia passa a ser trofo-umbilical.



Situações estressantes para a mãe, poderão ativar os mecanismos endócrinos maternos e interferir no desenvolvimento físico e energético do bebê. O comprometimento da sustentação pode ser sentido pelo bebê, como uma ameaça de aborto, podendo provocar alteração nas informações genéticas que são transmitidas a outras células por meio do DNA. Navarro (1996), acrescenta que, mesmo que não ocorra o aborto ou alterações no DNA, os registros do estresse ficarão armazenados na memória celular da criança, podendo gerar futuramente, vários problemas a nível físico, energético ou emocional.

- ✓ Fase fetal: Inicia-se no terceiro mês de gestação e estende-se até os dez primeiros dias após o nascimento. Nesta fase, a energia que o bebê recebe já vem da própria mãe, por meio do cordão umbilical, pois a placenta já está formada. É nesta fase também, que começa a formação do cérebro e do sistema neurovegetativo. O bebê, nesta fase, já é capaz de reagir a estímulos auditivos, luminosos, gustativos, táteis e olfativos. Por isso, é importante que a mãe esteja tranquila, fora de situações que causem estresse. É importante também, a presença do pai, pois o afeto que ele demonstra a mãe, é sentido pelo bebê.

4.1.2 Etapa de Incorporação

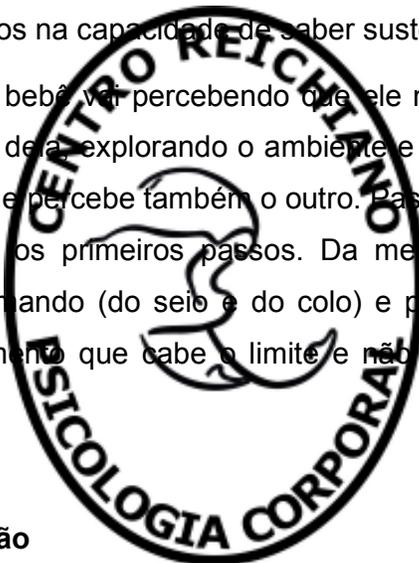
A Segunda etapa inicia-se logo após o nascimento e termina com o desmame (aproximadamente 9 meses), período em que o bebê já possui dentes suficientes para triturar os alimentos. Corresponde ao período neonatal. Nesta fase, o bebê sai do útero, para ligar-se ao seio da mãe, introjetando assim, tudo que vier do mundo externo. No início é o bico do seio materno, depois o sabor agradável do leite, o cheiro da mãe, a disponibilidade desta em amamentá-lo, os olhos atentos e receptivos, as mãos quentes e acolhedoras e o contato epidérmico envolvendo todo o bebê, que proporcionam ao recém-nascido, um ambiente acolhedor, da mesma forma de quando estava no útero. O contrário, a frieza ou a falta de contato ocular podem ocasionar traumas – retraimento, esquiva e isolamento (VOLPI, 2002). Na amamentação, a mãe deve estar tranquila, pois do contrário, descarrega na corrente sanguínea a bile, que chega até o leite, deixando-o com o sabor amargo. A satisfação do bebê é obtida na amamentação (contato corporal) e

também na expressão emocional (comunicação entre mãe e filho). A qualidade da amamentação levará a uma alegria de viver, e o contrário, à miséria de tentar viver (base da depressão). (VOLPI; VOLPI, 2003b)

Durante os primeiros dez dias, não se deve deixar o bebê chorar demasiadamente, pois neste período, o mesmo não produz lágrimas, tendo em vista que suas glândulas lacrimais ainda não entraram em funcionamento. O astigmatismo pode decorrer de um estresse nesta fase do desenvolvimento.

Os limites não cabem no início desta fase. Portanto, não se pode definir a hora que o bebê estará com fome ou com sono, pois ele próprio indicará isso por meio do choro, balbucios ou agitação. É muito importante que o organismo da criança possa se manifestar de acordo com as suas necessidades, pois qualquer movimento do adulto que interrompa esta pulsação, poderá trazer sérios comprometimentos na capacidade de saber sustentar-se na vida.

Com o tempo, o bebê vai percebendo que ele não faz parte da mãe, e começa a distanciar-se dela, explorando o ambiente e as pessoas a sua volta. Percebe-se como bebê e percebe também o outro. Passa a querer sair do colo, engatinhando e dando os primeiros passos. Da mesma forma, o bebê vai gradativamente desmanando (do seio e do colo) e principalmente do quarto dos pais. É neste momento que cabe o limite e não antes ou depois (Volpi; Volpi, 2002).



4.1.3 Etapa de Produção

Esta etapa inicia com o desmame e se estende até o final do terceiro ano de vida. Corresponde ao período pós-natal. Neste período, toda a energia da criança está voltada para a construção de pensamentos, gestos, brincadeiras, jogos, relacionamento, do mesmo modo que produz sua urina e suas fezes. É nesta etapa que a criança desenvolve a autoconsciência, permitindo a antecipação dos acontecimentos.

A criança em busca de modelos começa imitar os pais. Tem muita curiosidade, o que permite descobrir tudo que está a sua volta. Nesta etapa também, a criança começa a controlar seus esfíncteres. Este processo de conter as necessidades fisiológicas deve ser gradativo e não poderá ser antes

de completar os 18 meses. Deve-se ainda, tomar cuidado com as preocupações excessivas quanto à ordem e limpeza, pois nesta etapa, a frustração e o medo da punição tolhe a espontaneidade da criança. Neste caso, em vez de torna-se um sujeito realizado e espontâneo, tornar-se-á teimoso, avarento, compulsivo e incapaz de se dar livremente. (VOLPI, 2002)

Neste estágio, a criança passa para um brincar mais construtivo, voltando-se para jogos imaginativos e posteriormente, para jogos formais e com regras. Aparecem também os amigos imaginários, que não é motivo de preocupação, pois ela já distingue fantasia da realidade.

4.1.4 Etapa de Identificação

A criança passa a fazer identificações a partir do quarto ano de vida, quando inicia a etapa de identificação do seu "EU". Toda a energia estará voltada para a descoberta dos genitais, e a criança saberá distinguir a diferença entre meninos e meninas e terá uma idéia segura quanto ao sexo ao qual ela pertence. Surgem então, as perguntas sobre o tamanho dos genitais dos pais, dos pêlos, do sexo dos animais, enfim, sua curiosidade fica voltada para estes assuntos. A criança inicia as primeiras masturbações, como mera fricção do genital, o que deve ser visto com naturalidade. É um período onde a criança passa a brincar mais sozinha, passando por momentos de individualidade. Nas brincadeiras, gosta de desmontar os brinquedos para montar de outra forma. Aprende a compartilhar, vai saindo do campo familiar e aumenta o campo de socialização.

Um desenvolvimento comprometido nessa fase, leva a atitudes agressivas ou de fugas, com ausência de contato e alta ansiedade em relação à sexualidade. (VOLPI, 2003)

4.1.5 Etapa de Formação de Caráter

Aos cinco anos de vida, dá-se início a esta nova etapa do desenvolvimento, que se estenderá até a puberdade. Sendo esta etapa, aquela

em que a criança identifica-se com o pai do mesmo sexo e a masturbação fica mais evidente. Aos poucos, vai encontrando sua própria identidade, passando a ter a consciência de que seu sexo será sempre o mesmo e se preparando para assumir o seu papel sexual perante a sociedade. Se a criança chegar nessa etapa sem bloqueios ou fixações das fases anteriores, poderá estruturar o chamado caráter genital, auto-regulado, equilibrado e maduro.



5. CARACTEROLOGIA PÓS REICHIANA

Reich, não foi o primeiro a pesquisar sobre o caráter. Antes dele, muitos autores estudavam o caráter, dentre estes, Abrahan e Freud que também deram grandes contribuições sobre este assunto. Porém, foi Reich quem mais destacou-se, pois conseguiu formar uma teoria condizente do caráter (VOLPI, 2008).

Para Reich (1995), caráter consiste numa mudança crônica do ego cuja finalidade é protegê-lo contra os perigos internos e externos. Volpi (2008) define caráter como o modo habitual de conduta de uma pessoa, que por sua vez, é resultante final de uma série de complexas operações referentes aos modos habituais de adaptação do ego ao mundo externo, ao id e ao superego.

