

LIGARE- CENTRO DE PSICOTERAPIA CORPORAL

Ivanilda Antunes Vasconcelos

**A ANÁLISE BIOENERGÉTICA EM UM CAPS:
“Reflexões de uma pedagoga”**

Americana

2012

Ivanilda Antunes Vasconcelos

A ANÁLISE BIOENERGÉTICA EM UM CAPS: “Reflexões de uma pedagoga”

Monografia apresentada ao Ligare – Centro de Psicoterapia Corporal como requisito de conclusão de curso de Psicologia Clínica - Análise Bioenergética.

Americana

2012

Ivanilda Antunes Vasconcelos

A ANÁLISE BIOENERGÉTICA EM UM CAPS: “Reflexões de uma pedagoga”

Monografia apresentada ao Ligare – Centro de Psicoterapia Corporal como requisito de conclusão de curso de Psicologia Clínica - Análise Bioenergética.

Orientadora: Profa. Ms. Odila Weigand

Co-orientadora: Marli Bonine
especialista

em Psicologia Clínica

Americana

2012

AGRADECIMENTOS

A Deus que me dá forças e me ensina o melhor caminho através da sua onipresença.

Ao meu marido Henrique, que com seu amor, sua compreensão e incomum pureza de alma, me permite aprendizagem e crescimento.

Aos amigos do curso, amigos de trabalho e a toda minha família, obrigada pela força e motivação. Vocês são muito especiais.

Aos professores, mestras, e a minha orientadora obrigada pela contribuição e envolvimento ao longo deste curso.

A Marli Bonine, por ter sido minha terapeuta e ter me possibilitado vivenciar a

psicoterapia Corporal de forma tão importante. Obrigada por sua dedicação e pela compreensão. Sempre acreditando no nosso desenvolvimento. Muito obrigada por tudo!

“Nenhum de nós é tão bom quanto todos nós juntos”.

RESUMO

Neste trabalho pretendo refletir sobre a integração da Análise Bioenergética a uma Abordagem Psicossocial Multidisciplinar dentro de uma Instituição Pública. Para ilustrar esta integração descrevo um relato de caso. Este relato tem como cenário a história de vida de um paciente esquizofrênico que busca tratamento no CAPS de Martinópolis, por sua doença, perdas e fracassos, vivendo entre a razão e ilusão.

Palavras chave: Análise Bioenergética, CAPS, Esquizofrenia, Tratamento.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	SAÚDE MENTAL	1
		0
2.1	Saúde e doença mental.....	1
		0
2.2	Aspectos históricos.....	1
		2
3	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	1
		4
3.1	CAPS I de Martinópolis.....	1
		4
3.2	Equipe multidisciplinar.....	1
		8
3.3	Exercícios de emergência.....	1
		9
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA ANÁLISE BIOENERGÉTICA..	2
		1
4.1	Bioenergética e caráter.....	2
		3
4.1.	Caráter esquizoide.....	2
1		4
4.1.	Caráter oral.....	2
2		5
4.1.	Caráter psicopático.....	2
3		7
4.1.	Caráter masoquista.....	2
4		9
4.1.	Caráter rígido.....	3
5		1
4.2	Grounding.....	3
		3
5	ESQUIZOFRENIA	3
		5

5.1	Fases e tipos.....	3
		8
5.2	Sintomas.....	4
		1
6	ESTUDANDO UM CASO	4
		3
6.1	Identificação do sujeito.....	4
		3
6.2	Componentes familiares.....	4
		3
6.2.	A estratégia de sobrevivência.....	4
1		4
6.2.	Ilusão e realidade.....	4
2		5
6.2.	Medo de Ser.....	4
3		6
6.3	Abandono e desespero.....	4
		7
6.4	Colapso e esquizofrenia.....	4
		7
6.5	Diagnóstico.....	4
		8
6.6	Novo projeto terapêutico.....	4
		8
6.7	Abordagem multidisciplinar.....	5
		0
7	PROCESSO TERAPÊUTICO	5
		1
7.1	Leitura corporal.....	5
		3
7.2	Análise do caráter.....	5
		4
7.3	Exercícios corporais.....	5
		7
7.4	Grounding e realidade.....	5
		8
8	CONSIDERAÇÕES DO CASO	6
		0
9	CONCLUSÃO	6
		1
10	BIBLIOGRAFIA	6
		3
	Anexo A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	6
		5
	Anexo B Autorização da Instituição.....	6
		6
	Anexo C Desenho.....	6
		7
	Anexo D. Análise do desenho.....	6
		8

1 - INTRODUÇÃO

Tudo começou há mais de dez anos. Eu era professora alfabetizadora na Rede de ensino Estadual. Mas eu queria muito mais que isso, meus sonhos esperavam adormecidos... Mas o que? Como mudar de rumo em uma cidade tão pequena, sem oportunidades?

Desejei uma mudança ardentemente no meu coração. E essa mudança veio intensa e profunda. Recebi um telefonema me convidando para um teste, fui contratada como pedagoga no CAPS que iniciava suas funções no município em 2002. Aprender sobre mim e sobre o outro, era o que eu sempre tivera vontade de realizar, era um sonho se tornando realidade.

E o que uma professora do ensino fundamental iria fazer em um CAPS? Qual seria o meu papel? De início eu não compreendia de que maneira uma pedagoga atuaria em um serviço de Saúde Mental dentro de uma equipe Multidisciplinar.

Em 2007 iniciei o curso de Análise Bioenergética que me permitiu conhecer a Terapia Corporal, me abrindo horizontes para perceber meu desejo de expandir e aprofundar mudanças importantes na minha vida e no meu trabalho.

Durante o período de formação neste Curso pude praticar atendimentos terapêuticos em grupos e individuais, dentro do CAPS, onde sou pedagoga há nove anos vivenciando de uma forma intensa pressupostos da Análise

Bioenergética.

A Análise Bioenergética associa de forma especial os princípios fundamentais da Psicanálise com o trabalho nos níveis do somático; é uma abordagem que considera o ser humano como um todo, desde os pontos de vista biológico, psicológico, social e cultural envolvidos na saúde.

O objetivo principal com este trabalho é de caracterizar os conceitos básicos da Análise Bioenergética, mostrando como pode integrar-se conjuntamente a abordagens psicossociais no tratamento de transtornos mentais graves como o da esquizofrenia.

A esquizofrenia é uma doença crônica e deteriorante, representa a grande maioria dos diagnósticos de pacientes inseridos no CAPS, que sem tratamento leva a enormes prejuízos na vida do doente, desorganizando sua rotina e comprometendo sua qualidade de vida. O tratamento de uma doença tão complexa como a esquizofrenia depende do esforço de diversos profissionais, como preconizado, na proposta Equipes Multidisciplinares. O trabalho em equipe possibilita o desenvolvimento de tratamentos mais eficazes.

Também visa caracterizar a Instituição Pública como espaço de tratamento e melhoria da qualidade de vida, identificando e diferenciando esta integração por seu efeito terapêutico fundamentado em uma clínica e prática biopsicossocial.

A fundamentação teórica deste trabalho será baseada na Teoria da Análise Bioenergética cujo fundador foi Alexander Lowen, psicanalista ímpar por sua contribuição na psicologia, pela visão do aspecto somático das doenças mentais e intervenções no corpo através de exercícios

bioenergéticos.

A relevância deste trabalho na forma de estudo de caso é contribuir com estudantes e profissionais, dedicados a entender e refletir sobre métodos, procedimentos e técnicas de uma terapia psicossocial eficaz e que respeite a individualidade do paciente. O estudo de caso foi o método de pesquisa escolhido para o desenvolvimento deste trabalho de monografia, de conclusão de Curso de especialização em Análise Bioenergética no Ligare de Americana, São Paulo.

2- SAÚDE MENTAL

2.1 – SAÚDE E DOENÇA

A saúde deve ser identificada como a ausência de um modo típico de comportamento. Suas qualidades são a espontaneidade e adaptabilidade às exigências racionais de uma situação. A saúde é um estado fluido em oposição à neurose, que é uma condição estruturada. (LOWEN, 1977, p. 136).

Início este trabalho traçando algumas considerações gerais sobre o conceito de saúde, de doença mental e do processo de reforma psiquiátrica de maneira que possamos alcançar melhor compreensão sobre o tema.

A saúde mental não significa simplesmente a ausência de doença, e sim “um estado completo de bem estar físico, mental e social”; segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (LOPES, 2003 p. 2).

Quando falamos de felicidade, paz, prazer, tranquilidade ou satisfação, estamos falando de saúde mental, ainda que não saibamos. A saúde mental é algo que tem a ver com a vida cotidiana das pessoas. Significa como estão

as pessoas entre si, com a família, na escola ou universidade, no trabalho, nas atividades recreativas, com os amigos, em suas comunidades. “Tem a ver com a forma em que as pessoas harmonizam seus desejos, ambições, capacidades, ideias para fazer frente às exigências da vida.” (LOPES, 2003 p.2).

Segundo a Equipe de Saúde mental da UEL(HU/UEL apud LOPES, 2003, p.1) saúde mental é a “Capacidade de adaptação flexível ao meio, durante seu desenvolvimento considerando suas necessidades instintivas fundamentais, no sentido de proporcionar uma vida criativa, construtiva e integrada à comunidade”.

Entendemos que não existe uma linha divisória entre as pessoas com e sem saúde mental, existem graus de saúde mental. Quando fatores estressantes se juntam a fator biológico ou genético, sem escolher dia, hora ou local, o equilíbrio do ser humano pode se romper, de forma lenta ou súbita. Todos nós enfrentamos problemas, o que significa que ninguém possui todos os componentes da boa saúde mental o tempo todo. Neste sentido em Hay (2000, p.9) há um conceito admirável que diz: *“Ter boa saúde é não sentir fadiga, é ter apetite, é adormecer e acordar com facilidade, é ter boa memória, é ter bom humor, ser preciso no raciocínio e nas ações, é não ser desajeitado demais, é ser sincero, humilde, grato e amoroso”*.

Há vários critérios de normalidade e anormalidade. O normal passa a ser aquilo que se observa com mais frequência. Os indivíduos que se situam, estatisticamente fora de uma curva de distribuição normal, passam, eventualmente, a ser considerados anormais ou doentes.

De acordo com Bassit (1989) no caso das doenças mentais deve existir um distúrbio, desvio, alteração, mau funcionamento ou lesão, a nível orgânico, especialmente cerebral, que determine, sem alternativas, o paciente a viver sua relação com o mundo de um modo estereotipado, repetitivo. Tal alteração, como perda que é, levará o indivíduo a uma limitação na capacidade de escolha, a uma inibição de sua liberdade imposta de dentro de si.

Na Classificação Estatística Internacional de Doenças - CID-10 (2000), da Organização Mundial de Saúde no capítulo V está agrupado os transtornos mentais e comportamentais. Utiliza nove subtipos de esquizofrenia: *paranoide / hebefrênica/ catatônica / indiferenciada/ depressão pós-esquizofrênica / residual /esquizofrenia simples / outra esquizofrenia/ esquizofrenia não especificada*. Neste trabalho conheceremos mais sobre a esquizofrenia. É uma doença complexa, normalmente associada a grave prejuízo no funcionamento social e a grande sofrimento para pacientes e familiares. Os delírios e as alucinações são as marcas mais evidentes da doença e são os sintomas mais bem controlados pelas medicações disponíveis atualmente.

2.2. - Aspectos históricos

A compreensão da doença mental tem passado por diversas fases dentro da história da humanidade. Neste momento faremos uma pequena contextualização histórica da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira traz como uma das principais características a exigência de reconhecimento dos direitos e da cidadania dos usuários de serviços de saúde mental, procurando trazer essa discussão para a sociedade. Trata-se, portanto, de uma proposta de dar à loucura outro lugar social, conquistando espaço nas políticas públicas de saúde e trazendo à tona essa discussão.

