

MARIA APARECIDA MONTANHER

TRANSTORNO DO PÂNICO: REAÇÕES
CORPORAIS E SEU SIGNIFICADO EMOCIONAL

Monografia apresentada como
requisito parcial ao Programa de
Especialização em Psicologia
Corporal, ministrado pelo Centro
Reichiano.

Orientador: Prof.º Dr. José
Henrique Volpi

CURITIBA
2010

Montanher, Maria Aparecida
Transtorno Do Pânico: Reações Corporais e
Seu Significado Emocional
Orientador: Professor Dr. José Henrique Volpi

Monografia do Curso de Especialização em
Psicologia Corporal, Centro Reichiano de
Psicoterapia Corporal.

1.Agorafobia. 2.Pânico. 3.Psicologia corporal 4.Reich.
5.Vegetoterapia.

Declaração de autoria e autorização de orientação

Eu, Maria Aparecida Montanher, declaro que o presente Protótipo de Monografia é de minha própria autoria e que todas as citações, pensamentos ou idéias de outros autores nele contidas estão devidamente identificadas e referenciadas segundo as normas da ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. Estou ciente de minha responsabilidade legal pelo uso inapropriado de idéias, pensamentos e citações não identificadas e/ou referenciadas. Autorizo a revisão do texto pelo(a) orientador(a) deste Protótipo de Monografia no que concerne ao seu conteúdo, assim como a correção de possíveis erros de português, digitação ou formatação, a modificação de palavras e/ou frases, desde que não se comprometa a estrutura do Protótipo de Monografia e/ou o pensamento do autor. O envio do Protótipo de Monografia por e-mail, contendo essa declaração ao final, dispensa qualquer tipo de assinatura para garantir sua validade.

E-mail: ir.montanher@gmail.com

Curitiba, 31 de agosto de 2010.



ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA CORPORAL

TERMO DE APROVAÇÃO DA MONOGRAFIA

Eu, Prof. Dr. JOSÉ HENRIQUE VOLPI, no uso de minhas atribuições legais no Curso de Especialização em Psicologia Corporal, ministrado pelo Centro Reichiano, na cidade de Curitiba/PR, Brasil, considero APROVADO, o trabalho monográfico de conclusão de curso do aluno MARIA APARECIDA MONTANHER com conceito B.

Curitiba, 16 de Setembro de 2010



Prof. Dr. José Henrique Volpi
Orientador

CENTRO REICHIANO

Av. Prof. Omar Sabbag, 628 – Jardim Botânico – Curitiba/PR - Brasil - CEP: 80210-000
Fone/Fax (41) 3263-4895 / Site: www.centroreichiano.com.br / E-mail: centroreichiano@centroreichiano.com.br

Às pessoas portadoras do
Transtorno do Pânico,
que contribuíram em minha
escolha e interesse de pesquisa
deste tema,
na busca de maior
conhecimento,
possibilitando um melhor
atendimento dos mesmos.

Agradeço antes de tudo à Deus por me permitir fazer esta monografia, que me possibilitará atuar melhor nos atendimentos de meus pacientes.

Também agradeço às minhas Irmãs de Congregação que me apoiaram, compreendendo o tempo usado na elaboração deste trabalho, assumindo tarefas de minha responsabilidade. Em especial as de minha fraternidade. Também à Irmã Sonia Tomielo, pelo suporte técnico em informática.

A José Henrique e Sandra Volpi, pelos ensinamentos na área da Psicologia Corporal e pela paciência com minha limitação.

Ainda agradeço à Tânia M. de Castro, minha terapeuta, que muito me ajudou, apoiou e incentivou, até mesmo no empréstimo de livros necessários para a pesquisa.

Não poderia deixar de agradecer à Simone Cordeiro e seu filho Matheus Galdino da Silva, que com dedicação corrigiu a parte ortográfica e ajudou-me na formatação.

A todos o meu muito obrigada e que Deus lhes recompense por tudo, concedendo-lhes todas as graças necessárias em suas vidas.

Embora o medo não seja
uma emoção ameaçadora,
É paralisante.

Isso é especialmente verdadeiro quando
o medo é muito grande, como o terror.

Quando está aterrorizado, um
organismo congela e não
consegue se mover.

Quando o medo é menor, ele entra em pânico
e corre, mas o pânico é uma reação
histórica e, portanto, um modo
ineficaz de lidar com o perigo.

Alexander Lowen

RESUMO

Este trabalho fala sobre o transtorno do pânico e suas reações corporais e psíquicas, como também sua descoberta entre os diversos transtornos de ansiedade, através de seus sintomas específicos. Sendo que agorafobia é uma ansiedade que acompanha este transtorno e ao mesmo tempo é gerada por ele. O enfoque tanto teórico como da prática, será em relação à psicologia corporal e através desta buscar a causa emocional das reações tão comuns e incompreendidas pelos portadores desta patologia, bem como o sofrimento e limitações provocados aos portadores deste transtorno. Discorreremos ainda sobre os fatores desencadeantes enfocando os bloqueios nos seguimentos corporais e a necessidade de restabelecer a economia energética a estes indivíduos. Assim indicando alguns tipos de tratamentos usados por alguns profissionais, dentro da psicologia corporal, destacando a prática da vegetoterapia característico-analítica criada por Reich e sistematizada por Navarro.

Palavras-chave: Pânico. Agorafobia. Psicologia corporal. Reich. Vegetoterapia.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 SÍNDROME, TRANSTORNO OU PÂNICO	12
2.2.1 AGORAFOBIA	14
3 FATORES DESENCADEANTES	16
4 A PSICOLOGIA CORPORAL	19
4.4.1. COURAÇA MUSCULAR.....	20
4.4.2. SEGMENTOS DE COURAÇA.....	21
5 TRATAMENTO	28
RELATOS	Erro! Indicador não definido.
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

Dentre os transtornos de ansiedade, o transtorno de pânico é uma das patologias mais freqüentes e incapacitantes na vida do indivíduo, por limitar significativamente a sua mobilidade e autonomia, gerando isolamento e, assim, afetando negativamente sua vida, impossibilitando de tarefas das mais comuns do dia a dia. Caracteriza-se por episódios repentinos e recorrentes de forte ansiedade e medo, acompanhados de uma série de sintomas físicos e cognitivos intensos e muito desagradáveis. Os primeiros episódios de pânico tendem a iniciar-se na adolescência e início da juventude, mas podem ocorrer em qualquer idade e vir a instalar-se como transtorno durante toda a vida adulta. Kessler et al., (2005) citado por Pregolato (2006).

Em minha experiência clínica, entre os adultos que atendi, somente um adolescente me buscou para tratamento e as outras pessoas tiveram início do pânico na vida adulta, sendo que entre seis pessoas que me procuravam, somente uma não trazia a queixa do pânico.

Conforme a Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP (1996), grande parte da população americana tinha ou teria o transtorno do pânico no decorrer da vida e este aumentava a cada ano, atingindo mais as pessoas do que a epilepsia, acidente vascular ou mesmo a AIDS.

Este trabalho tem como objetivo possibilitar um maior conhecimento deste transtorno tão comum hoje, o qual ocasiona tanto sofrimento ao seu portador, impossibilitando-o de uma vida “normal”, necessitando, portanto de um tratamento adequado e eficaz, que tenha como resultado a cura deste mal e permitindo à pessoa viver mais saudável, com alegria, coragem e prazer. Sendo assim, quanto mais aprofundarmos sobre este tema, melhor poderemos estar atuando na ajuda de sua superação.

