



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Périsson Dantas do Nascimento

**ANÁLISE BIOENERGÉTICA DO SOFRIMENTO ORGÂNICO:
DIAGNÓSTICO E EFICÁCIA DO TRATAMENTO**

DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO
2012

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**ANÁLISE BIOENERGÉTICA DO SOFRIMENTO ORGÂNICO:
DIAGNÓSTICO E EFICÁCIA DO TRATAMENTO**

Tese apresentada por Périsson Dantas do Nascimento à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica sob a orientação da Profa. Dra. Mathilde Neder.

SÃO PAULO
2012

BANCA EXAMINADORA

Dedico esse trabalho com toda a minha admiração e profundo agradecimento à Professora Mathilde Neder, com quem tive o privilégio de conviver durante todo desse percurso. Ter sido seu orientando é mais do que uma honra, foi um grande presente da Vida.

Também dedico esse texto às pacientes participantes dessa pesquisa que, com sua generosidade e coragem, expuseram suas vidas em encontros plenos, intensos, de troca de experiências e profunda emoção. Que esse trabalho possa prosperar e lançar as sementes para um cuidado integral em saúde.

AGRADECIMENTOS

Foram cinco anos de uma aventura de autodescoberta e crescimento, tanto pessoal como profissionalmente. O Doutorado, para mim, foi muito mais que uma pesquisa científica, significou uma jornada de amadurecimento e consolidação de minha trajetória como psicoterapeuta em Análise Bioenergética, realizando um sonho de conhecer, dialogar e aprender com grandes mestres que, no Nordeste, eram somente nomes escritos em livros e textos. A oportunidade de estar em São Paulo transformou em realidade o contato com pessoas especiais, nomes históricos em Psicossomática e Psicoterapia Corporal, que com sua sabedoria iluminaram e influenciaram esse trabalho.

Essa jornada foi realizada com muito sofrimento, insegurança, angústias, mas também superação de obstáculos, reconfigurações emocionais e teóricas, que me fizeram tomar um caminho para tornar-me adulto em todos os sentidos. E, sem o suporte de muitas pessoas, esse percurso não poderia ter sido realizado. Quero aqui aproveitar o espaço para agradecer profundamente essa imensa rede de apoio que tive para conseguir terminar esse caminho, marcado principalmente por encontros, abraços, trocas genuínas de afeto e conhecimento.

Inicialmente quero agradecer a minha família. Sem vocês, minha vida não teria o mínimo sentido desde o princípio. Em momentos de dificuldades, reviravoltas, mudanças, eu fui suportado emocionalmente e financeiramente por pais especiais que, desde que me entendo por gente, sustentaram a promessa de oferecer para seus filhos o acesso ao estudo como herança. E cheguei ao grau máximo desse processo, ao me tornar Doutor em Psicologia Clínica, unindo os meus sonhos com os sonhos dos meus pais. Obrigado por vocês existirem na minha vida e ser meu porto seguro: Gregório (pai), Cida (mãe), Tatiane e Thomaz (irmãos), o amor de vocês me dá o grounding básico para seguir em frente.

Ao chegar a terras paulistanas, fui acolhido por outra grande família: o Instituto de Análise Bioenergética de São Paulo. Foi pertencendo a essa comunidade que consegui aprimorar o meu fazer/pensar clínico, com profissionais e colegas que fazem da psicoterapia um compromisso com o crescimento e desenvolvimento humanos. Tive a oportunidade de fazer grandes amigos nesse espaço, onde hoje realizo o sonho de poder transmitir o que eu aprendi, sendo

reconhecido como professor convidado dessa instituição que tanto respeito. Obrigado à Liane Zink por acreditar em meu potencial desde o primeiro olhar; à Mila Freitas por abrir as portas do IABSP e me receber com seu sorriso lindo; à Marina Pedroso por ser a coordenadora e supervisora mais “bizarramente” inteligente que poderia passar no meu caminho e me oferecer o porto seguro sempre que vou a São Paulo; à Zoca Freire pelo cuidado terapêutico criterioso durante todos os anos que passei na cidade; aos trainers internacionais Len Carlino, Guy Tonella e Heiner Steackel por sua sabedoria e suporte que me ajudou a encontrar meu lugar adulto na vida; às professoras Léia Cardenuto, Luiza Revoredo, Rebeca Berger, Márcia Barreto, Anna Maria Pavesi, Mariangela Donice, Elaine Gloeden, Ana Silvia Limeirinha, Ercília Rielli e Odila Weigand a quem saúdo todo o corpo docente, o meu muito obrigado. E principalmente, aos meus AMIGOS para sempre que compartilharam mais do que conhecimento, compartilharam suas vidas, suas dores, suas histórias durante o processo intenso de nossa formação: Eugénice Moura, Chantal Marmor, Deise Atença, Ricardo Weigand, representantes de toda a imensa comunidade bioenergética paulistana que estará sempre no meu coração.

Na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo tive a oportunidade ímpar de realizar um percurso na psicologia clínica com grandes mestres que transmitiram seu saber de maneira magistral nas suas áreas de estudo. Estudar numa instituição tradicional como a PUCSP foi um privilégio e a complementação de um percurso profissional de reflexões sobre a atenção psicoterápica em Psicossomática, realizada no meu caminho de formação em Análise Bioenergética. Mesmo com todas as dificuldades no percurso, decorrentes das tramas relacionais próprias da vida acadêmica, eu consegui trilhar uma estrada caracterizada pelo afeto e reconhecimento de pessoas marcantes, a quem quero deixar minha profunda gratidão. Em primeiro lugar à Profa. Dra. Mathilde Neder por sua generosidade, sabedoria, disponibilidade, confiança e profundo respeito pelo meu tempo e aos percalços do meu percurso na construção desse trabalho. Poderia aqui dedicar um livro inteiro para contar todas as experiências que tive com essa mulher extraordinária que me acolheu, me defendeu, se preocupou genuinamente comigo, me puxou as orelhas quando precisei e, principalmente, reconheceu em mim um potencial que nem seu sabia ou acreditava que existia. Esse olhar de reconhecimento e respeito foi também generosamente dispensado a mim por outros mestres com quem compartilhei minha trajetória no Núcleo de Psicossomática e

Psicologia Hospitalar, a quem reverencio aqui sua contribuição: Prof. Dr. Esdras Vasconcellos, Profa. Dra. Denise Ramos, Profa. Dra. Ceres Araújo, Profa. Dra. Edna Kahhale. Espero poder ser um multiplicador do que pude aprender com nossos encontros.

Além dos mestres, tive a felicidade de, nesses anos de PUCSP, conhecer pessoas fundamentais na minha história que não são meros colegas de academia, mas são minhas bases de apoio afetivo na vida paulistana. Pessoas de vários lugares do Brasil que marcam minha história com seu amor que vai além de qualquer saber da universidade. Obrigado por vocês existirem na minha vida! Citando aqui por ordem de quem primeiro encontrei e me apaixonei: Adriana Sampaio, Caroline Carollo, Ana Pita, Patrícia Almeida, Érika Nunes, Rosa Spinelli, Maria Mello, Cristina Simone Longobardo, Fátima Martucelli, Fabiana Fernandes, Carla Lago, Roberto Garcia, Irit Kaufmann, vocês fazem parte dessa conquista. São tantas histórias, tantas risadas, tantas alegrias, tantos choros e a gente sempre servindo de suporte uns aos outros para vibrar com as conquistas obtidas tanto pessoalmente como academicamente. Vocês me fazem acreditar que é possível sim, por mais que muitos tentassem em vários momentos me dizer que não, fazer do ambiente acadêmico um espaço de encontros verdadeiros, profundos, de nascimento e manutenção de valores humanos como amizade, companheirismo e construção.

No final do processo, tive a oportunidade de voltar para as minhas origens e passar um ano muito produtivo como docente temporário na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, onde desenvolvi atividades como docente no Curso de Psicologia e, através disso, consegui estabelecer parcerias imprescindíveis para a realização desse trabalho. Quero agradecer ao amigo Rodrigo Oliveira, coordenador do Serviço Psicológico do Ambulatório do Hospital Onofre Lopes, pela confiança no meu trabalho e por me encaminhar as pacientes participantes da pesquisa. Agradeço também a Profa. Lieti Leal por disponibilizar o espaço do Serviço de Psicologia Aplicada para os atendimentos e a toda equipe de funcionárias que viabilizou a continuidade do trabalho, em pleno período de férias, especialmente Livramento, Jane e Luana. Também não posso esquecer aqui de agradecer profundamente a uma equipe dedicada de alunos que participaram no acompanhamento e avaliação das pacientes, transcrição das entrevistas e tratamento qualitativo do material. Sem esse sexteto fantástico, não haveria

possibilidades de trabalhar a quantidade de dados que foram obtidos, são eles: Luciana Revoredo, Alessandra Cavalcanti, Michele Borges, Mariana Francelino, Rafaella Brazão e Diego Costa. Vocês foram os melhores bolsistas que um professor pode ter! Obrigado pelo empenho! Também quero registrar minha eterna gratidão à Walkiria Batista, minha psicoterapeuta atual em Natal, pela sua sensibilidade, precisão e por me ajudar a construir internamente o contorno e foco necessários para concluir esse processo.

