

COMO REFERENCIAR ESTE TRABALHO:

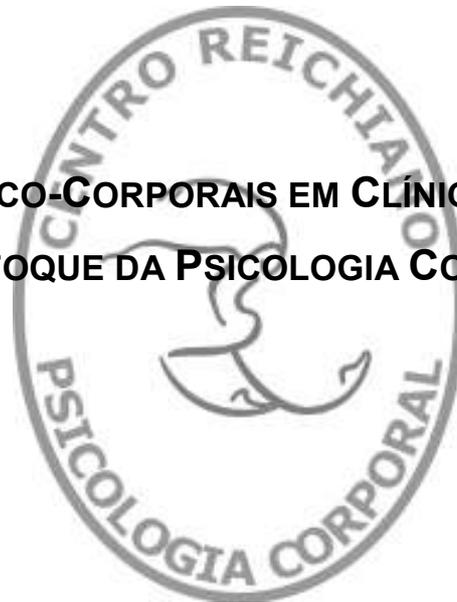
TOSTA, Francisco. **Trabalhos psico-corporais em clínica psiquiátrica: um enfoque da psicologia corporal.** Monografia. Especialização em Psicologia Corporal. Centro Reichiano: Curitiba, 2008.



CENTRO REICHIANO DE PSICOTERAPIA CORPORAL

FRANCISCO TOSTA

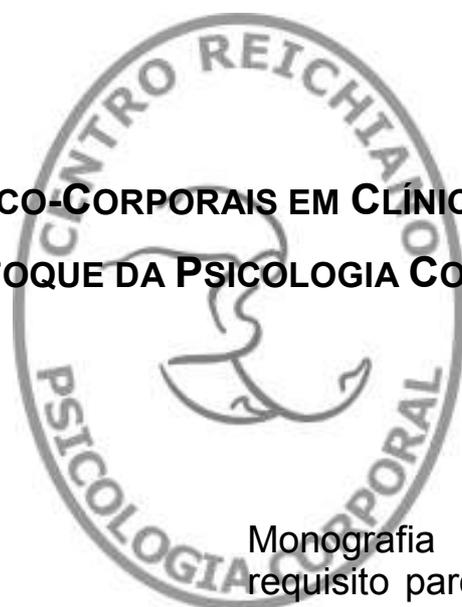
**TRABALHOS PSICO-CORPORAIS EM CLÍNICA PSIQUIÁTRICA:
UM ENFOQUE DA PSICOLOGIA CORPORAL**



**CURITIBA
2008**

FRANCISCO TOSTA

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



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

Orientador: Dr. José Henrique Volpi

**CURITIBA
2008**

Tosta, Francisco

Trabalhos Psico-Corporais em Clínica Psiquiátrica: Um Enfoque da Psicologia Corporal / Francisco Tosta – Curitiba, 2008.

Orientador: José Henrique Volpi
Monografia do Curso de Especialização em Psicologia Corporal,
Centro Reichiano de Psicoterapia Corporal.

1. Respiração. 2. Trabalhos Corporais. 3. Clínica Psiquiátrica.





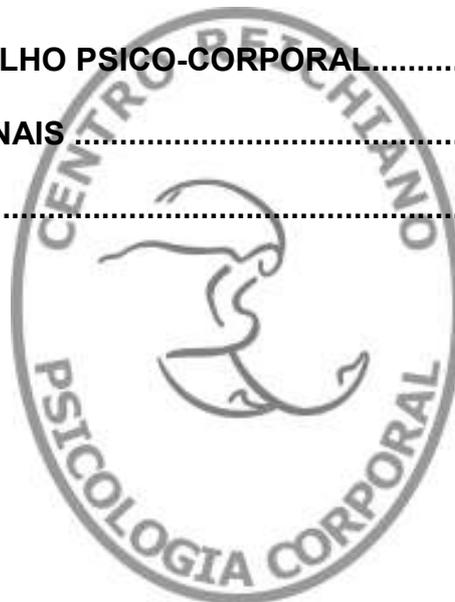
Dedico este trabalho aos pacientes da Clínica Porto Seguro, que colaboraram com sua paciência e tempo para que eu pudesse aprender com eles, uma das questões fundamentais na vida clínica psiquiátrica, que todo trabalho feito com amor e dedicação ao próximo, sempre dará resultados positivos.



A vida vegetativa do homem é apenas uma parte do processo universal da natureza humana. Em suas correntes vegetativas, o homem também experiêcia uma parte da natureza. Assim que compreendermos totalmente o funcionamento natural, não haverá lugar para as estruturas psíquicas destruidoras da vida, que impedem o desabrochar construtivo da energia vegetativa, causando assim a doença e o sofrimento. Além disso, a continuidade de sua existência é justificada com base em que são de origem divina e imutáveis. Mas certas estruturas psíquicas só continuam a existir porque nosso conhecimento acerca de suas origens é muito incipiente. O homem sonha, agitado por obscuros sentimentos “oceânicos”, em vez de dominar sua existência, e é destruído em sonhos. Mas o sonhar do homem é apenas uma insinuação da possível fruição da vida vegetativa. Talvez a ciência consiga, um dia, realizar o sonho de felicidade terrena da humanidade. Talvez, então, a questão eternamente irrespondível sobre o significado da vida desapareça e seja substituída pela realização concreta da vida.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
CAPÍTULO 1 - ESTÁGIO NA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA	8
CAPÍTULO 2 - O PACIENTE PSIQUIÁTRICO.....	10
2.1. Período de Internação	13
CAPÍTULO 3 - O CORPO DO PACIENTE PSIQUIÁTRICO	15
CAPÍTULO 4 - RESPIRAÇÃO	21
4.1. Fisiologia da Respiração.....	23
4.2. Sobre a ansiedade.....	26
4.3. Sobre a depressão.....	30
CAPÍTULO 5 - TRABALHO PSICO-CORPORAL.....	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	44



INTRODUÇÃO

O ambiente psiquiátrico é muito rico em possibilidades de pesquisa. Há muito espaço e assuntos a serem investigados e posto a prova em um ambiente propício às mais diversas manifestações psíquicas, emocionais, somáticas e que possuam, em um mesmo lugar, uma quantidade de indivíduos dispostos a isso.

As abordagens psicológicas provindas das diversas escolas da Psicologia, utilizadas na prática clínica, seguem em sua maioria, os modelos provindos da psicanálise e da análise do comportamento. São abordagens que já possuem um histórico de trabalhos dentro de instituições e pouco se sabe de trabalhos vindos de outras escolas. Sendo assim, partindo desse pressuposto, é válido repensar até que ponto novas abordagens da psicologia poderiam colaborar para com o ambiente psiquiátrico e neste caso específico, onde e como poderia ser utilizada a psicologia corporal.

A realização de um estágio de psicologia em uma clínica psiquiátrica, durante o ano de 2008, permitiu observar diariamente a situação de cada paciente e perceber que a psicologia corporal poderia apresentar caminhos e técnicas suficientes para auxiliar o bem estar dos internos da clínica. Diversas são as técnicas da psicologia corporal que podem permitir a construção de uma visão dual, mente e corpo, dos próprios pacientes. Técnicas de respiração e trabalhos corporais tem um significado essencial para promover a percepção mais integralizada do indivíduo, deixando-o consciente do seu estado corporal-respiratório, e produzindo com isso uma autopercepção, possibilitando a busca de mecanismos próprios e naturais para prevenção de depressões e ansiedades.

É válido ressaltar que o período de internamento é muito difícil para qualquer pessoa. Estar afastado do ambiente social e familiar é angustiante e sofrido para quem necessita desse tipo de intervenção. Sendo assim, é diário o testemunho de crises, sofrimentos, tristezas e carências dos que estão em convalescença por problemas psíquicos. E partindo dessas questões, utilizar as técnicas da psicologia corporal no trato da respiração e trabalhos com o corpo, proporciona uma possibilidade de descarga dessas angústias, ensinando a esses pacientes formas que os ajudem a diminuir tensões e que aumentem sua percepção com o corpo.

É justamente na observação clínica, que a falta de percepção corporal por parte dos pacientes, incentivaram a elaboração e aplicação das técnicas que possibilite o reencontro dos pacientes com eles mesmos, fato que pode corroborar com um bem estar conjunto dentro da comunidade terapêutica e auxiliar no processo de internamento dos mesmos.

O desafio principal para o profissional da psicologia corporal em um ambiente psiquiátrico, é se expor aos mais variados tipos de transtornos e tentar identificar via observação, todos os possíveis bloqueios, tensões e manifestações de caráter de cada interno. Fenômenos estes que auxiliam na escolha, elaboração e trato para com cada pessoa nos trabalhos corporais e de respiração.

Cada transtorno mental apresenta em sua etiologia, característica própria de manifestações psíquicas, que possibilitam particularidades em seus bloqueios corporais e tipos respiratórios. Isso é incentivador para tentar descrever esses fenômenos, e quem sabe, integrar o conhecimento dessas observações nos grupos terapêuticos diários de cada paciente, indicando para os psicoterapeutas da instituição, o aparecimento de possíveis ab-reações emocionais (choros, surtos, medos, raivas) manifestadas em cada trabalho, contribuindo de forma indireta para tratamento geral dos internos.