Aqui se dará mais ênfase na compreensão dos sintomas corporais e seu significado emocional, como consequência das sensações e relação que as pessoas portadoras desta Síndrome, tem com o corpo; na busca de maior esclarecimento do porque isto acontece e sua relação com o funcionamento energético corporal, podendo chegar a um maior conhecimento da sintomática desta patologia. Isso possibilitará oferecer um tratamento corporal que alivie os sintomas decorrentes do “desequilíbrio do sistema nervoso vegetativo”,

restabelecendo a economia energética do indivíduo, conforme afirmação de Navarro (1995).

Embora os sintomas desapareçam espontaneamente após alguns minutos de seu início, o caráter fortemente aversivo da experiência deixa no indivíduo um forte e contínuo medo de vir a ter outros ataques, gerando a ansiedade antecipatória.

De acordo com Range & Bernik citado por Pregolato (2006), a instalação da agorafobia, acontece em decorrência e respostas de fuga ou evitação frente às sensações perturbadoras geradas pelo ataque inicial do pânico. Entre os sintomas apresentados, os mais freqüentes são: taquicardia, falta de ar, pernas bambas, medo de morrer, tremores, dor no peito e o medo de perder o controle total.

Os ataques de pânico são esporádicos, podendo ser controlados com medicação primeiramente, mas sem dispensar a psicoterapia, que ajudará a pessoa a uma maior compreensão dos sintomas que a incomodam, sabendo melhor lidar com o controle deles e de sua própria vida como um todo. Pregolato (2006).

Ao término de um processo terapêutico, uma de minhas pacientes relatou sobre como tinha aprendido a conhecer-se, aceitar-se e expor suas idéias, pensamentos e sentimento e afirmou “agora me sinto eu”.

Na busca de um maior aprofundamento em relação ao tratamento desta patologia e com base na psicologia corporal será elencado sobre alguns tipos de tratamento existentes, com destaque sobre a vegetoterapia caracterológica.

2 SÍNDROME, TRANSTORNO OU PÂNICO

Esta patologia tão freqüente hoje em dia é denominada ora por Síndrome do Pânico, ora Transtorno e a até mesmo somente por Pânico. Aqui usaremos a nomenclatura Transtorno de Pânico

Citado por Pregolato (2006), o DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estático de Transtornos Mentais, da Associação Psiquiatria Americana (APA, 2000), Descreve este transtorno como qualquer outro transtorno de ansiedade, somente diferenciando-os como inesperados, situasionalmente determinado e situasionalmente predisposto. Ainda diferencia o diagnóstico em relação a presença ou ausência do mecanismo de evitação, podendo ser então: transtorno de pânico com agorabia e transtorno de pânico sem agorafobia.

A Síndrome do Pânico ou Transtorno do Pânico é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) estando presente na sua Classificação Internacional de Doenças (CID 10) com o critério F41.0.

De acordo com Artur Scarpato (2009), a pessoa com este transtorno, vive com grande ansiedade e isto em qualquer situação, seja de alegria ou raiva, uma notícia boa ou ruim. Independente da reação interna ou sentimento mais profundo, acontece o estímulo da ansiedade desencadeando sensações estranhas e desconfortáveis no corpo, de ordens psicológicas e corporais que desestabilizam o ser humano. Os primeiros episódios de pânico tendem a iniciar-se na adolescência e início da juventude, podendo ocorrer em qualquer idade e instalar-se como transtorno durante a vida adulta.

O autor acima ainda afirma que as crises iniciam ao acontecer um susto em relação às sensações do próprio corpo, o que não é entendido e é visto como estranho em relação ao que sente dentro da pele. No Pânico o organismo se orienta respondendo a um alarme falso, é como se estivesse preste a acontecer um extremo perigo, mas na verdade esta reação não tem justificativa. Isto revela que o perigo sentido como ameaça não vem de fora, mas de dentro do indivíduo.

Ainda conforme Scarpato (2009), a presença destes gatilhos corporais, isto é, as sensações do próprio corpo podem disparar ansiedade mesmo quando a pessoa não se dá conta de sua presença.

Segundo Range & Bernik, (2001), citados por Pregolato (2006)

Dentre os transtornos de ansiedade, o transtorno de pânico e a agorafobia estão entre os quatro mais frequentes e incapacitantes na vida do indivíduo, por limitarem significativamente a sua mobilidade e autonomia, gerando isolamento e, assim, afetando negativamente sua vida. O prejuízo estende-se do âmbito pessoal ao social, afetivo e profissional. (PREGNOLATO, 2006. p. 1).

Como já citado anteriormente, as pessoas com Pânico têm uma vida limitada em todos os sentidos, tornando às vezes até estranhos para os familiares, que não entendem sua mudança, seu comportamento; quanto à vida profissional, tornam-se incapazes de continuarem com o que tinham assumido; fogem do contato social, evitam grandes grupos e principalmente grupos desconhecidos e frente a este isolamento sentem o desespero da solidão, desamparadas como uma criança desprotegida, pois está sempre esperando que algo ruim, perigoso irá acontecer e que necessitará de socorro.

Segundo Pregnolato (2006. p. 2.).

Em virtude da natureza traumática dos primeiros episódios, supõe-se que as avaliações cognitivas errôneas de um grave e iminente perigo (como o de morrer ou perder totalmente o controle sobre si mesmo) aumentem a ativação do medo. Este, por consequência, intensificaria ainda mais o medo de voltar a ter as mesmas sensações, criando-se um círculo vicioso que passou a ser comumente denominado como medo do medo.

Conforme a citação acima se percebe que o portador dessa patologia apresenta antecipação ansiosa, o que pode favorecer o aumento da possibilidade de um novo ataque, pois gera uma fobia aos estímulos corporais internos e acarreta o aumento da probabilidade de sua ocorrência, criando assim, condições favoráveis à instalação do transtorno.

Quanto mais se repetem os ataques, mais aumenta a ansiedade frente ao medo ou até mesmo terror, crescendo assim a necessidade de evitar que 'aquilo' volte, como também fugir da repetição de uma experiência limite de sofrimento intenso, de sentir-se exposta ao devir, frágil, desprotegida, sob o risco do aniquilamento e da morte. (SCARPATO, 2009).

No Pânico, a reação quando ativada é desconectada da experiência somática, o indivíduo vê a sua patologia "concretizada" no corpo e pensa: "estou tendo um ataque cardíaco", "vou morrer", etc. Em um dos casos que já atendi em meu consultório, esta experiência era fortemente sentida pela

pessoa e geralmente era acompanhada de forte tremor pelo corpo, em especial nas pernas.

Uma carga energética grande (emoção) sobe à cabeça, acontecendo uma desorganização da autopercepção do indivíduo. Durante a crise do pânico, a energia se movimenta de modo ascendente; ela sobe, saindo das pernas, deixando a pessoa sem base congestionando-se na região dos olhos. Acontece também a contração do diafragma, o que gera falta de ar, dificuldade de expirar, dor no peito, náuseas e aumenta o movimento ascendente. Todas estas sensações físicas estão presentes em uma crise do pânico.