Agora quero homenagear as principais personagens de todo esse processo: as pacientes participantes da pesquisa. Sua coragem em compartilhar comigo histórias tão delicadas, cheias de sofrimento, são dignas de admiração. A cada encontro fui afetado por suas experiências e pude aprender como o adoecer pode surgir como uma oportunidade para transformar a vida, condição cheia de significações possíveis. Obrigado pela confiança na proposta de trabalho que pude oferecer e por me ensinarem tanto sobre a dor, a impotência, a vida, a morte, a esperança, a cura. Através de vocês pude reconhecer a importância de repensar o meu fazer terapêutico em Psicossomática e acredito que com esse aprendizado possa lançar as reflexões multiplicadoras para refletirmos sobre o cuidado em saúde de uma maneira mais ampla e humana. As vozes, enraizadas nos corpos, dessas mulheres que estão retratadas nesse trabalho seguem reverberando na minha alma e espero que também na alma de quem possa entrar em contato com esse texto.

Por fim, aproveito aqui para agradecer também o suporte das instituições públicas e privadas no Estado do Piauí que colaboraram com o afastamento temporário de minhas atividades docentes e uma bolsa parcial de estudos. E também agradecer pessoas importantíssimas em Teresina que compartilharam comigo momentos muito difíceis na construção desse trabalho: Milene Martins, Thaís Kampf e Liliane Moreira, que me deram apoio incondicional como amigas e também professoras universitárias.

RESUMO

NASCIMENTO, Périson D. Análise Bioenergética do Sofrimento Orgânico: Diagnóstico e Eficácia do Tratamento. Tese (Doutorado). Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica – PUCSP – 2012.

Esse trabalho busca verificar quais as contribuições terapêuticas das intervenções verbais e corporais da Análise Bioenergética no tratamento de pacientes com queixas primárias e secundárias de sofrimento orgânico, coadunando com os esforços internacionais em pesquisar a eficácia da psicoterapia corporal. Partimos da hipótese que o diagnóstico e intervenção corporais na vertente neorreichiana podem servir como catalisadores no processo de cuidado de pacientes tradicionalmente considerados como psicossomáticos. Privilegiou-se um método qualitativo clínico de pesquisa, no qual oito pacientes, com queixas somáticas variadas, foram submetidas a doze sessões de psicoterapia bioenergética, sendo avaliadas por instrumentos psicológicos de medição do estresse e de condições de saúde geral, antes e depois da intervenção. Os dados são apresentados através de uma caracterização do perfil social das pacientes, bem como através de estudos de caso, articulando com os resultados obtidos nos testes. Alguns temas levantados pelas pacientes confirmam hipóteses de trabalho discutidas na literatura, tais como: histórico de traumas de desenvolvimento e violência intrafamiliar; experiências de abandono, frieza e distanciamento da figura materna e um vínculo ambivalente de amor/mágoa com a figura paterna; dificuldades de experimentar prazer na vida e na sexualidade; o sintoma surgindo associado a uma crise específica de vida, decorrente de um processo de adoecimento crônico. Os testes demonstraram resultados variados, que são discutidos de acordo com o contexto de cada caso, pois aparentes indicativos desfavoráveis revelam que as descobertas obtidas no processo de intervenção podem aumentar a tensão psíquica, resultando num estado de crise necessária para mudanças importantes. Apesar disso, as pacientes relatam melhoras na relação com a doença e na forma de regular suas emoções, enfatizando a importância dos exercícios e procedimentos nos atendimentos. Concluímos o trabalho com a convicção de que a escuta diferenciada do corpo no processo terapêutico serve como canal de comunicação que facilita a empatia no cuidado integrado em saúde, bem como a necessidade de ampliar o escopo dessa pesquisa, com procedimentos experimentais complementares.

Palavras chave: Análise Bioenergética; Diagnóstico; Eficácia do Tratamento; Sofrimento Psicossomático.

ABSTRACT

NASCIMENTO, Périson D. Bioenergetic Analysis of Organic Suffering: Diagnosis and Treatment Efficacy. Thesis (Doctorate). Post Graduate Studies Program in Clinical Psychology – PUCSP – 2012.

This work aims to verify that the contributions of verbal and bodily therapeutic interventions of Bioenergetic Analysis in the treatment of patients with primary and secondary complaints of organic pain. This intention is consistent with international efforts in researching the therapeutic efficacy of body psychotherapy. We start from the hypothesis that the diagnosis and intervention in the body with neo-Reichian techniques can serve as catalysts in the process of patient care traditionally regarded as psychosomatic. We focused on a qualitative method to clinical research, in which eight patients with various somatic complaints were submitted to twelve sessions of psychotherapy in bioenergetics and evaluated by instruments measuring psychological stress and general health conditions before and after intervention therapy. Data are presented through a characterization of the social profile of the patients, as well as through case studies, linking with the results obtained in the tests. Some issues raised by patients confirm the working hypotheses discussed in the literature, such as development history of trauma and family violence, abandonment experiences, coldness and detachment from the mother figure and a bond ambivalent love / heartbreak with the father figure; difficulties to experience pleasure in life and sexuality; emerging symptom associated with a particular crisis of life, due to a chronic disease process. Tests have shown mixed results, which are discussed in accordance with the circumstances in each case as indicative apparent adverse findings show that obtained in the process of intervention can increase the psychic stress, resulting in a crisis condition required for significant changes. Despite this, patients report improvements in relation to the disease and how to regulate their emotions, emphasizing the importance of bioenergetic exercises in the care and procedures. We conclude with the belief that a specific listening to body in the therapeutic process serves as a communication channel that facilitates empathy in the integrated health and the need to broaden the scope of this research, with additional experimental procedures.

Keywords: Bioenergetic Analysis, Diagnosis, Treatment Efficacy: Psychosomatic Pain

LISTA DE SIGLAS

IABSP – Instituto de Análise Bioenergética de São Paulo

SAPS – Serviço de Atendimento Psicoterápico Social

FLAAB – Federação Latino Americana de Análise Bioenergética

IIBA – International Institute of Bioenergetic Analysis

AABNB – Associação de Análise Bioenergética do Nordeste Brasileiro

SOBAB – Sociedade Brasileira de Análise Bioenergética

EABP – European Association of Body Psychotherapy

USABP – United States Association of Body Psychotherapy

CFAB – College Française de Analyse Bioenergetique

CBT – Certificated Bioenergetic Therapist

ISSL – Inventário de Sintomas de Stress de Lipp

QSG – Questionário de Saúde Geral de Goldberg

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

HUOL – Hospital Universitário Onofre Lopes

SEPA – Serviço de Psicologia Aplicada da UFRN

TCLI – Termo de Consentimento Livre e Informado

TEPT – Transtorno de Estresse Pós Traumático

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Idade das participantes	71
Gráfico 02: Escolaridade	72
Gráfico 03: Religião	73
Gráfico 04: Estado civil	73
Gráfico 05: Filhos	74
Gráfico 06: Renda familiar	74
Gráfico 07: Ocupação	75
Gráfico 08: Local de moradia	75
Gráfico 09: Sintomas apresentados	76
Gráfico 10: ISSL – Resultados Andreia	85
Gráfico 11: QSG – Resultados Andreia	85
Gráfico 12: ISSL – Resultados Diana	91
Gráfico 13: QSG – Resultados Diana	92
Gráfico 14: ISSL – Resultados Daniela	101
Gráfico 15: QSG – Resultados Daniela	101
Gráfico 16: ISSL – Resultados Danúbia	108
Gráfico 17: QSG – Resultados Danúbia	109
Gráfico 18: ISSL – Resultados Joana	112
Gráfico 19: QSG – Resultados Joana	112
Gráfico 20: ISSL – Resultados Susana	116
Gráfico 21: QSG – Resultados Susana	116

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Catalogação das queixas relatadas pelas pacientes	76
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Sistemas orgânicos e suas disfunções	30
Figura 02: Sala de atendimento SEPA/UFRN	63

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	v
RESUMO	ix
ABSTRACT	x
LISTA DE SIGLAS	xi
LISTA DE GRÁFICOS, TABELAS E FIGURAS	xii
1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS	24
3. REVISÃO DE LITERATURA	25
3.1. A concepção de Psicossomática da Vegetoterapia Caracteroanalítica à Análise Bioenergética: uma perspectiva crítica da evolução dos conceitos	25
3.2. O sofrimento psicossomático no contemporâneo: o tratamento bioenergético do trauma e pânico	44
4. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	60
4.1. Caracterização geral	60
4.2. Sujeitos participantes	62
4.3. Local e situação de coleta	63
4.4. Instrumentos	64
4.5. Procedimentos e fases de coleta	65
4.6. Cuidados éticos	67
4.7. Método de análise de dados	67
5. RESULTADOS	71
5.1. Perfil da clientela atendida	71
5.2. Apresentação dos casos clínicos	77
5.2.1. Caso Andreia	78
5.2.2. Caso Diana	86
5.2.3. Caso Daniela	92
5.2.4. Caso Danúbia	101
5.2.5. Caso Joana	109
5.2.6. Caso Susana	112
6. DISCUSSÕES	117

6.1. Considerações sobre o diagnóstico	117
6.2. Discussão sobre eficácia do tratamento	120
7. CONCLUSÕES	124
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	130
ANEXOS	138
1. Termo de Consentimento Livre e Informado	139
2. Roteiro de Entrevista Semiestruturada com pacientes	142
3. Roteiro de Entrevista de Feedback com pacientes	143
4. Modelo do Parecer do Inventário de Sintomas de Stress	144
5. Modelo do Parecer do Questionário Saúde Geral	145
7. Modelo do Quadro de Análise Qualitativa - Roberta	147
6. Exemplo de Entrevista Completa Inicial – Renata	160
9. Exemplo de Entrevista com Intervenção Corporal _ Diana	170
10. Parecer do Comitê de Ética da PUC-SP	190

1. INTRODUÇÃO

Este projeto de pesquisa nasceu inicialmente a partir de questionamentos e inquietações advindas da prática docente em Psicossomática e Psicologia da Saúde em cursos de Graduação e Pós-Graduação em Psicologia no Nordeste¹, disciplinas que temos ministrado em instituições públicas e privadas de ensino superior. Ao adentrar para o Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP, elaboramos um anteprojeto cujas questões referiam-se, principalmente, à problematização do lugar do corpo na formação do profissional em Psicologia, principalmente no tocante às representações e experiências de alunos, professores e profissionais sobre a saúde psicossomática e a relação existente entre dimensões psicológica e orgânica nos seres humanos.