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

CAPÍTULO 1 – ESTÁGIO NA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

Durante o ano de 2008 foi realizado um estágio de psicologia com pacientes psiquiátricos na Clínica Porto Seguro, localizada na cidade de Curitiba, Paraná. É uma clínica psiquiátrica com objetivo de atender, em regime integral ou clínica dia, pacientes portadores de vários transtornos, inclusive dependência química.

A proposta de estágio, aprovada pela equipe de psicólogos da instituição, foi realizar uma atividade que compreendesse trabalhos corporais e respiração, com o objetivo de proporcionar aos pacientes da clínica integral, uma possibilidade de maior contato com a respiração e com o corpo, promovendo com isso, uma melhor qualidade de vida.

Vale ressaltar que foi aprovado pela equipe clínica e assinado pelos pacientes, uma autorização pessoal permitindo que fossem tirados fotos na realização das atividades de estágio, com o intuito de utilizar as imagens em estudos e eventos científicos.

A motivação que levou a realização deste estágio, foi primeiramente a vontade de se fazer uma atividade de compreendesse os conhecimentos adquiridos da psicologia corporal, e testá-la como método eficaz que contribuísse de forma positiva para o paciente psiquiátrico.

Antes de se formar a proposta e iniciar as atividades, foi feito um trabalho de observação com os pacientes da clínica que teve a duração de três meses. Nessas observações foram percebidos detalhes importantes que não eram notados pela equipe da instituição, e que poderiam estar relacionados a aspectos relevantes em cada transtorno, ou seja, o comprometimento respiratório desses pacientes. Percebeu-se que na vida diária com os internos da clínica, tanto em quadros de surtos nervosos ou psicóticos, como em situações de angústias, tristezas ou ansiedades, a falta de contato com o movimento respiratório era demonstrada. Observou-se que quando solicitado aos pacientes que respirassem profundamente, duas situações eram recorrentes: ou não se percebia o movimento respiratório ou a respiração era totalmente superficial e com uma expiração comprometida, que envolvia parcialmente os segmentos torácico e diafragmático prejudicando a entrada e saída de ar.

Com base nessas observações, procurou-se criar um projeto que fosse aplicado de forma simplificada para os pacientes da clínica durante a

realização da atividade de estágio. A preocupação principal foi promover algo de fácil memorização, de forma a facilitar a participação de pacientes em estados mentais confuso, que são em números consideráveis.

Respeitou-se também a limitação do contato físico entre os pacientes e a equipe, ato considerado pelas normas da Instituição como proibida. Essa é uma norma de grande importância para segurança local, tanto da equipe de funcionários como para os próprios internos, pois contato físico entre os pacientes e a equipe proporcionaria consequências muitas vezes inesperadas e de risco.

Como o estado mental de muitos pacientes era crítico, preocupou-se em deixar a atividade livre para que os mais confusos pudessem se retirar quando não conseguissem mais acompanhar o trabalho, pois foi observado que até em grupos terapêuticos, muitos desses pacientes não conseguiam se manter focados durante muito tempo em um mesmo lugar, sentindo a necessidade de sair para outro recinto.

Cada caso na clínica deve ser compreendido para que a atividade tenha êxito, como por exemplo, a necessidade de impor limites mais restritos a determinados pacientes, pois percebeu-se que diariamente a falta de limite junto aos mesmos, proporcionaram a desestabilização e a perda de muitas atividades, prejudicando pacientes que estavam dispostos a realizá-las.

Uma questão observada e recorrente, foram os pacientes que apresentaram receio em realizar a atividade de respiração e trabalhos corporais, por acharem que se tratava de exercícios de yoga, técnica essa que se manifestava contra os princípios religiosos de muitas pessoas internadas na clínica, e que dificultavam um pouco o acesso prévio dos pacientes.

O que é válido ressaltar é a importância do respeito e consideração para com cada paciente, independente do quadro em que se encontra, pois se percebeu que quando é demonstrado, por parte do profissional, atitudes de entendimento, empatia e compreensão, principalmente em relação a limitação pessoal de cada paciente, fica claro para o mesmo, que existe a possibilidade da transformação pessoal e qualidade de vida.

CAPÍTULO 2 - O PACIENTE PSIQUIÁTRICO

O paciente psiquiátrico tem a conotação imediata e popular de uma pessoa doente mental, que apresenta algum distúrbio que a impede de viver em sociedade. Isso a torna um ser diferente dos outros, despertando medo, revolta, problemas ou conteúdos projetivos de uma sociedade que teme a loucura. Para isso, existem os hospitais psiquiátricos, locais protegidos e controlados, onde pessoas, ou pacientes convivem e, lá dentro, buscam curar-se dos males contraídos, seja hereditariamente ou da própria sociedade que os temem. Como afirma Lowen (1986, p. 126): “a insanidade representa, para a personalidade humana, uma ameaça tão grande quanto a morte. É uma espécie de morte, já que o si mesmo, vivido normalmente, fica perdido no estado psicótico”.

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

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

Com a proliferação dos manicômios na sociedade ocidental, fez-se normatizar os possuídos pelo demônio, a *status* de doentes mentais, trazendo consigo outra condição: da sociedade que exorciza o demônio pela inquisição, para a sociedade que institucionaliza o doente mental. Entretanto é válido lembrar que a essência de insanidade é a mesma, ou seja, a busca do afastamento do louco (possuído) da comunidade onde reside. Na inquisição a morte pela fogueira significava purificação, cura para se chegar a Deus, e na institucionalização o confinamento significa a cura para se readquirir a moral

perdida. Segundo Vietta et al. (2001), com o desarranjo afetivo e perceptivo causado por fortes paixões vividas pelo sujeito, e que acarreta a ocorrência de comportamentos imorais, o ambiente terapêutico deve ser adequado ao restabelecimento da racionalidade, o que justifica o isolamento do louco no manicômio, longe da família e sociedade.

Nos hospitais psiquiátricos, assim como em qualquer instituição, possuem determinantes específicos ditados e aceitos em sociedade. Esses determinantes são criados pela instituição que possui poder de discurso para legitimar e normatizar aspectos fundamentais de convivência interna, ou seja, criações de tradições, regras, linguagem, personificação, anulação, prisão, uniformização, controle, horário, hierarquia, tratamento e entre outras prerrogativas importantes e diferenciadas de local para local. Como confirma Goffman (1996, p. 11): “Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”. Outra identificação institucional é o que refere-se ao local ou estabelecimento existente para se fazer valer o discurso e os determinantes da instituição, ou seja, é necessário ser concreto, visualizado e palpável como comenta o mesmo autor (1996, p. 15): “Os estabelecimentos sociais – instituições, no sentido diário do termo, - são locais, tais como salas, conjuntos de salas, edifícios ou fabricas em que ocorre atividades de determinado tipo”.

Um doente mental, assim considerado pela sociedade em que vive, quando entra em uma instituição psiquiátrica, tende a ser modificado e condicionado conforme a visão do local, ou seja, há uma ruptura entre o indivíduo do social e o indivíduo que está internado no hospital. Sendo assim, existe uma contenção do ego, determinado pelas regras, normas, hierarquias, contextos e outros, que surgem para justamente ser o oposto do ambiente em que vivia o insano anteriormente. Essa contenção do ego, ou do indivíduo, provoca uma mortificação, uma mutilação do *eu* do paciente. Isso pode ocorrer, uma vez que o internado é despido de seus apoios ambientais anteriores a internação, caso não aceite, é reprimido. Como afirma Goffman (1996, p. 24): “O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado. Começa a passar por algumas mudanças radicais em sua carreira moral, uma carreira composta pelas progressivas mudanças que ocorrem nas

crenças que têm a seu respeito e a respeito dos outros que são significativos para ele”.

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

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

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

A força legitimadora das instituições, que normatizam os aspectos da doença mental, como na psiquiatria e psicologia, tendem a definir o que pode ser uma insanidade mental. Sendo assim, se tornar um doente mental significa um indivíduo que apresenta a uma sociedade, aspectos desviantes descritos por sua cultura, e que, sendo examinado por uma Instituição, é legitimado a existência de um transtorno mental. Já um paciente psiquiátrico, além de haver a legitimação de uma instituição, deve-se consolidar e seu internamento, ou seja, refere-se ao momento e período da internação. Fora dela, volta a ser considerado portador de alguma insanidade, mas não necessariamente um paciente psiquiátrico. Sendo assim, se não existisse a Instituição legitimadora, poderíamos afirmar, via cultura, que o doente mental, seja paciente psiquiátrico

ou não, é somente um louco ou um possuído pelo demônio. Segundo Goffman (1996, p. 112) sobre o doente mental.

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

2.1. Período de Internação

Depois dos aspectos relacionados a definição de paciente psiquiátrico, ressalta-se a importância das observações e trabalhos juntos a estes pacientes, já no período de internação, que se constitui muito angustiante e a própria doença mental, com potencial poder de estresse e bloqueios. É válido ressaltar as dificuldades que os pacientes psiquiátricos apresentam, para se perceberem como pertencentes de um corpo, ou seja, qualquer reação ou sentimento que esses pacientes consideram negativos, apelam-se para a solicitação medicamentosa, desconsiderando que muitos dos problemas que sentem, podem ser minimizados mediante autopercepção corporal ou trabalhos que enfoquem respiração. Como afirma Lowen (1979, p. 64).