São vários os sintomas apresentados por este Transtorno, sendo que pelo menos quatro dos citados abaixo estarão presentes no ataque do Pânico:

Sudorese ou calafrios; palpitações ou ritmo cardíaco acelerado; aperto, dor ou desconforto no peito; náuseas ou mal-estar abdominal; parestesias (sensações de dormência ou formigamento); sensação de fraqueza, de falta de ar ou asfixia, de sufocamento; ondas de frio ou de calor; tremer ou sacudir-se; desrealização (sentimentos de irrealidade); despersonalização (sentir-se destacado de si mesmo); medo de perder o controle, de morrer ou de ficar louco. (PREGNOLATO, 2006)

É interessante notar que, geralmente, as pessoas com Pânico vivem como se o seu corpo fosse uma ameaça constante e esta revelação é presente nos portadores deste Transtorno, fazendo parte de suas primeiras queixas logo que nos procuram, relatando sobre suas “doenças” e visitas a médicos especialistas sem nada encontrarem de concreto

2.2.1 AGORAFOBIA

Segundo Pregnolato (2006), o transtorno pode também vir acompanhado com a “agorafobia”, que também é uma ansiedade, uma fuga frente à dificuldade de escapar de alguma situação. Por exemplo: entrar em elevadores, multidões e outras situações específicas, tendo como características a evitação de lugares e situações públicas em que o paciente acredita haver dificuldade para obter ajuda, caso perceba sintomas de pânico.

O transtorno de Pânico é caracterizado por episódios imprevisíveis e recorrentes de forte ansiedade e medo, acompanhados de uma série de sintomas físicos e emocionais intensos e muito desagradáveis como os citados por Rangé & Bernik (2001) *apud* Pregnolato (2006):

Dentre os transtornos de ansiedade, o transtorno de pânico e a Agorafobia estão entre os quadros mais freqüentes e incapacitantes na vida do indivíduo, por limitarem significativamente a sua mobilidade e autonomia, gerando isolamento e, assim, afetando negativamente sua vida. O prejuízo estende-se do âmbito pessoal ao social, afetivo e profissional.

As preocupações acerca do próximo ataque ou suas implicações freqüentemente estão associadas com o desenvolvimento de um comportamento de esquiva que pode satisfazer os critérios para Agorafobia, diagnosticando-se, neste caso, um Transtorno de Pânico com Agorafobia.

Embora os sintomas desapareçam espontaneamente após alguns minutos de seu início, o caráter fortemente aversivo da experiência deixa no indivíduo um forte e contínuo medo de vir a ter outros ataques, o que configura a ansiedade antecipatória.

Esta antecipação ansiosa em relação ao ataque de pânico, aumenta a possibilidade de suas ocorrências e provavelmente, intensifique os sintomas levando-os á conversão em sinais condicionados para o pânico, aumentando ainda mais o grau de alerta em relação a esses sintomas.

Mesmo que os sintomas desapareçam espontaneamente após alguns minutos de seu início, o caráter fortemente aversivo da experiência deixa no indivíduo um forte e contínuo medo, onde este se torna medo do medo, de vir a ter outros ataques, o que configura a ansiedade antecipatória já comentada sendo que alguns episódios podem ocorrer espontaneamente, sem um gatilho corporal (sensações disparadoras), enquanto outros aparentam estarem predispostos por determinadas motivações situacionais. (SCARPATO, 2009)

3 FATORES DESENCADEANTES

Recentes estudos demonstram haver uma variedade de fatores implicados na gênese do transtorno do pânico, incluindo variáveis de ordem biológica, genética, psicológica e ambiental, como também em decorrência de outras patologias previamente existentes. Entretanto, não há consenso sobre a predominância de uma ou outra.

De acordo com Soares (1999) são inúmeros os relatos de fatores que desencadeiam o pânico, mas existem também os que a história da pessoa traz como predisposição. Também fazem parte destes relatos as seguintes situações traumáticas:

Onde houve risco de morte, perda ou separação de pessoas queridas, parto, aborto, experiências emocionais intensamente desorganizadoras, uso de drogas, perdas no nível social e profissional, mudanças súbitas como viagens para o exterior, sobrecarga de estímulos, etc. Muitos casos, entretanto, ocorrem sem causa imediata perceptível e mesmo durante o sono. (SOARES, 1999 p. 2 e 3)

Conforme Fonai (2004), em se tratando dos fatores cognitivos, as vias de atenção da memória se voltam para os estímulos sinalizadores de perigo, o que permite a modificação da maneira usada pelo paciente de interpretar os sinais corporais. Enquanto no que se refere aos fatores biológicos são: A acrofobia, medo de altura, claustrofobia, medo de ficar preso, a heritrofobia, medo de ver sangue entre outros. E este mesmo autor ressalta que da investigação instantânea feita pelo SNC, as imagens são comparadas com as memórias arquivadas na mente e havendo semelhanças com ameaças já conhecidas, o pânico é desencadeado.

As evidências quanto aos fatores biológicos referentes a esta patologia é cada vez mais reconhecida nos dias de hoje e bem argumentadas como nos apresenta Lustosa (1998): genéticos: 20 a 30% dos parentes de primeiro grau, cerca de 65% dos parentes de qualquer grau sofrem de pânico. Também filhos de pais ambos portadores do Transtorno, apresentam a doença em torno de 60%. Os gêmeos idênticos apresentam 20 vezes mais possibilidade de terem o Pânico do que gêmeos diferentes.

Em minha experiência clínica comprovo esta realidade, pois já atendi filhos de mães com o Transtorno do Pânico e atendo mães que seus filhos são

portadores deste Transtorno. Acredito mesmo que isto se torna possível pela ligação energética e mesmo simbiótica existente entre esses membros familiares, como também todas as marcas significativas na história do indivíduo.

De acordo com Scarpato (1998), a origem do Transtorno do Pânico tem a ver com a história pessoal e isto relacionado com a disparidade entre consciente e inconsciente, o que revela um bloqueio da comunicação interna, uma anulação da saudável permeabilidade intrapsíquica pela rigidez do ego, possibilitando uma inundação de águas sobre a consciência.

Em seu artigo, Scarpato (1998) identifica elementos comuns que são presentes nas pessoas com este Transtorno, respondendo às questões da vida. Em relação ao desenvolvimento emocional, ele ressalta sobre fases que a criança passa e relata que Reich chamou a primeira delas de fase visual. As vivências precoces da criança desde o nascimento estão relacionadas a esta fase.

Esta fase está relacionada aos primeiros contatos que a criança estabelece com o mundo à sua volta através de seus tele-receptores: olhos, nariz e ouvidos. Os "tele-contatos" ocupam um lugar importante na dinâmica psíquica relacional, sendo que a visão vai fornecer as experiências mais estruturantes deste período. (SCARPATO, 1998 p. 2).