Tal preocupação justificava-se pela importância que os cursos de Psicologia citados têm dado, em suas propostas curriculares, para a Ênfase Psicologia e Processos de Prevenção e Promoção da Saúde, de acordo com as novas Diretrizes Curriculares elaboradas pelo Conselho Federal de Psicologia. Percebíamos uma preocupação, por parte dos projetos pedagógicos dos cursos, em formar o estudante para atuar em equipes multidisciplinares, numa perspectiva psicossocial, que abranja ações direcionadas para a assistência e promoção de saúde em diversos níveis e nas diversas áreas de atuação profissional.

Apesar do destaque em formar um profissional voltado para a saúde, não percebíamos, durante nossa experiência docente, a receptividade do corpo discente para as discussões da relação corpo/psiquismo e suas relações com os processos de constituição da subjetividade, bem como a dificuldade de encontrar, nos alunos, um olhar mais sensível para a integração dos aspectos psicossomáticos na escuta e nos cuidados clínicos e hospitalares. Ainda hoje, o trabalho como docente em Psicossomática tem sido bastante árduo, severas desgastante em alguns casos, pois percebemos atitudes e discursos de resistência, por parte dos discentes, em discutir o enfoque psicossomático do processo terapêutico, principalmente no tocante a utilização de autores com base psicanalítica (Marty, 1990; McDougall, 1991; Alexander, 1989) e da psicoterapia corporal de base reichiana e pós-reichiana (Reich, 1988; Lowen, 1990), abordagem na qual trabalhamos atualmente como

¹ Mais especificamente na Universidade Estadual do Piauí, de 2004 a 2007 e na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em 2011.

² Iniciada no Libertas Comunidade, em Recife e concluída no Instituto de Análise Bioenergética de

psicoterapeuta e supervisor clínico. Tais vertentes teóricas são consideradas pelos estudantes e colegas professores de outras abordagens como de pouca credibilidade científica, de difícil compreensão, com pressupostos de cunho especulativo que não podem ser submetidos a procedimentos de análise experimental, além de produzir poucos estudos estatísticos que comprovam a sua confiabilidade terapêutica e eficácia no tratamento dos sintomas.

Essa discussão, de cunho epistemológico, sobre os pressupostos científicos das abordagens psicodinâmicas é problematizada por diversos autores (Pacheco Filho, 2000; Figueiredo, 1995). Aliás, não somente a psicanálise é objeto de discussões quanto ao seu objeto de estudo, que diz respeito aos processos inconscientes, mas a ciência psicológica como um todo, em sua diversidade teórica e metodológica no estudo da subjetividade humana, em seus mais diversos matizes. Nesse sentido, encaramos o problema da unidade/dualidade corpo/mente como mais um desafio epistemológico na Psicologia e nas ciências da saúde, pois como compreender e explicar os polêmicos “transtornos psicossomáticos”, cujas manifestações sobrepõem os cuidados da equipe médica, geralmente atomistas, quantificadores, curativos e deterministas? Como superar a ruptura corpo-mente, nos diversos níveis de atenção em saúde, onde a terapêutica psicológica somente é solicitada ao descartar toda causalidade orgânica no desencadeamento das doenças? Como superar a dicotomia de cuidados biomédicos para o corpo e psicológicos para as manifestações afetivo/emocionais, quando sabemos que esses aspectos estão intimamente indissociados?

Esses questionamentos também se refletiam no exercício como psicoterapeuta individual e de grupo, que caminhou de forma paralela e integrada a atividade docente. No decorrer de nosso trabalho com terapeuta e supervisor, tivemos a oportunidade de nos deparar frequentemente com pacientes que nos eram encaminhados por profissionais da área de saúde, com o diagnóstico de transtorno psicossomático, ou distúrbios de somatização, tendo em vista a nossa formação em Psicoterapia Corporal e o desenvolvimento de atividades em Psicossomática e Psicologia da Saúde. O atendimento desses pacientes era um desafio constante a nossa prática profissional, pois nos demandava uma escuta diferenciada dos seus sintomas, tendo em vista que o corpo era o principal foco de atenção e sofrimento, com dificuldades de conectar as sensações vividas de dor e desconforto com sua história de vida. Outra característica que dificultava ainda mais

a escuta e intervenção terapêutica com esses pacientes é a desconsideração, por parte dos médicos, da necessidade de um trabalho integrado e conjunto do tratamento dos sintomas, pois ao serem encaminhados para a psicoterapia, os pacientes chegam uma sensação de frustração e fracasso, como se seus sintomas não tivessem uma etiologia clara orgânica, sendo frutos de sua imaginação, ou pior: que os mesmos foram “criados” pela mente do paciente, refletindo o abismo na integração corpo/mente nos cuidados em saúde. Como bem aponta Ramos (2011) e Bombana (2006), o diagnóstico de transtorno psicossomático é o mais polêmico em psiquiatria atualmente, tendo em vista que pensar um sintoma orgânico como um transtorno mental, se pensarmos em um raciocínio integrativo corpo/psiquismo, é um paradoxo que revela uma visão cindida mente/corpo no paradigma biomédico tradicional.

Desde a graduação foi despertado o interesse em uma abordagem corporal do processo terapêutico, tendo em vista que, em Natal, a Psicoterapia Corporal possui uma expressão significativa, com disciplinas complementares inseridas no currículo das universidades, bem como a presença de filiais de centros internacionais de formação de terapeutas em Biossíntese, Biossistêmica e Vegetoterapia Characteroanalítica. Ao exercer a atividade docente em Teresina a partir de 2003, já tínhamos realizado um percurso de estudos e formação iniciais na psicoterapia corporal em Natal, por meio de psicoterapia pessoal, supervisão e cursos de capacitação. Tivemos a oportunidade de divulgar essa abordagem nas disciplinas em Psicossomática e Psicologia da Saúde em cursos de graduação e pós-graduação e por meio de workshops e atendimentos em clínica particular no Piauí até o ano de 2007, período esse no qual as questões aqui apresentadas foram construindo-se com mais clareza, resultando na necessidade de aprofundar e desenvolver os estudos de Doutorado atualmente apresentados.

Concomitantemente com o desenvolvimento dos estudos no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC/SP, tivemos a oportunidade de realizar uma formação continuada em Análise Bioenergética², abordagem psicocorporal criada e desenvolvida pelo médico e psicoterapeuta americano

² Iniciada no Libertas Comunidade, em Recife e concluída no Instituto de Análise Bioenergética de São Paulo. É uma formação de titulação e reconhecimento internacionais, cujo título é outorgado pelo Instituto Internacional de Análise Bioenergética (IIBA), com duração de cinco anos de atividades que incluem: aulas, grupos de estudo, supervisão, grupos de exercício, workshops terapêuticos. Hoje essa formação possui reconhecimento como pós-graduação *latu sensu* em Psicologia Clínica, pelo Conselho Federal de Psicologia.

Alexander Lowen, sustentada no pressuposto psicossomático que o corpo e a mente mantêm uma unidade funcional e dialética no ser humano. De acordo com Tonella (2007) a saúde, nesse enfoque, deve ser considerada de maneira integral, levando em conta a integração existente entre processos intra e interpsíquicos e o funcionamento somático, nos quais qualquer desequilíbrio pode afetar o todo, sempre considerado na sua relação com as dimensões sociais, ambientais e culturais. Advinda a partir das descobertas e reformulações propostas por Wilhelm Reich na teoria e técnica psicanalíticas, a Análise Bioenergética teve grande desenvolvimento nas décadas de 50 a 70, nos EUA, consonante com o movimento de contracultura existente, que questionava os ditames rígidos da moral e costumes puritanos presentes na sociedade americana. Nessa época, criticava-se o tradicionalismo adaptacionista do fazer psicológico e buscavam-se novas alternativas de intervenção e terapia, baseadas nos princípios da livre expressão das emoções por meio de técnicas catárticas, liberação das tensões musculares enrijecidas pela educação patriarcal castradora e ruptura com a repressão sexual que impedia as relações amorosas livres e prazerosas, condição básica para a função do orgasmo e o ideal de vida plena (Russo, 1996).