Tendo em vista que o pensamento reichiano continua forte e sendo representado pelos seus seguidores, pesquisas levaram os pós-reichianos a atualizarem os tipos de caráter propostos por Reich. Com estas pesquisas concluiu-se que cada pessoa tem uma combinação de traços de caráter e não apenas um caráter específico como havia dito Reich.

5.1 A ESCOLA DE FEDERICO NAVARRO

O neuropsiquiatra italiano Federico Navarro (1924-2002), ofereceu grandes contribuições à teoria e também às práticas desenvolvidas por Reich e por isso é considerado pós-reichiano. Segundo Volpi (2008), o principal mérito de Navarro, foi conseguir demonstrar de maneira atualizada como a mente interfere no corpo e vice-versa, numa proposta que ele chamou de Somatopsicodinâmica, escola considerada de maior destaque entre as escolas reichianas. Navarro (1991) observando a célula mostrou como é possível que a emoção influencie a atividade energética celular, favorecendo o aparecimento de doenças.

Navarro, quando ainda era aluno de Ola Raknes, amigo e seguidor de Reich, recebeu a missão de sistematizar uma metodologia prática para a clínica da Vegetoterapia. Esta missão teria sido entregue à Raknes, a pedido do próprio Reich. Porém, Raknes não sentindo-se capaz de executar tal tarefa, delegou-a ao seu dedicado aluno Federico Navarro. Navarro então, com os seus conhecimentos em neuropsiquiatria e psicanálise, introduziu na técnica da

Vegetoterapia, os chamados *actings*, movimentos expressivos utilizados na prática clínica, com o objetivo de flexibilizar ou mesmo desbloquear as couraças (VOLPI, 2008).

Além disso, Navarro fez uma releitura dos tipos de caráter definidos por Reich, evidenciando as diferenças entre caráter e caracterialidade.

5.2 ESTRUTURAS CARACTERIAIS

O caráter final de um indivíduo é determinado por aquilo que é a fixação da sua libido, dependendo de onde a energia foi bloqueada, justificando desta forma, a variedade de traços caracteriais. Quantitativamente, esse aspecto determina variações qualitativas em relação ao momento histórico em que se manifestou essa necessidade defensiva (NAVARRO, 1995).

Com já foi mencionado anteriormente, durante a infância e a adolescência a criança passa por várias etapas do desenvolvimento emocional, e é durante este período que acontece a formação do caráter, que pode ser Genital (sem bloqueios ou fixações) ou Neurótico (com bloqueios e fixações).

Segundo Navarro (1995), só podemos considerar o termo caráter quando este está maduro, ou seja, o Caráter Genital Reich, Lowen e Baker usavam o termo “caráter”, pois segundo Navarro eles não consideraram a cobertura caraterial. Navarro utiliza-se do termo, traço de caráter ou caracterialidade, presente em cada indivíduo.

5.2.1 O Caráter Genital

O caráter genital é o caráter maduro e equilibrado. Neste tipo de caráter, o indivíduo satisfaz aos requisitos de saúde. É uma pessoa bem integrada e emocionalmente livre o suficiente para poder se manifestar de modo integral e saber satisfazer-se em termos pessoais de sua vida. Uma vez que tem satisfações à sua disposição, não acumula tensões, nem desenvolve couraças crônicas.

Segundo Reich (2004), o indivíduo com o caráter genital, pode ser alegre, e bravo, quando necessário. É capaz de amar intensamente e de odiar apaixonadamente. Em determinadas situações, pode se comportar de maneira infantil, mas jamais parecerá infantil. Sua seriedade é natural, pois não é rígida

de maneira compensatória, tendo em vista, que não se sente na obrigação de se mostrar adulto. Nas formas de sua sexualidade, como em todos os outros aspectos, o caráter genital é flexível e não constrangido. Têm capacidade de entrega, de se doar, que se revela principalmente na experiência sexual: no ato sexual com a pessoa amada, o ego quase deixa de existir, com exceção de sua função de percepção. (REICH, 1998). Isso se dá porque o superego do caráter genital é do tipo sexual-afirmativo, existindo um alto grau de harmonia entre o Id e o Superego, não havendo, portanto, sentimentos de culpa; ao contrário do caráter neurótico, onde o superego é sexual-negativo, adotando uma atitude moralista e repressora.

No caráter genital também existem couraças, porém elas são conscientes e não dominam o indivíduo, servem apenas para o defenderem de algumas experiências, e quando o perigo passa, estas couraças se flexibilizam.

5.2.2 Núcleo Psicótico

O Núcleo Psicótico instaura-se na gestação, parto ou durante os primeiros dez dias de vida da criança correspondente à Etapa de Sustentação Volpi;Volpi (2008) ou Período Fetal, Navarro (1996). Para Navarro (2002), o núcleo psicótico resulta da percepção de um ambiente “frio” e rejeitador que o recém-nascido encontra ao nascer. Decorre de complicações durante a gestação (baixo nível energético no útero materno; estresse emocional; rejeição consciente ou inconsciente, ameaças ou tentativas de aborto, uso de drogas, má alimentação, etc), complicações durante o parto (fórceps, cesariana, incubadora, ou parto normal sem os devidos cuidados com a mãe e o bebê) ou ainda pela carência de contato físico e afetivo com a mãe, amamentação deficitária, falta de maternagem, falta de acolhimento, durante os dez primeiros dias de vida.

A experiência emocional básica da pessoa com núcleo psicótico é a *rejeição*, pois seu trauma maior deu-se em relação ao direito de existir, tendo como mãe uma pessoa fria e rejeitadora.

Pelos fatores descritos acima, o indivíduo com esta estrutura, teve seu desenvolvimento fetal em um útero com baixa carga energética, portanto também possui uma baixa condição energética (hipoorgonia-desorgonótica). Durante o período endócrino o mecanismo de defesa contra o estresse nocivo

é celular, já no período fetal esta resposta é mais complexa. Navarro (1996) destaca que o feto defende-se do estresse (medo) ativando o sistema neurovegetativo ortossimpático, que irá responder com o aumento de produção de adrenalina provocando um mecanismo de contração de todo o organismo, de fechamento para o exterior (isto por si só já diminui a quantidade de energia bombeada da placenta pelo do cordão umbilical = hipoorgonia de quinto segmento). Esta contração bloqueia a circulação plasmática-energética, e impede o ritmo de sua pulsação. Este mecanismo favorece somente a descarga de energia, provocando uma hipoorgonia de tipo desorgonótico em vários segmentos do corpo. Nesta luta pela sobrevivência, o feto acumula energia no cérebro reptiliano (hiperorgonia de primeiro segmento), assegurando assim o funcionamento dos núcleos vitais da base. O feto consegue sobreviver, mas esta defesa traz consigo um forte bloqueio nos olhos, ouvidos e nariz, nossos telerreceptores (com eles, de acordo com Navarro, entramos em contato com a realidade na vida extra-uterina). Ao nascer, os telerreceptores do bebê serão deficitários pela estase energética, e isso dificultará a aceitação da realidade podendo às vezes não suportá-la (surto psicótico).

A hiperorgonia do primeiro segmento (ocular) leva o indivíduo a ser mais racional. Por ser muito racional tem dificuldades em perceber suas próprias emoções e também as dos outros. Tendem à confusão de idéias, e tendo em vista que este segmento é o da interpretação, o bloqueio possibilita uma visão distorcida da realidade, tanto em aspectos físicos (ex: anorexia), quanto emocionais.

Tendo o estresse acontecido no período fetal (início da formação do Eu), apresentam uma grande carência do Eu, expressando ausência de identidade biológica, deixando-os vulneráveis a doenças autoimunes como, por exemplo, a AIDS e o Câncer.

Considerando que o trauma ou bloqueio ocorreu durante a etapa de sustentação, onde o feto precisa de um bom contato com o útero materno para poder desenvolver-se, e tendo em vista que neste caso este contato foi deficitário, uma forte característica presente nesta estrutura é o *medo de contato*, muitas vezes disfarçado pela formação reativa, ou seja, mantém vários contatos, porém todos superficiais. O medo e a dificuldade de contato levam também a comportamentos de esquivas nos relacionamentos.

A nível físico, apresentam um corpo esguio, olhos fundos e rígidos, tórax flácido, dificuldades respiratórias. A pele tende a ser mais fria e pálida pela baixa carga energética. São frequentes os problemas dermatológicos. Apresentam dificuldades visuais (astigmatismo), pela ausência de contato ocular com a mãe (ponto de referência externo). A estase energética na cabeça (hiperorgonia) pode resultar em episódios rotineiros de cefaléia. São comuns também problemas de ouvido.