Soares (1999), fala de anel visual, acrescentando também o peitoral e diafragmático, dentro de uma compreensão energética onde acontece um funcionamento energético corporal sendo que o fluxo deste pode ser bloqueado nestes anéis ou segmentos corporais, favorecendo assim a compreensão sintomática dos distúrbios do pânico. Ressalta ainda a sobrecarga do anel visual, que se apresenta inundado energeticamente, gerando uma desorganização perceptiva e também alterações do sistema nervoso vegetativo, que somado com alterações vasculares, cárdio respiratórias, digestivas e perceptivas geram os sintomas que o indivíduo com o Transtorno do Pânico apresenta:

A sensação de morte advém da desorganização do sistema energético que sustenta a identidade. Essa desorganização ativa idéias de morte ou de enlouquecer. Ocorre contração do cerne visual e expansão em sua superfície. A contração profunda gera tontura, vertigens, confusão mental e alterações bioquímicas.....Os órgãos dos sentidos, em especial os olhos, se voltam para a percepção do campo, inundando a consciência com uma grande quantidade de estímulos sem seletividade. Como decorrência ocorre dificuldades de

permanecer em ambientes com muitas pessoas e estímulos fortes. (SOARES, 1999. p. 07).

Tanto no primeiro nível, como nos outros seis níveis, é preciso verificar se os bloqueios são anorgonóticos ou hiperorgonóticos, pois no caso do olhos, conforme diz Navarro (1995, p. 32): “se a anorgonia do primeiro nível é acompanhada de uma regressão psicológica de tipo intra-uterino, a cisão entre realidade e percepção provoca o pânico”. No meu entender podemos então aqui, encontrarmos a causa de alguns sintomas do transtorno do pânico, como já relatado acima: desorganização e confusão mental, a interpretação errônea da realidade, a falta de orientação, a incoerência, que também é presente naqueles que utilizam drogas alucinógenas.

Quanto ao anel diafragmático Soares (1999), fala de uma intensa contração, que diminui o fluxo de energia para a parte inferior do corpo e juntamente intensifica o fluxo para cima, na direção do visual, gerando assim alterações digestivas tão presentes nas queixas dos pacientes que nos buscam, sendo elas: o enjôo, má digestão, náuseas e vômito, enquanto que a diminuição do fluxo para baixo gera alterações intestinais tais como constipação e diarreia, sexuais como inapetência sexual e falta de prazer, insegurança e falta de firmeza nas pernas.

No tocante ao anel peitoral acontece uma atitude inspiratória crônica, impedindo a expiração. Esta atitude é geradora de angústia, ansiedade, sufoco, falta de ar, palpitações, taquicardia, arritmia cardíaca e dor torácica, independente do transtorno. No caso do Pânico estes sintomas estão aumentados por causa da sobrecarga energética na parte superior do corpo, gerada pela contração diafragmática, esta não permite o peito ceder para o contato com emoções profundas, mas a sobrecarga tende a provocar choros descontrolados e sem motivos aparente, que possibilitarão um vazamento energético, para alívio da tensão interna. Soares (1999)

Em minha compreensão e experiência clínica, tanto o relato sobre a fase visual, como também em relação aos três anéis, vem a esclarecer a origem não somente dos sintomas do Transtorno do Pânico, mas também os fatores desencadeantes desta patologia, o que contribui para um melhor resultado no tratamento deste transtorno.

4 A PSICOLOGIA CORPORAL

Segundo Volpi & Volpi (1999), a Psicologia Corporal teve início com Wilhelm Reich (1897 – 1957), que como aluno e seguidor de Freud passou a questionar o tratamento psicanalítico de alguns pacientes cujos resultados não se mantinham ou sequer eram alcançados.

Reich questionando-se sobre a resistência tão debatida pelos psicanalistas da época, tomou outro rumo em sua postura e saindo de trás do divã para sentar-se frente a frente ao paciente, olhando e sendo olhado por ele, descobriu que além das resistências já conhecidas, existiam também as latentes, que se alojam no corpo. Decidiu abordar diretamente as resistências, mostrando-a ao paciente que resistia, contra o que, e de que forma isto acontecia, pontuando-lhe os gestos, posturas, tom de voz, etc. E notou que agindo assim as resistências eram dissolvidas.

Com o fim das resistências, aparecia o conteúdo doloroso, este estava relacionado aos conflitos essenciais da pessoa, a base de sua neurose.

Usando esta forma de trabalhar, alcançava-se uma real mudança nas atitudes, em sua dinâmica como pessoa, tornando possível a modificação na estrutura de caráter resolvendo assim os casos considerados aos psicanalistas, como incuráveis.

Reich então percebeu que não só os sintomas eram neuróticos, mas que o caráter em si também o era, descobrindo assim a neurose de caráter e a couraça caracterológica, estruturou com bases nas fases de desenvolvimento psico-sexual diferentes tipos de caráter

Para Reich a exemplo de Freud, a sexualidade era o ponto central das neuroses e esta quando reprimida, gerava as neuroses. Era preciso acabar com a estase libidinal, ou seja, estagnação da energia.

Ainda de acordo com Volpi & Volpi, Reich ficava intrigado com o como a neurose era produzida e sustentada. E buscando resposta a esta inquietação na fisiologia, principalmente no sistema neurovegetativo (simpático e parassimpático) concluiu que:

- a) A sexualidade, como sinônimo de prazer, provoca uma expansão de todo o organismo e está diretamente relacionada ao sistema nervoso parassimpático;
- b) Angústia, como sinônimo de desprazer, provoca uma contração do organismo e está diretamente ligada ao sistema nervoso simpático. (VOLPI & VOLPI, 1999, p. 2).

Aqui nasce um novo conceito reichiano de couraça muscular.

4.4.1. COURAÇA MUSCULAR

As couraças têm como definição: tensões musculares crônicas que servem como defesas, protegendo o indivíduo de experiências emocionais ameaçadoras e dolorosas. Conforme Reich citado por Volpi (2000), toda frustração gera um desprazer e conseqüentemente uma hipertonia muscular, a qual ele chamou de “couraça muscular”.

O trabalho desenvolvido por Reich sobre a couraça caracterológica e muscular conduziu-o a criação de uma técnica nova, a qual denominou de **Vegetoterapia Carácter-analítica**, sendo esta uma técnica terapêutica da economia sexual, tendo por base o sistema neurovegetativo. O trabalho sobre o corpo, ativa o sistema neurovegetativo, permitindo um relaxamento muscular sobre as tensões musculares e assim anulando a rigidez (encouraçamento) do carácter e da musculatura, sendo possível então melhor circulação energética e chegando à potência orgástica, uma descarga natural de energia, num clima de intensa entrega e prazer. (VOLPI; VOLPI, 1999).

Para Reich, de acordo com Volpi (2003), se não houvesse distúrbios nem perturbações causadas pela função muscular do corpo, poderia existir um indivíduo com um carácter genital, isto é ter a possibilidade da potência orgástica, o que também significa poder entregar-se livremente, sem restrições a toda ocasião de prazer que a vida pode proporcionar. Após estas descobertas, Reich avançou um pouco mais em sua experiência e teoria, através do mapeamento do corpo, o que foi feito em sete níveis para fins pedagógicos. O funcionamento de cada nível é semelhante a um anel ou cinturão, envolvendo todos os órgãos correspondentes:

1. Nível Ocular: corresponde à pele, olhos, ouvido e nariz;
2. Nível Oral: corresponde à boca e seus anexos;
3. Nível Cervical: corresponde ao pescoço e membros superiores;
4. Nível Torácico: corresponde ao peito;
5. Nível Diafragmático: corresponde ao músculo diafragma;
6. Nível Abdominal: corresponde ao abdômen;
7. Nível Pélvico: corresponde à pelve e membros inferiores. (VOLPI; VOLPI, 1999, p. 3).