No Brasil, o movimento da psicoterapia corporal inicia-se na década de 70, de uma maneira experimental com workshops e cursos, que tinham também como meta principal a livre expressão emocional catártica, a experimentação de técnicas de libertação do estresse e rigidez musculares no corpo, em um contexto dominado pela ditadura militar, controle civil e censura. Concordamos com Klopetsch (2005) que ainda hoje muitas ressalvas e desconfianças são suscitadas no mundo acadêmico devido à característica catártica dos procedimentos da Análise Bioenergética, configurando um estigma de uma libertação exagerada dos afetos sem muita elaboração, com fins de atingir o “potencial orgástico”.

Atualmente, a Análise Bioenergética encontra-se em pleno processo de reformulação de seus pressupostos terapêuticos, impulsionada pelas demandas do mundo contemporâneo, que configura uma subjetividade fragmentada, na qual os pacientes não mais estão propensos ao objetivo de romper com as couraças; mas pelo contrário, surgem com um déficit cada vez mais grave no desenvolvimento de suas defesas e na constituição do ego, incitando os terapeutas a reavaliarem o paradigma pulsional/edípico, no qual Lowen (1988) concentrou sua compreensão de estrutura defensiva do caráter, e considerarem as relações objetais mais arcaicas,

primárias no processo de relacionamento transferencial com os pacientes (Weigand, 2006; Tonella, 2008; Declerck, 1993). Assim, o escopo psicanalítico no qual a Análise Bioenergética se ancora foi ampliado com contribuições para além das noções freudianas de aparelho psíquico, fixação nos processos do desenvolvimento psicosexual, mecanismos de defesa do ego para incluir uma compreensão dos mecanismos do desenvolvimento emocional primitivo na constituição primária do eu, conceitos esses advindos do arcabouço teórico de autores que se debruçaram sobre as complexas relações objetais, isto é, as interações mãe-bebê nos primeiros momentos da vida. Podemos citar como pioneiros nesse campo de estudos psicanalistas como Winnicott (1992), Bowlby (1988), Spitz (1988) e, atualmente, Stern (1995), Schore (2008), Beebe e Lachmann (2003), Fonagy (1997). Como veremos posteriormente, essas ideias são fundamentais para compreender a constituição do eu em termos psicossomáticos e as dificuldades nesse processo inicial configurarão uma condição de vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomas orgânicos.

É importante ressaltar que todas essas reformulações são fruto dos esforços de submeter à Análise Bioenergética à pesquisa clínica e científica, avaliando sua eficácia e resultados enquanto método terapêutico. Tal contexto configura-se, segundo a Associação Europeia de Psicoterapia Corporal (EABP, 2004) a partir da exigência, tanto na Europa como nos EUA, de comprovação científica dos efeitos da abordagem psicocorporal pelos departamentos de saúde, companhias de seguros, entidades de classe que regulamentam o exercício da psicoterapia e o meio acadêmico. Em consequência desse contexto, surgiram as primeiras pesquisas (Gudat, 2002; Koemeda-Lutz et alli, 2003; Ventling, 2003) sobre o alcance e eficácia terapêutica dos métodos e técnicas da análise bioenergética em diversos tipos de queixas e pacientes na Europa e EUA. Inicialmente, os resultados dos estudos foram construídos a partir de dados coletados com terapeutas, investigando variáveis sobre o desenvolvimento da psicoterapia realizada em seus pacientes, considerando o período antes, durante, ao término, após seis meses e, em alguns casos, até seis anos após o término do processo terapêutico.

Tais trabalhos apontam para uma excelente eficácia da Análise Bioenergética no tratamento de pacientes que apresentam queixas relativas a transtornos psicossomáticos, chegando a ser avaliado pelos pacientes com um índice de 100% de melhora em algumas síndromes, mais especificamente os transtornos do sistema

cardiovascular, gastrointestinal e urogenital, conforme verificado por Gudat (2002). Faz sentido: afinal, as abordagens neorreichianas dispõem de uma série de recursos para a compreensão e intervenção psicoterapêuticas, que privilegiam a dimensão não verbal da comunicação. Assim, propiciam experiências aos pacientes a partir da percepção do próprio corpo, de maneira a facilitar o contato com as emoções bloqueadas/negadas, uma maior atenção a si (Xavier, 2004) e, conseqüentemente, uma melhor compreensão e interpretação dos sintomas, com vistas a mudanças psicossomáticas. Ou seja, a partir de intervenções realizadas numa perspectiva psicossomática (Nickel e cols., 2006), os pacientes adquirem gradativamente a capacidade de melhorar a relação com as demandas subjetivas e do meio circundante, antes sentidas como ameaçadoras e fonte de estresse e sofrimento.

Tendo em vista o contexto apresentado, pretendemos realizar uma investigação nessa mesma linha de pensamento, avaliando as repercussões do tratamento psicoterapêutico em pacientes com queixas de ordem orgânica, de forma a inaugurar esse campo de pesquisa na América Latina, seguindo a tendência internacional. Vale ressaltar aqui o grande interesse demonstrado pelos Institutos Nacionais (IABSP, FLAAB, SOBAB, AABNNE, entre outros) e Internacionais (IIBA, EABP, USABP, CFAB) em apoiar a inserção da Análise Bioenergética no meio acadêmico, através de pesquisas com consistência teórica e metodológica, chegando até mesmo a oferecer prêmios de mérito científico para os clínicos pesquisadores que desenvolvem estudos nessa área. Nesse sentido, a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo tem sido uma instituição acadêmica receptiva ao desenvolvimento de pesquisas de pós-graduação que utilizam os referenciais reichianos da Análise Bioenergética como base teórica metodológica: podemos citar aqui os estudos de Donice (2007) sobre o Stress em Psicoterapeutas Corporais, Barreto (2009) sobre Resiliência em ambientes de trabalho de altos executivos, ambos pertencentes ao Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, bem como o estudo de Weigand (2005) sobre Grounding na Análise Bioenergética, além da tese de Wagner (2000), sobre a transferência na clínica reichiana e Guerra (2007) sobre a elaboração psíquica em Vegetoterapia.

Esse trabalho também é resultante de um processo de transformação contínuo das reflexões teóricas e metodológicas desenvolvidas no percurso pessoal e profissional do autor. Tínhamos inicialmente a intenção de investigar os efeitos terapêuticos dos exercícios e técnicas da Análise Bioenergética em pacientes que

possuíam queixa(s) de ordem orgânica e que buscavam ajuda psicológica para tratar da(s) mesma(s), por meio da realização de sessões de grupos de movimento semanais com pacientes indicados pelos terapeutas vinculados ao Serviço de Atendimento Psicossocial (SAPS) do Instituto de Análise Bioenergética de São Paulo (IABSP), tentando compreender como os exercícios e técnicas da Análise Bioenergética poderiam contribuir para a melhoria da condição de saúde desses pacientes. Outro foco de nosso trabalho voltava-se para a compreensão dos analistas bioenergéticos do diagnóstico e tratamento de pacientes com queixas somáticas, como forma de acessar a forma como os profissionais vêm atuando com essa especificidade na clínica. Conseguimos realizar oito entrevistas com profissionais de São Paulo vinculados a institutos de formação na abordagem (IABSP/SOBAB) e utilizaremos esse material para a publicação de um futuro livro sobre as experiências de terapeutas no atendimento de pacientes com queixas orgânicas. Vale ressaltar que os diálogos com as profissionais consultadas estão norteando esse trabalho como um pano de fundo implícito, na compreensão e práxis clínica que realizamos com as pacientes atendidas.

No entanto, por questões de ordem pessoal e profissional, precisamos retomar as atividades docentes no Nordeste, onde permanecemos mantendo os objetivos propostos da pesquisa, na esperança de montar um novo grupo com pacientes encaminhados, dessa vez, pelo Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), na qual desenvolvemos uma parceria com o serviço de psicologia do ambulatório. De uma lista de vinte pacientes encaminhados no perfil desejado, tivemos o retorno de dez, mas somente oito pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Informado (TCLI), dispondo-se a participar do processo de pesquisa.

No andamento de nosso trabalho, pensávamos em manter a proposta de um grupo movimento com exercícios de bioenergética como forma única de tratamento das pacientes que se disponibilizassem a participar da pesquisa, como forma de garantir uma única variável de tratamento a ser controlada como fonte de dados de eficácia. No entanto, essa condição deixou as pacientes com muito receio de participar do processo, pois não estavam disponíveis a abrir mão de seus medicamentos e outros tratamentos com profissionais de saúde diversos para estar participando de um estudo de cunho experimental. Além disso, houve uma resistência, por parte das mesmas, em desenvolver um trabalho de grupo, tendo em

vista que as ansiedades e questões emocionais associadas a suas queixas orgânicas demandavam uma escuta particular, de acordo com suas demandas. Ficamos em um dilema, que permeou nosso trabalho e que ainda não se encontra resolvido: manter o propósito da pesquisa ou atender essas pacientes em suas demandas, vinculando-as ao processo e, só então, tentar construir conhecimento a partir do que elas traziam enquanto fenômeno clínico, sem perder de vista o propósito da avaliação da eficácia terapêutica da Análise Bioenergética?

Escolhemos a segunda opção, e assumimos os riscos de lançar ao mundo um trabalho resultante de uma prática clínica que tenta dialogar com a pesquisa acadêmica. Certamente aqui não será encontrado um grupo controle para comparação dos resultados obtidos com pacientes que se submeteram às sessões com pacientes que não obtiveram tratamento específico em Análise Bioenergética. Também não encontraremos aqui mais uma proposta de estudo em que somente exercícios e técnicas foram aplicados: as pacientes passaram por um processo singular de atenção, de acordo com suas resistências de caráter, a disponibilidade para um trabalho corporal e as limitações orgânicas em desenvolver os procedimentos e exercícios.