Um dos marcos iniciais da Reforma Psiquiátrica foi a criação, em 1978, do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que combinava reivindicações trabalhistas com denúncias acerca da violência e abandono aos quais estavam submetidos os pacientes internados nas clínicas conveniadas – atualmente SUS. Este movimento buscou novos caminhos, até se transformar em um movimento social de Articulação Nacional de Luta Antimanicomial.

Em 1989, o deputado federal Paulo Delgado, apresentou um projeto de lei que remodelava toda a assistência em psiquiatria no país. Em 2001, ela foi sancionada. O principal objetivo da lei é a progressiva substituição do modelo manicomial de assistência por uma rede extra-hospitalar, financiada pelo redirecionamento das verbas públicas. O Projeto de lei propõe que a assistência à saúde mental no país se baseie em estruturas estáveis visando progressivamente extinção dos leitos manicomiais.

Atendendo a esta proposta e necessidade surge o primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) do Brasil inaugurado em março de 1986, na cidade de Itapeva SP: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira. (Ministério da Saúde, 2000, p.12).

Assim sua origem reflete-se principalmente numa mudança de proposta

clínica, que acabou tornando-se referência e modelo para todas as outras propostas que a seguiram em todo o país. A criação de serviços Substitutivos foi orientada inicialmente pela Portaria GM 224/92 e atualmente regulamentadas pela Portaria nº. 336/2002. Hoje no Brasil temos cerca de 882 CAPS.

O Programa CAPS I – No Município de Martinópolis está em funcionamento desde junho de 2002. Atua Como um dos serviços substitutivos propostos pela Reforma Psiquiátrica de transpor as práticas tradicionais da psiquiatria, prestando atendimento a pessoas com grave sofrimento psíquico, diminuindo e evitando internações psiquiátricas, e articulando-se com a rede de serviços da comunidade favorecendo a reinserção delas a este espaço.

3 – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS

3.1 - CAPS I DE MARTINÓPOLIS

A idéia de promover a saúde mental em geral é atraente, pois ela soa como algo otimista e positivo, em consonância com a ideia de autoajuda e de ser responsável pela própria saúde. Ela implica mudar o comportamento humano e baseia-se em uma abordagem holística à saúde. Além disso, a capacidade de prevenir o desenvolvimento de uma doença psiquiátrica traria muitos benefícios para os indivíduos, as famílias, a comunidade e a

sociedade. (STUART, 2001, p.216).

De uma maneira geral, discorrerei sobre o tratamento realizado no Centro de Atenção Psicossocial de Martinópolis tendo como base o Plano Terapêutico do ano de 2011.

O Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I – de Martinópolis SP consiste num programa do Departamento Municipal de Saúde, em parceria com o governo Municipal, Estadual e Federal, com o objetivo de prestar assistência para pessoas que sofrem de transtornos mentais severos e persistentes, como psicoses, neuroses graves e demais quadros classificados pelo CID (Classificação Internacional de Doenças), buscando amenizar e tratar as crises para que estas pessoas possam recuperar sua autonomia e se reinserir nas atividades cotidianas.

Por possibilitar que os usuários voltem para casa todos os dias evita a quebra nos laços familiares e sociais, fator muito comum em internações de longa duração.

O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de sua abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Cada usuário do CAPS tem um projeto terapêutico individual, isto é, um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada indivíduo na unidade e fora dela, e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas

necessidades.

Conforme as determinações da portaria GM336/02, o projeto terapêutico do usuário do CAPS poderá estar entre as seguintes modalidades:

Atendimento Intensivo – trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra em estado grave, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento Semi-intensivo – nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. É oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas ainda necessita de atenção para se estruturar e recuperar sua autonomia.

Atendimento Não-Intensivo – oferecido quando a pessoa não mais precisa de suporte contínuo para viver em seu território e realizar suas atividades na família e ou trabalho, podendo ser atendido até 03 dias no mês.

O CAPS oferece um conjunto diversificado de atividades e oficinas terapêuticas onde cada técnico é responsável por um setor, a maioria realizada em grupos respeitando a individualidade e patologia de cada um, por exemplo:

Tratamento Medicamentoso/Psiquiátrico– Tratamento realizado

pelo psiquiatra com os medicamentos psicoativos ou psicofármacos. As consultas são individuais ou em grupos.

Atendimentos psicoterápicos – encontros semanais em grupo, quando necessário individual, onde são utilizados os conhecimentos e as técnicas da psicoterapia.

Acolhimento – Conversa e assessoramento em grupo ou individual todos os dias.

Atividades de suporte social – projetos de inserção no trabalho, Grupo de geração de trabalho e renda, articulação com os serviços municipais disponíveis, atividades de lazer, encaminhamentos para atividades na comunidade.

Visitas domiciliares– Realizadas por um técnico e equipe de apoio.

Atividades Comunitárias – atividades que utilizam os recursos da comunidade e que envolvem pessoas, instituições ou grupos organizados que atuam na comunidade. Exemplos: Festa Junina do bairro, feiras, quermesses, campeonatos esportivos, passeios a parques e balneário, entre outras.

Atendimento a grupo de familiares – reunião de família, estimulando a solidariedade, discussão de problemas em comum, enfrentamento de problemas. Orientação sobre diagnóstico e sobre sua participação no projeto terapêutico.

Oficinas terapêuticas – atividades em grupo de: horta, artesanato, pintura em tela, costura. Realizam vários tipos de atividades que podem ser

definidas através do interesse, necessidade e possibilidades dos usuários, tendo em vista, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania.

Atividade Física – todos os dias das 08h30min às 09h visando promover melhora na qualidade de vida, autoestima e estado de ânimo.

Atividade Corporal – Acontece duas vezes semanalmente no período da tarde com duração de uma hora. Iniciada sempre com exercícios de alongamento, busca levar o usuário a um processo de melhor conhecimento do próprio corpo, estimulando sua sensibilidade e expressão corporal.

Oficina de Trabalho e Geração de renda – Oficina do Pão (culinária) e Arteiras (artesanato) constituídas de pacientes em processo de alta, com objetivo de comercializar e gerenciar a distribuição da renda obtida com o comércio dos produtos confeccionados.

As intervenções psicossociais visam à recuperação mais ampla do indivíduo, ao retorno de sua autonomia e a retomada de seu cotidiano, minimizando dessa forma, as incapacidades geradas pelo adoecimento.

3.2 - EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. A duração da permanência dos usuários no atendimento dos CAPS depende de muitas variáveis, desde o comprometimento psíquico do usuário até o projeto terapêutico traçado, e a rede de apoio familiar e social que se pode estabelecer. (MINISTÉRIO DA SAÚDE MENTAL NO SUS, 2004 p.27).

O Tratamento sob o enfoque multidisciplinar tem como foco a pessoa como um todo único e indivisível, sua recuperação e amenização do sofrimento. O termo reabilitação psicossocial vem sendo empregado com frequência no campo da saúde mental, porém “Redução de Danos” nos dá a dimensão exata do que pode ser realizado, em nossos programas assistenciais através da minimização de efeitos desabilitantes.

As propostas são desenvolvidas pela equipe composta por: coordenadora, enfermeira, médico psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, pedagoga, assistente social, e professora de educação física e, também equipe de apoio como: auxiliar de enfermagem, serviço geral, artesã, auxiliar técnica educacional, cozinheira, escriturária, telefonista e bolsista, sendo no total de 21 funcionários.

Nestes últimos anos, a oportunidade de convivência conjunta, trabalhando com profissionais de diferentes áreas me possibilitou grata

experiência de aprendizado diário. Dentro da equipe quando alguém precisa se ausentar, imediatamente outro assume o seu lugar, sendo que para isso estamos sempre nos capacitando e realizando treinamentos semanais.

3.3 – Exercícios de Emergência

O tema trabalhado neste estudo me possibilitou refletir sobre o conflito de uma crise psicótica que é um dos maiores problemas de saúde do nosso país. Para a maioria das pessoas acometidas por essa doença, esses episódios são relacionados a algum acontecimento adverso, como a morte de uma pessoa próxima, a perda de um emprego, o nascimento de um filho, a falta temporária de perspectivas, o sofrimento com doenças crônicas, etc.

As dificuldades destes pacientes são múltiplas, desde as necessidades básicas, o manuseio das medicações até como saber lidar com os seus problemas internos, familiares, autonomia, relacionamentos etc. São únicos, em suas maneiras de ser e agir.

Acontece muito de atendermos intercorrências e emergências, são pacientes que já são atendidos no CAPS ou que ainda não o são. Chegam espontaneamente e mais frequentemente trazidos por familiares. Chegam em crise por terem abandonado o tratamento, ou descompensados emocionalmente por vivenciar alguma situação de stress e necessitar de

atendimento de emergência.

Quando estou no plantão como referência, avalio cada caso com atenção e muitas vezes uso exercícios da Bioenergética para dar suporte e contenção nestes momentos de cuidado. Segundo Lowen a pessoa que não está em contato com o solo também não está em contato com a realidade, na mesma proporção.

Tenho no armário uma caixa com bolinhas de tênis, alguns bambus médios e toalhas, que é de fácil manejo para levar de uma sala até outra se necessário. Uso esta caixa também no Grupo de Atividade Corporal.

Descreverei alguns exercícios que uso com mais frequência e tem mostrado muita eficácia nos atendimentos de crise.

_ Costas apoiadas na parede, pernas dobradas, contato visual – Tornar o contato consciente. Escuta/ acolhimento da queixa.

_ Sentado em uma cadeira/ uma almofada nas costas se necessário para que toque os pés no chão/ contato visual/ iniciar exercício com as bolinhas nas solas dos pés, posteriormente percorrer todo o corpo com duas bolinhas nas mãos sentindo o contorno.

_Grounding em pé/ bambu em vários lugares nas costas apoiados na parede percebendo a respiração.

O reflexo deste atendimento Bioenergético trouxe para dentro do Serviço alguns encaminhamentos específicos, como por exemplo, quando acontece uma crise de ansiedade/ pânico dentro do CAPS logo

alguém me procura para auxílio nos exercícios de respiração e acolhimento. No Centro de Atenção Psicossocial, onde inclusive é possível o enfrentamento de preconceitos ficou demonstrado que este tratamento diferenciado possibilita novos conhecimentos e maior compreensão sobre a doença, o que modifica positivamente os resultados na reabilitação.

4 - Fundamentação Teórica da Análise Bioenergética

A bioenergética não está apenas voltada para a terapia, da mesma forma que a psicanálise não lida exclusivamente com o tratamento analítico de distúrbios emocionais. Ambas as disciplinas interessam-se pelo desenvolvimento da personalidade humana, buscando compreender tal processo em termos das situações sociais nas quais ocorre. (LOWEN, 1982, p.92).

Para melhor compreender o funcionamento psicológico do paciente analisado, nos reportamos à teoria de Alexander Lowen que escreveu sobre a relação e efeito do corpo no processo psicológico.

A Análise Bioenergética, criada pelo Dr. Alexander Lowen e Dr. John Pierrakos é uma maneira de entender a personalidade dentro de uma visão psicocorporal, na qual a mente e o corpo interagem e se relacionam através dos processos e movimentos energéticos. Os pensamentos afetam os sentimentos. Os sentimentos afetam os pensamentos.

A Análise Bioenergética tem como base teórica a Psicanálise de Freud, no que se refere à história analítica, à dinâmica familiar como fatores fundamentais na formação da personalidade. O processo de

desenvolvimento psicosexual busca referências teóricas vindas da psicanálise. A sexualidade e a experiência que cada pessoa teve no contexto familiar, as curiosidades sexuais e os desejos eróticos, fase edipiana, têm um lugar de destaque na compreensão da personalidade. Mas, no desenvolvimento da teoria da Análise Bioenergética, Alexander Lowen amplia sua visão, colocando além da sexualidade, o contexto social como um dos fatores de influência na personalidade total dos indivíduos.