Os sete níveis são trabalhados pela Vegetoterapia (a partir do primeiro), com o objetivo de desbloqueá-los e assim sendo possível uma livre pulsação e circulação da energia, após a eliminação dos bloqueios das couraças.

Reich também foi quem nomeou a energia orgone, energia presente em todo o corpo e fora dele. Como também chamou Orgonoterapia Médica, a técnica da manipulação da mesma, surgindo assim a Orgonomia, que tem como objetivo estudar a energia orgone. (VOLPI; VOLPI, 1999).

4.4.2. SEGMENTOS DE COURAÇA

Em seu livro REICH - da Vegetoterapia à Descoberta da Energia Orgone, Volpi & Volpi (2003), falam sobre o mapeamento emocional do corpo humano proposto por Reich, indicando que isso se refere aos sete níveis nomeando-os de segmentos, ou seja, segmentos de couraça, relatando ainda que os mesmo se apresentam em forma de anel, causando comprometimento de todas as partes anatômicas da região onde se encontra, tecidos, órgãos e músculos. Impedem a livre circulação da energia da cabeça aos pés e vice-versa, evitando assim a manifestação energética de uma vida saudável. A couraça pode então ser definida como os bloqueios, causados pelas emoções reprimidas nos músculos corporais.

Conforme Navarro (1995), esses bloqueios tem um significado emocional preciso de acordo com cada nível, provocando assim um estigma individual, isto é, um traço caracterial na personalidade do indivíduo.

De acordo com Soares (1999), a compreensão sintomática dos distúrbios do pânico se dá a partir de bloqueios em três anéis ou segmentos corporais: o visual, peitoral e o diafragmático.

Para Navarro (1995), existe “correspondências energéticas recíprocas” entre alguns níveis, conforme expressão dos diferentes traços de caráter de uma pessoa:

O primeiro nível – que compreende os olhos; os ouvidos e também o nariz, que liga este nível ao segundo, a boca -, por causa da sua função telerreceptora, constitui a porta de entrada do medo que, por seu turno, produz a ansiedade do terror, que gera a angústia. A ligação privilegiada deste primeiro nível com o diafragma (quinto nível) é evidente. (Navarro 1995, p. 133).

Conforme relato acima, confirma-se ser verdadeira a relação dos sintomas do Transtorno do Pânico com os níveis ou segmentos corporais, sendo que o medo, a ansiedade do terror e a angústia gerada por este, são queixas freqüentes nas pessoas portadoras deste transtorno.

Aqui será dado destaque aos três níveis relacionados com o transtorno do pânico: o primeiro: olhos, ouvidos e nariz; o quarto: o tórax – peito e o quinto: o diafragma. Mas também descreverei juntamente sobre os sete segmentos, sendo que também acredito na correspondência energética entre eles e na prática é necessária a verificação sobre qual, ou quais mais precisam ser desbloqueados, pois segundo Navarro, citado por Volpi e Volpi (2003), o trabalho deve realizar-se progressivamente a partir do primeiro nível, conforme exigência do método da vegetoterapia caracterológico-analítica.

Segmento ocular ou primeiro nível

Este é o primeiro segmento ou nível do mapeamento emocional do corpo proposto por Reich, como já mencionado por Scarpato (1998), a este segmento pertence os olhos, os ouvidos e o nariz, sendo eles a sede dos três sentidos: a visão, a audição e o olfato; Volpi & Volpi (2003), acrescenta ainda a pele como parte deste nível. Também já vimos sobre a importância destes telorreceptores, canais, portas por onde se torna possível perceber a realidade fora de nós, exatamente por isto, se este segmento for bloqueado o primeiro contato com a realidade, que acontece ao nascer é bloqueado. E com isto a interpretação da realidade sofre um bloqueio. Este bloqueio é presente nas pessoas possuidoras de núcleo psicótico.

O desenvolvimento do olhar está relacionado às primeiras experiências da criança no ambiente que a cerca, em suas buscas de satisfação, contato e orientação. O controle do movimento dos olhos talvez seja uma das primeiras manifestações motoras do ego nascente.

Ainda conforme Volpi & Volpi (2003) a pessoa hipoorgônica teve um comprometimento durante a vida intra-uterina, a qual provocou-lhe uma condição energética de baixa carga. Como já visto acima, este segmento está relacionado ao segmento abdominal, em especial quando se trata do medo.

Também de acordo com Navarro (1995), quando este primeiro nível não é integrado imediatamente após o nascimento num funcionalismo unitário, o sujeito perde o contato com a realidade, acarretando assim falsos contatos e até dissociações, o que se percebe na pessoa acometida com o transtorno do

pânico. Navarro ainda relata que a disfunção deste primeiro nível é que gera a perturbação do estado de consciência.

A consciência é, com efeito, a autopercepção e, para chegar a ela, é necessário que os estímulos sensoriais provoquem o sentimento de excitação. Se a anorgonia do primeiro nível é acompanhada de uma regressão psicológica de tipo intra-uterino, a cisão entre sensação e percepção provoca o pânico, a interpretação errônea da realidade, a confusão, a falta de orientação, a incoerência (como após a utilização de drogas alucinógenas). (NAVARRO, 1995, P. 32)

Aqui vemos que o bloqueio do primeiro nível, isto é, o ocular, transtorna a consciência, gerando o pânico e seus sintomas.

Também Navarro (1995), afirma que existe uma ligação privilegiada deste primeiro nível com o diafragma, o quinto nível. Este também faz parte dos segmentos que quando bloqueados, são responsáveis pela compreensão sintomática dos distúrbios do pânico, o que veremos mais tarde

Segmento oral ou segundo nível

Este segundo segmento ou nível, está relacionado à boca, e conforme Navarro (1995), é principalmente através da boca que nós carregamos de energia e que podemos nos comunicar pela palavra. Ainda para Navarro (1995), este nível é responsável pela dificuldade de contato com o outro, principalmente se houve frustrações nos primeiros quatro meses de vida. Também para ele, pode haver uma oralidade insatisfeita e ou reprimida pela raiva, sendo que nos dois casos, a emoção primária do medo aparece como pano de fundo.

Este segmento também está relacionado com a amamentação, que conforme Volpi e Volpi (2003), poderá acontecer seu bloqueio durante os primeiros nove meses, provocado por uma amamentação deficitária, como também por um desmame precoce ou brusco.

Segmento cervical ou terceiro nível

Este segmento ou nível, localiza-se no pescoço, sendo destacado por Navarro (1995), como uma região anatomicamente muito importante,...

...pois aí se encontram as artérias carótidas e as veias jugulares, destinadas ao transporte do sangue entre o coração e o cérebro, as vias nervosas que fazem a união entre a cabeça e o resto do corpo, o início do aparelho digestivo (faringe, esôfago), do aparelho respiratório (laringe, traquéia, pulmões) e o próprio coração. Além do mais, aí se encontram várias glândulas vitais: a tireóide, as paratireóides e o timo". (Navarro 1995 p.60).