O foco do trabalho aqui apresentado voltou-se para uma compreensão clínica e fenomenológica por meio de estudos de casos, no qual tentamos construir um diálogo entre a experiência dessas pacientes com o processo terapêutico, que não pretende lançar generalizações quantitativas, pautadas em uma amostra de população significativamente delimitada. Assim, tentamos manter a coerência com uma perspectiva de pesquisa eminentemente clínica/qualitativa, corroborando com as ideias de D'Allones (2004), Giami (2004), Minayo (2006), Mezan (2006) e Turato (2000) que argumentam a necessidade de questionar os ditames da pesquisa quantitativa em clínica e nas ciências da saúde, centrados em estatísticas e controles experimentais para construir um conhecimento consistente sobre a voz e a experiência dos sujeitos que adoecem, em seu contexto complexo de multideterminações.

Considerando a discussão acima, a tese será desenvolvida a partir da seguinte linha de raciocínio – iniciaremos com um detalhamento específico dos objetivos da pesquisa, deixando claro para o leitor quais as intenções de investigação que nortearam nosso fazer em pesquisa clínica. Seguiremos posteriormente com uma revisão de literatura sobre a compreensão teórica que

norteia o diagnóstico e o tratamento de pacientes com queixas orgânicas sob o olhar reichiano e na análise bioenergética, afunilando o pensamento em direção as pesquisas atuais sobre as repercussões psicossomáticas do trauma e pânico, predispondo o organismo ao desenvolvimento de doenças, ampliando e discutindo criticamente a hipótese básica desenvolvida por Lowen (1993/2005) no tocante à etiologia dos sintomas de ordem psicossomática. Apresentaremos os aportes da metodologia que embasou o processo de pesquisa em seus pormenores, seguidos dos resultados obtidos e discussões, itens esses construídos através dos estudos de casos e discursos de pacientes e terapeutas entrevistados. Por fim, teceremos considerações, questionamentos, possibilidades de novas pesquisas e conclusões finais, apontando para os possíveis desdobramentos desse trabalho.

2. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

Como discutido anteriormente nas considerações introdutórias, desenvolvemos uma pesquisa clínica em psicossomática sob a ótica dos preceitos teóricos e metodológicos da Análise Bioenergética, a partir dos seguintes propósitos aqui descritos:

OBJETIVO GERAL

- Verificar quais as contribuições terapêuticas das intervenções verbais e corporais (exercícios e técnicas)³ da Análise Bioenergética no tratamento de pacientes com queixas primárias e secundárias de sofrimento orgânico, que buscam a ajuda psicoterapêutica para tratar um sofrimento que possui um foco de atenção no corpo. A queixa primária refere-se a um sofrimento orgânico como ponto de partida da demanda, já a secundária, o sofrimento corporal aparece como queixa associada a outras demandas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver uma revisão crítica teórica-conceitual da concepção de Psicossomática para os autores reichianos e pós/neorreichianos;
- Avaliar os efeitos que os exercícios e técnicas específicos da Análise Bioenergética acarretam em pacientes com os sintomas e/ou queixas supracitados.

³Definimos como exercícios os procedimentos corporais em Análise Bioenergética que objetivam flexibilizar as tensões musculares, ampliar a respiração, melhorar a postura e auto percepção, trabalhando metodologicamente das pernas à cabeça, a partir do princípio do grounding (Lowen, 1992). Podem ser trabalhados em grupo, como aquecimento para o trabalho terapêutico, ou por meio de Grupos de Movimento, que serão explicados posteriormente. As técnicas podem ser compreendidas como procedimentos corporais que possuem o objetivo de convidar o paciente para expressar emoções reprimidas, presas nas couraças musculares, tais como: raiva, medo, tristeza, alegria, sensações sexuais. Como é possível ver, são procedimentos eminentemente somatopsíquicos, como nos define Lipowski (1972).

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. A concepção de Psicossomática na Psicoterapia Corporal: uma perspectiva crítica da evolução dos conceitos da Vegetoterapia Caracteroanalítica à Análise Bioenergética

Com a emergência da Psicanálise como campo de saber e tratamento do sofrimento humano, podemos perceber uma ruptura com o pensamento positivista da relação corpo/mente, no sentido que a histeria revela sintomas de um corpo erógeno, subjetivamente representado e habitado. As investigações organicistas da medicina tradicional não conseguem compreender como os sintomas se desenvolvem sem uma clara correlação com distúrbios e lesões neurológicos e fisiológicos, pondo em cheque o método anatômico de conhecimento das patologias. Partindo de Charcot e posteriormente Breuer e Freud, inaugura-se na medicina um tratamento da doença orgânica pelo psiquismo, inicialmente pela sugestão hipnótica evoluindo para a utilização da técnica de associações livres, escuta do discurso e manifestações do inconsciente e interpretação dos sintomas na relação transferencial (Mezan, 2001; Berlinck, 2000; Aguiar, 2002).

Assim, abre-se um caminho terapêutico para exercício de uma clínica aberta para a singularidade do mundo interno de cada paciente, a construção única e particular de sua trajetória de vida e sentidos de mundo, ocorrendo, no encontro entre paciente/analista concomitantemente a pesquisa e o tratamento (vertente epistemológica) e o respeito ao encontro na alteridade, numa relação intersubjetiva (dimensão ética). Como bem nos diz Aguiar (2002), o encontro clínico tem como características centrais: “(...) a incerteza, o tateamento, a sugestão, a dúvida, a diferença, enfim, o singular” (p. 615).

Como poderemos observar, em seguida, a Psicoterapia Corporal será uma abordagem que tentará superar a dualidade existente na discussão corpo/psiquismo, inaugurando um método clínico que considera tanto a dimensão subjetiva/representacional do sujeito como também as suas manifestações orgânicas, numa postura paradigmática de relação intrínseca através da ideia de unidade funcional entre rigidez de defesas caracteriais e rigidez muscular/orgânica de funcionamento fisiológico/energético. Iniciaremos essa revisão a partir dos

conceitos de Reich, tendo em vista que estamos em processo de coleta de literatura sobre a especificidade de visão da Análise Bioenergética sobre os transtornos psicossomáticos.

Wilhelm Reich, enquanto exercia a Psicanálise na Clínica Psicanalítica de Viena e coordenou os célebres Seminários sobre a Técnica Analítica na década de 20, contribuiu para ampliar a função do corpo na psicoterapia, ao desenvolver seus estudos sobre as defesas caracterológicas. Ele observou as reações somáticas advindas do processo de interpretação e intervenção na dinâmica psíquica dos pacientes, na interpretação e na relação transferência/resistência (Reich, 1990). Elaborou o conceito de couraça muscular de caráter (Baker, 1980; Raknes, 1988; Boadella, 1990), como forma de compreender as tensões musculares subjacentes às defesas psicológicas vividas pelo sujeito em análise, ao entrar em contato com os conteúdos dolorosos e ameaçadores que foram recalçados. Ou seja, o ser humano possui uma unidade funcional corpo/psiquismo, na qual a rigidez de defesas e mecanismos que sustentam a neurose seria expressa somaticamente por meio de tensões musculares decorrentes de desequilíbrios no funcionamento do sistema nervoso autônomo, tendo a energia vital como princípio básico unificador dessa dualidade dialética.

A partir de suas investigações e seu interesse na interface entre o conceito metapsicológico de libido desenvolvido por Freud e a produção de energia bioelétrica e metabólica no corpo decorrente da circulação orgânica no ato sexual, Reich criou a Vegetoterapia Caracteroanalítica. Nessa abordagem, o analista intervém diretamente no corpo dos pacientes, através de um entendimento econômico e energético da psicodinâmica dos sintomas, inter-relacionando aspectos somáticos com os conflitos inconscientes do sujeito, atuando diretamente nos bloqueios emocionais decorrentes da estase – energia libidinal acumulada decorrente do processo de frustrações no desenvolvimento psicosexual infantil (Trotta, 2008).

A observação das resistências em sua prática como psicanalista fez com que Reich aprofundasse o seu caminho "biopsicoterapêutico". Utilizou essas observações para compreender e estudar o comportamento dos pacientes, começando a dar mais atenção às manifestações da estrutura corporal e suas correspondentes atitudes, relacionando-as com o comportamento caracterial. E aquilo que no início era apenas uma observação e uma sinalização para o paciente

de sua atitude narcísica rígida de defesa, tornou-se um novo método de trabalho, com intervenções diretamente voltadas às áreas de tensão corporal. Por trás de tudo isso, existia o paradigma de que os distúrbios emocionais do paciente estão encarnados no corpo sob a forma de tensões, posturas contraídas, bloqueios de energia, tipos característicos de movimento e rigidez/flacidez muscular. Por outro lado, entendendo dialeticamente, essa estrutura defensiva teria sua sustentação no corpo na estase, ou seja, a libido (na concepção freudiana) como energia que impulsiona para a vida e o prazer, estando bloqueada, acumulada negativamente no organismo devido às frustrações das necessidades emocionais básicas do desenvolvimento psicosssexual infantil, causando as couraças e dificuldades no fluxo energético.