A terapia e a análise são as pedras angulares sobre as quais se apoia esta compreensão, os conflitos existentes entre o indivíduo e a sociedade são bem retratados por ele, quando faz uma crítica à distorção de valores da nossa cultura narcisista. A preocupação exagerada pelo poder, segundo Lowen, coloca o ego contra o corpo e a sexualidade, criando um conflito e por vezes uma dissociação. (LOWEN, 1982, p.27).

A Análise Bioenergética é também uma escola ou abordagem terapêutica que traz da psicanálise, além da visão analítica acima referida, a compreensão dos mecanismos de defesa e os conceitos de resistência, transferência e contratransferência, embora analisados e trabalhados com o referencial da Bioenergética, como acontecem com e no corpo.

Esta visão foi baseada na teoria de Wilhelm Reich, psicanalista que estudou e pesquisou a influência mútua entre mente e corpo. Defendeu a tese de que a história de cada pessoa está escrita no corpo. Para Reich, os registros traumáticos da educação repressora têm influência na formação do caráter e nas couraças musculares que interferem no funcionamento do organismo. Reich na fase de visão política e social preocupava-se com esta relação e interdependência entre o indivíduo e a sociedade.

Para Lowen, a maior contribuição de Reich na construção da Análise Bioenergética foi o lugar do corpo na personalidade. A partir de Reich, Lowen afirma: “*Se você é seu corpo e seu corpo é você, este poderá expressar quem você é*”. (LOWEN, 1982, p. 47). Sabemos que somos mais que o corpo, mas o corpo é nossa concretização e é nele que acontecem os eventos emocionais e os registros da nossa história. Para Lowen, a verdadeira mudança inclui a dimensão energético-corporal.

As teorias do vínculo e do apego são integradas ao estudo da Análise Bioenergética que junto com a sexualidade, fundamentam a compreensão da pessoa no seu modo de ser e existir como considera Alves & Correia, (2007 p. 37). A Análise Bioenergética tem como objetivo o resgate da natureza primária que é a expressão livre e espontânea do ser como enunciado:

“O objetivo da Bioenergética é ajudar o indivíduo a vivenciar e expressar, adequadamente, prazeres e dores, alegrias e tristezas, raiva, amor e sexualidade”. O prazer de estar plenamente vivo fundamenta-se no estado vibratório do ser, sendo percebido na expansão/contração pulsátil do organismo, inclusive do sistema vegetativo – respiratório circulatório e digestivo’. (WEIGAND, 2006, p. 18).

A terapia Bioenergética é uma aventura de autodescoberta numa volta ao passado; e na aproximação com o corpo, em direção a abrir o coração para o amor e para a vida. Viver amorosamente, viver com alegria – afirma Alexander Lowen.

Para ele, a vitalidade das pessoas depende do nível e da fluidez da energia corporal. A rigidez decorrente das tensões musculares crônicas é proveniente dos traumas não resolvidos e que diminuem a energia vital, a flexibilidade e a auto expressão. Para suavizar as couraças e recuperar a

vitalidade do organismo, Alexander Lowen criou uma série de recursos e exercícios corporais associados à análise, que são utilizados dentro e fora da psicoterapia.

4.1 - Bioenergética e caráter

Segundo a bioenergética, são cinco os tipos básicos de estrutura de caráter: esquizoide, oral, psicopático, masoquista e rígido. Cada um destes com seu quadro de defesas tanto no nível psicológico quanto muscular. Usaremos a obra de Alexander Lowen para descrever sucintamente estas organizações caracterológicas.

4.1.1- Caráter esquizoide

O termo esquizoide deriva de esquizofrenia e denota a tendência a formação do estado esquizofrênico. O termo esquizoide descreve a pessoa cujo senso de si mesma está diminuído, O pensamento tende a dissociar-se dos sentimentos, cujo ego é fraco e cujo contato com seu corpo e sentimentos está reduzido em grande parte. A questão central do caráter esquizoide é a identidade. A máscara que ele sempre usou ou o papel que ele sempre cumpriu já não servem mais, e a cisão entre o ego e o corpo, característica da personalidade esquizoide gera a perturbação que é subjacente à crise.

Quando a crise se instala a consequência é a despersonalização, que denota um rompimento com a realidade e este pode ser o primeiro estágio

de um processo psicótico, no qual, além de se perder o sentido de identidade, perde-se também a percepção consciente da identidade.

Condição bioenergética: A energia/ excitação flui pouco para a periferia do corpo (mãos, rosto, genitais e pés), os órgãos que fazem contato com o mundo externo, por isso a carga é baixa e é fraca a formação de impulsos. Existe falta de contato dos órgãos da periferia com o centro do corpo. Existe a cisão entre a parte superior e inferior do corpo. As principais couraças/ bloqueios/tensões musculares crônicas se encontram na base do crânio, nos ombros, na pelve e nas articulações.

Aspectos físicos: Os olhos parecem ausentes e sem vida. Na maioria dos casos o corpo é estreito e contraído, existe uma divisão entre parte inferior e superior devido à forte contração do diafragma. Pode-se ver neste tipo de caráter, tanto uma extrema inflexibilidade como uma excessiva maleabilidade nas articulações. As articulações são pontos de dispersão de energia.

Correlatos psicológicos: O senso de si mesmo é inadequado face à falta de identificação com o corpo. A pessoa não se sente conectada nem integrada.

A tendência à dissociação, representada pela falta de conexão somática entre a cabeça e o resto do corpo, produz uma divisão na personalidade na forma de atitudes antagônicas. Fraco e sensível devido a pouca carga e cisão inferior e superior. Desconexão entre as ações e os sentimentos.

Dificuldade e Evitação de relacionamentos íntimos e afetuosos. Por falta de contato com o corpo (devido ao medo/ terror que tem das sensações

que ele possa lhe proporcionar), o esquizoide passa a depender da mente para constituir sua identidade.

Fatores históricos e etiológicos: Há uma evidência inequívoca de ter ocorrido uma rejeição logo no início da vida da pessoa, por parte da mãe, que foi sentida como ameaça a sua vida. A rejeição e a hostilidade criam o medo, no paciente, de que toda tentativa de autoafirmação, conduzam a este aniquilamento. A história revela a falta de um sentimento positivo cheio de segurança e de alegria. São comuns, durante a infância, os terrores noturnos.

São típicos a conduta não emocional e retraimento, as crises de raiva; a paranoia também é comum. Dada esta história, a criança não tem alternativa senão dissociar-se da realidade (intensa vida de fantasia) e de seu corpo (inteligência abstrata) a fim de sobreviver. Como os sentimentos predominantes foram terror e uma fúria assassina, a criança encarcerou seus sentimentos todos, para defender a si mesma.

4.1.2 – Caráter oral

Personalidade que contém traços infantis: fraqueza, dependência dos outros, agressividade precária, sensação/ desejo interno de ser carregado, apoiado e cuidado. Às vezes vai para a independência exagerada, que não mantém na situação de tensão; busca uma nutrição narcísica (o mundo deve satisfazê-lo) que não teve na infância – fixação/ falta de satisfação na fase oral. Como isso não acontece, sente ressentimento e hostilidade; grande

exigência e limitada resposta, grande dependência disfarçada pela hostilidade, grande inteligência verbal e fraca realização concreta, alternância entre ego inflado e desamparo; tendência à depressão; grande interesse por comida; cansaço rápido. A experiência básica do caráter oral é a carência afetiva, ao passo que a experiência correspondente do esquizoide é a rejeição.

Condição Bioenergética: A estrutura oral é um estado de baixa carga energética. A energia não está fixada no centro, como na condição esquizoide, porém, flui até a periferia do corpo de modo diminuído.

Todos os pontos de contato com o meio ambiente tem uma carga menor do que a necessária. A vista é fraca e tende à miopia, e o nível de excitação genital é reduzido.

Características físicas: O corpo tende a ser longo esguio e fino. O peito murcho, um tanto vazio. As pernas fracas, compridas e magras (não dão a impressão de sustentar o corpo todo). Os joelhos juntos, travados. Os pés são também estreitos e pequenos. Existe a tendência a cefaleia devido à tensão no pescoço e cabeça; cintura pélvica contraída; impressão de um saco vazio. Energia suficiente apenas para garantir as funções vitais. Fraqueza nas costas; cansaço na região lombar; pele fina e machucável. A energia flui para cima e não para baixo. A respiração é artificial, pois durante a fase oral, a carência afetiva reduz o impulso de sugar. É frequente encontrarmos sinais físicos de imaturidade: corpos parecem de criança.

Correlatos Psicológicos: O indivíduo de caráter oral tem dificuldade em ficar em cima dos próprios pés. Tende a pendurar-se ou amparar-se em alguém (a crença irreal que o mundo deve sustenta-lo é um típico traço oral).

A dependência às vezes se esconde numa independência exagerada. A incapacidade de ficar sozinho se reflete num desejo exagerado de estar em companhia de outras pessoas para receber calor e apoio. Tem frequente sensação de vazio.

Fatores históricos e etiológicos: Privação inicial como perda da mãe calorosa e amiga por morte, doença, depressão ou ausência por trabalho. A história revela muitas vezes um desenvolvimento precoce: andar e falar mais cedo do que o normal – como tentativa de superar a perda e conquistar a independência. Desapontamento e amargura por não encontrar calor no contato com pai, mãe ou irmãos. Desenvolve-se o caráter oral quando a necessidade de ter mãe é reprimida antes que as necessidades orais sejam satisfeitas. A repressão da vontade de ter a mãe gera uma criança prematuramente independente – fala e inteligência – um andar precoce, porém com pernas fracas.

4.1.3 - Caráter psicopático

A essência da atitude psicopática é a negação do sentimento. O indivíduo de caráter psicopático contrasta com o esquizoide que se dissocia do seu sentimento. Na personalidade psicopática, o ego, ou mente, volta-se contra o corpo e seus sentimentos, principalmente os de natureza sexual. Em todos os caracteres psicopáticos há um grande acúmulo de energia investida na própria imagem, uma motivação exagerada pelo poder e a necessidade de dominar e controlar. Ele domina e controla como defesa, para não ser dominado e controlado como foi na infância – um

comportamento parental sedutor leva a criança a escolher ser “especial” e exercer o controle em detrimento das necessidades, dos sentimentos e da sexualidade. A criança com frequência sentiu-se controlada por fazerem-na sentir-se má ou inadequada. Foi seduzida e traída.

Condição bioenergética: No tipo mais conhecido, o tirânico, um triângulo invertido ilustra bem sua dinâmica energética: há um deslocamento nítido de energia em direção da extremidade cefálica do corpo, com a redução concomitante de carga na parte inferior do organismo. As duas metades do corpo são notoriamente desproporcionais, sendo a superior mais larga e predominante no conjunto da aparência.

Há uma constrição na cintura e diafragma que bloqueia a descida do fluxo de energia e de sentimentos. Os olhos são atentos e desconfiados.

Características físicas: Desenvolvimento desproporcional da metade superior: muita energia na metade superior do corpo, especialmente na cabeça (ego inflado, “cheio de si”); há com frequência uma tremenda massa nos ombros com uma cintura bastante fina; as pernas e a pélvis são subcarregadas e comumente subdesenvolvidas e fracas.

Há um distúrbio no fluxo entre as duas metades do corpo (desconexão entre amor e sexualidade/ coração e genitais) e tensões nítidas no segmento ocular. Olhos tensos e controladores. Pernas frias, até mesmo úmidas e pegajosas.

Correlatos psicológicos: A necessidade de controle vem do medo de ser controlado e ser controlado significa ser usado (seduzido e traído). É comum, nas histórias de pessoas com este caráter, uma disputa entre pais e filhos. O sucesso é importantíssimo, vital. A sexualidade é empregada neste

jogo pelo poder (ligação coração/ genital ausente). O prazer dentro da atividade tem importância secundária em relação ao desempenho próprio ou a conquista. A negação dos sentimentos é basicamente uma negação das necessidades.