Navarro (1996) acrescenta ainda que, a frustração fetal ou neonatal que propicia o Núcleo Psicótico somada a uma frustração no período inicial da formação do caráter (neuromuscularidade) pode gerar um outro núcleo psicótico, chamando assim de Duplo Núcleo Psicótico. A presença de astigmatismo com miopia ou astigmatismo com hipermetropia são sinais de duplo núcleo psicótico (núcleo-psicótico intra-uterino e extra-uterino).

Para Navarro (2002), dizer que um indivíduo tem um núcleo psicótico, não significa dizer que ele é psicótico, mas quer dizer que se no curso da vida vivenciar um estresse muito forte, equivalente ao que sofreu no período uterino, esse núcleo pode se manifestar iniciando o que chama-se de surto psicótico. Segundo o mesmo autor, com base em sua experiência clínico-social, encontra-se aproximadamente 30% da população com núcleo psicótico.

5.2.3 Caracterialidade Borderline

A estrutura de caráter Borderline ou Oral, pode surgir nos primeiros nove meses de vida, durante a amamentação e desmame (Etapa de Incorporação/ fase oral/ período neonatal). Decorre da privação, da falta de qualidade na amamentação, falta de maternagem, desmame precoce, brusco ou mesmo tardio. Segundo a escola reichiana, o desmame precisa ser gradativo iniciando por volta de seis meses e terminando por volta de nove meses, quando a criança já possui dentes o suficiente para mastigar seu próprio alimento. Na sociedade moderna, poucas são as mulheres que optam em dedicar-se totalmente aos seus filhos em seus primeiros anos de vida. Muitas, por necessidades financeiras, voltam ao trabalho no final da licença maternidade, geralmente interrompendo a amamentação, antes que a criança complete nove meses. Outras, preferem optar por não amamentar seus bebês no seio por motivos relacionados á estética. Considerando estes e outros fatores, segundo

Navarro (1995), “Hoje é bem difícil encontrar uma pessoa que não tenha traços orais, ou seja, que tenha superado plenamente a fase oral, ligada à boca; qualquer situação de depressão, de frustração, de perda afetiva provoca sempre uma reemergência de traços orais.” (NAVARRO, 1995, p. 58)

Durante a amamentação a mãe oferece ao filho além do leite materno, o carinho, o cuidado, o acolhimento, a proteção, que é essencial neste período da vida. Após a nascimento, se o recém-nascido for colocado no colo da mãe, imediatamente ele irá procurar, por meio do olfato, o seio materno, iniciando o primeiro movimento de sugar. É extremamente importante que isso aconteça, mesmo que o leite ainda não tenha “descido”.

Indivíduos com traço de caráter oral caracterizam-se pela *dificuldade de contato*, seja do tipo passivo (dependência) ou do tipo ativo (independência/agressividade oral). Dois aspectos relacionados com a perda do seio podem estar presentes neste traço de caráter: a insatisfação ou a frustração. A primeira resulta da falta ou insatisfação no aleitamento, que determina uma tendência à depressão; a segunda resulta de um desmame brusco, que determina uma forma raivosa de agir que serve para evitar a depressão (VOLPI;VOLPI, 2003B). O ciúme também é uma característica destes indivíduos. Do ponto de vista energético, o borderline, tem uma boa carga energética, porém mal distribuída pelo corpo (desorganização). Segundo Navarro (2002), aproximadamente 45% da população são Borderline.

O trauma relaciona-se ao direito de receber suporte, de ser amamentado, sustentado, cuidado. O Borderline tem *medo do abandono*, dificuldade em sustentar-se na vida, e por isso “suga” os outros. Apresentam também uma grande necessidade de falar (movimentos simbólicos de sucção). Este falar demasiado, geralmente é em favor de si mesmo (busca de aceitação). Encontra-se também o sentimento de privação, desapontamento, solidão e injustiça. As fantasias são frequentes neste traço de caráter. Não nega a realidade mas só a aceita se esta lhe for favorável. Oscila por momentos de elação, onde tem uma imagem egóica exagerada, e por momentos depressivos, de baixa auto-estima e sentimentos de inadequação (bipolaridade).

O Borderline foi privado de contato, amor, cuidados, e esta falta deixará uma tendência a buscar este contato nos seus relacionamentos. Porém esta busca é sempre de maneira imatura, esperando “receber” e nunca “dar”.

No aspecto físico o borderline ou oral apresenta um organismo subcarregado, desvitalizado. Os músculos da mandíbula e a boca são tensos. Existe tensão na cabeça, no pescoço e nos músculos peitorais. O corpo é alongado e constricto, podendo também apresentar obesidade, os olhos são suplicantes. Percebe-se sinais de um corpo infantilizado, ou ainda que foi forçado a crescer (VOLPI;VOLPI, 2003).

5.2.4 Caracterologia Psiconeurótica: traço masoquista e traço obsessivo compulsivo

A condição psiconeurótica inicia-se no desmame (9 meses) e vai até a puberdade. É neste período que a criança começa a tomar consciência do controle dos esfíncteres, da independência e autonomia, e a despertar o interesse pelo seu corpo. Uma educação severa e proibitiva neste período pode trazer o *medo de castração* (VOLPI;VOLPI, 2003b). Do ponto de vista energético, trata-se de indivíduos com uma alta carga de energia, porém mal distribuída pelo corpo (hiperergonia desorganótica).

No aspecto físico, apresenta um corpo denso, entroncado e sobrecarregado. Os ombros, a garganta, o assoalho pélvico e os músculos flexores são tensos. O abdômen é cheio. Apresentam achatamento das nádegas. O pescoço tende a ser curto e grosso. Na respiração, percebe-se um suspiro (atitude de desesperança). Para Navarro (2002), 20% da população apresentam uma condição psiconeurótica.

Na condição psiconeurótica encontra-se o traço de caráter Masoquista e o Obsessivo Compulsivo.

O traço Masoquista pode originar-se entre um ano e meio e dois anos e meio de idade. O trauma ocorreu durante o treino ao toalete e na alimentação. Segundo Navarro (2002), “A criança não precisa ser educada para fazer ou não “xixi” ou “cocô”. Para o autor a criança é como um macaco que observa os pais e irmãos e se comporta do mesmo jeito. Assim, ela aprende a educar por si próprio os esfíncteres” (NAVARRO, 2002, p.5). O masoquista foi a criança humilhada tanto em relação ao treino ao toalete, quanto a alimentação. Neste caso, era a mãe e não a criança quem determinava a hora de alimentar-se e a hora de fazer suas necessidades fisiológicas. O trauma relaciona-se à auto-expressão independente. A mãe do masoquista foi uma “mãe sufocante” que

condicionou o amor à obediência. O masoquista além ser extremamente ansioso, tem um sentimento de pressão interna, a ponto de explodir a qualquer momento, o que geralmente ocorre.

O traço Obsessivo Compulsivo origina-se no mesmo período que o traço masoquista. Indivíduos com estes traços tiveram uma mãe super controladora, moralista e extremamente preocupada com ordem e limpeza. A criança também desenvolve esta tendência à ordem e limpeza e ao moralismo. Muitas vezes apresentam desorganização, descuido com o corpo e com seus pertences e comportamentos ilícitos e imorais (formação reativa) Apresenta um comportamento parcimonioso, tende a colecionar, e é muito detalhista.

5.2.5 Caracterialidade Neurótica: traço histérico e traço fálico narcisista

A caracterialidade Neurótica é a que mais se aproxima do Caráter Genital, e pode ser encontrada em apenas 4,9% da população (NAVARRO, 2002). Do ponto de vista energético, são indivíduos que possuem uma alta carga energética (hiperorgonia) e do ponto de vista caracterial, encontra-se aqui o traço Fálico-Narcisista (nos homens), e o traço Histérico (para as mulheres).

O trauma ocorreu entre os quatro e seis anos de idade, na etapa de identificação ou fase edipiana, e refere-se à posse da própria sexualidade. A rejeição sexual vinda do genitor do sexo oposto é sentida como traição. Por isso, estes indivíduos sentem-se feridos e rejeitados, tem medo da rejeição, e de entregar-se e ser traído.

No aspecto físico, o corpo tende a ser bem proporcionado e forte. Há muitos músculos com espasmos tônicos, formando armaduras em placas. O pescoço é tenso e a mandíbula, retida. Os músculos ao longo da coluna também são tensos. À nível energético apresentam uma alta carga de energia (hiperorgonia).