Ainda conforme Navarro (1995), o bloqueio energético deste nível é presente praticamente em todas as pessoas. Ele ainda afirma que o bloqueio do pescoço conduz fisicamente à rigidez muscular que se estende da nuca a toda a coluna vertebral e, psicologicamente, a uma rigidez da caracterialidade. Segmento torácico ou quarto nível

Faz parte deste quarto nível, o coração, o pulmão e os membros superiores. Nele localiza-se a ambivalência, também aqui encontramos a sede do amor e do ódio, estes dois importantes aspectos psicológicos da vida. Volpi & Volpi (2003), relata ainda sobre outro aspecto importante que se localiza no tórax, a identidade biológica, do eu, que conforme Navarro(1995), isto acontece com o reconhecimento do eu e do não-eu permitido pelo timo, órgão linfático que se localiza no tórax, anterior ao coração.

De acordo com Navarro (1995), a fisiopsicopatologia reichiana fundamenta-se na integração da função muscular e do sistema neurovegetativo. O coração é também um músculo, que possui um automatismo nervoso, que pela especialização de fibras musculares, provoca um impulso à totalidade do músculo, o que vem a provocar movimentos sucessivos de contração-expansão, o que conhecemos como sístole-diástole. A alimentação deste músculo cardíaco acontece pelo transporte do sangue pelas artérias coronárias, o que nos mostra a gravidade da patologia coronariana.

A patologia coronariana vem sempre acompanhada de dores cardíacas e resulta, seja de um aumento do trabalho e do débito cardíaco – situação hiperdinâmica – provocado por ressentimento, raiva, ansiedade e medo, seja de uma diminuição do débito cardíaco causada pela redução do afluxo sanguíneo – situação hipodinâmica – acompanhada de desespero, renúncia e angústia de morte. (Navarro 1995, p. 70)

Interessante constatar que os sintomas mais fortes, que mais amedrontam as pessoas com o transtorno do pânico, estão ligados ao coração. Sendo que estas perturbações são funcionais sem nenhuma base orgânica, não aparecendo no eletrocardiograma, como nos mostra Navarro (1995):

A sintomatologia da neurose cardíaca associa dor retroesternal, sensação de fadiga, respiração irregular e, além da taquicardia e das palpitações, a sensação de frio ou calor nas extremidades...O eletrocardiograma nunca mostra alteração da onda T. Essa ausência

de alteração indica que se trata de uma situação pseudo-anginosa e não de uma verdadeira angina do peito. (Navarro 1995 p. 71)

Mas é também neste nível que se encontra a maior parte do aparelho respiratório, onde também podemos ver a ligação com o quinto nível, o segmento diafragmático, conforme relata Navarro (1995):

Nele se encontra a maior parte do aparelho respiratório: traquéia, brônquios e pulmões. Estes últimos determinam um espaço, o mediastino, que contém o coração e os grandes vasos. A caixa torácica é fechada, embaixo, pelo diafragma, músculo cuja direção é oblíqua para baixo e para trás, o que nos permite distinguir uma parte alta supradiafragmática e uma parte baixa subdiafragmática. (Navarro 1995 p. 74).

Este relato acima é muito importante pelo fato de que no estudo da função respiratória, parece difícil separar o que faz parte da atividade pulmonar em relação à atividade diafragmática, sobre este veremos mais detalhes no quinto nível.

Sendo a respiração um meio de comunicação e de expressão independente da palavra, de acordo com a influência das emoções, esta pode sofrer variações, como por exemplo: quando triste, a profundidade da respiração diminui, enquanto que com o prazer aumenta. No caso da angústia, a respiração se torna entrecortada de suspiros, como também é comum ver dificuldade de respirar no caso do medo e sensação de sufocamento ou de opressão torácica. Navarro (1995).

Estes sintomas são muito freqüentes nas pessoas com o transtorno de pânico, levando-as a pensar que estão com problemas no coração ou mesmo no pulmão. Acredito que por isto Soares (1999), quando se refere ao funcionamento energético corporal em relação a este transtorno, também inclui o bloqueio deste nível.

Segmento diafragmático ou quinto nível

Este é quinto segmento que de acordo com o nome, está relacionado ao músculo diafragmático, que também foi chamado de segundo coração do homem. Este segmento, como também o pescoço, encontra-se bloqueado em todos os indivíduos como já foi dito acima. Entre os níveis este é o mais importante, pois conforme relata Navarro (1995), não há vida sem respiração, e o diafragma é um verdadeiro distribuidor de energia. É também por isso que ele se liga a todos os outros níveis.

A ansiedade de espera relacionada ao castigo, à punição e que faz parte do caráter masoquista é consequência do bloqueio diafragmático.

Encontramos, pois um bloqueio parcial ou setorial desse músculo. Entretanto é preciso acrescentar que um bloqueio total pode ocorrer durante um breve instante, provocando, então, uma fenomenologia patológica aguda do pâncreas. Esse bloqueio ocorre na inspiração, ou seja, para baixo.

A manifestação emocional ligada ao funcionamento do diafragma é a ansiedade. A publicidade cinematográfica utiliza amplamente esse filão: “Este filme vai lhe tirar o fôlego!” etc. A ansiedade corta a respiração porque provoca a expectativa de alguma coisa...mas o que? (NAVARRO, 1995, P.90)

Este tipo de ansiedade é um dos fortes sintomas do Transtorno do Pânico e causa no indivíduo uma expectativa e receio em relação ao que pode acontecer, ou a ocorrência de um perigo ou de uma punição. Isto como resultado da ligação existente entre os diferentes níveis do corpo. Conforme Navarro (1995), o medo (primeiro nível) rapidamente se transmite através da ação do sistema simpático, energeticamente ao diafragma (quinto nível), acontecendo então o “bloqueio”, o qual gera a ansiedade relatada acima.

Ainda de acordo com Navarro (1995), existe uma relação especial do diafragma com o aparelho digestivo (o esôfago, o estômago, o intestino). Sendo que os distúrbios gastrintestinais, como também as cefaléias, são as mais evidentes manifestações de ligação entre psique e soma. Sintomas que são presentes nos portadores do Transtorno de Pânico.

Segmento abdominal ou sexto nível

Este nível pode ser comparado ao tórax pela relação com o diafragma, sendo que o tórax está ligado ao pescoço e o abdômen como zona de transição para a pélvis (sétimo nível) Navarro (1995).

Os músculos envolvidos aqui são os abdominais (oblíquos, grandes reto, transversos), os costais e os laterais do tronco. É nos músculos lombares contraídos que se estabelece o medo de ser atacado, que pela função de defesa tornam-se tenso como um arco, preparados para contra atacar.

Ainda de acordo com Navarro (1995), pode-se aqui verificar importante ligação funcional entre boca e o diafragma, como também a fisiologia dos intestinos e dos rins.

Tendo como fundamento estas ligações funcionais neste nível, pode-se entender os sintomas intestinais presentes nos portadores do transtorno do

pânico durante a crises por eles sofridas, tendo como hipótese o medo de ser privado da segurança interna, o que vai conforme Navarro, exigir construir um eu forte, que é o que visa a vegetoterapia.

Segmento pélvico ou sétimo nível

Este último segmento ou nível, localiza-se na pelve, compreendendo os músculos da bacia e os membros inferiores, isto é, anatomicamente onde se encontram os genitais e os membros inferiores. Quando a pessoa resolve de forma insatisfatória as funções edipianas, acontece o bloqueio deste segmento, gerando culpa no histérico por sua atividade sexual genital. Volpi e Volpi, (2003).