Fatores históricos e etiológicos: O mais importante dos fatores etiológicos desta condição é a presença de um pai/mãe sexualmente sedutor. A sedução é encoberta e realizada para satisfazer as necessidades narcisistas do mesmo, tendo por objetivo vincular a criança ao pai (ou mãe) sedutor (a).

O pai sedutor é sempre alguém que rejeita a criança, no nível de suas necessidades de apoio e de contato físico. O relacionamento sedutor cria um triângulo, onde a criança está em posição de desafio frente ao pai de mesmo sexo. Cria-se assim uma barreira à identificação com o genitor do mesmo sexo ao mesmo tempo em que se intensifica a identificação com o genitor sedutor.

4.1.4 – Caráter masoquista

A estrutura masoquista de caráter descreve aquele que sofre e lamenta-se, que se queixa e permanece submisso. A tendência masoquista predominante é a submissão. Não é a pessoa com a perversão masoquista. Mas a pessoa que realmente sofre e, dado que é incapaz de alterar a situação, deduz-se que deseja permanecer nela.

Se submisso por fora em suas atitudes, o masoquista, por dentro, no nível emocional mais profundo, nutre intensos sentimentos de superioridade,

despeito, negatividade e hostilidade.

Condição bioenergética: Em contraste com a estrutura de caráter oral, o masoquista é dotado de um alto nível de energia que, no entanto, está fortemente presa no organismo. Como as ações expressivas são limitadas, os órgãos periféricos estão pouco carregados, o que impede tanto a descarga quanto a liberação energética.

Os impulsos que se movem para cima e para baixo são estrangulados no pescoço e na cintura, o que é responsável por uma forte tendência desta personalidade a experimentar a ansiedade. A extensão do corpo, no senso de ampliar-se ou de buscar algo fora de si, está severamente limitada.

Características físicas: O corpo típico do masoquista é curto, grosso e musculoso. Ele é contido, a energia é comprimida. Tem fortes bloqueios no pescoço, “pescoço de touro”. Outra marca importante é a projeção da pelve à frente que recorda a figura do cão com o rabo entre as pernas.

Correlatos psicológicos: Devido a forte contenção, a agressão e a auto expressão são bastante reduzidas. Ao invés de auto assertividade, a pessoa masoquista apresenta queixumes e lamentos. Estes são a única expressão vocal que consegue sair com facilidade de uma garganta estrangulada. Em lugar da agressividade natural há a conduta provocativa que visa a descarga por meio de explosões. Vai subitamente provocar ou convidar à provocação para dar uma desculpa para liberar a energia e a agressão enclausurada.

Tende a ser passivo e contido no relacionamento. Precisa ser puxado para fora, mas resistirá e temerá se essa ajuda for vista como uma invasão. Atitudes de submissão e de cordialidade são traços característicos do

comportamento masoquista. Mas tudo isto devido à forte repressão da agressividade natural, ou seja, a incapacidade de se rebelar contra algo o faz se submeter e, assim, gera raiva e a revolta, amargura, ressentimento e rancor. Tende a ser passivo e a sobrecarregar-se de trabalho para agradar aos outros. Derrotista e auto-humilhante.

Fatores etiológicos e históricos: A organização de caráter masoquista é fruto de um lar onde haja amor e aceitação, ao lado de uma repressão severa. A mãe é dominadora e sacrifica-se; o pai é passivo e submisso.

A mãe dominadora e capaz de sacrificar-se sufoca literalmente a criança, que é levada a sentir-se extremamente culpada por qualquer tentativa de declarar sua liberdade ou de afirmar sua atitude, quando negativa ou rebelde. É típico dar uma ênfase exagerada à alimentação e à defecação, fator que se soma à pressão já mencionada: “Seja um bom menino. Seja bonzinho para sua mãe. Coma toda a sua comida... Faça cocô direitinho. Deixe a mamãe ver”, e assim por diante.

Todas as investidas de resistência, inclusive os acessos de birra, foram esmagadas. O masoquista tem medo de meter-se em situações delicadas (ficar sobre um pé só) ou de intrometer-se (espichar o pescoço; vale o mesmo para os genitais) por medo de ser rejeitado.

4.1.5- Caráter rígido

O conceito de rigidez deriva da tendência que os indivíduos deste caráter têm em se manterem eretos, cabeça bem erguida, e com a coluna

reta, tudo isso devido ao forte orgulho. O indivíduo de caráter rígido tem medo de ceder, pois iguala o ato de submeter-se com perder-se completamente. Ele está sempre alerta com situações onde possam aproveitar-se dele, onde possa ser usado ou enganado. Suas estratégias defensivas assumem a forma de uma contenção de todos os impulsos de sair em busca exterior, de abrir-se, de ceder. Ele usa seu intelecto (ego forte), contando com a realidade para se defender e, assim, cria o conflito básico de sua personalidade: não consegue se entregar ao amor.

Condição bioenergética: Há uma carga razoavelmente poderosa em todos os pontos periféricos de contato com o meio ambiente. Isto favorece a capacidade de testar a realidade antes de agir. Alta energia. O intelecto e a vontade são muito ativos. A contenção é periférica, sendo assim, os sentimentos podem fluir, mas com manifestação limitada. Quando a contenção é moderada a personalidade é ativa e vibrante.

Características físicas: A rigidez depende do nível. Se branda, o corpo é proporcional e mostra harmonia entre as partes. A pessoa se sente integrada e conectada. Uma característica importante é a vivacidade do corpo: olhos brilhantes, boa cor da pele, leveza de gestos e movimentos.

Se grave, a coordenação e a graça dos movimentos serão diminuídas, muitos músculos com espasmos tônicos; armaduras em placa ou rede trançada. O orgulho endurece o pescoço e retém a mandíbula.

Correlatos psicológicos: Os indivíduos com esta estrutura de caráter são geralmente mundanos, ambiciosos, competitivos e agressivos. A passividade é experienciada como fraqueza. Eles têm com frequência uma carreira bem sucedida e são em geral ambiciosos.

Devido ao seu forte orgulho, tem medo de, cedendo, parecer imbecil, de modo que se contém. Por outro lado tem medo de que a submissão acarrete uma perda de sua liberdade. Constante sensação de desvalorização; um sentimento de que falta algo na vida, devido à falta de capacidade de sentir profundamente e/ ou de estabelecer relacionamento amoroso profundo. Vê o sexo com desprezo e ou com fantasias sádicas ou masoquistas, tem incapacidade de conectar sentimentos do coração com os genitais.

Tende à arrogância e distância. Usa a razão e a vontade em detrimento dos sentimentos. Portanto é, com frequência, insensível aos sentimentos alheios. É geralmente enérgico e bem sucedido na carreira, o que é visto como mais importante que relacionamentos pessoais íntimos.

4.2- Grounding

“... O grounding é um conceito chave da Análise Bioenergética e, devido a sua força e consistência, foi adotado por outras correntes da psicologia e agregou conotações contemporâneas igualmente ricas à ideia inicial. O grounding pode ser entendido como “enraizamento”, ou seja, a capacidade de a pessoa entrar em contato consigo mesma e com o mundo exterior” (WEIGAND, 2006)

O indivíduo que está fortemente conectado com a realidade é descrito como alguém “que tem os pés no chão”, o que significa que sente a conexão entre seus pés e o chão sobre o qual está. Lowen, (1997) enfatiza que quando o medo é muito grande, a pessoa pode retirar toda a sensibilidade de seu corpo, limitando sua consciência à cabeça. Vive num mundo de fantasia que é comum em crianças e adultos autistas ou esquizoides. Muitas pessoas

vivem fora de seus corpos para evitar a percepção dos sentimentos assustadores e dolorosos no corpo.

O grounding é um processo energético em que há um fluxo de excitação através do corpo, da cabeça aos pés. Quando esse fluxo é forte e pleno, a pessoa sente seu corpo, sua sexualidade e o chão sobre o qual se apoia. Está em contato com a realidade. Esse fluxo de excitação está associado com as ondas respiratórias, de modo que quando a respiração é solta e profunda, a excitação flui de maneira similar. (LOWEN, 1997 p. 36)

Estar grounded significa estar enraizado, reencontrar a base, o chão, que permite a sustentação a partir de si mesmo. Grounding é um contato energético com a realidade que promove a conexão do mundo interno, individual, com o mundo externo, social. Dá-se por intermédio do desbloqueio do fluxo energético para as áreas do corpo que mantém contato com o mundo: a pele e os demais órgãos dos sentidos, os braços, as pernas e os pés, os genitais.

A postura, associada à respiração, toca nos dois polos unificadores do ser humano: a sexualidade e a espiritualidade. É importante compreender, que liberar as pernas para o fluxo energético não pretende desbloquear a couraça pélvica, mas sim, fortalecer o ego. A sensação de um corpo vivo e vibrante, com mais carga para tolerar as próprias emoções, dá sentido à realidade, sentindo este que não pode ser alcançado apenas pela mente.

A prática do grounding consiste em provocar, pelo estresse da musculatura, movimentos involuntários no corpo, chegando à dissolução de padrões estabelecidos na história do desenvolvimento da pessoa, e ao

mesmo tempo, construindo uma identidade conectada ao verdadeiro self.

Fazer com que a pessoa flexione ligeiramente os joelhos e desloque o peso de seu corpo para frente, para a parte arredondada da sola do pé, transforma a expressão de sua postura, de modo que agora parece mais agressivo, ou seja, preparado para avançar ou agir. A posição em pé permite que o terapeuta avalie quão bem ou mal embasado (grounded) está um paciente, fisicamente, em relação ao chão, e psicologicamente, em relação ao seu corpo. (LOWEN, 1997 p.40)

5 - ESQUIZOFRENIA

A Esquizofrenia é o mais comum e importante quadro tratado no CAPS de Martinópolis, representa hoje, a maioria dos diagnósticos, com 36% dos casos atendidos, segue com 30% os casos Depressivos; 6% Outros Transtornos Ansiosos; 5% Transtorno Afetivo Bipolar / Transtornos Específicos de Personalidade / Retardo Mental leve/ Moderado; 2% Transtornos de Adaptação / Transtornos obsessivo- compulsivo; 1% Transtorno delirante/ Demência / Transtorno Somatoformes.

De acordo com Laplanche e Pontalis (1992) o psiquiatra alemão Emil Kraepelin foi o primeiro a nomear o transtorno, inicialmente chamado de demência precoce. Aproximadamente uma década depois, reconhecendo o conceito aplicado por Kraepelin, o psiquiatra suíço Paul Eugen Bleuler aprofundou os estudos sobre a demência precoce e nomeou o conjunto de sintomas como esquizofrenia, diferenciando a patologia de outros sintomas

que também podem caracterizar demências.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2009), a esquizofrenia é uma doença mental que atinge aproximadamente 1% da população mundial. A patologia altera o comportamento do indivíduo, podendo levá-lo a alterações no pensamento, alucinações (principalmente auditivas), delírios, perda emocional, falta de noção da realidade, o que acaba gerando preconceito e exclusão social.

Reich (1998) define que “para compreendermos o mundo esquizofrênico, nunca o devemos julgar do ponto de vista do *homo normalis*; a sanidade deste está sujeita a sérias ressalvas”, diz que em vez disso, devemos tentar compreendê-lo como expressando funções racionais de maneira distorcida.

A explicação fisiológica apresentada por REICH (1998) esclarece que a esquizofrenia não é uma doença psicológica; é uma doença biofísica que também atinge o aparelho psíquico. Para compreender esse processo é indispensável conhecer as funções da energia orgone. O centro do problema é a ruptura do funcionamento orgônico total, unitário, e a percepção subjetiva dessa ruptura.

Nossa abordagem da esquizofrenia é *biofísica*, e não psicológica. Tentamos compreender as perturbações psicológicas com base nas disfunções *plasmáticas*, e as fantasias *cósmicas* do esquizofrênico em termos das funções de uma energia orgone *cósmica*, que governa seu organismo, embora ele perceba a energia de seu corpo de maneira psicoticamente distorcida. (REICH, 1998, p.398).