Na esteira dessas descobertas, Reich (1988, 1990, 2004) desenvolve o paradigma cerne de todo o seu trabalho: a unidade funcional corpo/psiquismo em termos energéticos que, a nosso ver, consiste numa visão integrativa do fenômeno psicossomático: corpo e psiquismo são definidos fenomenologicamente como entidades que possuem leis e características de funcionamento próprias, mas que estão interligadas em sua conexão energética. No caso acima descrito, a energia estática configura-se como fonte que sustenta os sintomas neuróticos de caráter de ordem psíquica e as desordens orgânicas decorrentes do processo de encorajamento: a dimensão energética surge como síntese integrativa entre as dimensões psíquica e somática, aparentemente antitéticas. O organismo, nesse enfoque, segundo Buhl (2000) e Baker (1985), responderia de maneira integrada, total, a todas as demandas que lhe são impostas e os mecanismos defensivos em situações de ameaça são constituídos como blocos de rigidez que impedem a pulsação vital e a flexibilidade necessária para melhor adaptar-se ao fluxo contínuo e diversificado de situações próprias da existência.

Esclarecendo melhor a questão energética, Reich preocupava-se com a comprovação da realidade física da libido. Freud descrevera a libido como uma força biológica indefinida, porém as pesquisas de Reich identificavam essa força como uma energia elétrica, diferente em certas partes do corpo — sobretudo nas zonas erógenas — que se alterava com a excitação sexual. Essa energia corresponde às correntes vegetativas do corpo. Sob esse prisma, Reich (1988) formula o movimento que acontece durante o orgasmo: TENSÃO MECÂNICA - CARGA BIOENERGÉTICA - DESCARGA BIOENERGÉTICA - RELAXAMENTO

MECÂNICO, que denominou de "fórmula do orgasmo", que se aplica a todos os seres vivos, nesse movimento contínuo de contração e expansão – a pulsação característica do estado de saúde. Esse seria um princípio básico da vida, caracterizada pela pulsação contínua, alternando o estado de contração (tensão e carga, movimento da periferia para o centro, uma volta para si mesmo) e expansão (descarga e relaxamento, movimento energético do centro para a periferia, dirigido ao mundo).

A partir daí, ele desenvolveu uma nova forma de abordar o desconforto emocional, a psicopatologia e as enfermidades. Esta nova abordagem, inicialmente chamada de Vegetoterapia Characteroanalítica e depois Orgonoterapia. Tal metodologia mantém os princípios psicanalíticos básicos integrando elementos do corpo somático e do corpo energético tanto no diagnóstico como no processo psicoterapêutico. Facilita a expressão direta das emoções, potencializando as recordações e, portanto, a possibilidade de elaboração analítica. Depois dessas descobertas desenvolveu-se todo o movimento das terapias psicocorporais neorreichianas, como a Análise Bioenergética, a Biossíntese, a Massagem Biodinâmica, para citar as mais conhecidas no Brasil. Considerando o homem um sistema complexo e único, a terapia reichiana não separa e nem confere ao psiquismo a primazia em relação ao somático. Soma e psique são expressões da unidade energética, assim, o psiquismo é apenas parte de um sistema muito maior que é o homem.

A psicoterapia corporal⁴ é uma tentativa de aplicação das leis do funcionamento energético no tratamento do ser humano, trabalhando com o homem – somático e psíquico – de forma integrada. O pressuposto básico é que o organismo humano possui uma dinâmica - sangue, órgãos, respiração, vísceras, todos possuem um movimento de funcionamento, podemos dizer que é o nosso movimento "somático". Os sentimentos também determinam movimentos corporais (contraímos quando sentimos medo, o coração acelera quando sentimos raiva). Então, os movimentos de funcionalidade de cada órgão vão ser influenciados,

⁴ Optamos por usar esse termo devido a sua designação internacionalmente reconhecida por meio de associações, institutos e centros de pesquisa e formação, inclusive em diversos artigos que refletem sobre a história e epistemologia do termo (Rohritch, 2009; Young, 2007; Heller, 2008). Wagner (2010) propõe em seu artigo a denominação terapia psicocorporal, pois propõe que pensemos a nossa prática como um cuidado clínico que privilegia e dimensão unitária mente-corpo. Acreditamos que essas reflexões são pertinentes e nos remetem à polêmica questão do termo psicossomático que, conforme nos relata Ramos (2011) ainda é utilizado por ser consagrado no meio acadêmico e profissional, mas não necessariamente refletindo a unidade indissociável que pretendemos estudar na área.

modificados, facilitados, ou impedidos pelo movimento dos sentimentos e vice-versa, de maneira que o organismo vai se moldando dentro da delimitação do somático e do psíquico. Portanto, a terapia reichiana tenta recuperar o equilíbrio do sistema neurovegetativo através do desbloqueio das tensões corporais crônicas que impedem o livre fluxo da energia vital.

Todo esse pensamento psicossomático é definido por Reich (2004; 1998) como funcionalismo orgonômico, como citamos anteriormente. Dessa forma, como nos elucidam Wagner (2010) e Raknes (1988), o psicoterapeuta corporal observa o sintoma como um fenômeno clínico que se revela constantemente na dimensão psicodinâmica (nas defesas caracteriais que tentam assegurar um equilíbrio narcísico neurótico através de contatos substitutos para não acessar os conteúdos angustiantes e conflitivos para o ego) e na dimensão somática (expressados pelas disfunções anatômicas e fisiológicas que sustentam organicamente as defesas de caráter, por meio das couraças musculares e tissulares). Nesse sentido, a existência humana deve ser encarada como um fluxo contínuo em busca da vida, movimento esse que pode ser impedido por entraves emocionais vividos na relação com o social, que ficam registradas, corporificadas cronicamente no decorrer do processo do desenvolvimento, desde a gestação até a morte.

Na compreensão reichiana, uma das emoções básicas, que configuram os entraves energéticos citados acima, trabalhadas nas psicoterapias corporais, é o medo (desenvolvido no período pré, neo ou pós-natal), o qual afeta/perturba o livre fluxo energético no indivíduo e encontra-se no núcleo de diversos distúrbios, sejam de ordem psicológica ou somática. Cabe ressaltar que, como estamos tratando de uma unidade funcional, uma doença que inicialmente pode ser considerada como eminentemente orgânica está intimamente relacionada a um estilo de vida e uma história de experiência emocional, fatores classicamente considerados como psicológicos e vice-versa, ou seja, um transtorno considerado mental, como a depressão, é experienciado no corpo com uma série de sintomas. O medo pode estar expresso em entraves energéticos no funcionamento orgânico de algum dos sete anéis energéticos do corpo, que são de acordo com o desenvolvimento céfalo-caudal os seguintes (Reich, 1990; Baker, 1980; Navarro, 1995):

- 1) Olhos, ouvidos e nariz (tele receptores) – ligados à gênese da psicose (distorção na interpretação e compreensão do mundo);

- 2) Boca – zona primordial da afetividade e ligação primária com a mãe, com bloqueios energéticos ligados aos transtornos depressivos;
- 3) Pescoço – separação entre corpo e cabeça, área bastante sensível, pois propicia canal onde passam a alimentação e a respiração. Área onde se encontra a garganta, canal expressivo da voz e emoção – bloqueios revelam tendências narcisistas e de exagerado controle (medo de perder a cabeça – loucura);
- 4) Tórax e braços – expressam identidade biológica e sensação de eu – área do coração;
- 5) Diafragma – músculo bastante ativo na respiração, característico de atitudes masoquistas de ansiedade, culpa e ansiedade frente ao prazer sexual;
- 6) Abdômen – vísceras e emoções encontram-se nessa área, que pode estar bloqueada, revelando dificuldade de contato com os sentimentos. Está ligada ao controle dos esfíncteres e tendências à meticulosidade e obsessão;
- 7) Pélvis e pernas – predomínio da sexualidade genital. Na criança, dificuldades na fase fálica podem causar contrações que impedem o fluxo de energia chegar aos genitais, caracterizando quadros como histeria, por exemplo.

Para Navarro (1995), quanto mais primitivo for o estresse traumático, ou seja, quanto mais superior for o entrave energético (estase) em nível de anéis (na direção céfalo-caudal), mais sério é o problema do indivíduo, a nível psicopatológico e psicossomático, pois o sistema nervoso autônomo sofrerá uma hiperativação simpática, um funcionamento defensivo de contração basal, o qual comprometerá a homeostase e o metabolismo dos tecidos, deixando o organismo em uma predisposição para o desenvolvimento de diversas doenças. A figura abaixo nos mostra como a contração crônica repercute em diversos tipos de couraça, com diferentes disfunções fisiológicas, ligadas aos sistemas nervoso central, autônomo e endócrino, com sua vulnerabilidade a doenças.