A pessoa psicótica está fora de contato com o seu corpo. Não percebe os sentimentos e sensações no corpo como sendo seus, ou surgindo de si própria...Portanto não consegue comunica-los a nós por meio de explicações significativas do seu comportamento.

Essa solicitação via medicamentos é de suma importância para os transtornos mentais em si, ou surtos descontrolados de ansiedade. É na observação destes surtos que se verificou a falta de contato corporal e respiratório, onde o trabalho clínico mostra claramente o funcionamento das couraças que atingem cada paciente e que atrapalham o ato respiratório, principalmente a expiração profunda, suave e integrada, impossibilitando a chamada autoregulação, tão importante para que haja uma vida mais saudável e que possibilite uma descarga energética mais eficiente possível. Conforme aponta Lowen (1979, p. 148).

O paciente não está cômico, é claro, de qualquer relação entre o seu distúrbio psicológico e as suas funções fisiológicas. De fato, o esquizóide não tem consciência de estar inibindo a respiração. Ao reduzir as suas exigências à vida, ele ajustou o seu corpo a um nível inferior de metabolismo energético.

Nos transtornos depressivos, percebe-se a falta de energia que pacientes comprometidos com essa patologia possuem, mesmo não havendo uma aparente couraça que venha a atrapalhar o ato respiratório. Esse mecanismo vital, está deficitário pela própria resignação que se encontra o paciente, ou seja, a incapacidade prévia para querer respirar em profundidade e de forma integrada, não havendo com isso, a circulação da bioenergia, condição importante para o bem estar e vida plena. Conforme afirma Lowen (1983, p. 68).

A respiração do paciente não só está restrita pela base neurótica ou esquizóide da sua personalidade, mas também é diminuída pela reação depressiva. A relação entre a disposição depressiva e a respiração depressiva é tão direta e imediata que qualquer técnica que ative a respiração afrouxa a garra do estado depressivo. Isso acontece pelo aumento do nível de energia do corpo e pelo restabelecimento de parte do fluxo de excitação corporal.

As crises de ansiedade, como também a depressão, segundo a psicologia corporal, podem ser prevenidas se há um maior contato com o ato de respirar. Sendo assim, empregar técnicas de respiração e trabalhos corporais, como o *grounding*, proporciona, a carga, descarga e relaxamento energético, processo que constitui a vida em si, possibilitando aos pacientes psiquiátricos, muitas vezes contraídos, uma possibilidade de contato consigo mesmos, com uma respiração mais profunda, com suas pernas mais enraizadas e com a pulsação da vida, trazida pela energia de uma respiração eficaz, mediante trabalhos corporais. Conforme Lowen (1982), uma pessoa que expressa em suas ações e movimentos, onde sua auto-expressão é livre, experimentará uma sensação de satisfação e prazer produzida pela descarga da energia. Esse prazer e satisfação estimulam o organismo a aumentar a sua atividade metabólica refletindo em uma respiração mais profunda e plena.

CAPÍTULO 3 - O CORPO DO PACIENTE PSIQUIÁTRICO

O ambiente social muitas vezes proporciona repressões na vida pessoal de cada indivíduo, tornando-se tensões contidas em cada segmento corporal, formando assim, uma história biopsicossocial de cada pessoa, seja ela um paciente psiquiátrico ou não. Porém, dependendo do transtorno mental, o segmento parece se tornar rígido o suficiente para percebê-lo e muitas vezes tocá-los. Como é o caso do ato respiratório, que envolve com mais intensidade o segmento torácico e diafragmático. Como afirma Lowen (1982, p. 76): “Onde quer que exista um grau de dissociação, os movimentos respiratórios naturais não fluem livremente através do corpo. A respiração ou é torácica (envolvendo ligeiramente o abdome) ou diafragmática (com poucos movimentos do tórax)”.

Geralmente um ser humano passa por situações no seu dia a dia, que proporciona variadas experiências de âmbito afetivo, como por exemplo, medos, tristezas, apatias, alegrias, desânimos entre outros. Entretanto para uma pessoa que possui um transtorno de humor, esses sentimentos e sensações acabam por se tornar descontrolados, proporcionam sofrimento e inadequação social, pois o seu estado afetivo e de humor não variam ao sabor dos acontecimentos da vida, e sim, afetados pelo transtorno. Como ressalta Ballone (2005), em situação normal os estados de humor e de ânimo, variam conforme os acontecimentos da vida e de acordo com a tonalidade afetiva de cada um, sendo as respostas emocionais adequadas e proporcionais a cada estímulo externo. Porém, devido as oscilações de humor, as respostas emocionais tornam-se inadequadas e desproporcionais.

Nos transtornos de humor, que compreendem os transtornos bipolares e transtornos depressivos, o aspecto da ambivalência emocional está intimamente ligado ao problema. Nos transtornos depressivos, essa ambivalência se apresenta de variadas formas, não somente com tristezas, mas pode variar apresentando sintomas de raiva, notável tendência ao choro, hipersensibilidade emocional, somatizações, mal-humor, baixa tolerância à frustração, isolamento social e entre outros. Já nos episódios maníacos, presentes na bipolaridade, a ambivalência se acentua entre o estado depressivo e a mania, ou seja, um indivíduo pode apresentar sentimentos de exagerada alegria, júbilo, sensação de onipotência, de euforia e impulsividade, porém, em outro momento, viver as sensações de um estado depressivo grave. Como afirma Lowen (1983), tem-se a tendência de descuidar do fato que uma

reação depressiva geralmente acompanha um ciclo de altos e baixos, ou seja, a reação é precedida por um período de euforia, cujo colapso, precipita o indivíduo à depressão.

Quando se fala em ambivalência, deve-se perceber que se trata de uma inconstância emocional que afeta os pacientes psiquiátricos com transtornos de humor. Essas inconstâncias são reveladas por tensões físicas, que na psicologia corporal, estão localizadas no segmento torácico (4º nível) e que influenciam seriamente o fluxo respiratório desses pacientes. Como comenta Volpi & Volpi (2003), o quarto nível é o tórax, é o nível onde está localizada a ambivalência, que caracteriza a pessoa que tem dificuldade de escolha.

Percebe-se que os sofrimentos, as angustias e as ansiedades que assombram essas pessoas, revelam-se em uma rigidez torácica intensificada, uma incapacidade de expiração e contato com o fluxo de ar, não havendo também, uma respiração de âmbito diafragmático (5º nível) e, nos depressivos, a falta de energia para profundidade respiratória. Sendo assim, percebeu-se em pacientes com transtornos de humor, uma respiração parcial com rigidez torácica, sem energia e imobilização diafragmática, tendo como hipótese desta tensão, a ambivalência emocional característica do próprio transtorno, com altos e baixos nas sensações de tristeza e euforia, onipotência e impotência, descontração e solidão, raiva e júbilo. Como comenta Volpi & Volpi (2003, p. 15): “Reduzir a absorção de oxigênio mantém as emoções sob controle, mas conseqüentemente, reduz a energia vital da pessoa”.

Um paciente em estado psicótico perde significativamente o contato com o seu próprio corpo. A despersonalização ocasionada pelo problema, leva esses pacientes a se agarrarem a uma condição desesperada que os tornam vulneráveis a qualquer evento no ambiente onde convivem. O medo, a confusão mental, sensações delirantes de persecutoriedade, vozes em suas mentes os fazem se isolar, perder o contato com o mundo e consigo mesmos. Segundo comenta Lowen (1979, p. 16).

Esta experiência, na qual ocorre uma perda de identificação com o corpo, acompanhada de sensações de estranheza e irrealidade, é conhecida como despersonalização. Ela denota um rompimento com a realidade e tem lugar nos primeiros estágios de um processo psicótico.

Fala-se que na psicose as defesas psíquicas e corporais encontram-se quebradas, ou seja, insuficientes para se reter a bioenergia que sobe em direção à cabeça do indivíduo. Com muita energia, a tensão aumenta e torna-se insuportável para o corpo manter essa carga energética. Sem outra possibilidade de descarga, o indivíduo psicótico entra em um estado de dissociação. Como ressalta Lowen (1983), a dissociação é uma das formas que as pessoas tem para lidar com uma tensão insuportável. Em conformidade o mesmo autor (1977) indica que, a tensão se torna patológica quando em estado crônico e fora do controle do organismo.

É válido apontar que num paciente que apresenta um estado psicótico, o seu fluxo respiratório, tanto peitoral ou diafragmático é quase imperceptível, ou seja, tem-se a impressão que a pessoa não respira. Tanto o segmento torácico como o diafragmático não são rígidos, são segmentos flácidos como se não houvessem tensões. Se se pressionar o peito desses pacientes, não haverá muito ar contido nesta região corporal. A dificuldade pode estar na total falta de contato consigo mesmos, pois mesmo solicitando ao psicótico que respire com profundidade, o resultado será negativo; não pela falta de energia, mas pela falta de contato corporal. Como confirma Reich (1998, p 374), no atendimento de uma paciente esquizofrênica.