Alguns sintomas, como a desorientação, a experiência de colapso, a

perda da capacidade de associação, a perda do significado das palavras, a falta de interesse etc. são reações secundárias à destruição de funções biológicas ressalta o autor, e complementa afirmando que outros sintomas como o olhar distante, o transe, os automatismos, a catalepsia, as reações retardadas etc. são expressões diretas da biofísica, e nada têm a ver com a psicologia.

Holmes (1997) define que as primeiras manifestações da esquizofrenia são chamadas de sinais prodrômicos, ou seja, comportamentos relacionados com o início da psicose.

Os indivíduos com esquizofrenia podem ouvir vozes, pensar que são controlados por outras pessoas, sentir insetos caminhando nos seus corpos, acreditar que outros estão conspirando contra eles ou expressar-se usando linguagem sem sentido. (HOLMES, 1997, p.236).

A mãe de uma paciente portadora de esquizofrenia contou que começou a ver que sua filha estava doente quando passou a perceber comportamentos anormais. Além do isolamento social, sua filha estava nervosa, apresentava comportamento arredio, quebrava coisas, falava sozinha e dizia ouvir vozes.

Outro familiar, conta que seu irmão era muito ativo e de uma hora para outra começou a ficar desanimado e estranho. Após esta primeira observação, começaram outros sintomas, como lavar a cabeça no tanque durante horas, esfregar o mesmo garfo por muito tempo na mesa e conversar com alguém invisível.

Ver coisas nas paredes e ouvir vozes vindas delas é uma

experiência esquizofrênica comum. No fundo, deve haver uma determinada função básica responsável por essa experiência típica. A projeção para fora de determinada função é evidentemente responsável pela sensação de estar dividido em dois. Ao mesmo tempo, a cisão crônica da personalidade, ou em outras palavras, a falta de unidade no organismo, é a base da qual emerge a cisão aguda. (REICH, 1998, p.401).

A esse respeito Reich (1998) considera que o esquizofrênico ouve a si mesmo falando, mas como a auto percepção está separada do processo biológico a que pertence, suas palavras lhe soam estranhas e distantes, e perdem o contato com as coisas a que se referem. Essa situação pode explicar a confusão que tantas vezes domina o doente, quando a cisão entre excitação e percepção se torna aguda. Ele percebe alguma coisa que não é sua; deve haver uma razão para essa experiência, mas não consegue encontrá-la; as pessoas não o compreendem; o médico diz que é “loucura”, e isso só aumenta a confusão. A consequência dessa condição é a angústia e a inquietação.

Existem muitos estudos e teorias a respeito das causas que levam o indivíduo a desenvolver a esquizofrenia, no entanto, nenhum estudo foi comprovado cientificamente. Oficialmente as causas de manifestação da doença ainda não são conhecidas. A Análise Bioenergética considera que o trauma ou a fase de comprometimento emocional dá-se antes do nascimento, no parto ou nos primeiros dias após o nascimento. Lowen (1979) refere que o trauma dá-se quanto ao direito de existir desde experiências intrauterinas, que são “sem nome e sem forma”, na presença de uma mãe fria e rejeitadora.

Os autores Maj e Sartorius afirmam que a patologia pode se

manifestar em todas as idades, porém é muito mais comum que os primeiros sintomas apareçam no início da adolescência ou início da vida adulta. “Foi claramente estabelecido que, em geral, há sintomas não psicóticos, muitas vezes por anos, antes do surgimento de sintomas psicóticos, característicos”. (MAJ E SARTORIUS, 2005, p. 33).

5.1- Fases e tipos de esquizofrenia

A dissociação e a produção de palavras sem sentido aumentavam à medida que aumentava a cisão. A função normal da fala e a associação retornavam quando desaparecia a cisão, e a paciente voltava a sentir as correntes de seu corpo como suas. (REICH, 1998, p. 405).

Holmes (1997) considera que os portadores de esquizofrenia passam por quatro fases. São elas: *fase prodrômica, fase ativa, fase residual e fase crônica*.

A fase prodrômica é aquela em que o funcionamento intelectual e interpessoal começa a se deteriorar. Durante esse período, que pode durar alguns dias ou até anos, alguns sintomas começam a aparecer.

A fase ativa é a segunda, e nela os sintomas de alucinações, delírios e distúrbios de pensamento e linguagem já são nítidos e proeminentes.

Na terceira fase, a residual, alguns portadores voltam à fase inicial e os sintomas ficam menos claros.

A quarta e última fase, que é a crônica, é a mais extrema e tende a ser observada em pacientes que já estão adoecidos durante muitos anos. Os pacientes apresentam muitos sintomas e deterioração de atividades sociais.

Segundo a CID-10 (2000), as formas de esquizofrenia são:

-Paranoide: é a forma mais comum e geralmente de início mais tardio, o que pode garantir que o paciente permaneça mais preservado. É caracterizado pelas ideias delirantes, de conteúdo persecutório, de grandeza ou místico; o portador acredita que está sendo perseguido, que tem poderes, que alguém quer matá-lo. As vozes alucinatórias costumam ter caráter ameaçador ou de comando.

No CAPS um dos portadores dessa patologia relata ouvir canto de passarinhos, acredita ser portador do mal e que trouxe a desgraça para a Terra. Em crise, fica agressivo e tem pensamento suicida. Passado a intercorrência, se acalma, participa e colabora com a rotina do serviço.

-Hebefrênica: o início do quadro nesta forma costuma ser antes dos 25 anos. Há uma tendência ao isolamento social e geralmente o prognóstico é desfavorável, devido à intensa desestruturação psíquica e à presença de sintomas negativos, particularmente embotamento afetivo e perda da volição. Caracteriza-se pela inadequação, com risos imotivados e maneirismos. O comportamento pode ser pueril e inapropriado.

Trabalhando neste Centro pude acompanhar a evolução de alguns casos; e um dos mais marcantes é de um rapaz que adoeceu muito jovem. Diagnosticado com esquizofrenia hebefrênica, tinha seu quadro estável,

quando ao perder a mãe entrou em catatonia, permanecendo quase um mês em mutismo completo, ficava imóvel e rígido sentado com a cabeça baixa. Obedecia automaticamente ordens para se alimentar e locomover. A partir de abordagens de toda a equipe foi lentamente voltando a se comunicar e interagir com o meio.

-Catatônica: predomínio de distúrbios da psicomotricidade, com presença de um ou mais dos seguintes sintomas: estupor, posturas bizarras, mutismo, rigidez, negativismo e estereotípias. Episódios de agitação violenta e impulsividade podem ser observados.

-Indiferenciada: esse tipo de esquizofrenia engloba os pacientes que não se encaixam perfeitamente em nenhuma das categorias antes mencionadas, mas que reúnem um conjunto vasto de características da doença.

O caso estudado neste trabalho pertence a esse tipo de esquizofrenia. Tem um diagnóstico difícil de fazer com alguma confiança, pois depende do estabelecimento e desenvolvimento progressivo das características dos sintomas “negativos” da esquizofrenia sem nenhum histórico de alucinações, delírios ou outras manifestações de um episódio psicótico anterior.

-Residual: é identificado em indivíduos que tiveram um ou mais episódios esquizofrênicos no passado e atualmente apresentam alguns sinais. Caracteriza-se pela presença persistente de sintomas negativos tais como, embotamento afetivo, falta de iniciativa, descuido pessoal, isolamento

social e pobreza do discurso.

- **Simplex:** “mas de simplex não tem nada”. Caracterizado pelo início progressivo de conduta estranha, havendo o desenvolvimento de excentricidades e incapacidade para atender às exigências da sociedade, com declínio global do desempenho. Considerada pouco comum.

-**Depressão pós-esquizofrênica:** designa o episódio depressivo que ocorre ao fim de uma crise esquizofrênica. Embora sintomas esquizofrênicos produtivos ou negativos ainda estejam presentes, estes não dominam o quadro clínico. Este tipo de estado depressivo se acompanha de um alto risco de suicídio.

-**Outra esquizofrenia:** Classifica quadros que não tem aceitação uniforme da literatura.

-**Esquizofrenia não especificada:** Utilizada quando não foi possível classificar o paciente em nenhuma das demais categorias anteriormente citadas.

5.2 - Sintomas

Os autores Maj e Sartorius (2005) revelam que a esquizofrenia é um grupo de síndromes onde alguns dos sintomas são mais característicos que

outros, não existem sintomas específicos. No quadro geral da doença, os sintomas são chamados de positivos e negativos.

Entre os sintomas positivos estão os delírios, as alucinações e as perturbações de pensamento. Entre os negativos, o embotamento afetivo (aparência imóvel e ausência de sentimentos perante situações), a avolição (incapacidade de começar e terminar objetivos) e a alogia (diminuição de pensamento, onde o portador não consegue concluir frases e raciocínios).

São vários os sintomas que atingem os portadores de esquizofrenia. Discorrerei aqui alguns dos principais.

Uma portadora de esquizofrenia paranoide diz que ouvia vozes o tempo todo de pessoas que acreditava serem de uma rede invisível, mas tinham a capacidade de se comunicar com ela. Achava que tudo que estava acontecendo era uma forma de comunicação diretamente com ela, essa teia de relações eram pessoas organizando uma rede de prostituição e maldades. Ela chegou a registrar boletim de ocorrência várias vezes na delegacia de polícia da cidade contra os perseguidores.

Já outra portadora, leva a vida social na medida do possível de maneira ativa e adequada, participa de grupo de atividade física e artesanato na cidade, foi casada, é mãe de 3 filhos. Ela crê que coisas anormais se passam dentro do seu corpo, acredita que ao beber refrigerante, engoliu uma pilha pequena por engano, e esta pilha além de dar choque caminha por todo o seu corpo, às vezes está no cérebro, outras vezes no abdômen ou membros.

Os delírios, de acordo com Holmes (1997), são crenças errôneas que são mantidas a despeito de fortes evidências em contrário. Alguns delírios são absurdos, outros podem até ser possíveis, mas improváveis, por exemplo, imaginar que os seus vizinhos estão escondidos nas árvores do quintal para poder vigiá-lo. As formas de delírios mais comuns são a mania de perseguição e a troca de identidade, que leva o indivíduo a acreditar que é outra pessoa.

Os sintomas variam de acordo com o grau e o tipo de esquizofrenia, Holmes revela que o quadro clínico abrange uma variedade de sinais e sintomas e cita alguns: Alucinações, delírios, processos de pensamento perturbados, inundação cognitiva, sintomas de humor, somáticos e sintomas motores.

A maneira de diminuir ou acabar com os sintomas de esquizofrenia é tomando medicamento, que deve ser receitado e acompanhado por um psiquiatra. Além do medicamento é importante aliar o tratamento biopsicossocial que contribui para a melhoria geral do paciente.

A esquizofrenia ainda é uma doença cercada de muitos tabus e discriminações. Crenças como: “As pessoas com esquizofrenia são violentas e imprevisíveis”, “São culpadas pela doença”, “Eles têm dupla personalidade”, “Precisam mesmo é ficar internadas” são frutos do desconhecimento e do preconceito de uma grande quantidade de pessoas.

6 - Estudando um caso

6.1 – Identificação do sujeito

Nome do Paciente: Doravante R.T.

Sexo: M

Idade: 44 anos

Estado civil: Solteiro

Grau de escolaridade: Segundo grau completo/ Curso técnico agrícola

Naturalidade: Ubiratã/Paraná

Profissão: técnico agrícola

Terapeuta: Ivanilda Antunes Vasconcelos

Início do tratamento no CAPS: 29/10/2007

Abandono em: 04/06/2009

Retorno ao tratamento: 20/09/2009

6.2 - Componentes familiares

R.T. nasceu em Ubiratã no estado do Paraná. Sua família é constituída por pai, mãe três irmãs e um irmão. É o segundo de uma prole de cinco. A irmã mais velha um ano e meio, ficou viúva, voltou a se casar, é mãe de um casal de filhos, separou-se e mora em Martinópolis. A terceira é casada, mãe de um casal de filhos também reside em Martinópolis. Outro irmão, foi casado três vezes, teve também problemas de saúde emocional, separado mora sozinho em uma cidade próxima. A mais nova é noiva, passou em um concurso público trabalha e mora fora.