Segundo Navarro (1995), o bloqueio deste nível é sempre secundário, jamais sendo primário ou principal, isto em vista do que passam as mensagens culturais sexo-negativas, através dos receptores dos primeiros níveis, provocando o bloqueio de modo mais ou menos intensivo.

Ainda conforme Navarro (1995), a vegetoterapia trabalha sobre este nível somente ao final da terapia, após o indivíduo adquirir uma maturação caracterial, isto vem a confirmar a necessidade de seguir a ordem deste método, isto é, do primeiro ao sétimo nível, com o objetivo de restabelecer a economia energética do indivíduo.

5 TRATAMENTO

Hoje em dia há uma variedade de abordagens terapêuticas em relação ao Transtorno de Pânico, incluindo diversos medicamentos e tipos específicos de psicoterapias. A associação de medicamento e psicoterapia geralmente conduz a um bom resultado, também há profissionais que recomendam o uso da acupuntura, conforme Fonai (2004), que também fala do uso associado da fitoterapia.

Geralmente quando as pessoas nos procuram relatam todo o sofrimento causado pelos ataques e o medo de novos ataques (agorafobia). Como também seu desejo da cura de seus sintomas. Frente a isto o primeiro passo no tratamento é o combate às crises do Pânico ou pelo menos reduzir sua frequência e intensidade e para isto é recomendável o uso de medicação. Mas é importante acompanhar a evolução do tratamento, reavaliando a estratégia empregada, pois há diferença de resposta para cada paciente.

Quanto ao uso de psicofármacos, devem ser prescritos por médicos, tendo em vista os possíveis efeitos colaterais.

Em relação à psicoterapia, são várias as abordagens e técnicas usadas pelos diversos profissionais, as quais relatarei algumas.

De acordo com Pregolato (2006) há a proposta da conjugação entre a terapia medicamentosa e a análise cognitivo-comportamental, segundo o NIMH – National Institute of Mental Health, levando em conta as necessidades e preferências individuais na escolha do tratamento, na busca de produzir resultados positivos. A terapia Cognitiva tem como objetivo a modificação e eliminação de padrões e crenças disfuncionais as quais alimentam os sintomas, enquanto a Terapia Comportamental tem a proposta de mudança no comportamento da pessoa, possibilitando enfrentar adequadamente as condições de sua vida diária, bem como situações de agorafobia.

Também para Scarpato (2009) a associação da medicação com a psicoterapia é o mais recomendável, sendo que o objetivo da primeira é o controle das crises de pânico, apresentando um melhor resultado como auxiliar da psicoterapia. Ele também ressalta que para se obter um bom resultado neste tratamento é importante contemplar alguns objetivos a serem observados. Percebo que estes objetivos têm relação também com a abordagem Terapia Cognitivo-comportamental, em especial na compreensão e relação com as sensações do corpo. Mas além da proposta acima, Scarpato

fala de uma abordagem psicofísica, onde relata sobre a existência dos três pilares do trabalho corporal na terapia do Transtorno do Pânico: o desenvolvimento do contato com a base (pés, pernas, quadril), a soltura do diafragma e a mobilização do anel visual. Abaixo colocarei sobre a técnica usada por Scarpato (1998) que me parece ter como base o trabalho feito com o primeiro nível ou segmento ocular, de acordo com a técnica da vegetoterapia já mencionada acima:

A passagem do estado de contração crônica do cerne do anel visual para o de pulsação é dinamizado pela utilização de técnicas específicas de ativação deste anel. Uma das técnicas utiliza-se de uma luz que o cliente deve seguir com os olhos, que se afasta e se aproxima da ponta de seu nariz, ativando simultaneamente a convergência binocular, a visão macular, a concentração da atenção e o centramento de sua energia. Neste processo pode ocorrer também a liberação de afetos trazidos pela mobilização do olhar. (SCARPATO, 1998, p. 06)

Esta técnica faz parte da Vegetoterapia à qual foi citada acima e que tem como metodologia, o uso de actings (movimentos) que contribuirão para o equilíbrio da energia antes estagnada, mas também o trabalhar as causas desta desordem através dos registros psíquicos precoces provenientes de vivências simbióticas, recuperando a energia do anel visual, como também suas funções e a integração psíquico-corpo.

Em relação aos três pilares, vimos o que se refere à mobilização do anel visual, que acredito ser o mais importante, por mais que seja necessário sim trabalhar os outros dois. Sendo que em relação à liberação do diafragma Scarpato (1998), diz ser possível com exercícios de respiração abdominal, o ampliar a capacidade expiratória e também toques profundos. Também aqui vejo a semelhança com a respiração do gato que se usa na vegetoterapia, buscando descarregar ansiedade e se livrar de energias negativas, como também possibilitar mais tranquilidade e serenidade e, o que aparece presente no relato abaixo:

O trabalho com o diafragma possibilita maior fluxo energético para a parte inferior do corpo. Isto contribuirá na expansão do organismo abrindo outros caminhos de descarga energética, ativando, entre outras coisas, o peristaltismo, melhorando o contato com a base e trazendo possibilidade de tranquilização e alívio da sobrecarga energética-emocional ascendente. (SCARPATO, 1998, p. 6)

O último pilar mencionado acima é sobre o contato com a base, sendo que o mesmo pode ser desenvolvido através de exercícios com as pernas, pés e quadril, o que permite maior flexibilidade energética como também sensibilidade, os exercícios podem ser de grounding, alongamentos, atenção e atenção dirigida. Este trabalho ainda conduz para o estar na realidade, como também o sentir-se em segurança. Esta técnica juntamente com as outras duas, possibilita a integração de sensações e emoções sexuais e agressivas. (SCARPATO, 1998)

Também Soares (1999) nos mostra a compreensão energética e nos relata sobre os três anéis: o visual, o peitoral e o diafragmático, falando das abordagens terapêuticas, relatando sobre exercícios semelhantes aos citados acima quando se refere sobre: atitudes facilitadoras para diminuir os sintomas, os trabalhos respiratórios, o trabalho com o anel visual e o trabalho de base. Mas inclui ainda o trabalho verbal e a diferenciação entre pânico e caráter.

Como já foi citada a vegetoterapia caracterológica, desenvolvida por Reich, e de acordo com Volpi J. H. & Volpi (2003), é muito bem explicada por Frederico Navarro em seu livro Metodologia da Vegetoterapia. Ela tem como objetivo através dos seus diversos actings (movimentos) específico para cada nível, tratar progressivamente todos eles. Considerando o funcionamento do primeiro e segundo níveis juntos. A terapia obedece à proposta do terapeuta ao paciente sobre movimentos específicos, os actings, que tem como objetivo mobilizar o funcionamento dos segmentos do corpo que se encontram encoraçados, favorecendo que aconteça o desbloqueio de cada segmento de couraça, a vegetoterapia sugere que se execute actings específicos, em uma seqüência progressiva do primeiro segmento (ocular) ao último (pélvico), seguidos sempre da verbalização das sensações, lembranças e sentimentos, conduzindo a pessoa ao amadurecimento do caráter, como também permitindo uma maior aproximação do caráter genital ao final do processo.

De acordo com Navarro (1995, p. 33), dentro do processo da vegetoterapia é permitido “preencher a falta de”maternagem” e “encourçar” pouco a pouco, orgonoticamente, todos os níveis, a partir do primeiro, dando assim um eu normal ao sujeito”.