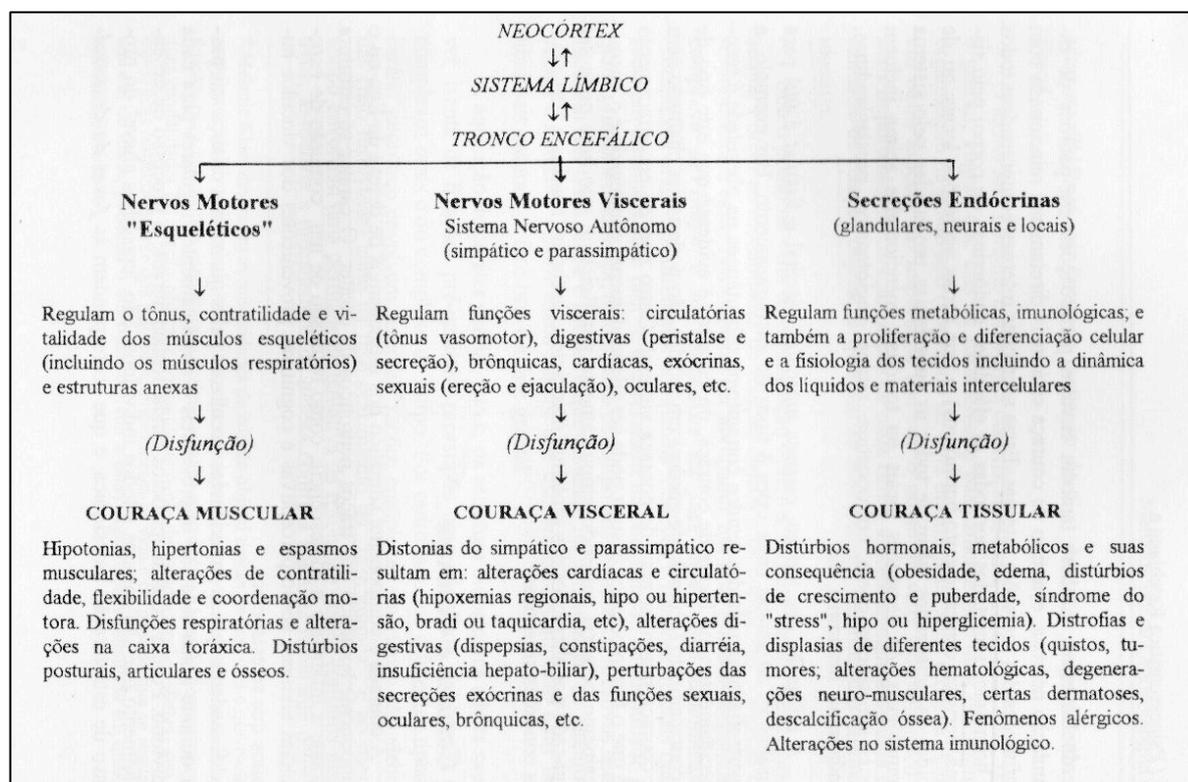


Figura 01: Sistemas orgânicos e suas disfunções. Fonte: Trotta, 1996.

Tal vulnerabilidade, em termos psicossomáticos, é definida pelo autor como terreno biopático, conceito-chave para a compreensão dos transtornos psicossomáticos, de acordo com a ótica reichiana. Ou seja, estamos aqui nos referindo a uma desordem somatopsíquica de base, que se configura antes mesmo da formação das defesas caracterológicas. Seguindo o raciocínio de Blanch (2000), Navarro (1995), Hortelano (1998), podemos considerar como hipótese etiológica para a emergência desse fenômeno um distúrbio vivenciado no organismo, por meio de um stress crônico, no período embrionário/fetal, fase decisiva de constituição do temperamento e da densidade energética de base. Uma gestação e/ou parto experimentados pelo organismo como uma ameaça de morte, seja por questões de ordem orgânica e/ou ambiental, acarreta uma tendência primária à contração celular, um terreno primário hipogonótico, de baixa densidade energética, deixando o organismo em um estado de vulnerabilidade para o desenvolvimento de posteriores doenças crônicas, pois funciona com o nível de funcionamento basal reduzido que garanta a vida com o mínimo de energia metabólica.

Reich (2008) conceitua como biopatias os estados mórbidos nos quais a medicina oficial da época não reconhece a etiologia em termos orgânicos. De acordo

com o autor, a medicina psicossomática compreende essas doenças como quadros patológicos sistêmicos e/ou degenerativos dos quais se conhece apenas a patogênese, em que um componente de ordem psicológica (trauma, constelação psicodinâmica, dificuldades emocionais) determinaria, desencadearia ou influenciaria a disfunção dos aspectos biológicos do indivíduo. No entanto, Reich vai além: o processo biopático estaria intimamente relacionado a um transtorno global da função pulsatória natural do organismo, decorrente de uma perturbação na capacidade de descarga da excitação biossexual, conforme o pensamento funcional orgástico do processo vital.

Para Reich, toda patologia tem sua origem numa disfunção (no sentido de contração) do sistema nervoso autônomo, alterando toda a função biológica da pulsação plasmática do organismo, reduzindo sua condição energética (Trotta, 1996). A contração simpaticotônica propicia modificações no ambiente celular negativas a sua vitalidade, aumentando a estase⁵ energética. Nesse sentido, a biopatia seria uma forma de resignação biológica, associada a uma situação existencial em que o indivíduo encontra-se incapaz de viver prazerosamente, impossibilitado de descarregar a energia orgástica nos diferentes âmbitos da vida, voltando à energia estática resultante do conflito para o impedimento da homeostase fisiológica. A biopatia, dessa forma, seria o sinal de canalização, a nível celular, da loucura, do medo da perda do controle emocional, do desequilíbrio neurovegetativo, sendo manifestada a partir das seguintes formas:

- a. Sexual: na forma de retração do interesse sexual e ausência cônica de satisfação, pouca afetividade nas relações;
- b. Caracterial: na forma de resignação e sensação de vazio emocional, com presença de sintomas depressivos;
- c. Muscular: na forma de espasmos e tensões profundas em diversas áreas, nas quais se desenvolvem os processos biopáticos específicos;
- d. Vegetativo: por meio de uma respiração cronicamente deficiente e inibida, com um padrão inspiratório de baixa carga;

⁵ A estase diz respeito a energia que foi acumulada nos tecidos, decorrente de uma paralisação do processo da função do orgasmo. Ou seja, houve uma carga energética que não foi descarregada, deixando um resíduo neurofuncional de ativação que, para Reich, é a fonte somática das neuroses.

- e. Bioenergética: a carga encontra-se rebaixada, visivelmente nos tecidos observados no microscópio e no sangue que, rapidamente desintegrava-se, associado à dificuldade de oxigenação dos tecidos (Boadella, 1989).

Baker (1980) considera que as patologias estariam relacionadas com uma simpaticotonia crônicas advindas da ansiedade do homem em deparar-se com sua impotência orgástica, ou seja, com a sua incapacidade de canalizar saudavelmente sua energia, devido a seus mecanismos de defesa caracteriais. Ou seja, o indivíduo não consegue ter uma vida gratificante e funcional pelo princípio do orgasmo, estando sob o peso de constantes frustrações. A respiração, nesse contexto, é comprometida - dificuldades de respirar estariam relacionadas a anseios e defesas ao contato com as sensações emocionais, vindas do corpo.

Segundo Navarro (1991), a simpaticotonia está intimamente ligada com a emoção do medo, a qual deve ser foco da terapia corporal: “A emoção é um fenômeno vital de resposta a uma solicitação externa. (...) A emoção primária de consequências negativas é o medo (que no fundo é sempre o medo de morrer, ou melhor, de não viver adequadamente)” (p.12). Dessa forma, o medo é a emoção/base das patologias, por ser o elemento determinante/desencadeante da contração. É uma emoção que permanece impressa ou reprimida no inconsciente, mas encontra-se presente no organismo, inscrito a nível celular, expresso e vivenciado na oportunidade de entrar em contato com os bloqueios energéticos através dos actings⁶ da terapia que, como vimos, têm o objetivo de mobilizar a energia estagnada e evitar a entropia.

Para ilustrar melhor o conceito de biopatia, podemos lançar um olhar sobre o câncer, objeto de pesquisa de Reich durante muitos anos, que gerou diversos artigos e o posterior desenvolvimento da Vegetoterapia em Orgonomia. Segundo o autor, o câncer é basicamente uma putrefação ativa do tecido, resultante da falta de impulsos para a expansão energética a nível orgânico – ou seja, uma alta potencialidade para a contração e a estase, mas sem possibilidades de expandir-se,

⁶ Actings são definidos como Navarro (1994) como movimentos intencionais voluntários que o terapeuta reichiano propõe ao paciente para flexibilizar a tensão da couraça e propiciar uma descarga energética, de acordo com os princípios neurofisiológicos de motilidade/mobilidade conquistados no processo do desenvolvimento da criança, no sentido céfalo-caudal. Xavier (2004) em sua tese de doutorado vai reconceituar o termo, definindo-o como MeSas (Metáforas Somáticas Ativadoras) que consistem em posturas que tentam ativar memórias somáticas a nível implícito e explícito, propiciando novas conexões neurodinâmicas.

canalizar-se, de forma que o fluxo de energia diminui, interrompe-se. Nos casos de câncer, o organismo desistiu de fazer sua energia circular, causando no indivíduo um estado contínuo de resignação emocional, uma vida sem prazer.

Um padrão de respiração precário, segundo Baker (1980), provoca internamente uma respiração celular deficitária ao nível dos tecidos, seguido de acúmulo de dióxido de carbono e anoxia. Dessa forma, o processo de carga e descarga encontra-se comprometido, a fórmula do orgasmo perde a importância na vida do indivíduo, que não consegue perceber com prazer o seu mundo. Geralmente os tumores ocorrem em locais onde a simpaticotonia e a contração estática provocam fortes couraças musculares nos indivíduos, decorrentes de processos crônicos de stress mantidos sobre os sistemas fisiológicos de resposta – neuromuscular, vegetativo, endócrino e imunológico. De acordo com Navarro (1991), um tumor pode ser conceituado como toda produção celular patológica constituída de um tecido neoformado sem fenômenos inflamatórios. Nesse sentido, o câncer enquadraria os tumores considerados como malignos, caracterizados por células irregulares, deformadas, que se reproduzem e podem se alastrar por todo o corpo.