O traço ou caracterialidade Fálico-Narcisista tem sua gênese por volta do terceiro ano de vida, momento em que, segundo Navarro (1995), se realiza o protesto viril em relação ao exibicionismo fisiológico dos genitais nas crianças, quando estas descobrem o prazer ligado a esta zona anatômica. Em relação ao que acontece neste período, Baker (1980) esclarece:

[...] O indivíduo de caráter fálico sofre de um desapontamento profundo com relação ao pai do sexo oposto, ocorrido por volta de seus quatro anos de idade. No caso do homem, é a mãe que não consegue suportar a exibição do falo ereto do menino e exterminam todas as suas possibilidades de expressão. A rejeição do falo equivale a uma ameaça de castração. O bloqueio das manifestações infantis realizados pela mãe produz a raiva que estimula, por sua vez, uma imperiosa necessidade de vingança, ao mesmo tempo em ue dá margem à brutalidade de atitudes e de expressões. (BAKER, 1980, p. 138)

Pessoas com traços fálicos-narcisistas, costumam ser arrogantes, aparentemente seguros de si, rigorosos, imponentes, atléticos, apresentando um rosto “masculino”, ou o oposto, um rosto doce e efeminado. Demonstram também um ar de fria superioridade, como uma atitude sarcástica, agressiva e depreciativa, Navarro (1995). Segundo Baker (1980), por traz desta fachada agressiva, esconde-se uma pessoa fraca, dependente e tímida. Sentem-se extremamente ressentidos quando feridos em sua vaidade, pois isso pra eles, é o mesmo que ferir sua dignidade. Para Navarro (1995), esta atitude, revela um profundo sentimento de inferioridade, ligado a um eu fraco, que precisa ser forte, e que para isso, privilegia o papel social. Neste sentido, oscila entre períodos de auto-estima exagerada e outros de baixa auto-estima. Existe nesta caracterialidade, o *medo da castração*, um medo inconsciente do castigo por conta da atividade genital. A agressão do fálico serve de defesa para este medo.

Em relação à origem do traço ou caracterialidade Histérica, Baker escreve:

O histérico cresce basicamente sadio e aparece saudável até o advento da onda sexual durante a puberdade. O pai e a mãe tem atitudes de aceitação no início da meninice e a criança se identifica com o pai do mesmo sexo. [...] o histérico, normalmente uma moça, descobre então que a mãe (e o pai, para os homens) é moralista, reprimindo seu impulso sexual por meio da identificação. O problema é uma situação edípica em primeiro lugar; a rejeição que a criança efetua de tudo que seja sexual gira em torno do tabu do incesto, e todo homem passa a ser um símbolo do pai. Qualquer excitação genital provoca uma reação orgânica negativa porque reativa a proibição do incesto. O complexo de Édipo ocorre, quando a atração natural da criança pelo pai do sexo oposto é bloqueada pela atitude moralista do pai do mesmo sexo da criança. (BAKER, 1980, p. 130)

Para Navarro (1995), a caracterialidade Histérica é determinada pela forma como a pessoa viveu, superou ou compensou seu período edípico, sendo que a superação real deste período conduz ao caráter genital.

O histérico atingiu o nível genital, mas com muita ansiedade; sendo assim, existe no histérico uma genitalidade, mas que não pode ser aceita. Por este motivo, existe um ímpeto constante para o contato genital, acompanhado de uma fuga do mesmo, de modo que se vê a aproximação e a evitação constantes, mesmo durante o ato sexual (BAKER, 1980). Indivíduos histéricos tem uma atitude sexual invasiva e grande agilidade corporal, mas, na iminência de concretizar o ato sexual, ele se retrai ou se mostra apreensivo e passivo, passando assim, de uma pseudoviolência sexual à uma atitude de passividade (NAVARRO, 1995).

As características mais facilmente observáveis são a ansiedade e a timidez, o coquetismo e a agilidade física. Já as mais ocultas são a instabilidade de reações, e a sugestionabilidade que leva a vôos de imaginação e à mentira patológica.



6. PREVENÇÃO DE NEUROSES A PARTIR DA CONCEPÇÃO

Atualmente é bastante expressivo o número de pessoas que sofrem com conflitos neuróticos. Podemos constatar isso observando a grande procura a consultórios psicológicos e psiquiátricos, e também pelo alto índice de procura a pronto socorros de pacientes com psicossomatizações. Algo deve estar errado em nossa maneira de gerar e criar nossos filhos.

6.1 AUTOCONSCIENCIA NA ETAPA DE SUSTENTAÇÃO

6.1.1 Concepção

Optar conscientemente pela concepção, apesar de ser uma atitude incomum, é um bom sinal de mudança para a sociedade atual. Infelizmente o que ocorre com mais frequência é justamente o contrário: a maioria dos casais não fazem esta escolha, e quando se dão conta, já estão “grávidos”.

O casal que escolhe preparar-se para ter um filho, opta também pela escolha de deixarem de ser somente “filhos”, para serem também “pais”. Isto implica em uma jornada que pode iniciar com a reflexão do que é ser filho, ou de como foi para cada um, ser filho de seus pais. Fazer uma “viagem” ao passado, buscando dados da história de cada um que ajude a formar esta nova identidade: a de mãe e de pai. Buscar, quando possível, resolver as dificuldades de relacionamentos com os próprios pais, tentando dissolver mágoas que ainda possam existir. Tentar conhecer, compreender, ou mesmo “reviver” a experiência do próprio parto, tentando elaborar as emoções que surgiram naquele momento, que podem estar influenciando até o momento presente a vida dos futuros pais. Todas estas atitudes favorecem o despertar do instinto materno e paterno.

Além de tudo o que foi mencionado acima, o casal que escolhe ser pais, tende a buscar orientação quanto aos cuidados com a saúde, fazem exames médicos, tentam diminuir os hábitos nocivos (cigarro, álcool e outras drogas), procuram harmonizar-se enquanto casal, seja no aspecto físico, emocional, mental, energético e espiritual. Cria-se entre o casal um clima especial de espera do grande acontecimento, a concepção.

6.1.2 Gestação

Após o momento da concepção, durante a fase de segmentação (VOLPI; VOLPI, 2008), o zigoto divide-se em várias células chamadas blastômeros, utilizando para isso, a energia (ATP) autógena, vinda do espermatozóide e do óvulo. Portanto, quanto mais desencorajados forem os futuros pais, mais fluida será a energia no corpo, e conseqüentemente, melhor será o nível de energia doada pelo espermatozóide e pelo óvulo.

Quando ocorre a concepção, dá-se início à gestação. Algumas semanas após este momento, o casal irá saber do importante acontecimento, pois o corpo da mulher mostrará alguns sinais, e a gravidez será confirmada com um exame.

Até agora, falou-se da situação onde um casal escolhe engravidar. Porém sabe-se, como já foi mencionado, que muitas vezes a maioria dos casais são pegos de surpresa, quando percebem-se grávidos. No entanto, o fato de não ter planejado a gravidez, não quer dizer necessariamente, que o casal não possa ter uma gestação autoconsciente. No momento em que o casal descobre-se grávido e aceita com amor este acontecimento, inicia-se o processo de autoconsciência. Ter autoconsciência na gestação é preparar-se de corpo e alma para esta nova experiência, que é gerar um filho. Quando o casal assume a responsabilidade por uma gestação de qualidade, aumentam as chances de terem um filho mais saudável.

A gestação é um período de grande significado emocional na vida do casal, e principalmente na vida da gestante. O corpo se prepara para gerar um bebê, ao mesmo tempo que se prepara para fazer desta mulher, uma mãe. Todo este processo envolve alterações fisiológicas e psicológicas que influenciam o estado emocional da gestante. Quanto mais consciente estiver o casal neste período, maior será a qualidade da gestação. É importante lembrar que logo após o nascimento, a mãe deve exercer a função de ser “útero” do bebê, e que o marido precisa exercer o papel de “útero” para esta mãe, proporcionando segurança, apoio e amor. Quanto mais segura e tranquila a mãe estiver durante a gestação, mais seguro e tranquilo também estará o feto em desenvolvimento.