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

De outra forma, na observação dos pacientes dependentes químicos, percebeu-se que as tensões corporais da maioria deles, nos segmentos torácicos e diafragmáticos, que influenciam o fluxo respiratório, variam em sua maioria pelo tipo de dependência que possuem, ou seja, um alcoolista apresentará tensões diferenciadas dos dependentes de substâncias, isso

possivelmente pela história de sofrimento de cada usuário. Falando sobre a origem das defesas, Freud apud Volpi & Volpi (2003, p. 67) diz: “dependendo da fase de desenvolvimento em que a criança se encontra, do tipo de trauma inibitório e de detalhes da situação, desenvolve-se mecanismos de defesa característicos, que irão definir o tipo de neurose que se manifestara”.

A dependência química é considerada pela OMS (Organização Mundial de Saúde) uma doença progressiva, incurável e fatal. A sua gravidade para o ser humano é tal, que nenhum outro transtorno possui tantas redes de apoio para assegurar ao dependente de álcool ou drogas, a sua saúde e abstinência. Tanto o álcool como as drogas são devastadores da integridade física, moral e psíquica do usuário, onde o problema do abuso de substâncias não tem um único causador, pois atualmente aceita-se como hipótese, tanto os fatores de pré-disposição como fatores ambientais, sendo este último, o mais significativo. Como afirma Rasch & Garcia (2004), em relação a droga e o sujeito, refere-se ao contexto em que tais situações ocorrem, ou seja, que a relação entre o corpo e a uso indiscriminado de drogas são instancias sociais.

No alcoolista percebeu-se que o segmento torácico é rígido, e o diafragma imobilizado, semelhante aos pacientes com transtorno de humor. Entretanto, o alcoolista possui uma dificuldade acentuada de liberar o ar de forma sonorizada, exercício este, que o bipolar desempenha com menos dificuldade. Tem-se como hipótese da origem destas tensões o próprio caráter do dependente de álcool, que em sua maioria, são pessoas que suprimem sentimentos negativos e não conseguem falar sobre o seu sofrimento, ou seja, retém em seu peito raivas, angustias, medos e alimentam questões do passado, como se o presente não existisse, defesa esta, que os fazem se isolar de familiares e amigos. Como confirma Lowen (1979, p. 119).

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

Nos dependentes de drogas observou-se que o movimento respiratório tende a ser mais torácico e menos diafragmático, porém, em ambos os segmentos, os pacientes não apresentam rigidez como no alcoolista, principalmente no tórax. São pacientes com segmentos flexíveis obtendo um

bom relaxamento expiratório. Quando observados mais atentamente, percebe-se a forma mecanizada e sem contato com o respirar, fato esse, que os expõe a constantes crises de ansiedades, fruto da própria doença e gatilho para recaídas. Tem-se como hipótese deste fenômeno, o próprio funcionamento do toxicômano que tende, sem crítica, a expor a violência da sua adicção, fenômeno que aparece facilmente quando institucionalizados, pois ao contrário do alcoolista, que esconde os seus sentimentos, o drogadicto muitas vezes, não os esconde, fala com menos dificuldades, assume uma posição de maior liderança (negativa ou positiva), manipula situações cotidianas com perspicácia e estão mais próximos dos transtornos de personalidade anti-social. Comentando sobre o caráter fálico-narcisista Navarro (1995), diz que existe uma tendência à droga e ao álcool e quando a condição narcísica é mais forte, há a necessidade de se afirmar como expressão de poder, que leva à manifestação do tipo paranóico, com uma visão de mundo muitas vezes genial e às vezes criminosa, havendo nesses casos, a personalidade psicopática. Em complemento a esse pensamento Reich (2004, p. 213) já dizia.

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

Face ao exposto até agora, foi organizado as informações em forma de tabela (página 20) para melhor facilitar a compreensão da dinâmica respiratória observada em cada transtorno citado (Transt. Humor, Transt. Psicótico, Dep. Álcool e Dep. Drogas). Esse quadro separa as informações observadas do movimento de respiração nos segmentos torácico e diafragmático, indicando de forma objetiva as deficiências percebidas nos trabalhos psico-corporais.

Outra indicação exposta na tabela refere-se ao tipo de respiração observada, se é uma respiração parcial torácica, parcial diafragmática ou desintegrada, contendo ainda, alguns comentários referentes à dinâmica respiratória.

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

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

CAPÍTULO 4 - RESPIRAÇÃO

Pode-se iniciar as investigações sobre a importância da respiração, para os seres humanos, olhando diretamente para o próprio desenvolvimento do homem. É partindo do seu nascimento, que se verifica como surgem os primeiros bloqueios respiratórios, responsáveis, durante a vida, por diversas patologias, muitas de cujos sintomas são ansiosos, que se manifestam gravemente no desenvolvimento humano, sofrendo influências sociais importantíssimas, cumprindo um destino comum ao ser, o bloqueio diafragmático ou a tensão crônica do segmento torácico. Como confirma Eva Reich (1983, p. 30), sobre o momento do nascimento humano.

Nos primeiros cinco ou dez minutos, o cordão se mantém pulsando, bombeando sangue para o bebê. Nesses cruciais primeiros minutos, o bebê permanece num sistema duplo de oxigenação... Acontece de oito a dez grandes mudanças, durante estes primeiros curtos momentos, quando o ar entra nos pulmões. Assim, quando o bebê está com duplo sistema (e acredito que essa seja a grande descoberta do Dr. Leboyer é muito melhor e o bebê não sofre choque).

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

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

As couraças são bloqueios psíquicos e somáticos, que se desenvolvem no ser humano, como uma forma de defesa provocada por

traumas, geralmente de cunho repressivo familiar e social. Essas couraças, para a psicologia corporal, estão distribuídas pelo corpo, seguindo uma ordem de sete segmentos (ocular, oral, cervical, torácico, diafragmático, abdominal e pélvico).

Essas couraças, como apontou Eva Reich, conservam muitas vezes, um caráter patrimonial, ou seja, são repressões familiares que são passadas, “culturalmente”, de geração em geração e são consideradas modelos adequados de uma boa educação, porém psiquicamente representam modos distorcidos de educar, acarretando as mesmas couraças em pais e filhos. Isso demonstra claramente o sentido de “peste emocional”, ou seja, como se fosse uma doença endêmica que tem como transmissor primordial a própria cultura. Como aponta Wilhelm Reich (1998, p. 461) a respeito da peste emocional: “Não há razões para supor que ela passe da mãe para o filho, de maneira hereditária. De acordo com nossos conhecimentos, é inculcada na criança desde os primeiros dias de vida”.

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

O bloqueio energético e a falta de sensações e sentimentos enrijecem o ser humano. Por isso que o diafragma é considerado o segundo coração, pois a falta de energia impossibilita que se chegue ao sentimento puro e simples, ausentando a pessoa de suas manifestações emocionais, deixando-a embotada, resultando em problemas de ordem emocional, física e social, dificultando relacionamentos e possibilitando, no caso de um fluxo unilateral de

energia, o aparecimento da ansiedade. Como afirma Navarro (1995, p. 85): “Uma boa respiração induz à excitação pois o impulso energético se dirige para baixo, enquanto que uma respiração deficiente, com impulso energético para o alto, vai produzir, por exemplo, a agitação dos ansiosos”.

É exatamente essa ansiedade que prejudica o alcance de um modo de vida adequado ao ser humano, que lhe impossibilita a sua auto-expressão e reprime a sua autonomia, seja na vida levada em sociedade, em hospitais ou na recuperação de doentes mentais. Conforme afirma Pierrakos (1987), nossa vida é marcada por um constante estado de movimento excessivo, e nos mantém constantemente agitados, tornando-se difícil entrar profundamente em nós mesmos, para descobrir as nossas reais necessidades. Sendo assim, homens e mulheres realizam suas funções evitando, com isso, uma busca mais profunda de si.

Uma das maneiras de trabalhar, preventivamente, as manifestações ansiosas é justamente valorizar a importância do movimento respiratório correto. Uma respiração deficiente ou parcial, e que, acima de tudo, não valoriza a expiração e sua posterior pausa, tende a corroborar com as manifestações ansiosas, acesso a estados coléricos de raiva, facilita as manifestações dos transtornos ansiosos, a acentuação de estados depressivos e entre outras reações psicossomáticas. Como diz Navarro (1996, p.78).

Deve-se sublinhar que a vegetoterapia insiste particularmente na *função expiratória*. A ansiedade, denominador comum a toda patologia (não somente da psicopatologia), condiciona o indivíduo a ter uma atitude respiratória de tipo inspiratória, em detrimento da expiração (Reich considerava a capacidade de expiração um teste para a ansiedade!).

4.1. Fisiologia da Respiração

Para entendimento mais aprofundado do mecanismo da respiração, é válido apontar para as questões referentes à fisiologia do movimento respiratório, ou seja, uma série de músculos e ossos, divididos entre os segmentos torácico, diafragmático e abdominal que podem se influenciar mutuamente, com o objetivo de realizar o ato de inspiração e expiração. Porém é importante ressaltar que o diafragma é o principal músculo da respiração, sendo os demais, considerados apenas expiratórios e inspiratórios acessórios. “O diafragma sempre foi considerado, desde remota antiguidade, como

músculo essencial à respiração. Quanto a essa, sempre ocupou lugar preponderante nas tradições chinesas, indo-tibetanas e ocidentais (como os pneumatas) até nossos dias” (SOUCHARD, 1989, p. 23). Em conformidade o mesmo autor (1989, p.25): “Só existe um único músculo verdadeiramente respiratório: o diafragma”.