R.T. quando tinha aproximadamente um ano no Paraná, teve uma doença chamada “mal de simioto” e a família veio para esta região no Estado de São Paulo buscar ajuda médica para ele, pois onde moravam não havia

recursos. Foi atendido por uma benzedeira que o tratou com rezas e remédios caseiros.

De classe social média baixa, o pai tinha a profissão de caminhoneiro, viajava, permanecendo grande parte de tempo ausente dos acontecimentos familiares.

Hoje é aposentado de família descendente de italianos onde o senso de responsabilidade e a religião ocupam alto grau de importância. A mãe sempre cuidou dos filhos, suprimindo as necessidades de saúde, educação e alimentação, mas se manteve afetivamente distante.

6.2.1 - A estratégia de sobrevivência

Em idade escolar sentia-se diferente dos outros garotos, mas não sabia em quê, preferia sempre ficar sozinho e isolado. Interessou-se sexualmente algumas vezes por meninas, mas nunca conseguiu expressar qualquer sentimento, era tímido, sentindo-se constantemente inadequado.

Concluiu o segundo grau com dificuldade, depois fez colégio agrícola na cidade próxima de Presidente Prudente, repetiu um ano, pensou em desistir, sentia-se inseguro e deslocado na maior parte do tempo, mas a família o convenceu da importância de ter uma boa profissão então voltou e terminou o curso.

R.T. desempenhava o papel de menino bonzinho e educado, fazia tudo o que seus pais esperavam dele.

6.2.2- Ilusão e realidade

Gostava de frequentar a igreja, ali se sentia compreendido, e aceito. Frequentou outras denominações além da igreja católica como a igreja Messiânica por seis anos, tinha o desejo de ajudar o próximo, aplicava o Johrei, muitas vezes se compadecia ternamente dos mais necessitados e dava o que tinha nas mãos: às vezes a própria camisa, uma blusa ou alimento.

Depois do término do curso técnico não conseguia permanecer em nenhum emprego. Prestava serviços nas granjas de propriedade da família materna coletando ovos, enquanto salientava aos primos que o trabalho era temporário, pois iria encontrar algo mais adequado e melhor para si.

A família minimizava as atitudes e o comportamento de R. T. e ele buscava na religião o consolo e as respostas de suas angústias mais íntimas.

Decidiu então entrar para uma ordem religiosa chamada Toca de Assis em Cruzeiro-SP, foi para lá em uma das viagens com o seu pai. Gostava do trabalho na Ordem, que era prestar ajuda a doentes, viajantes e mendigos. Sentia-se bem no ambiente espiritual do mosteiro, depois de um dia árduo de trabalho após os ritos religiosos cada um entrava em seus aposentos e em sua clausura individual. Esteve em várias missões da mesma Ordem, era designado onde houvesse mais necessidade de ajuda. Esteve em Potim - Aparecida do Norte, no Rio de Janeiro, em Montes Claros- MG, em Belo Horizonte- MG como ajudante. Vinha esporadicamente visitar a família.

Em 1990 aos 26 anos teve a primeira crise quando decidiu iniciar

estudos para ingressar como noviço na ordem, até então era voluntário. Precisou passar por atendimento psicológico e psiquiátrico, e aí foi aconselhado a voltar para casa e se tratar até se estabilizar. Nessa época sua irmã mais velha casada com um caminhoneiro havia ficado viúva após curto período de casamento. A família passava por um luto quando R.T. retornou. Foi internado em hospital psiquiátrico por 20 dias.

Ele acreditava que era por um pequeno período de tempo, e que logo iriam ligar para que ele voltasse à Ordem a que pertencia. Esperou, esperou... E ainda espera de alguma forma.

A família continuou a acobertar as reais dificuldades de R.T. Procuraram vários tratamentos de saúde e abordagens religiosas durante alguns anos até que os sintomas foram ficando mais evidentes e no final de 2007 o levaram ao CAPS para uma avaliação.

6.2.3 - Medo de ser

R.T. Iniciou tratamento no CAPS em 2007, quando passou por uma avaliação técnica e foi incluído em procedimento intensivo. Estava acompanhado da mãe e de sua irmã mais velha. Queixava-se de ansiedade, e desânimo. A primeira impressão não era a de uma esquizofrenia. Relatava seus sintomas e suas experiências de maneira coerente.

De início teve muita dificuldade em aceitar a medicação prescrita pelo psiquiatra, pois teimava em dizer que não tinha necessidade de nenhuma droga, que Jesus o estava provando e logo o curaria da

enfermidade.

Aparentemente não mostrava nenhum comportamento bizarro, negava alucinações e delírios. Tentava falar e apresentar-se simpático e calmo, como que dizendo: _ “Eu sou normal não tenho necessidade nenhuma de estar neste lugar”. Tinha em seu discurso algo meio frouxo e superficial que não combinava com o corpo, mas não era incoerente sua fala, era simplesmente esquisito.

6.3 - Abandono e desespero

Após várias solicitações para deixar o tratamento alegando ter medo de ficar ainda mais doente, teve algumas faltas sem justificativas. A assistente social realizou visita domiciliar em sua casa e constatou que ele não estava fazendo uso regular da medicação, havia considerável quantidade de remédios acumulados em seu quarto. Sua mãe relatou que ele estava bebendo uma dose de vinho todos os dias. Mesmo sendo orientado sobre a necessidade e importância do seu tratamento R.T desistiu do tratamento e se desligou do CAPS.

6.4 - Colapso e Esquizofrenia

Uma vez ocorrida despersonalização, estando então o ego separado do corpo, desenvolve-se um círculo vicioso. Enquanto o corpo estiver desligado da percepção, suas sensações serão experienciadas com estranheza e terror. Sem uma imagem corporal adequada a mente não pode interpretar corretamente os eventos corporais. (LOWEN, 1979. p. 90).

R. T. retornou ao tratamento três meses depois e estava em surto. A Mãe pedia que o internasse em um hospital psiquiátrico, pois já não sabia como lidar com o seu comportamento instável e agitado.

O paciente esquizofrênico dificilmente tem crítica de que seu estado é patológico e a ausência de insight frequentemente está relacionada à má adesão ao tratamento. R.T estava magro, tinha a aparência desleixada, denotando a ausência de cuidados pessoais. O discurso e o comportamento desorganizado o deixavam inquieto com movimentos e falas repetitivas. Dizia: “Estou sendo provado pelo inimigo, mas serei vitorioso, pois Jesus está vindo salvar-me”. Estava desconectado, seu olhar ausente, desdenhava qualquer um ao seu redor que tentasse contato.

6.5 - Diagnóstico

Nesta altura R.T. teve o diagnóstico definido de F: 20.3 - Esquizofrenia Indiferenciada. Segundo a CID- 10 esta categoria é utilizada quando o quadro preenche os critérios diagnósticos gerais para esquizofrenia, mas não corresponde a nenhum dos subtipos descritos, ou ainda, quando apresenta características de mais de um deles, sem a clara predominância de nenhum.

O diagnóstico da esquizofrenia envolve o reconhecimento de um conjunto de sinais e sintomas associados ao prejuízo social ou ocupacional.

6.6 - Novo Projeto terapêutico

Na análise bioenergética, o trabalho corporal é realizado em coordenação com processo analítico, tornando essa modalidade terapêutica uma abordagem em que corpo e mente é combinada para o enfrentamento dos problemas emocionais. (LOWEN, 1980 p.17).

Quando este paciente retornou ao CAPS acompanhado de seus familiares a equipe se reuniu a fim de decidir sobre a necessidade ou não de internação. A mãe veio uma vez e as duas irmãs de R. T. compareceram duas vezes à Instituição solicitando sua internação, foram atendidas pelo técnico de plantão, orientadas de que tentaríamos uma semana de atenção intensiva. Ele fora especialmente medicado e estaríamos reavaliando o caso em uma semana, e se ainda assim fosse necessário pediríamos vaga para internação.

Ele encontrava-se em estado de intenso sofrimento psíquico, mas decidimos primeiro tentar o tratamento intensivo, que compreendia ficar o dia inteiro no serviço. Entrava às 7:30 h e ia embora somente às 17:00 h ficando sob supervisão constante da equipe.

Em reunião de Equipe discutindo o caso de R.T. me propus a atendê-lo neste período individualmente com exercícios de bioenergética a fim de ajudar na sua continência.

Iniciamos alguns exercícios de emergência, eu o atendia duas vezes na semana, onde utilizava principalmente o grounding e bolinhas nos pés. R.T. olhava de maneira alheia a tudo ao seu redor e se mostrava inquieto o tempo todo.

Passadas duas semanas, R.T. sinalizou importantes sinais de melhora, diminuiu as falas desconexas, melhorou o sono e agitação

psicomotora. A família presente em reuniões semanais também aceitou a conduta. Reavaliamos seu quadro, eliminando a possibilidade de internação psiquiátrica. Elaboramos então novo Projeto terapêutico onde eu iria atendê-lo de forma sistemática com o uso da Análise Bioenergética. Ficou assim seu Projeto:

Terapia Bioenergética semanal/

Supervisão medicamentosa com prescrição de:

Risperidona 2 mg / Biperideno 2mg / Depakene 250 mg /
Carbolitium 300 mg/ Clorpromazina 25 mg.

Oficina Terapêutica – (Horta de manhã) (tear à tarde)

Atividade Física / Orientação familiar

6.7 - Abordagem multidisciplinar

O conflito entre o ego e o corpo pode ser leve ou grave: o ego neurótico é aquele que domina o corpo, o ego esquizoide o nega, ao passo que o ego esquizofrênico se dissocia dele. O ego neurótico, temeroso da natureza irracional do corpo, procura simplesmente subjuga-lo. Porém, quando o medo do corpo cresce a ponto de se transformar em pânico, o ego passa a negá-lo em interesse de sua própria sobrevivência. E quando o medo do corpo atinge o grau de terror, o ego se dissocia dele, rompendo completamente a personalidade e produzindo a condição esquizofrênica. (LOWEN, 1979. p. 21).

O projeto terapêutico de R. T. focava em melhorar a sociabilidade, treino de habilidades e promoção da adesão ao tratamento medicamentoso. Participava regularmente uma vez na semana de grupo psicoterápico.

Estava incluso na Oficina de horta, onde junto com outros pacientes preparavam canteiros, plantavam sementes e mudas de hortaliças para o

consumo diário na própria instituição. Participava das caminhadas e atividades regulares de Atividade física e de lazer.

R.T participou também de um grupo por mim dirigido chamado “Atividade Corporal” composto por cinco a oito pacientes no qual fazíamos alguns exercícios de grounding e respiração. Estes exercícios eram realizados uma vez na semana ao ar livre, pois não tínhamos sala apropriada no horário disponível para o grupo. Usávamos uma área verde com árvores nos proporcionando sombra. Algumas vezes após o grupo R.T. demonstrava alívio dizendo: “sinto-me mais tranquilo, aliviou o peso no meu peito” ou – “Melhorou a angústia e sinto mais meus pés no chão”.

No entanto constantemente mostrava-se angustiado, inquieto buscando entender o que se passava consigo mesmo, ora às vezes parava e ficava a olhar o nada durante longo tempo, depois se virava normalmente e sorrindo continuava sua atividade terapêutica.

Em uma de nossas reuniões técnicas mensais, onde discutíamos mudanças, revisões de procedimento e estudo de casos questioneei a equipe e particularmente a psiquiatra sobre o caso de R. T., que ultimamente queixava-se constantemente de esquecimentos. Então a psiquiatra esclareceu que o esquecimento era apenas um sintoma do progressivo quadro do paciente, onde alterações de sua sintomatologia iriam evoluir para o empobrecimento de sua vida psíquica.