O nível energético do feto é determinado pelo nível energético do útero da gestante (REICH, 1995). Durante a fase embrionária, segundo Volpi e Volpi

(2008), ocorre a formação do cordão umbilical, e a energia utilizada agora, passa a ser trofo-umbilical. Por isso, o útero precisa ser receptivo, pulsante e acolhedor, livre de qualquer emoção ruim (medo, estresse, angústia) que possa alterar esse processo energético, dificultando ou impedindo a sustentação, nidação do zigoto nas paredes uterinas. Neste sentido é muito importante melhorar a qualidade de vida da gestante. Qualquer situação estressante demais para a mãe, pode ativar os mecanismos endócrinos maternos interferindo no desenvolvimento físico e energético do embrião. Navarro (1996), sustenta que um comprometimento nesta fase, pode ser sentido pelo embrião, como uma ameaça de aborto, podendo provocar alterações nas informações genéticas que serão transmitidas as demais células por meio do DNA. Acrescenta ainda, que mesmo que não ocorra o aborto, os registros ficam armazenados na memória celular da criança, podendo gerar no futuro, problemas a nível físico, psíquico, energético e emocional. Portanto é importante que o casal autoconsciente procure amenizar situações estressantes.

6.1.3 Parto

Quando se aproxima a hora do parto, é comum que o casal fique apreensivo. Preparar-se para este momento é essencial para que ele ocorra com tranquilidade. Este preparo deve ter início a partir da concepção. A gestante precisa preparar-se tanto fisicamente (consciência corporal, massagens, alongamentos, etc.), quanto psicologicamente (elaborar traumas relacionados ao próprio parto, elaborar problemas familiares e conjugais, aprender a trabalhar suas ansiedades e inseguranças). O pai precisa estar consciente da dinâmica do parto, para que possa passar segurança à esposa. A presença do pai na hora do parto estreita laços entre o casal, e fortalece o vínculo entre o pai e o recém-nascido.

É importante também que a gestante possa conhecer bem os profissionais (enfermeiras, parteiras e médicos) que irão ajudar na hora do parto. Segundo o pediatra, psicanalista e psiquiatra infantil, Winnicott (1994) um dos fatores mais importantes na preparação para o parto, é a gestante poder conhecer a equipe de saúde, pois somente conhecendo bem estes profissionais poderá confiar neles na hora do parto. Do contrário, quando a



gestante não conhece a equipe, terá medo de delegar a responsabilidade à eles e tentará dirigir os acontecimentos, de maneira assustada e ansiosa o que diminui as chances de acerto. Para Winnicott, cabe ainda ao médico que acompanha a gestação orientar a gestante sobre o processo de trabalho de parto, eliminando as informações assustadoras e incorretas, para que na hora do parto a gestante possa estar mais tranquila e confiante e assim o parto ocorra naturalmente.

Quanto ao parto, o ideal é que ocorra de maneira natural, ou seja, que o bebê, juntamente com o corpo da mãe, sintam a hora de nascer, e que ambos possam estar unidos neste momento. Que a equipe de saúde esteja pronta e segura para intervir quando necessário, mas que também esteja consciente da importância de deixar o parto acontecer naturalmente, apoiando e confortando a gestante neste momento. É claro, que às vezes, por algum motivo, a mãe não consegue fazer um parto normal, e precisa recorrer à uma cesariana. O importante é que durante o parto, seja dada atenção exclusiva à mãe e principalmente ao bebê que está nascendo. O médico francês Frédérick Leboyer aponta alguns cuidados simples, porém valiosos que podem ser tomados na hora do parto, para que ele se torne o menos traumatizante possível para o bebê.

- ✓ O ambiente precisa estar escuro ou na penumbra, além de silencioso, tendo em vista que no útero, o feto não teve exposição direta a claridade e à sons.
- ✓ Após o nascimento, o bebê precisa permanecer junto ao corpo da mãe, possibilitando o contato e o início da amamentação;
- ✓ O corte do cordão umbilical deve ser feito somente depois que parar sua pulsação, tempo necessário para que o bebê se adapte a respiração.
- ✓ Após o corte do cordão umbilical, o bebê pode ser banhado em água morna, reproduzindo o ambiente uterino. (Leboyer, 2004)

6.1.4 Pós-parto

Ao nascer o recém-nascido busca a mãe pelo olfato, procurando o seio. É importante permitir este contato mesmo que a mãe ainda não tenha leite, pois este contato favorece a produção de mais ocitocina: o hormônio do amor, importantíssimo no fortalecimento do vínculo entre mãe e filho. A ocitocina é

um hormônio produzido no hipotálamo. Este hormônio é crucial na reprodução e media o reflexo de ejeção. Este reflexo de ejeção está presente na ejaculação masculina; na ejeção do feto durante o parto (reflexo de ejeção fetal – Michel Odent, 2002); e no pós parto no reflexo de ejeção da placenta e o reflexo de ejeção do leite materno. A ocitocina atinge níveis muito altos em cada uma destas situações, e na gravidez ela é secretada em doses maiores ainda, favorecendo a absorção dos nutrientes, diminuindo o estresse e conservando energia o que deixa a gestante sonolenta. O alto nível de ocitocina materna durante o trabalho de parto irão beneficiar o bebê (Sarah Buckley). De acordo com a Dra. Sarah Buckley, pesquisas descobriram que a ocitocina materna atravessa a placenta e entra no cérebro do feto durante o trabalho de parto, protegendo as células cerebrais fetais “desligando-as” diminuindo o consumo de oxigênio em um momento em que os níveis de oxigênio disponíveis para o feto são naturalmente muito baixos. Os níveis de ocitocina permanecem altos após o parto culminando com a dequitação da placenta. O contato da pele do bebê com a pele da mãe, o movimento de sugar o seio que o bebê inicia, os balbucios e todos os outros comportamentos do bebê durante a amamentação favorecem o aumento da ocitocina. O aumento da ocitocina produz ainda contrações uterinas favorecendo a dequitação da placenta.

O recém-nascido busca a mãe também pelo olhar, mesmo que a função visual ainda não esteja funcionando plenamente. O contato ocular com a mãe é fundamental para o recém-nascido, pois traz segurança e serve de referência, além do que, a nível físico evita o astigmatismo.

Estes cuidados buscam minimizar o impacto sofrido pelo recém-nascido ao chegar em um ambiente tão diferente do ambiente uterino. A partir deste momento, é importante deixar o bebê livre para expressar seus sentimentos e necessidades naturais buscando sua auto-regulação (REICH, 1983). Uma mãe consciente terá capacidade para perceber a necessidade de seu bebê, procurando satisfazê-lo.

Alguns procedimentos realizados após o nascimento (muitas vezes desnecessários), marcam com sofrimento o primeiro contato do recém-nascido com o mundo externo. Otto Ranck já dizia que o trauma do nascimento era uma grande fonte de estresse emocional, e que quanto mais traumático era o

parto mais comprometimentos trazia a vida posterior da criança. Exemplo destes procedimentos são:

- O famoso “tapa no bumbum” (já imaginou você ser recebido em um lugar novo desta maneira!);
- A pesagem do bebê, realizada em balança feita com material frio (metal ou plástico) e que geralmente não é usado isolante térmico, para proteger o bebê do desconforto de um choque térmico. É importante registrar o peso e o tamanho do bebê, porém é mais importante deixar o bebê com a mãe para que o contato se estabeleça. A pesagem pode ser deixada para um outro momento.
- O manuseio do bebê de forma brusca (segurar pelos pés, banho rápido e com toque nada sutil);
- A limpeza das vias respiratórias (aspirações após parto), que certamente causam muita dor ao bebê, afinal não deve ser nada prazerosa a sensação de uma mangueira entrando no “seco” em nossa garganta!
- O uso de cloridrato de prata, colírio colocado nos olhos do bebê ao nascer. Este colírio evita infecções nos casos em que a mãe tem gonorréia, mas é utilizado em praticamente todos os bebês, como se todas as mães estivessem contaminadas, (medicação ou procedimentos desnecessários podem trazer danos à saúde!).

A respeito da importância de uma recepção amorosa na hora do nascimento, Leboyer escreve:

É muito importante para o futuro bem-estar da criança que sua introdução no mundo – e o impacto sobre suas funções corporais – seja manejada com sensibilidade. O bebê pode experimentar o prazer ou a dor, na medida em que seus sistemas corporais se ajustem ao novo tipo de funcionamento solicitado pela vida fora do útero. (Leboyer, 1975, p. 45 apud Reichert, 2008.)