A anatomia do diafragma é composta de uma porção muscular que se posiciona na região vertebral, costal e esternal, onde a parte central do músculo é composta pelo centro tendíneo, uma região fortificada que aparenta uma rede esticada, semelhante ao usado pelos bombeiros quando necessário apanhar o corpo de uma pessoa que salta de um edifício. O diafragma também divide o segmento torácico do abdominal, e ao redor dele, estão distribuídos vários órgãos vitais como o coração, estômago e fígado. Como afirma Souchard (1989, p. 12).

O diafragma, músculo ímpar e assimétrico, que separa o tórax do abdome, compreende duas porções: uma muscular e periférica, graças à qual o músculo insere-se no contorno do tórax e coluna, outra, central, denominada tendínea... A porção muscular divide-se em uma porção vertebral, uma porção costal e uma esternal.

Na região do tórax, assim como do abdômen, estão localizados os músculos inspiratórios e expiratórios acessórios, ou sejam, uma série de músculos (espinhais, nucais, intercostais, escapulares e do períneo) que vêm auxiliar o diafragma numa respiração de maior ou menor amplitude. Geralmente são músculos com o objetivo de tornar a caixa torácica mais distendida ou facilitar uma inspiração ou expiração mais forçada. Como ressalta Navarro (1996, p 78).

De fato, temos uma respiração escapular e nuca, em que a atividade diafragmática é ajudada e reforçada pela ação dos músculos occipital, escaleno, espinhal e escapular; e uma *respiração pélvico-abdominal*, pela intervenção dos músculos transversos, particularmente importantes na expiração. Lembremos que o abdômen e a pélvis têm estreitas relações, de tipo agonista-antagonista, com o períneo, chamado de “diafragma de baixo”.

A região abdominal está mais ligada ao movimento expiratório, ou seja, mesmo que em uma inspiração o abdômen se eleve consideravelmente, este movimento acontece graças a ação do diafragma não dos músculos

abdominais. Dentro do movimento abdominal para Souchard (1989), destacam-se os músculos do abdômen transverso, os oblíquos interno e externos, os retos do abdômen, lombar, serrátil posterior inferior, sendo que, o transverso do tórax e grande dorsal são músculos expiratórios da região torácica. Comentando sobre a ação do abdômen, o mesmo autor (1989, p. 67): “Quando o diafragma está relaxado, a contração do transverso a partir de suas inserções lombares. Faz recuar a linha Alba, aperta as vísceras abdominais (que empurram o diafragma para cima) e baixa as seis últimas costelas. Isso faz dele um expiratório de grande amplitude”.

Dentro do sistema de músculos que compõe o movimento respiratório, o pulmão é o responsável pelas trocas gasosas, oxigênio por gás carbônico. Porém é importante ressaltar que o pulmão por si só não proporciona a respiração; ele é dilatado pela ação do diafragma junto aos inspiratórios acessórios. Conforme Souchard (1989, p. 73).

É evidente que o agente mecânico principal da respiração é constituído pelos músculos estriados. A musculatura lisa, intrínseca dos pulmões e brônquios, age como antagonista reequilibrador da dilatação torácica em posição de repouso e como agente levemente facilitador da expiração.

O movimento respiratório possui três fases que compreende a contração do diafragma, que são a respiração de pequena amplitude, de média amplitude e de grande amplitude. A diferença entre essas três fases se baseia na utilização ou não dos inspiratórios acessórios. Sendo assim, é válido apontar que na respiração de pequena amplitude, o único músculo que se utiliza é o diafragma, onde a sua expiração acontece mediante o relaxamento muscular. A capacidade da relaxação muscular é onde se localizam as chamadas fisiopatologias, pois dentro do sistema respiratório existem dois tipos de músculos, os dinâmicos que produzem pequenas contrações e grandes deslocamentos e os músculos da estática, que possuem uma forte tração e um pequeno deslocamento (SOUCHARD 1989).

As patologias do movimento respiratório acarretam em sua maioria os músculos da estática, que perdem a sua capacidade de relaxação, corroborando para o que afirma Baker (1980), uma incapacidade de expirar completamente. Essa incapacidade de expiração, tem como causa um enrijecimento dos músculos da estática, tendo em sua maioria, formado a partir

de repressões e estresse psicológico. Como afirma Souchard (1989, p. 88): “toda a mensagem irritativa tende a aumentar o encurtamento e a rigidez dos músculos da estática e, entre eles os músculos inspiratórios”.

Como o diafragma é um músculo inspiratório, um bloqueio nesse segmento acarreta uma defasagem do movimento da respiração, provocando no indivíduo certas angústias, principalmente de ansiedade que segundo Navarro (1996), é um denominador comum de toda a patologia, condiciona o indivíduo a ter uma atitude respiratória de estilo inspiratória, prejudicando a expiração.

4.2. Sobre a ansiedade

Pode-se ressaltar que a ansiedade é essencial para a sobrevivência humana. É nela que se decide se haverá luta ou fuga, quando é encontrado um obstáculo ou algo que de alguma maneira ameace a integridade física ou psíquica do homem. Conforme ressalta Knapp & Caminha (2003), a ansiedade é um padrão de resposta incondicionada, com um conjunto de reações fisiológicas e remete à emissão de comportamentos de luta ou fuga frente a situações perigosas. A ansiedade, portanto, está a serviço da preservação da vida. Um aspecto que vem complementar essa hipótese é a explicação de Baker (1980) quando diz que a ansiedade é, na realidade, uma contração contra a expansão. Porém é valido ressaltar que a contração em si mesma, não provoca a ansiedade.

A condição ansiosa é de suma importância para o equilíbrio da vida, mas, sabe-se que há as manifestações patológicas desta condição, onde o indivíduo apresenta sintomas ansiosos, que são diferentes dos transtornos em si, onde as causas são mais direcionadas, como na fobia social, no transtorno de estresse pós-traumático, no transtorno do pânico, etc. Conforme ressalta Castillo et al. (2000), a ansiedade e o medo passam a ser reconhecidos como patológicos quando são exagerados, desproporcionais em relação ao estímulo, interferindo na qualidade de vida, no conforto emocional ou no desempenho diário do indivíduo. Entretanto, com relação à ansiedade neurótica, Lowen (1982, p. 192) afirma: “A ansiedade neurótica deriva de um conflito interno entre um movimento de energia no corpo e um controle ou bloqueio inconsciente acionado para limitar ou deter esse movimento”.

As manifestações corporais dos sintomas ansiosos atingem com grande intensidade o segmento torácico e diafragmático. Algumas literaturas apontam para o diafragma o centro da ansiedade, como Navarro (1995, p. 90) quando diz que: “A manifestação emocional ligada ao funcionamento do diafragma é a ansiedade”. Assim sendo, pode-se complementar essa citação, levando em conta o segmento torácico, junto com o diafragmático, os principais centros corporais da ansiedade, ou seja, percebe-se que em pacientes com sintomas ansiosos graves, a incapacidade de inspirar e expirar no nível torácico é visivelmente perturbada, sendo um dos focos para os transtornos ansiosos em geral. Segundo Navarro (1995), os ansiosos respiram superficialmente, irregularmente, prolongando a inspiração às custas da expiração, sempre incompleta, apresentando uma sensação de sufocamento ou de opressão torácica.

Um outro aspecto a ser ressaltado é que todo sintoma ansioso ou um transtorno de ansiedade, pode se manifestar de diversas formas: transtorno do pânico, agorafobia, fobia específica, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de estresse agudo, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade devido a uma condição médica geral, transtorno de ansiedade induzido por substância e transtorno de ansiedade sem outra especificação.

Esses transtornos de ansiedade, possuem reações somáticas muito semelhantes, principalmente no quesito respiratório. Conforme aponta Rangel (2001), as perturbações envolvem súbitas, rapidamente crescentes e intensas reações simpáticas, como taquicardia, sensação de falta de ar, ideias de morte por sensação de sufocamento, etc. Em complemento a essa citação Navarro (1996, p. 37) afirma: “O indivíduo ansioso tem dificuldades respiratórias, respira superficialmente e mal, provocando má oxigenação dos tecidos; o bloqueio funcional do diafragma é responsável pela sensação de opressão torácica (aperto), pela palpitação e pela taquicardia”.

Sendo assim, os sintomas ansiosos patológicos, estão presentes quando há a tendência do indivíduo em lutar contra um estímulo que por ventura possa existir somente em seu complexo psíquico. Porém, manifestados mediante a traumas que estão latentes no mesmo e que trazem à tona, todo o sofrimento que a pessoa por ventura passou em um determinado estágio de

sua vida, ou que foi desenvolvido por algum evento muito estressante em momentos atuais.

Podemos indicar esses estágios traumáticos como psicose e neurose atual, onde naquele, os eventos ocorreram nas etapas de desenvolvimento do ser humano, ou seja, na infância indo até o início da adolescência, conforme as etapas descritas por Volpi e Volpi (2002), sustentação, incorporação, produção, identificação e formação de caráter.