Durante o último ano de tratamento o paciente teve algumas recaídas, mas principalmente melhora geral. Com o quadro estabilizado foi reduzido seu procedimento para Semi-intensivo, comparece ao tratamento três vezes na semana no período da manhã. Solicitava mais tempo para

ajudar a comunidade com serviços voluntários.

7 - PROCESSO TERAPÊUTICO

Na análise bioenergética, o trabalho corporal é realizado em coordenação com processo analítico, tornando essa modalidade terapêutica uma abordagem em que corpo e mente é combinada para o enfrentamento dos problemas emocionais. (LOWEN, 1980, p.17).

A primeira vez que vi R.T fiquei sobremaneira intrigada me perguntando o que teria acontecido a este rapaz. Que trauma poderia ter sido tão profundo e terrível?

Eu já conhecia uma parte da história dele, pois já havia feito alguns atendimentos de emergência, trabalhamos também em grupos de Atividade Corporal e oficinas. Chamei-o e lhe expliquei sobre a proposta de realizar Terapia Bioenergética de maneira mais sistemática. Combinamos toda sexta-feira de manhã, enquanto os pacientes saíam para a caminhada, ele ficaria para a sessão. Expliquei-lhe sobre usar este atendimento para meu trabalho de conclusão de curso, consentiu prontamente e assinou a autorização.

Na primeira sessão iniciamos com o grounding em pé. Apresentava-se temeroso de não conseguir respirar. Tinha medo de respirar por causa dos sentimentos que a respiração pudesse evocar. Sofria de uma grande ansiedade sexual relacionada com sua culpa relativa à masturbação.

Na segunda sessão R. T. me procurou logo de manhã e disse que se sentia muito bem e gostaria de sair para a caminhada. Percebi a expressão

assustada compreendendo que a sua tolerância às sensações corporais era muito limitada. Foi necessário um tempo para superar a desconfiança e reconhecer a sua doença. Quando um paciente diz: “eu não sei quem sou”, na realidade está dizendo: “Eu não sei o que sinto o que quero e o que necessito.” (LOWEN 1979, p.229). R. T. não tinha consciência de si próprio, de sua identidade.

Com o decorrer de várias sessões R.T. disse que “alguma coisa poderia estar errada” por não conseguir realizar seus objetivos, “eu não consigo sair do lugar”, queixava-se de infortúnio e fracasso. Ele desejava voltar para o seminário. Criara um papel, se confinara nele distorcendo sua auto percepção. Adotou o papel de bom moço de modo a agradar os seus pais.

Ocasionalmente faltava à sessão, depois justificava dizendo não estar bem ou ter tido crise de ansiedade e fora na igreja rezar para expiar sua mágoa e orgulho, pois não conseguia entender a situação. Algumas vezes quando estimulado a expressar agressividade torcendo a toalha ou bater as pernas cansava-se rapidamente, interrompendo o exercício. Aos poucos aprendeu algumas posturas, colaborando no processo.

Com o tempo e com a evolução dos atendimentos R.T demonstrou melhor aceitação de sua doença. Os alongamentos e respiração o acalmavam e o ajudavam a estar mais atento.

7.1- Leitura Corporal

É em seus olhos que o esquizofrênico mostra mais claramente sua doença. Às vezes, pode se fazer o diagnóstico a partir, simplesmente, dos olhos. Reich descreveu-os como sendo “um olhar tipicamente remoto de distância”. Parecem olhar através de você e não para você... O que há de errado com os olhos dos esquizos? Como é que eles “se desligam”? (LOWEN, 1977, p.319)

O corpo de R.T. é alongado e proporcional, boa estatura, mas amorfo e sem tônus. Sua expressão é recatada, um tanto tímido. Com tensões musculares graves, que lhe proporcionam um arqueamento nas costas, de modo que ele está sempre curvado para frente, o pescoço parece encolhido.

A respiração é superficial, pouca agilidade e mobilidade corporal.

De maneira geral é simpático e educado, ao ficar ansioso pisca muito os olhos, balança a cabeça e os ombros.

Se o indivíduo não está atento ao seu corpo, é porque tem medo de perceber ou experimentar os seus sentimentos. Se os sentimentos tem um caráter ameaçador, geralmente são suprimidos. Isso se processa através de tensões musculares crônicas que não permitem que qualquer fluxo de excitação ou movimento espontâneo se desenvolva nas áreas relevantes. (LOWEN, 1982, p. 56).

7.2 - Análise do Caráter

O corpo é abandonado quando se torna uma fonte de dor e humilhação em vez de prazer e orgulho. Nestas circunstâncias a pessoa se recusa a aceitar ou identificar-se com o seu corpo. A pessoa volta-se contra ele. (LOWEN, 1910, p. 207).

De acordo com a Análise Bioenergética, a classificação para as características de personalidade do paciente R.T. é correspondente ao

Caráter esquizofrênico. Esta estrutura foi descrita primeiramente por Reich e posteriormente por Lowen, já enunciada neste trabalho no capítulo quatro.

Os estudos de Reich em *Análise do Caráter* (p.367-459) e de Lowen oferece importante material para entendimento deste caráter. Reich escreve que “nenhuma outra experiência humana se presta tão bem ao estudo do “diabo” quanto à experiência esquizofrênica”.

O mundo esquizofrênico, em sua forma mais pura, é uma mistura de misticismo e inferno emocional, de visão penetrante, embora distorcida, de Deus e do diabo, de sexualidade perversa e de moral assassina, de sanidade até o mais alto grau de genialidade e de insanidade até o grau mais profundo, tudo fundido numa só experiência terrível. (REICH, 1998, p.367).

Entre as razões da busca de tratamento de R.T. estava entender o fracasso na busca de se tornar um padre católico, e a sua inadequação diante da vida.

O pai de R. T. era sobremaneira rígido, cobrava de seus filhos compromisso em tudo o que fizessem, tinham que ser fortes para aguentar qualquer coisa que porventura acontecesse. Nos poucos momentos que ficava no lar, nos intervalos de poucos dias entre uma viagem e outra, exigia de todos da casa silêncio disciplinar, não admitia desavenças, discussões nem discórdias, falava alto e se irava com frequência, tinha ataques de fúria.

Lowen (1979) fala que a predisposição constitucional da estrutura corporal esquizofrênica desenvolve-se ainda no útero, porém as forças que mantém essa disposição na idade adulta surgem a partir da psicologia dos pais.

Apesar de este pai estar sempre ausente exercia grande influência familiar, pois além de ser extremamente agressivo, também manipulava de longe o comportamento da esposa e dos filhos. Lowen explica que:

Nestes relacionamentos é possível antever explosões de fúria e violência. A criança enfrenta a hostilidade da mãe com os seus próprios impulsos assassinos. No entanto, é prisioneira dos conflitos de ódio e dependência, negação e identificação, e acaba ficando congelada num estado de imobilidade. (LOWEN, 1979, p.198).

Na cidade moravam também a família extensa com vários tios e primos, pelos quais ele nutria grande admiração e apreço. Estes familiares tinham um código moral respeitado na cidade, donos e trabalhadores em granja, assíduos participantes de missas e festas na igreja católica local.

A mãe apresentava um comportamento quase compulsivo, exercendo o papel de esposa, mãe e vizinha perfeita, mas era incapaz de uma demonstração de afeição ou carinho para com R.T. Ela lutava para corresponder às cobranças infundáveis do marido e familiares, cuidava dos afazeres domésticos sistematicamente, fazia vendas de ovos e leite na residência (proveniente da granja dos familiares) a fim de ajudar na economia doméstica.

Quando criança, sua relação pouco próxima da mãe o levou a transferir para o pai todos os seus anseios de envolvimento, idealizando a figura paterna. No interesse de sua sobrevivência aceitava as exigências e cobranças deste na esperança de ser aceito, mas quanto mais tentava, mais fracassava.

Conscientemente, o paciente temia o seu pai e se identificava com ele. Inconscientemente, odiava a mãe e se identificava com ela. Cada um dos pais o usava como forma de revide ao outro.

Na personalidade dividida, o sentimento sexual é experienciado como alienígena, compulsivo, e "ruim". O indivíduo esquizoide não consegue identificar-se com seus sentimentos sexuais porque, em primeiro lugar, estes sentimentos não são seus.

É compreensível que R.T. tenha crescido com um senso de identidade inadequado. Ele não pode decidir entre ser pai ou homem ativo sexualmente, ser um menino ou um adulto, a nível mais profundo, ser homem ou mulher. Sentia-se culpado por se masturbar porque a religião exigia castidade.

Pode-se compreender agora porque a dissociação esquizofrênica se encontra tão regularmente enraizada no desenvolvimento pré-natal e imediatamente pós-natal: qualquer perturbação grave ocorrida durante o processo da coordenação orgânica constitui um ponto fraco na personalidade, a partir do qual, mais tarde, sob certas condições emocionais, a descoordenação esquizofrênica poderá se estabelecer. (REICH, 1998, p.408).

Ele sempre se enxergou como uma pessoa submissa, temerosa da autoridade e incapaz de se afirmar. Sua submissão diretamente encobriu uma violência reprimida.

O que a pessoa de caráter esquizofrênico evitou por meio do uso de seu sistema de defesa foi o terror íntimo, o terror do aniquilamento. Está visto que ele não teria podido lidar com isso quando era apenas um bebê, pois se achava completamente abandonado na hora de maior necessidade. Como

bebê, este indivíduo sentiu hostilidade direta pelo menos de um dos pais, dos quais dependia a sua sobrevivência. Essa experiência deu início ao seu terror existencial.

Trabalhando na terapia, verá que, para sentir que existe, precisa sentir a unidade, cumpre-lhe fortalecer os limites e o funcionamento do ego, afirmando o direito de ser no mundo físico.

7.3 - Exercícios Corporais

As duas formas de evitar o grounding têm o sentido de fugir de um profundo sentimento de abandono e rejeição carregado de pânico. Este pode ser o perfil da pessoa que carrega dentro de si um núcleo psicótico que se mantém encoberto pela atitude anti-grounding. (WEIGAND, 2006 p.62).

A terapia almejou a melhora do padrão profundamente enraizado de medo e confusão presente neste caso através da prática do grounding e estímulo da expressão da raiva.

Descreverei algumas das técnicas físicas empregadas, baseadas na obra de Lowen.

GROUNDING: O paciente é solicitado a ficar de pé com os pés afastados cerca da largura de seu quadril, artelhos voltados para dentro, joelhos dobrados; pulsar para cima e para baixo sobre as pernas, coordenar com respiração; pular; bater pés no chão; grounding sobre uma perna; agachar com pernas separadas; trabalhar nas solas dos pés, com bastão, com bolinha.

GROUNDING INVERTIDO: Nesta posição o corpo do paciente curva-

se para frente. Todo seu peso está sobre os seus pés, que se encontram separados aproximadamente quarenta centímetros, com os artelhos virados ligeiramente para dentro. Os seus dedos das mãos tocam o chão levemente, embora o grau de flexão possa variar de acordo com a quantidade de esforço que se deseja colocar sobre os músculos das pernas. Nesta posição, o bloqueio diafragmático geralmente é liberado, e com isso a respiração torna-se abdominal.

EXERCÍCIOS DE EXPRESSÃO: O paciente poderá chutar o colchão com as pernas dobradas ou esticadas. O indivíduo esquizoide tensiona o abdômen e restringe a sua respiração ao executar tais movimentos. Enrijece o pescoço, o que impede a sua cabeça de participar. Ele precisa ser incentivado a “soltar” a cabeça, de modo que esta se mova com o restante do corpo.

EXERCÍCIOS PARA O ANEL VISUAL: Os exercícios de Self-Healing, criados por Meir Schneider, 1998.