Será costumamos pensar que recém-nascido, pelo fato de ainda não possuir um pensamento formado, também não sente!? Este é um grande equívoco, e vale aqui o velho ditado de que “a primeira impressão é a que fica!”. Nossos bebês estão sendo recebidos em nosso mundo de maneira desrespeitosa, fria e mecânica, e infelizmente isso ficará gravado em seu íntimo, sendo reproduzido por meio do comportamento.

Estudos psicanalíticos mostram que o ego serve de mediador nas relações entre o interior (mundo interno) e o exterior (ambiente). A teoria

psicanalítica também defende que um recém-nascido ainda não possui um ego formado (Freud, 1914b apud Sptiz, 1979). Portanto o recém-nascido não pode lidar com os estímulos externos, mas é protegido contra eles quase automaticamente pelo alto limiar perceptivo da barreira do estímulo (Sptiz, 1979). No entanto, se este estímulo for demasiadamente forte e frequente, o mesmo poderá romper esta barreira protetora, alterando a personalidade do bebê.

6. 2 AUTOCONSCIENCIA NA ETAPA DE INCORPORAÇÃO

6.2.1 A Amamentação

Após o nascimento, o bebê tende naturalmente a procurar o seio materno, desde que este esteja disponível, e por isso é importante que o bebê permaneça o tempo todo com a mãe. Somente o bebê sabe quando ou quanto precisar ser amamentado. Juntamente com o leite (rico em anticorpos), o bebê recebe da mãe o afeto, o cuidado e o acolhimento que ele tanto precisa nesta fase. A maneira como a mãe segura o bebê, o olhar atento, transmite ao bebê segurança e acolhimento, fortalecendo o vínculo entre os dois. O sono também é uma necessidade, e precisa ser respeitado. É comum que o recém-nascido passe a maior parte do tempo em repouso. Muitas mães ficam ansiosas e acordam o bebê para amamentá-lo. É importante confiar no organismo do bebê, ele saberá quando a necessidade de sono for substituída pela de fome, e mostrará sinais de desconforto, e a mãe que está atenta, saberá “ouvir” o “chamado” do filho, satisfazendo-o.

A amamentação é um momento especial entre a mãe e o bebê. Precisa acontecer, de preferência, em um lugar confortável e tranquilo, onde a mãe possa entregar-se plenamente ao contato com o filho. Quando possível, é importante que durante a amamentação a mãe possibilite ao bebê o contato direto com a pele (despir-se), isso propicia um contato mais profundo pele a pele. O pai autoconsciente, poderá contribuir muito ajudando nos afazeres da casa, nos cuidados com os filhos mais velhos (banho, auxílio nas tarefas, brincadeiras...).

Nos primeiros dias, o bebê durante a amamentação, tende a olhar fixamente para o bico do seio. Com o tempo, ele passa a alternar o olhar entre

o bico do seio e os olhos da mãe, que precisam estar disponíveis. Este movimento ajuda o bebê na tomada de consciência de si mesmo e da mãe. Muitas mães costumam colocar uma fraldinha no rosto do bebê enquanto estão sendo amamentados, este ato impede a alternância do olhar (convergência e acomodação) do bebê. A impossibilidade de olhar para a mãe na hora da amamentação, leva à uma excessiva polarização do olhar sobre si mesmo, podendo à nível físico instaurar o estrabismo e a miopia, e psicologicamente à uma tendência ao egoísmo acentuado.

A mãe precisa ser estimulada a amamentar, e o maior estímulo é o contato com o bebê, com sua pele, com seu cheiro, é ouvir o balbucio do bebê... todos estes fatores favorecem a produção do leite e o desejo de amamentar.

Na amamentação a mãe precisa estar tranquila, pois uma mãe agitada e ansiosa descarrega na corrente sanguínea a bile, um líquido presente na vesícula biliar, que chega ao leite deixando-o com o sabor amargo (VOLPI; VOLPI, 2008). É por este motivo, e não porque o “leite não sustenta”, que muitos bebês recusam o seio. O leite materno é o alimento mais completo para o bebê, podendo ser oferecido sem complementos (água, chá, sucos), até os seis meses. No leite materno estão presentes anticorpos que o bebê ainda não produz, e que são indispensáveis para a manutenção da sua saúde. Depois deste período inicia-se a introdução de uma dieta mais pastosa, preparando para o desmame.

Segundo Volpi e Volpi (2009) durante a amamentação, o bebê constrói uma memória rudimentar de dois tipos de experiência: a satisfação e a insatisfação. A primeira, o bebê adquire quando sente-se saciado, mesmo que de início ele desconheça a fonte desta satisfação. E a segunda, o bebê adquire quando a amamentação vai tomando seu ritmo próprio, que resulta da realidade externa, que é representada pela mãe, e pelas necessidades naturais do bebê. Esta memória é essencial para a formação da consciência da separação entre bebê e o meio, não-eu e eu.

A substituição da amamentação pelo uso da mamadeira, segundo Navarro (1996), provoca um vínculo “frio” com o “objeto de amor”, determinando uma afetividade apática, que na vida adulta levará o indivíduo a considerar o outro como objeto e não como sujeito. Obviamente, em alguns casos especiais, onde a amamentação direta no seio não é possível, é

importante criar um clima de afetividade e acolhimento ao amamentar com a mamadeira, o que provavelmente irá amenizar as consequências.

6.2.2 A importância da presença materna e paterna

Nos primeiros meses após o parto é muito importante a presença da mãe, ou do pai, mesmo quando o bebê estiver dormindo. Bebês que são deixados sozinhos por muito tempo (minutos ou até horas), vivenciam terríveis ansiedades que de acordo com Winnicott (1994), só podem ser representados por sensações do tipo: *ser feito em pedaços; cair para sempre; morrer, morrer; perder todos os vestígios de esperança de renovação de contatos*. Sendo assim, bebês que são privados do contato e da presença humana desenvolvem, nos anos seguintes, desconfiança (nas pessoas e no mundo) e medo de ficarem sozinhos, por fantasiarem que não são capazes de cuidarem de si mesmos. Do contrário, quando os bebês recebem uma assistência satisfatória no início da vida, estes sentimentos terríveis transformam-se em vivências positivas que somam-se à confiança que o bebê adquire com relação ao mundo e às pessoas. Desta forma, *ser feito em pedaços*, transforma-se em uma sensação de relaxamento e repouso se o bebê estiver em boas mãos; *cair para sempre*, se transforma na alegria de ser carregado; *morrer e morrer*, passa a ser a consciência deliciosa de estar vivo, e quando a constância vier em auxílio à dependência, *a perda de esperança quanto aos relacionamentos* se transformará em uma sensação de segurança, de que, mesmo quando a sós, o bebê tem alguém que se preocupa com ele (Winnicott, 1994).

Até os dez primeiros dias de vida, é importante lembrar que o bebê ainda não produz lágrimas, pois durante esse tempo as glândulas lacrimais ainda não entraram em funcionamento. Portanto não é recomendado deixar o bebê chorando demasiadamente, para que não ocorra o ressecamento dos olhos, podendo comprometer a visão.

Em relação a visitas é importante ter bom senso. É necessário evitar visitas longas, com “pega neném pra cá, pega neném pra lá”. A família (avós, tias, primos) terão a vida inteira para visitá-los. Após o parto, os pais precisam intensificar o vínculo com o bebê, vínculo este que iniciou já na gestação. Portanto é importante que os familiares compreendam que este momento é único e que precisa ser respeitado.

6.2.3 O Desmame

À medida que o bebê vai se desenvolvendo a nível físico, aumentando a capacidade de funcionamento da digestão, a amamentação vai se fazendo cada vez menos necessária. No nível emocional, esta capacidade, é equivalente à possibilidade de independência do bebê, que começa a ter consciência de que ele e mãe não são a mesma pessoa. Esta consciência leva o bebê a iniciar a construção de um senso de responsabilidade por suas próprias necessidades.

O desmame precisa ser realizado de forma gradativa, iniciando aos seis meses e terminando por volta de nove meses, época em que o bebê já possui dentes para triturar seu próprio alimento. Cada vez mais a criança vai percebendo que não faz mais parte do corpo da mãe, e vai mostrando a necessidade de afastar-se, querendo sair do colo, começando engatinhar e indo rumo aos seus primeiros passos. Começa a explorar o seu redor, conhecendo melhor outras pessoas (pai, irmãos, avós), ampliando assim a consciência de si mesmo e do outro. A presença do pai é muito importante no desmame, pois é ele quem vai ajudar a “tirar” o bebê do colo da mãe. Não que a presença do pai não seja importante antes do desmame, mas é a partir deste período que o bebê está mais aberto à outra relação além da mãe e filho.