Cada uma das etapas do desenvolvimento promove sintomas mediante ao estresse agudo. Como aponta Volpi e Volpi (2006), na fase de sustentação, que tem seu início na fecundação e se estende até o período da amamentação, qualquer situação tomada pela mãe como estressante, pode ativar os mecanismos endócrinos maternos, interferindo no desenvolvimento físico e energético do bebê, podendo provocar abortos ou mesmo alterações de DNA. Na etapa de incorporação, que tem início logo após o nascimento e finaliza com o desmame, uma mãe agitada e ansiosa, descarrega na corrente sanguínea a bile, líquido da vesícula biliar deixando o leite materno com sabor amargo, tornando esse alimento aversivo ao bebê, trazendo sérios comprometimentos na capacidade do lactante em saber se sustentar emocionalmente na vida. Na etapa de produção, que tem seu início no desmame indo até o terceiro ano de vida, acontece o treino do banheiro, podendo acarretar dificuldades de ordem fisiológica na criança, devido a pais com preocupações excessivas, que também irá refletir em seu aspecto emocional, sendo um dos fatores que contribui para a formação dos traços de caráter masoquista e obsessivo-compulsivo. Na etapa de identificação, que se inicia no quarto ano de vida indo até os cinco anos, é o momento da descoberta dos genitais e de formação afetivo-sexual. Na etapa de formação de caráter, que se inicia no quinto ano de idade se estendendo até a puberdade, ocorre a identificação com o pai do mesmo sexo e a masturbação fica mais evidente, e devido a bloqueios ou fixações nas etapas anteriores se instaura a neurose.

Na neurose atual, o trauma com manifestação ansiosa, ocorreu em momentos posteriores a essas etapas, geralmente com o estágio de formação de caráter já completo, ou seja, na idade adulta, porém sempre trazendo à tona manifestações de caráter pré-genital.

Como afirma Reich (1980, p. 22) sobre as neuroses.

A distinção entre a gênese da neurose atual e da psiconeurose... é decisiva: no primeiro caso, a energia somática encontra-se bloqueada desde início e a longo prazo provoca igualmente estases psicológicas (desejo frustrado) e regressões; no segundo caso, em função de circunstâncias atuais, devido a uma decepção relativamente ao objeto amado ou a uma doença narcísica, há antigos desejos e fantasmas infantis que são reativados... *Conseqüentemente, nenhuma neurose atual pode desenvolver-se se não existirem inibições psicológicas ou perturbações da função genital, nem nenhuma psiconeurose se pode desenvolver sem estase da libido somática.*

A ansiedade tem como mecanismo básico, excitar o sistema nervoso simpático, ou seja, como a causa principal é uma tentativa vegetativa de lutar contra uma expansão energética, ou seja, contração contra a expansão utilizando-se de uma couraça, proteções desenvolvidas por um indivíduo, contra a sensação de algum trauma ou evento que se considera negativo. A couraça acaba por se sustentar numa simpaticotonia, um estresse crônico de contração vegetativa, corroborando para a instalação de sintomas patológicos de ansiedade. Conforme aponta Baker (1980, p. 22).

A excitação do sistema nervoso *simpático* causa a *contração*, vivenciada como ansiedade. A excitação parassimpática conduz à *expansão*, vivida como prazer. Portanto, é uma simpaticotonia crônica que produz e mantém a couraça, que por sua vez sustenta a neurose.

A tendência de contração simpaticotônica geradora da ansiedade, está presente em cada etapa do desenvolvimento humano, conforme foi ressaltado, nos determinados sintomas provenientes da interação mãe e bebê, pois situação de estresse, causa ansiedade como uma forma de defesa e adaptação a um novo meio. Conforme aponta Volpi & Volpi (2002, p. 129).

Nosso corpo registra todos os acontecimentos vividos durante a nossa vida, principalmente aqueles ocorridos na primeira infância, quando as formas que encontramos para nos defender ainda são precárias. Esses acontecimentos muitas vezes deixam no corpo marcas profundas e irreversíveis.

4.3. Sobre a depressão

A depressão é uma das doenças de cunho emocional, mais comuns do nosso século, tanto que utiliza-se o jargão de a doença do século XXI. Os seus sintomas variam, porém mesmo assim, é possível de classificá-la. Segundo Naibo (2006, p. 1): “Podemos considerar a depressão como um estado de sofrimento, onde o indivíduo vivencia um momento de extrema fragilidade, ou agressividade , mais isso depende de pessoa para pessoa”. Em complemento a essa citação o DSM-IV-TR – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2002), aponta que um episódio depressivo maior, tem como característica principal, a presença de humor deprimido ou a perda do interesse ou prazer em quase todas as atividades, incluindo alteração no apetite ou peso, no sono e atividade psicomotora, falta de energia, sentimentos de desvalia ou sensação de culpa, dificuldades para pensar, se concentrar ou tomar decisões e ideações suicidas.

A presença da depressão nos dias de hoje é algo bem comum, e atinge principalmente mulheres. No entanto, ela também está presente em pessoas que estão entrando na terceira idade, adolescentes em crises de identidade, crianças que sofrem abusos, sejam físicos ou mentais e adultos em pleno funcionamento profissional e familiar. As causas podem ser muitas, e podem estar também atreladas, à própria rigidez e inflexibilidade que a pessoa possui diante da vida. A incapacidade de aceitar mudanças, de enfrentar questões de ordem natural, principalmente quando se atingem uma idade avançada e quando se iniciam as perdas naturais (morte de mãe, pai, amigos), a incapacidade para o diálogo, de não saber dizer não ou de aceitar que a vida pode ser feita de conflitos, não saber filtrar as exigências de uma sociedade repressora e acima de tudo, querer abraçar o mundo interior, sem sequer ser congruente consigo mesmo, podem corroborar para estados depressivos. Conforme aponta Lowen (1983, p. 21).

Muitas pessoas perdem o estímulo que adiciona entusiasmo à suas vidas. Elas vão em frente mas com uma determinação que geralmente é inflexível e com uma rigidez característica das máquinas. A inflexibilidade, rigidez e desanimação de suas vidas internas são claramente manifestas em seus corpos e se refletem diretamente em suas vidas.

Na psicologia corporal, Navarro (1996) aponta para a diferença entre o depressivo e o melancólico. O depressivo geralmente sofreu, em algum momento de sua vida, uma grande perda. Uma perda que a priori se considerava insubstituível ou irreparável, acarretando com isso, na incapacidade de reverter essa situação e a se colocar de forma mais focada perante tal problema. Isso compromete todo o sistema energético pessoal fazendo que determinados bloqueios tornem esse fluxo de energia obstruído e com uma descarga insuficiente para que exista uma nova recarga, e assim, ajudar na pulsação vegetativa. O melancólico, ao contrário do depressivo, reclama de um vazio interior. Um vazio que é incapaz de ser preenchido causando sérios comprometimentos emocionais e corporais. A sua falta de energia é visivelmente percebida onde os deixa em uma posição muito perigosa, pois os riscos de suicídio são maiores. As perdas no depressivo podem ser re-significadas; já o vazio dos melancólicos, muitas vezes, pode não ser preenchido. Ambos são considerados pacientes muito difíceis, pois a falta de uma circulação energética pode contribuir para a desistência do tratamento ou a sua interrupção. Como aponta Navarro (1996), devido ao um estresse nos primeiros dez dias após o nascimento, observa-se à instalação de um núcleo melancólico. Assim, é considerado que na melancolia, a característica principal é a sensação de vazio interior, enquanto que na depressão há a sensação de uma perda. É válido apontar que o melancólico não enxerga o outro e nem cria uma outra realidade. Já o deprimido, só enxerga a sua própria frustração e, por isso, não tem condições de enxergar a realidade.

A falta de vitalidade, não estar satisfeito com nada, se sentir incapaz de realizar sonhos, não se interessar por atividades, reclamar de tudo o que lhe é oferecido, faz parte do contexto em que o indivíduo com depressão declara ao mundo. É uma espécie de revolta interior onde coloca a pessoa em um estado passivo de mobilidade, e este estado passivo, pode trazer com ele, a incapacidade de pulsação interior de energia, uma respiração deficiente e antivital. Como confirma Lowen (1986, p. 105): “Ser é o estado de vitalidade do corpo. Quanto mais cheio de vida, maior é o ser. O ser é reduzido a cada tensão crônica que restrinja a mobilidade do corpo, que diminua sua respiração e que bloqueie sua expressividade”.

CAPÍTULO 5 – TRABALHO PSICO-CORPORAL

A proposta apresentada para a realização dos trabalhos psicocorporais, tentaram abranger um pouco as teorias da vegetoterapia e bioenergética. A bioenergética, segundo Volpi & Volpi (2001), tem como propósito principal, a compreensão da personalidade em termos de corpo, acreditando que os processos energéticos determinam o que acontece em ambos, personalidade (mente) e soma (corpo). A vegetoterapia, que segundo Navarro (1996), é um trabalho terapêutico que atua sobre o sistema neurovegetativo, utilizando-se de intervenções corporais que provocam reações emocionais e musculares, com o propósito de reestruturação da psicoafetividade.