Na prática da vegetoterapia, é possível perceber a concretização da afirmação acima e por isto para que este processo tenha um melhor resultado é preciso levar em conta que:

A execução mecânica de um acting, sem aliança terapêutica, não poderá provocar o aparecimento das emoções reprimidas. Portanto, o terapeuta deve ter uma participação ativa durante a sessão a fim de observar como os actings são executados pelo paciente, antes que este verbalize o que sentiu ao realizá-los. (VOLPI; VOLPI, 2003, p.117),

Como ressaltado acima, a execução dos actings, não deve ser mecânica e é de suma importância a aliança terapêutica, como também a atuação do terapeuta e sua observação durante toda a sessão.

Como nas últimas abordagens citadas, creio que ao trabalhar todos os seguimentos, estará sendo possível contribuir com um bom tratamento do Transtorno do Pânico, mas destaco principalmente os segmentos: ocular, torácico e diafragmático, que estão mais diretamente relacionados com os sintomas desta patologia. Sendo que através deste trabalho sobre eles, poderá haver um desbloqueio ou a superação da couraça sobre o fluxo energético nestes, possibilitando um maior equilíbrio energético.

Através da pesquisa feita e da prática, percebi o quanto se pode aprofundar sobre este transtorno, como também as possibilidades de tratamento, em especial através da corporal, em vista da questão energética relatada acima. Por se tratar de uma patologia com predominância de sintomas corporais, podem ser mais bem sanados pelo método desta abordagem; com isto obtendo melhores resultados e possibilitando às pessoas que buscam tratamento, obterem a cura de sua patologia, vidas mais equilibradas, saudáveis e prazerosas.

Em minha prática, juntamente com a vegetoterapia, uso de alguns exercícios da bioenergética, do Reik e também da estimulação neural, frente a isto percebo a possibilidade de este tema ser ainda muito pesquisado e aprofundado, em especial em relação às suas causas e tratamento, sendo que a ciência avança a cada dia, o que hoje é verdade, amanhã poderá ser diferente e mais enriquecedor

Conforme afirmação de Soares (1999), alguns clientes quando superam suas queixas em relação a este transtorno, tendem a abandonar a terapia, foi o que aconteceu com uma de minhas clientes, mesmo que em seu relato coloque que melhorou muito, não superou totalmente seus sintomas e continua com a medicação, enquanto outra que prosseguiu seu processo até o fim, sua melhora foi evidente, sendo dispensada da medicação e conseguindo uma

mudança grande em sua estrutura corporal e psíquica, podendo ser verificado isto através de seu relato sobre o processo feito, desde o aparecimento do Transtorno.

Isto comprova que quando aceita a medicação necessária, e principalmente o processo psicoterápico pelo cliente que nos procura, esta patologia é superada. O contrário também se pode verificar, principalmente pela desistência do processo terapêutico.

RELATOS DE CASOS

No intuito de ilustrar esse trabalho, cito a seguir dois casos por mim atendidos, diagnosticados como portadores da síndrome do pânico, tratados pela vegetoterapia. Esses relatos foram feitos por cada uma das pacientes, já ao final do processo terapêutico.

Paciente: E.S.

Sexo: feminino

Idade: 49 anos

Como tiveram início minhas crises E. S.

Tudo começou a três anos atrás, em 2007, após a doença e morte do meu sogro e junto o problema bipolar de meu cunhado, me deixou extremamente ansiosa, somado ainda com a construção da nossa casa, passei a ter as crises do pânico.

Nas crises eu me sentia agoniada, parecia que me faltava ar, irritada, pessimista, eu não podia ter uma coisa boa ou me sentir feliz que logo parecia que ia me acontecer algo de ruim, sofria por antecipação. Até a ponto de sentir calafrio, tremia, faltava ar, uma sensação de desmaio, diarreia e medo de não ver meu filho crescer, de perder meu marido que é meu porto seguro.

Então procurei acupuntura e em uma das vezes que lá fui, vi que ali tinha uma Irmã que atendia em terapia, achei que seria melhor do que acupuntura em meu caso. Mas já tinha me consultado com vários médicos e especialistas, por causa de meus sintomas, os quais me pediam vários exames, mas não descobrindo nenhuma doença, um deles me passou uma medicação química que me ajudou um pouco a controlar as crises. Com este médico fazia acompanhamento periódico.

Depois de dois anos de terapia, já me sentindo bem melhor, um dia eu tive uma crise durante a terapia e atendida pela Irmã, é que então acreditei que não ia me acontecer nada de ruim (morrer). Hoje já encerrando a terapia, me conheço, sei controlar minha ansiedade, não sofro por antecipação, digo o que penso e exponho minhas idéias, sei meus limites e não deixo nada mais guardado, sem falar.

Esta paciente não faltava às sessões, como também acolheu muito bem a vegetoterapia e toda sua metodologia, foram três anos de terapia.

Paciente: Z. F. M.

Sexo: feminino

Idade: 65 anos

Quando começou meu pânico Z. F. M

Meu pânico começou faz muitos anos. Mas se apresentou mesmo com os sintomas de taquicardia, diarreia e medo da morte, foi na primeira enchente 1983.

Depois disso andei percorrendo tantos médicos e até que passados alguns anos é que foi detectado que era síndrome do pânico. passados mais alguns anos é que comecei a tomar os ansiolíticos (até que me adaptei com o frontal)

E quando comecei a fazer a terapia melhorei muito como eu sempre falo. Só às vezes ainda tenho algum medo, fico ansiosa quando tenho que viajar e quando dá temporal, então tomo o frontal.

Esta paciente fez um ano e meio de terapia, não se adaptou muito com a vegetoterapia, optando mais pelo Reik e a estimulação neural.

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP **Pânico Informações para os Profissionais de Saúde** – Folheto – Tradução e adaptação da publicação NIMH nº 94-3642 do Instituto Nacional de Saúde Mental – EUA, 1993

FONAI, G. T. **Pânico sob Controle** - Associação Médica Brasileira de Acupuntura. (Apostila), 2004.

PREGNOLATO, M. **Transtorno do Pânico e Agorafobia: O medo de sentir o medo.** São Paulo, 2006. Disponível em: www.mariuzapregnolato.com.br. Acesso em: 23/11/2009

SCARPATO, A. **Síndrome do Pânico: uma Abordagem Psicofísica**, São Paulo: Revista Hermes. Número 3, 1998.

SCARPATO, A. **Síndrome do Pânico** - Um Tratamento Eficaz. Disponível em: www.psicoterapia.psc.br/scarpatopanico.html. Acesso em: 23/11/2009

SCARPATO, A. **O estranho que me habita: a Síndrome do Pânico numa perspectiva formativa*** Artigo publicado na Revista Reichiana do Instituto Sedes Sapientiae, São Paulo, número 10, 2001, p. 50-66.

SOARES, S. A. **Síndrome do Pânico.** São Paulo. Pulsar, Centro de Estudos Energéticos, 1999.

VOLPI J. H.; VOLPI S. M. **Medicina Psicossomática Reichiana – Somatopsicopatologia e Somatopsicodinâmica dos Níveis de Couraça.** Curitiba. Centro Reichiano, 1999.

VOLPI J. H.; VOLPI. **Reich: da Vegetoterapia à descoberta da energia orgone.** Curitiba. Centro Reichiano, 2003