6.3 AUTOCONSCIENCIA NA ETAPA DE PRODUÇÃO

6.3.1 Controle dos Esfincteres

Nesta etapa, a criança já passou pelo desmame, e já está mais independente da mãe. Se antes o ritmo próprio que precisava ser respeitado era relacionado à amamentação, agora este ritmo diz respeito ao controle esfincteriano. Portanto é muito importante que a criança esteja livre para experimentar quando quer fazer “xixi” ou “cocô”. Pois a satisfação que a criança experimenta ao controlar a eliminação das fezes e da urina, é essencial para a manutenção do senso de si mesma e da concretização da perspectiva de autodomínio, incluindo aqui, o autodomínio pelas próprias reações e expressões emocionais (VOLPI; VOLPI, 2008). Portanto, vale lembrar que

crianças que são obrigadas a “soltar” ou a reter suas fezes e urina, futuramente serão pessoas com tendência a reter emoções, ficando “enfezadas”, no sentido figurado e literal, de uma pessoa irritada e cheia de fezes (constipação). O controle esfinteriano acontece de forma gradativa, e a criança só consegue fazê-lo bem após os 18 meses.

6.3.2 O Desenvolvimento da Autoconsciência

A criança também começa a desenvolver sua autoconsciência, levando a capacidade de antecipar acontecimentos, entendendo que quando os pais saem, ela sabe que eles vão voltar e por isso não se sente abandonada. A autoconsciência ajuda a criança a compreender os limites, entendendo que tem coisas que pode fazer e outras que não pode fazer.

Neste período a criança mostra-se bastante curiosa, e esta curiosidade leva ela a tomar iniciativa para explorar tudo que está a sua volta. É importante que os pais permitam que a criança tenha momentos de brincadeira, montar, desmontar, brincar com argila, colagens. Estas brincadeiras propiciam à criança a possibilidade de construir e destruir para construir de novo, e isso auxilia na resolução de conflitos. A criança busca também imitar modelos, seja dos pais ou de outras pessoas que convive.

Os pais precisam tomar cuidado com as exigências exageradas de ordem e limpeza, principalmente no que diz respeito as necessidades fisiológicas. A criança precisa continuar desenvolvendo a capacidade de ouvir seu próprio corpo, sabendo quando precisa alimentar-se e também quando precisa eliminar suas fezes e urina. Os pais podem ajudar criando um clima seguro e livre para que a criança busque sua própria satisfação e auto-regulação. Segundo Volpi e Volpi, (2008), a frustração e o medo de punição neste período, tolhem a espontaneidade da criança, deixando-a numa situação de submissão ao genitor.

6.4 AUTOCONSCIENCIA NA ETAPA DE IDENTIFICAÇÃO

6.4.1 A Descoberta dos genitais

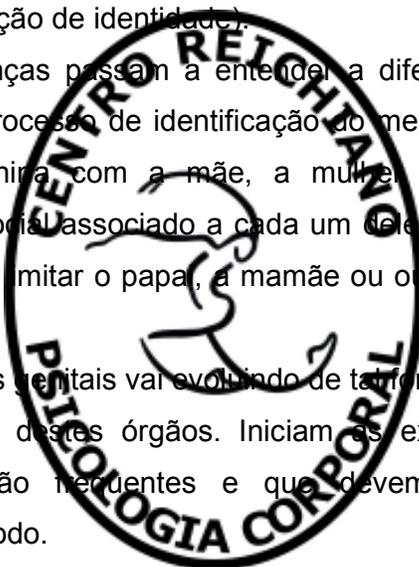
Durante este período a criança começa a fazer suas identificações. O interesse pelo corpo aumenta, principalmente pelos genitais, e ela começa a explorá-los experimentando prazer com esta atitude. Além do interesse pelo corpo, a criança começa a perguntar tudo que esteja relacionado a sexualidade: porque os pais tem pêlos? Porque o pai tem pênis e a mãe não tem? De onde vem os bebês?, etc. Todo este interesse leva a criança a ir tomando consciência da sua própria sexualidade. Começa a entender a diferença entre meninos e meninas, e vai se convencendo de que terá sempre o mesmo sexo (construção de identidade).

Quando as crianças passam a entender a diferença entre meninos e meninas, iniciam um processo de identificação do menino com pai, o homem (masculino) e da menina com a mãe, a mulher (feminino), além de ir compreendo o papel social associado a cada um deles. São frequentes nesta fase as brincadeiras de imitar o papai, a mamãe ou outra pessoa considerada importante.

A descoberta dos genitais vai evoluindo de tal forma que a criança passa a apreciar as funções destes órgãos. Iniciam as exhibições, e também as masturbações, que são frequentes e que devem ser encaradas com naturalidade neste período.

Segundo Volpi e Volpi (2008), mais tarde, na adolescência, a masturbação vai dar lugar ao contato sexual entre parceiros, reforçando ainda mais a consciência de gênero e a identidade.

Logicamente, para que tudo aconteça desta maneira, os pais tem papel importante durante este processo. Assim como nas etapas iniciais foi necessário deixar a criança livre para descobrir e expressar suas próprias necessidades, neste período não é diferente. Para isso, os pais precisam respeitar e compreender a importância destas expressões.



6.4.2 Os momentos de individualidade e a socialização

A criança passa ainda, por momentos de individualidade, procurando brincar mais sozinha. Os pais aqui precisam entender a importância deste momento, respeitando a criança, não obrigando-a a brincar com outras crianças, no momento da individualização, e nem impedindo-a no momento da socialização. Com o passar do tempo, a criança vai se socializando mais, buscando sair do campo familiar, para entrar no campo social. Iniciam então as amizades na escolinha.

Em muitos momentos a criança não quer o colo dos pais, e costuma brincar de desmontar brinquedos para montar de outra forma. É comum também nesta fase a criança rejeitar a ajuda dos pais e querer fazer tudo sozinha, buscando mais independência. Os pais aqui precisam estar conscientes, apoiando a criança e entendendo que todos estes comportamentos são naturais e necessários para o amadurecimento da criança.

6.5 AUTOCONSCIENCIA NA ETAPA DE FORMAÇÃO DE CARÁTER

6.5.1 A Identificação com os Pais e a Expressão de Sentimentos

Agora a criança já completou cinco anos de vida, e é neste período, que se estende até a puberdade, que a formação da estrutura básica de caráter se completa. A criança já tem certeza de seu sexo, pois já se convenceu de ele será sempre o mesmo.

A identificação com os pais fica mais forte nesta etapa. A menina começa a perceber o pai como objeto de atração, por outro lado percebe também que a mãe é a pessoa que desperta o desejo e admiração do pai. O mesmo acontece com o menino, que se percebe atraído pela mãe e também vê o pai como o homem que desperta desejos na mãe. No início é comum sentimentos de rivalidade entre o filho e o pai do sexo oposto. Porém uma atitude madura dos pais, e principalmente o respeito e a harmonia dos dois enquanto casal ajuda a criança a passar por esta fase de maneira saudável. Deste modo, a menina percebe a mãe com uma mulher atraente e admirável, identifica-se com ela, com o feminino, e na adolescência transfere o amor que

antes expressava ao pai, para um rapaz. O menino também, passa a admirar o pai enquanto modelo masculino, identifica-se com ele, e na adolescência transfere o amor que antes expressava à sua mãe, à uma moça.

De acordo com Reichert (2008), a harmonia e o respeito entre o casal ajuda na identificação. Se o casal não está bem, e se a mãe desqualifica o pai, dificilmente o menino se identificará com este modelo masculino. Assim também acontece quando o pai desqualifica a mãe, dificilmente a menina irá se identificar com o modelo feminino. Desta maneira a criança não fará a identificação com o pai do mesmo sexo, o sentimento de rivalidade aumentará, e a transferência do desejo à um parceiro ficará prejudicada pelos sentimentos de raiva, culpa e medo.