O início das atividades corporais e de respiração com os pacientes psiquiátricos, tiveram como princípio promover o contato com o próprio ambiente e consigo mesmo, mediante a exercícios que abrangessem a percepção e proporcionassem a interação com estímulos que circundam a pessoa, como por exemplo, barulho de portas, sons dos carros, gorjear dos passados na natureza, tensões musculares e entre outros. Cabe lembrar que, conforme descrito no capítulo 1 (Estágio na Clínica Psiquiátrica), sobre a metodologia, obteve-se autorização prévia dos pacientes da clínica, para a tomada e utilização das imagens na construção deste trabalho de monografia.

Como observado nas fotos 1 e 2 (página 33), percebe-se que este exercício garantia uma melhor entrega do paciente para a realização da atividade, promovendo um desligamento da agitação mental, conduzindo o paciente para um estado de calma e tranquilidade, simplesmente percebendo e sentindo, no ambiente e em si mesmos, estímulos e sensações que na agitação do dia a dia muitas vezes não são notados. Essa era uma forma de aquecimento para a continuidade do trabalho, que como afirma Volpi & Volpi (2001), tem como proposta levar a atenção do participante a perceber e/ou sentir um fato, uma situação específica, aquecendo-o para um objetivo específico.

Foto 1



Foto 2



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

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

Como resultado observado, essa técnica proporcionou aos pacientes, o relaxamento muscular e muitas vezes, reações emocionais como choros ou risos, proporcionando-lhes um auto-carinho. Conforme demonstra as fotos 3, 4, 5 e 6 (página 34), pode-se observar a auto-massagem feita em alguns segmentos corporais (ocular, diafragmático e pélvico), onde esta técnica promove um profundo estado de relaxamento muscular. Como afirma Eva Reich (1998) a massagem é usada em pessoas muito retraídas, pois atua “soltando” o corpo, de modo que, depois da massagem, o paciente possa estar mais relaxado. A pessoa deve, durante este exercício, se sentir livre para expressar todas as sensações e sentimentos, que por ventura precisam ser expressos, sempre respeitando o fluxo dos movimentos corporais, estimulados na massagem.

Foto 3



Foto 4



Foto 5



Foto 6



As etapas subseqüentes referem-se aos exercícios de respiração. São exercícios de fundamental importância, pois vêm na tentativa de se trabalhar umas das principais dificuldades demonstradas pelos pacientes da clinica, ou seja, uma respiração que se torne mais integral e que abranja os segmentos torácico e diafragmático por completo, não somente de forma parcial, como foi observado anteriormente.

A proposta inicial dos exercícios respiratórios chama-se conscientização do movimento da respiração, que demonstra para o paciente, de forma simplificada, qual o estado atual desse movimento e como se está realizando a respiração. Na foto 7 (página 35), pode-se observar como foi feito esse exercício, simplesmente solicitando para o paciente que respire normalmente, e que deixe uma das mãos na altura do peito e a outra na altura do abdômen. Esta técnica promove um auto-conhecimento e inicia o paciente na percepção exata do movimento respiratório, que segundo Lowen (1979), demonstra para a pessoa, a existência do segundo fôlego, resultado da

habilidade de mobilizar o mecanismo acessório da respiração costal, suplementando e aprofundando a respiração abdominal, sendo assim, quando os dois tipos de respiração se integram, assume-se uma respiração unitária e sadia.

Foto 7



Após os trabalhos de respiração que movimentaram o segmento torácico, passou-se para a movimentação do segmento diafragmático, onde teve como proposta, a realização da “respiração do gato”. Este exercício tem como objetivo flexibilizar o diafragma, permitindo uma maior amplitude respiratória desta região. O seu mecanismo é simples de ser efetuado, onde após uma inspiração profunda, a pessoa solte o ar pelo nariz ao mesmo tempo que mostra os dentes. Essa condição faz com que o ar sai mais comprimido pelas fossas nasais, e tenha um barulho semelhante a um gato raivoso. Segundo Navarro (1996, p. 79): “o *acting* do “gato” age diretamente e ativamente sobre o diafragma”.

Conforme demonstrado nas fotos 8 e 9 (página 36), observam-se aspectos da respiração do gato, onde os dentes são mostrados. Percebeu-se também que este tipo de respiração promove facilmente uma hiperventilação do paciente, quando o mesmo não está acostumado a respirar com grande amplitude diafragmática. Outra relevante observação, foi a expressão facial de raiva que esta respiração tende a promover, porém que aparece com dificuldade em alguns tipos de transtornos, como por exemplo, nos transtornos depressivos. Percebeu-se que nos depressivos, a pessoa não consegue

realizar com facilidade a expressão da raiva mostrando todos os dentes da boca, como se assumisse uma posição de desafio, mas pelo contrário, o paciente só expressava, em sua maioria, os dentes superiores, como se não conseguisse demonstrar para o mundo, a sua agressividade.

Foto 8



Foto 9



Encerrando a etapa dos exercícios de respiração, inicia-se uma nova etapa, que são os *groundings*. O *grounding* segundo Volpi & Volpi (2003), significa estar enraizado, reencontrado a base, o chão, que permite a sustentação a partir de si mesmo.

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

Nas fotos 10 e 11 (página 37), é demonstrado o primeiro exercício de *grounding* após o termino da atividade de respiração, onde os pacientes são estimulados a simplesmente erguerem as pernas em direção ao teto, flexioná-las levemente e manter-se na posição o máximo que conseguirem. Pode ser solicitado que os pacientes respirem profundamente e soltem o ar com um (ahhh!), sonorizado. Este *grounding* proporciona ao paciente, uma tensão

muscular que provoca facilmente um leve tremor nas pernas dos mesmos. Este tremor indica a descarga de energia acumulado no corpo. Segundo Lowen (1982, p. 171): “O fenômeno vibratório aumenta as sensações e percepções das pernas e pés”.

Foto 10



Foto 11



Os próximos exercícios de *grounding* realizados com os pacientes da clínica, se baseiam todos em *groundings* em pé, ou seja, solicita-se que os pacientes se levantem e mantenham-se em pé, e desta forma, já aquecidos pelo primeiro exercício, é alcançado facilmente a vibração nas pernas. Como comenta Volpi & Volpi (2003, p. 18): “Lowen sentiu a necessidade de ficar em pé para estar em maior contato com suas pernas. Nessa posição, logo sobreveio o estresse da musculatura e, com ele, um tremor que se transformava em uma leve vibração...”.

Nas fotos 12 e 13 (página 38) podem ser observados os *groundings* realizados em pé, e como foi comentado, esta posição permite um maior contato do paciente com suas pernas, promovendo com isso, a percepção de uma base mais firme no chão, podendo fortalecer o ego da pessoa mediante a sensação do movimento vibratório que esta posição permite alcançar. Como afirma Volpi & Volpi (2003, p. 19): “a postura, associada à respiração, toca nos dois pólos unificadores do ser humano: a sexualidade e a espiritualidade. É de suma importância compreender, entretanto, que liberar as pernas para o fluxo energético não pretende desbloquear a couraça pélvica, mas sim fortalecer o ego”.

Foto 12



Foto 13



O próximo exercício teve como proposta a realização do *grounding* com arco, que juntamente ao um movimento respiratório, tende levar o indivíduo ao equilíbrio do fluxo de bioenergia, provocando a sua descarga e a percepção de uma integração corporal adequada. Como aponta Lowen (1982), quando o corpo esta na posição de arco, suas partes estão em perfeito equilíbrio, isso significa que energeticamente, o corpo está carregado dos pés a cabeça, podendo sentir um fluxo de excitação através do corpo. Nessa posição e tensão energética carregada, as pernas começarão a vibrar.

Nas fotos 14 e 15 (página 39), pode-se observar os pacientes realizando o *grounding* com arco. Este exercício além promover um estado de bem estar, auxilia na percepção do equilíbrio da pessoa. Percebeu-se que alguns pacientes encontram dificuldades na realização deste *grounding*, tendendo, algumas vezes, a se desequilibrarem indo para trás. Outro aspecto de suma importância, é a possibilidade de uma leitura corporal do paciente quando se encontra nesta posição, ou seja, é facilmente visualizado as tensões musculares distribuídas por toda a extensão do corpo da pessoa. Como confirma Lowen (1982, p. 64).

Utilizamos esta posição para fazer com que as pessoas sintam-se integradas e conectadas, seus pés firmemente plantados e sua cabeça levantada. Mas usamo-la também diagnosticamente, pois revela, de imediato, a falta de integração do corpo, indicando com precisão o local e a natureza as principais tensões musculares.

Foto 14



Foto 15



A próxima etapa da atividade de *grounding*, tende a proporcionar ao paciente, uma percepção da respiração na altura do períneo, ou seja, a pessoa além de trabalhar o movimento do fluxo bioenergético e vibração das pernas pelo exercício, ela consegue perceber e sentir, que o movimento respiratório abrange os músculos situados na pelve. Como afirma Souchard (1989) que o períneo é o verdadeiro diafragma inferior.