7.4 - Grounding e realidade

Em Bioenergética, o movimento natural da vida se dá em direção ao prazer e não ao sofrimento. São as couraças impostas pela neurose da sociedade, da qual a família é um dos representantes, que interrompem o fluxo vital da energia que busca o amor e a alegria e a confinam em uma vivência dolorosa. (VOLPI & VOLPI, 2003, p.131).

A seguir alguns comentários e sensações durante as sessões.

Como passou a semana?

Não me lembro de muito... Esqueço-me...

Em casa sinto-me um pouco deslocado, fora da família, durmo em um quarto separado da casa.

Fiquei ansioso, Tive discussão com minha mãe, não sei o motivo. Eu não consigo perdoar – Não consigo dizer “eu te amo” ao meu pai.

Eu deveria liberar o perdão, sou muito orgulhoso.

Eu poderia estar ajudando as pessoas necessitadas, em vez de ser ajudado.

Eu penso nessas pessoas sofrendo tanto com a violência, as catástrofes, as guerras...

Sinto a angústia no peito e cansaço nas costas.

Estou angustiado por causa do pecado da masturbação.

É culpa grande, não consigo respirar.

A angústia, mágoa e ressentimento não me deixam em paz, só tenho lixo por dentro. Se eu não tivesse sido honesto nas entrevistas que tive, hoje eu poderia estar formado, ser um religioso respeitado por todos.

Não sou nem padre e nem um homem de família.

Não fiz nada da minha vida.

Não sei explicar, pesa a tristeza, não sei amar como Jesus amou.

Os medicamentos ajudam, mas depois volta toda a angústia de novo.

O meu pai foi duro, o cristão é sempre perseguido.

O que está acontecendo no mundo?

O inimigo está bagunçando tudo.

O exercício dos olhos me ajudou, me sinto mais eu mesmo.

Vou à igreja quase todos os dias. Ontem fui à missa, depois rezei o terço...

Pra completar a beatice assisti a um programa religioso na T.V.

Não posso mudar, porque a religião faz parte de mim.

Hoje fiquei mais leve, se todos os dias estivesse assim estaria ótimo.

O NÃO é pra mim, o SIM é para os outros.

No começo da terapia, eu sentia medo, achava que poderia ser perigoso para o meu “eu”.

Agora sei que está sendo bom pra minha vida. Estou mais dentro de mim.

8- CONSIDERAÇÕES DO CASO

É claro que o paciente gostaria de ser diferente do que é. E por isso, está em terapia. Este é também o significado de seu ego ideal. Mas isso é como olhar para a outra margem do rio, sem saber o que fazer para chegar até lá. É como pedir que nadasse, a uma pessoa com medo de água. O paciente sente que se lhe está pedindo que abandone um terreno familiar a um lugar desconhecido. Quando começa, parece que está amedrontado, fraco e inseguro; é forte sua resistência. A motivação deve ser igualmente forte. A fim de alcançar este ponto, o terapeuta deve conscientizar o paciente do distúrbio que é seu caráter e, ao mesmo tempo fazê-lo sentir a possibilidade de um modo melhor de funcionamento. (LOWEN, 1977. p.127)

Hoje R.T. no meio social desempenha atividade voluntária de montar cestas básicas para a população carente todos os meses em sua Paróquia e ajuda eventualmente em uma horta municipal. Mantém visitas esporádicas a primos de sua faixa etária e realiza todos os dias caminhadas à tarde.

Faz quatro anos que conheci R. T. Ele não se tornou mais alegre.

Hoje ele está mais consciente das suas dificuldades e limites, mais em contato com seus sentimentos e menos ansioso. Seu estado de angústia já não é frequente. Permanece no tratamento duas vezes por semana no período da manhã, no procedimento semi-intensivo. Frequenta a terapia a cada quinze dias.

Ainda traz a frustração de não ter podido exercer o sacerdócio como sonhara.

A mãe participa de reuniões familiares, continua lamentando e queixando-se das situações conflituosas com o marido e família. Foi encaminhada para acompanhamento psicoterápico, compareceu poucas vezes e abandonou o tratamento ambulatorial.

Penso que R.T. necessita ainda de um bom tempo de acompanhamento terapêutico, portanto continuam minhas reflexões sobre o seu caso e sobre a tarefa de entender o significado e a possível ação transformadora da Abordagem Bioenergética dentro deste serviço.

9 – CONCLUSÃO

Finalizando este trabalho, penso que a prática da Análise Bioenergética em conjunto com Abordagem Multidisciplinar no atendimento ao portador de transtorno mental, potencializa a prática terapêutica promovendo eficazmente melhoria e organização de vida. Construindo uma clínica que seja o fruto da contribuição das diferentes formas de saber que

compõem o campo da saúde mental, integrando-se e complementando a hegemonia do saber psiquiátrico.

Importa-nos não reproduzir práticas institucionais que se praticam em alguns hospitais psiquiátricos. A estabilidade e melhora significativa de pacientes muito graves como o caso estudado, a progressiva reinserção na família, na cultura, no trabalho, são êxitos que só esta construção coletiva torna possível.

Aprender sobre mim e sobre o outro é o que sempre busquei. A Análise Bioenergética me proporcionou grounding (sustentação) e equilíbrio para que eu pudesse chegar até aqui e compreender que quando temos clareza sobre o que é importante para nós, conseguimos dar passos importantes rumo a nossa plena satisfação.

Na experiência de trabalho neste caso e realização desta monografia tive a grata oportunidade de incorporar a função pedagógica e terapêutica, visto que no tempo em que o tratamento acontece, desempenha-se uma função de escola. Mas não de uma escola concreta, com prédio, salas de aula, professor, etc., e sim uma escola que parte da relação do cuidado como fonte de aprendizado.

Como profissional neste serviço público desafiador e complexo, tenho tido extraordinária oportunidade de refletir sobre as conquistas, estratégias e a prática da Análise Bioenergética como uma abordagem sólida e eficaz.

10– BIBLIOGRAFIA

ALVES, J.P. & CORREIA G. W. B. **O corpo nos grupos. Experiências em Análise Bioenergética.** Recife: Libertas. 2007.184p.

CID 10. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento.** Porto Alegre: O.M. S. - Genebra; 1993.

DSM-IV. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

HAY, L.L. **Meditações para a saúde do corpo e da mente.** Rio de Janeiro: Sextante; 2000.

HOLMES. David S. **Psicologia dos Transtornos mentais.** Porto Alegre: Artes

Médicas, 1997, 278p.

LAPLANCHE E PONTALIS. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins

Fontes;

1992.

LOPES, M. **Saúde mental e Saúde Pública**. Aula ministrada no Curso de Especialização em Saúde Mental Promovido pela INBRAPE. Em 08/08/2003.

Apostila. Presidente Prudente/SP.

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

LOWEN, A. **O Corpo traído**. 3 ed. São Paulo: Summus. 1979. 270p.

LOWEN, A. **Bioenergética**. São Paulo: Summus. 1982. 302p.

LOWEN, A. **Prazer. Uma abordagem criativa da vida**. São Paulo: 1984. 230p.

LOWEN, A. **Alegria**. São Paulo: Summus. 1997. 242p.

MAJ, M.; SARTORIUS, N. **Esquizofrenia**. Porto Alegre: Artmed. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

OMS **Organização mundial da saúde**. Disponível em: www.who.int/en. Acesso em: 11 set.2011.

REICH, W. **Análise do caráter**. São Paulo: Martins Fontes. 1998. 491p.

SCHNEIDER, M.; LARKIN M.; SCHNEIDER D. **Manual de auto cura – Método self-healing**. São Paulo: Triom. 1998.216p.

STUART, G.W. **Enfermagem Psiquiátrica: práticas e princípios**. 6. ed. Porto Alegre:

Artmed, 2001, 380p.

VOLPI, J.H. & VOLPI, S. M. **Reich A análise bioenergética**. Curitiba: Centro Reichiano. 2003. 144p.

KAPLAN, H & SADOCK B. L. **Compêndio de Psiquiatria Dinâmica**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1984.

KUSNETZOFF RC. **Introdução à Psicopatologia Psicanalítica**. Editora Nova Fronteira. 1982.

WEIGAND, O. **Vazamento de Energia em Estruturas Subcarregadas e Sobrecarregadas**. Palestra no III Encontro Paranaense de Psicoterapias Corporais, Curitiba, 1 – 3 de Maio de 1998.

WEIGAND, O. **Grounding e Autonomia: A terapia corporal Bioenergética revisitada**. São Paulo: Edições e produções Person, 2006.143p.

Anexo A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ R.G.
nº _____,

Concordo em participar da atividade acadêmica proposta por Ivanilda Antunes Vasconcelos aluna do Curso de Análise Bioenergética no LIGARE / Americana.

Estou ciente de que é uma atividade didática do referido Curso; considerando que minha participação é voluntária e posso cessar o processo a partir de minha comunicação.

Estou esclarecido e dou meu consentimento para que as informações por mim prestadas e atividades desenvolvidas possam ser utilizadas e os resultados expostos na literatura científica, resguardadas as normas de sigilo e anonimato.

Declaro que estou ciente dos termos.

Martinópolis, _____, agosto de 2011.

Aluna pesquisadora: Ivanilda Antunes Vasconcelos

Anexo B

AUTORIZAÇÃO

Eu _____, Coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I de Martinópolis autorizo Ivanilda Antunes Vasconcelos, pedagoga nesta Instituição e aluna do Curso de Análise Bioenergética no LIGARE/ Americana, a realizar atividade acadêmica neste Centro.

Estou ciente de que é uma atividade didática do referido Curso.

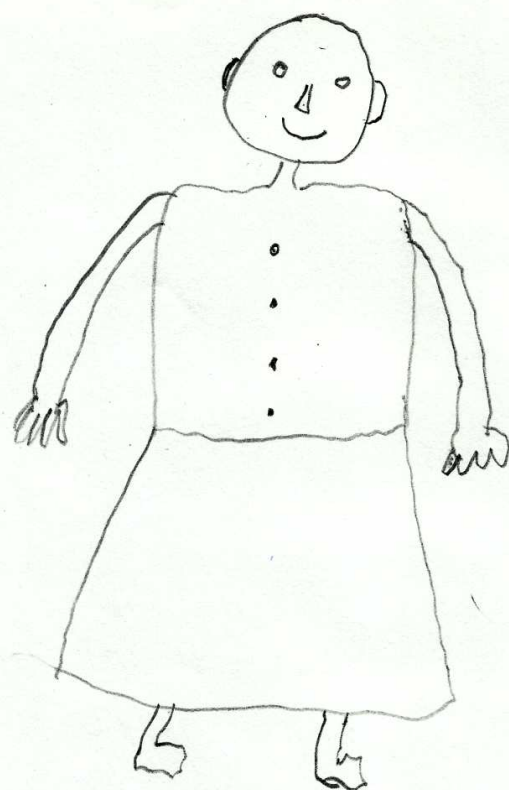
Estou esclarecida e dou consentimento, para que as informações e atividades desenvolvidas por Ivanilda Antunes Vasconcelos possam ser utilizadas e os resultados expostos na literatura científica, resguardadas as normas de sigilo e anonimato.

Martinópolis, ____ agosto de 2011.

Coordenadora: Fernanda Aparecida Previato Bazzo

Aluna pesquisadora: Ivanilda Antunes Vasconcelos

Anexo C



Desenho de R.T. em 12/08/11.

Análise do desenho

Vestir-se de sacerdote denota também ambiguidade quanto à definição sexual.

Braços e pernas com cortes energéticos em relação ao corpo.

Desenergizadas, (indicando dificuldade de contato interpessoal e contato com a terra, falta de senso de realidade, segurança, autonomia). Os braços parecem ter sido aplicados como um apêndice não faz parte do todo. Fracos e infantis.

Inclinação no pescoço indicando bloqueio da energia, um corte entre cabeça e corpo.

Localização do desenho no alto da página, e não desenhou um chão: como se estivesse flutuando acima da realidade.

Pescoço frágil para sustentar a cabeça.