Os pais neste momento, precisam mais uma vez, deixar a criança livre para expressar seus sentimentos. Quanto melhor resolvidos forem os pais em relação à sua própria sexualidade, melhor saberão lidar com a sexualidade do filho. Nesta fase as crianças não buscam um contato genital com os pais, mas um contato sexual, no sentido de satisfazer suas necessidades de amor e afeto. É importante lembrar que sexualidade e genitalidade não são a mesma coisa. A primeira é mais complexa e a segunda é uma parte da primeira. A sexualidade da criança vem sendo desenvolvida desde o contato prazeroso com o útero quente e acolhedor, o prazer do contato com seio materno, passando pelo prazer em controlar seus esfíncteres, pelo prazer de descobrir seus genitais (masturbação), pelo prazer de poder expressar seu amor pelo genitor do sexo oposto, e tudo isso amadurece para a vivência da sua genitalidade na fase adulta.

6.5.2 A Estruturação do Caráter

Gradativamente a criança vai encontrando sua identidade, e se conseguir chegar nesta fase sem bloqueios ou fixações nas etapas anteriores, poderá estruturar o Caráter Genital, que segundo Reich é auto-regulado, equilibrado e maduro. Do contrário se houver bloqueios ou fixações nas etapas anteriores, estrutura-se um traço de caráter neurótico. Navarro (1995) escreveu que Caráter Genital é encontrado em apenas 0,1% da população mundial, que nunca entrou em contato com a civilização. Neste sentido, Volpi e Volpi (2008), acreditam que pelo modelo de sociedade atual, dificilmente

alcançaremos o caráter genital, por isso preferem pensar no Caráter Genital como uma referência, significando que se conseguirmos melhorar a maneira como criamos nossos filhos, podemos ter momentos de genitalidade ou traços genitais.



7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo antes da concepção já estamos sob influencias que podem ser positivas ou negativas à nossa formação psicofisiológica. Seja por meio da herança energética vinda do espermatozóide e do óvulo, ou mesmo pelo desejo de nossos pais em engravidar. Neste sentido, certamente quando existe a possibilidade de um planejamento da gestação o casal poderá prepara-se melhor para esta nova experiencia em suas vidas.

Após a concepção o embrião passa por várias etapas ou períodos de desenvolvimento que vão lhe garantir a formação e o amadurecimento do novo ser. Evidentemente que eventos negativos durante este processo comprometerão este amadurecimento podendo deixar marcas profundas neste indivíduo. Quanto mais cedo ocorrerem estes danos, mais precária e comprometedora será a defesa usada para garantir a sobrevivência do embrião ou feto. Neste sentido, um dano causado na gestação é muito mais comprometedor do que um trauma ocorrido no primeiro ano de vida, que por sua vez, compromete mais do que um ocorrido aos cinco anos de idade por exemplo.

Um casal autoconsciente buscará, mesmo antes da concepção, melhorar sua qualidade de vida, tentando resolver seus conflitos emocionais no intuito de alcançar o amadurecimento necessário para a maternidade e paternidade. Quando este planejamento não é feito, ou seja, quando eles já se percebem grávidos, ainda assim, terão nove meses para se prepararem para este importante momento de suas vidas.

Reich (1983), buscando a prevenção das neuroses, dizia que a disposição emocional e energética dos pais favorece uma gestação saudável na medida em que o organismo materno se encontre livre de agentes psicopatológicos. É fundamental melhorar a qualidade de vida da gestante buscando propiciar ao feto um ambiente que favoreça seu desenvolvimento e amadurecimento.

Com a aproximação do momento do parto alguns cuidados simples podem fazer toda a diferença. A conversa com o médico, buscando escolher a melhor e mais segura maneira de fazer o parto. Sempre que possível, a preferência pelo parto normal é indicada, tendo em vista a importância deste evento tanto para a mãe quanto para o bebê, seja em seus aspectos fisiológicos ou psicológicos. É claro que em alguns casos especiais o parto normal não é

possível, e neste caso opta-se pelo parto cesáreo. No momento do parto, é preciso minimizar o estresse sofrido pelo bebê. O bebê precisa de tempo para se adaptar a tantas mudanças. Os pais precisam estar disponíveis para o bebê, buscando satisfazê-lo em suas necessidades.

A maternidade e a paternidade trazem muitas mudanças na vida do casal. A rotina do casal necessariamente precisa mudar após o nascimento de um filho. Diante disso, o casal precisa criar uma nova dinâmica familiar, incluindo agora também as necessidades do filho. A mãe precisa estar disponível para o bebê, pelo menos no primeiro ano de vida. Cabe lembrar que após o nascimento a mãe precisa continuar exercendo o papel de “útero” para o bebê, e neste momento é importante que o marido faça o papel de “útero” para a esposa, procurando oferecer proteção, segurança, apoio e amor.

A disponibilidade dos pais em relação ao bebê precisa seguir durante o período de amamentação, desmame, e demais fases do desenvolvimento psico-emocional. É claro que no primeiro anos de vida o bebê exigirá mais da mãe, e que com o passar dos meses a dependência vai diminuindo naturalmente. Neste sentido, a mãe precisa ter maturidade suficiente para propiciar ao filho a liberdade necessária para a conquista da independência. Para isso os pais precisam lembrar que cada fase trás um aprendizado, e que quando termina uma fase inicia outra que irá trazer novas vivências. Portanto, é importante tomar cuidado para não contribuir com a fixação em algumas destas fases, por exemplo: desmame tardio, superproteção, que impede a criança de descobrir novas experiências; repressão, que priva a criança de se aventurar em seus novos feitos, seja relacionados á controle dos esfínteres, descoberta da sexualidade, busca da identidade. Vale lembrar o que Reich (1987) mencionou: “Se o próprio organismo da mãe é livre e emocionalmente expressivo, ela compreenderá o bebê. Mas se ela é caracterologicamente encouraçada e rígida, tímida ou inibida, falhará na compreensão da linguagem do bebê e, por esta razão, o desenvolvimento emocional da criança será exposto a várias influencias prejudiciais.

Entrar em contato com os conhecimentos da Psicologia Corporal Reichiana, nos auxilia na compreensão da importância de possibilitarmos às nossas crianças, desde a concepção, um ambiente mais seguro, acolhedor e saudável, livre de repressões, para que ela possa desenvolver-se plenamente. São conhecimentos científicos que resultaram de muitos anos de pesquisas, e

que nos oferecem medidas simples porém valiosas, que nos fazem lembrar de que precisamos resgatar em nós a capacidade de tratar nossas crianças de maneira mais natural e humana.



REFERÊNCIAS

BAKER, E. F. **O labirinto humano**: as causas do bloqueio da energia sexual. São Paulo: Summus, 1980.

BUCKLEY, S. J. **Parto extático**: o modelo hormonal naturalmente previsto para o trabalho. Tradução: Letícia Koehler. 2007

LEBOYER, F. **Nascer Sorrindo**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

LOWEN, A . **O corpo em terapia**: a abordagem bionérgica. São Paulo, Summus, 1977.

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.

NAVARRO, F. **Orgonomia Clínica**. Curitiba: Centro Reichiano, 2002.

PIONTELLI, A . **De feto a criança**. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

REICH, W. **Crianças do futuro**. 1987.

REICH, W. **Análise do caráter**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

REICHERT, E. A . **Infância, a idade sagrada**: anos sensíveis em que nascem as virtudes e os vícios humanos. Porto Alegre: E. A . Reichert, 2008.

SPITZ, R. **O primeiro ano de vida**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.



TROTTA, E. E. **Psicossomática reichiana e metodologia da orgonoterapia.**

Rio de Janeiro: 1993

WINNICOTT, D.W. **Os bebês e suas mães.** São Paulo: 1994.

VOLPI, J. H. **Psicoterapia corporal: um trajeto histórico de Wilhelm Reich.** Curitiba: Centro Reichiano, 2000.

VOLPI, J. H. VOLPI, S. M. **A análise bionergetica.** Curitiba: Centro Reichiano, 2003.

VOLPI, J. H. VOLPI, S. M. **Reich: da psicanálise à análise do caráter.** Curitiba: Centro Reichiano, 2003.

VOLPI, J. H. VOLPI, S. M. **Reich: da vegetoterapia á descoberta da energia orgone.** Curitiba: Centro Reichiano, 2003.

VOLPI, J. H. VOLPI, S. M. **Crescer é uma aventura: Desenvolvimento emocional segundo a psicologia Corporal.** Curitiba: Centro Reichiano, 2008.

VOLPI, J. H. VOLPI, S. M. (Org.) **Revista Psicologia Corporal.** Curitiba: Centro Reichiano, 1998, nº 1, vol. 1.