O *grounding* baseia-se em que o paciente se incline para frente apoiando as suas mãos no chão, deixando as pernas semiflexionadas com a cabeça solta e respirando profundamente. As fotos 16 e 17 (página 40), demonstram a realização deste movimento, onde promove um bom contato com o fluxo respiratório e com a entrega pessoal ao exercício. Foi observado que este exercício ajuda os pacientes a perceberem as tensões em seus pescoços, pois eram raros os pacientes que se entregavam a este *grounding* de forma integral, pois as tensões cervicais eram recorrentes, como se se esforçassem para manter algum controle, mantendo cabeça e pescoço enrijecidos, principalmente em alcoolistas e dependentes químicos.

Foto 16



Foto 17



As próximas propostas com os exercícios de *grounding*, referem-se no grau de força necessária para se trabalhar as pernas, porém é importante ressaltar que o respeito ao limite do paciente é necessário, não só pelo terapeuta, mas também pelo paciente. Sendo assim, é válido apontar que os próximos exercícios, além de trabalhar as bases de cada paciente, o torna consciente do seu limite pessoal, pondo-o em confronto com a necessidade de parar quando não pode mais prosseguir. Como complementa Lowen (1982, p. 178): “Aprende-se que ceder ante forças superiores da natureza não tem caráter destrutivo e que não há necessidade de se empregar constantemente nossa vontade para combatê-las”.

As fotos 18 e 19 (página 41) demonstram os primeiros exercícios realizados, onde o paciente deverá se manter o máximo que puder com uma das pernas flexionadas e na ponta do pé, sustentado o seu peso corporal. Nesta posição a tensão muscular se intensifica e a vibração muscular aumenta, causando uma leve dor na região da coxa e da panturrilha. Este exercício promove nos pacientes um contato com a sua força e com o seu limite, trabalhando também, o equilíbrio necessário para se manter na posição. Não foi raro alguns pacientes chorarem neste *grounding*, mas não por ser uma posição de luta contra a gravidade e seu peso, mas por não conseguirem manter equilíbrio no exercício, sempre tendendo a cair ou a se segurar em alguém. Fato que pode significar muito para algumas pessoas que sofrem algum tipo de transtorno mental, principalmente quando se desafia as próprias capacidades de se manterem equilibradas na vida e na família. Segundo

comenta Lowen (1982, p. 179): “O exercício testa o contato que aquela pessoa tem com a realidade”.

Foto 18



Foto 19



O último exercício de *grounding* se baseia no exercício de cair, que é semelhante ao exercício anterior, porém, desta vez, o paciente deverá inclinar o seu corpo para frente com as mãos estendidas, e se manter nesta posição o máximo que aguentar. Durante a realização do movimento, a pessoa poderá falar em voz alta a frase “eu não vou cair!”; caso a pessoa caia, deverá muito lentamente se levantar, sentindo todo movimento. Segundo Lowen (1982), o objetivo deste exercício é colocar a pessoa frente as suas obsessões que mantêm a pessoa em suspenso e que dão origem à ansiedade de cair.

Este *grounding* é de suma importância para se trabalhar as reais capacidades dos pacientes em se manterem em pé. Entretanto é valido esclarecer que o movimento de cair foi executado apenas em algumas atividades, sendo utilizado somente o exercício de *grounding* e a expressão verbal do “eu não vou cair!”. Sendo assim, nesta atividade, foi expresso e confrontado toda a real força que a pessoa possuía em suas pernas, demonstrando o máximo de perseverança que ela tem perante a vida, e mesmo que ela não caia, o que ficou valido foi o respeito que o paciente teve que ter para com suas limitações, entretanto, não era o cair ao chão que era importante, mas o de respeitar o seu limite pessoal frente as exigências do mundo, evitando mais quedas em sua trajetória, possibilitando um contato

maior com a importância de se trabalhar a auto-percepção. Como afirma Lowen (1982, p.180): “libertar-se da irrealidade dos objetivos e da ilusão que seria concretiza-los, a pessoa tem de chegar a uma aguda conscientização de sua impossibilidade . É isto que o exercício se destina e o que acaba por acontecer”.

Nas fotos 20 e 21 é demonstrado o exercício de cair, onde os pacientes tentam se manter em suspenso por uma das pernas, provocando uma tensão muscular mais profunda, o que dificulta a estada permanente nesta posição. Foi percebido que os pacientes realizavam este *grounding* com muito entusiasmo e força, como se lutassem firmemente contra a possibilidade de cair. Nos dependentes químicos a sensação de raiva que este exercício provocava era comum, tendo com isso, a hipótese simbólica da recaída as drogas. Conforme aponta Lowen (1982, p. 176): “Em nosso estudo sobre as diversas estruturas de caráter verificamos que cada tipo de caráter relacionava-se a uma certa modalidade da ansiedade de cair...”

Foto 20



Foto 21



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após um ano de trabalhos corporais e de respiração na Clínica Porto Seguro, percebeu-se o quanto técnicas que estimulem a auto-percepção de pacientes psiquiátricos, tendem a garantir melhoras importantes no dia a dia destas pessoas. Contudo, trabalhos como estes, só ganham força, quando o profissional da psicologia corporal tiver consciência de suas reais capacidades para se dispor nas relações com pessoas institucionalizadas, que garantam uma transferência positiva para com os pacientes e que consiga, mediante boa comunicação, capacidades para se relacionar com respeitabilidade e tolerância frente às dificuldades apresentadas.

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

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

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

O que se espera em cada atividade de respiração e trabalhos corporais, é a reflexão sobre as manifestações psíquicas e corporais apresentadas pelo paciente, tentando com isso, compreender e quem sabe, mapear cada uma destas reações manifestadas, tentando com isso, comprovar a eficácia das técnicas da psicologia corporal em benefício de pacientes psiquiátricos.

REFERÊNCIAS

BALLONE G. J. Transtorno Afetivo Bipolar, **PsiquWeb**. Disponível em: www.psiqweb.med.br. Acesso em: 25/11/2008.

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

CASTILLO, A. R. et al . Transtornos de ansiedade. **Rev. Bras. Psiquiatria**. São Paulo, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 02/10/2008.

DSM-IV-TR – **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4ª ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

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

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

KNAPP, P; CAMINHA, R. M. Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático. **Rev. Bras. Psiquiatria**. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 02/10/2008.

LOWEN, A. **Bioenergética**. 7ª ed. São Paulo: Summus, 1983.

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

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

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

LOWEN, A. **O corpo em terapia: a abordagem bioenergética**. 8ª ed. São Paulo: Summus, 1977.

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

NAIBO, M. K. **Amamentação, depressão e suicídio**. Centro Reichiano: Curitiba, 2006. Disponível em: <http://www.centroreichiano.com.br>. Acesso em: 02/10/2008.

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

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

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

- NAVARRO, F. **Somatopsicopatologia**. São Paulo: Summus, 1996.
- PIERRAKOS, J. C; **Energética da essência (core energetics)**: desenvolvendo a capacidade de amar e de curar. São Paulo: Editora Pensamento, 1987.
- RANGEL, B. Programa de treinamento a distância para tratamento do transtorno de pânico e da agorafobia. **Rev. Psiq. Clín. 28 (6)**, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 02/10/2008.
- RASCH, S. S.; GARCIA, M. L. T. O corpo e a droga: o grupo de movimento como estratégia de redução de danos par usuários de drogas. In: CONVERSÃO BRASIL LATINO AMERICANA, CONGRESSO BRASILEIRO E ENCONTRO PARANAENSE DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. 1., 4., 9., Foz do Iguaçu. **Anais**. Centro Reichiano, 2004. Disponível em: www.centroreichiano.com.br. Acesso em: 30/11/2008.
- REICH, W. **A função do orgasmo**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2004.
- REICH, W. **Análise do Caráter**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- REICH, W. **Psicopatologia e sociologia da vida sexual**. São Paulo: Global, 1927.
- REICH, E; BOYESEN, G. e outros. **Cadernos de psicologia biodinâmica**. São Paulo: Summus, 1983.
- REICH, E; ZORNÀNSZKY, E. **Energia vital pela bioenergética suave**. São Paulo: Summus, 1998.
- SOUCHARD, F. E. **O diafragma**: anatomia – biomecânica – bioenergética – patologia – abordagem terapêutica. 3ª ed. São Paulo: Summus, 1989.
- SOUCHARD, F. E. **Respiração**. 4ª ed. São Paulo: Summus, 1989.
- VIETTA, E. P; KODATO, S; FURLAN, R. Reflexões sobre a transição paradigmática em saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 25/11/2008.
- VOLPI, J. H; VOLPI, S. M. **Crescer é uma aventura**: desenvolvimento emocional segundo a psicologia corporal. Curitiba: Centro Reichiano, 2002.
- VOLPI, J. H; VOLPI, S. M. **Etapas do desenvolvimento emocional**. Curitiba: Centro Reichiano, 2006. Disponível em: www.centroreichiano.com.br/artigos. Acesso em: 03/10/2008.
- VOLPI, J. H; VOLPI, S. M. **Práticas da psicologia corporal aplicadas em grupo**. Curitiba: Centro Reichiano, 2001.
- VOLPI, J. H; VOLPI, S. M. **Reich**: a análise bioenergética. 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 à descoberta da energia orgone. Curitiba: Centro Reichiano, 2003.