Alguns tumores benignos podem ser herdados desde o nascimento, podendo tornar-se malignos em condições de imunodepressão do organismo, em situações de estresse profundo e ou prolongado para o indivíduo. É interessante notar que a Vegetoterapia trata de um “terreno” energético que é herdado pela criança desde a concepção, gestação e nascimento. Tendo em vista essa premissa, o medo pode ser vivenciado até mesmo na vida embrionária/fetal, no qual a relação mãe/feto foi caracterizada pela ameaça iminente de morte, ou rejeição. São indivíduos, segundo a categoria diagnóstica, hiporgonóticos, com o medo registrado a nível celular em seus organismos, cuja fragilidade pode potencializar a alteração da cadeia de DNA das células, acarretando a reprodução desordenada de células desestruturadas (Konia, 1986; Baker, 1985). Essa predisposição hereditária, somada a condições estressantes ambientais, rompem os frágeis mecanismos de defesa do indivíduo, em que para reagir à morte emocional, o organismo produz a vida de um tumor. São pessoas geralmente marcadas pelas perdas, medo, melancolia, abandono e vazio, com conflitos pessoais dramáticos e prolongados, com déficits no sistema de defesa e encorajamento muscular clássicos, conforme definido por Konia (1986). Dew (1980), em sua experiência com pacientes oncológicos em tratamento orgonômico,

relata que momentos de depressão influenciam a sua imunologia, propiciando um ambiente favorável para a criação de um tumor.

Numa visão pós-reichiana atual, autores como Blanch (2001), Hortelano (2003), Trotta (1996), Xavier (2004) ampliam a compreensão diagnóstica dos fenômenos psicossomáticos, na esteira das ideias inauguradas por Navarro (1991). Nesse sentido, podemos compreender as queixas orgânicas dos pacientes de acordo com a maior capacidade do mesmo de mentalização, ou seja, de melhor estruturação do ego e de mecanismos de defesas mais evoluídos, de acordo com a frustração vivenciada no desenvolvimento psicosssexual. Como pudemos observar anteriormente, o fenômeno biopático refere-se a uma configuração patológica predominantemente somatopsíquica, com pouca capacidade de elaboração simbólica e refere-se a déficits vivenciados no período de formação inicial do organismo. Nesse raciocínio, parece equivocados falar de couraças caracterológicas, considerando que a couraça surge associada a defesas melhor estruturadas, advindas dos conflitos edípicos, que predisõem o indivíduo a uma melhor capacidade de elaboração psíquica das disfunções orgânicas. Dessa maneira, podemos compreender a característica alexitímica dos pacientes biopáticos, já que os mesmos, por definição, teriam dificuldades de produzir elaborações simbólicas sobre a sua doença, devido a déficits egóicos que configuram o que Navarro (1991) conceitua como núcleo psicótico, caracterizado por dificuldade de manter foco na realidade, problemas na identidade e imagem corporal, tendência ao fusionamento ou isolamento nas relações objetais, dificuldade de integração entre os aspectos cognitivos, emocionais e volitivos da personalidade⁷.

De acordo com a maior presença de mentalização e o menor comprometimento orgânico, o diagnóstico reichiano dos transtornos psicossomáticos possui as seguintes classificações (Blanch, 2001/2003; Hortelano, 2003):

- Hipocondria: focalização da sensibilidade em uma determinada zona do corpo, geralmente erógena, depositárias do terror e sofrimento

⁷ Podemos observar a congruência dessa noção com outros conceitos elaborados por autores clássicos da psicossomática psicanalítica, como McDougall (1990) quando discute a correlação existente entre sintoma orgânico e mecanismos de defesa psicóticos; Marty (1989) que afirma a predominância de sintomas psicossomáticos em pacientes de pensamento operatório com déficits de mentalização e Winnicott (1988) ao falar sobre as angústias inomináveis, decorrentes de um processo de dificuldades na experiência de continuidade do ser na relação com o ambiente cuidador, no processo de desenvolvimento emocional primitivo.

inomináveis, reveladoras de déficits narcísicos e distúrbios na imagem corporal, característicos de estruturas desorgonóticas⁸ (núcleo psicótico compensado/borderline);

- Somatização: manifestações orgânicas que utilizam a simbolização para expressar-se, resultante de um conflito de ordem psíquica refletido no somático. Nesse distúrbio, o sintoma é uma metáfora, o corpo é meio de expressão de uma emoção mal metabolizada, conflituosa. Geralmente associado a quadros de histeria de conversão, com mecanismos de defesa caracteriais típicos de sintomatologias edípicas de estrutura energética hiperorgonótica;

- Enfermidades funcionais: os sintomas, nesses casos, associam-se um grau de alteração funcional no organismo mais evidente, com um quadro emocional de fundo caracterizado por ansiedade e/ou depressão, interferindo no sistema neurovegetativo. Tem-se um comprometimento visceral ou da musculatura lisa involuntária, os sintomas não são configurados claramente como metáfora, como nas somatizações. A ação terapêutica deve privilegiar a dimensão somatopsíquica, de forma a dar condições que o corpo possa autorregular-se e buscar o sentido para a enfermidade, tendo como correlatos mecanismos de defesa pré-edípicos e estruturas energéticas hiperorgonóticas desorgonóticas;

- Biopatias: grau mais grave de comprometimento orgânico, caracterizado por uma enfermidade global no biosistema. Podem ter uma localização inespecífica, afetando todo o corpo, ou afetar somente alguns órgãos, de acordo com a distribuição energética nos segmentos corporais. Associado a estruturas hiporgonóticas ou hiporgonóticas desorgonóticas.

Como vimos anteriormente, todo sintoma orgânico trazido pelo paciente como queixa está intimamente relacionada à construção das defesas narcísicas do sujeito

⁸ Essa é uma classificação diagnóstica em termos energéticos, elaborada inicialmente por Navarro (1991), que relaciona a caracterologia pós-reichiana com a estrutura energética subjacente. Assim, temos estruturas hiporgonóticas, caracterizadas por um baixo teor de energia no funcionamento orgânico; hiperorgonóticas, com alto teor energético e desorgonóticas, com uma energia mal distribuída nos segmentos do corpo. As estruturas hipo e hiperorgonóticas também se manifestam na forma desorgonótica.

mediante as ameaças do mundo externo ou interno. Uma clínica que trate qualquer transtorno psicossomático deve prestar atenção aos padrões de rigidez dessas defesas, que se expressam em formas de se comportar para além do discurso verbal dos pacientes. Como bem nos fala Berlinck (2002), o sistema psíquico pode ser compreendido como nosso sistema imunológico mediante o mundo externo, ou seja, constrói-se nas defesas e nas estruturas cada vez mais complexas de inter-relação e atribuição de sentidos aos eventos que nos ocorrem na dinâmica do processo de viver. Assim, mudanças psicológicas acarretam simultaneamente mudanças orgânicas, tendo em vista a formação contínua de novas sinapses e conexões posturais a partir do processo de mobilizar as defesas psíquicas e trabalhar com a musculatura contraída e a distribuição energético-erógena do corpo.

Blanch (2000), Hortelano (2004), Navarro (1998) e Buhl (2000) são enfáticos ao afirmar que o tratamento reichiano dos sintomas orgânicos deve acontecer de forma integrada e interdisciplinar, envolvendo diferentes profissionais do âmbito da saúde, de forma a proporcionar diversos suportes para a recuperação da pulsação energética no organismo. No entanto, os autores criticam a atuação médica fragmentada e curativa, que tenta tratar a doença como alívio do sintoma, descontextualizada da história de vida e das condições relacionais/sociais/ambientais do sujeito. De acordo com Blanch (2000), faz-se imprescindível o desenvolvimento de um tato afetivo e energético na relação com o paciente que sofre de sintomas somáticos, dando-lhe tempo para uma escuta que permita perceber os movimentos emocionais associados aos diversos significados que podem nascer a partir da experiência do adoecimento. Portanto, estamos falando mais do que uma ação terapêutica, mas sim de uma ação política e ética de combate à coisificação/mercantilização dos cuidados médicos, principalmente no setor da saúde pública, contexto no qual as pacientes participantes dessa pesquisa se originam.

O objetivo da atenção psicoterápica na vertente pós-reichiana volta-se principalmente para a recuperação do equilíbrio neurovegetativo e capacidade de viver expansivamente a potência orgástica, a pulsação nos diferentes processos da existência. Busca-se uma melhor maturação do eu, com flexibilidade de defesas e integração das funções corticais, límbicas e viscerais/pulsionais. No tocante aos princípios terapêuticos básicos, a partir dos autores de fundamentação reichiana

(Blanch, 2000; Navarro, 1991; Hortelano, 2004; Buhl, 2000; Baker, 1985; Dew, 1987), podemos citar alguns pontos numa tentativa de síntese:

- Estimular a respiração profunda e consciente, propiciando um aumento da carga energética do corpo e preparando o organismo para o melhor contato com as emoções reprimidas;
- Ativação dos músculos contraídos por meio de massagens, actings e técnicas de expressão emocional e conscientização da tensão muscular/postural, manter a contração muscular até o limite e depois tentar relaxar, ativando a descarga do SNA parassimpático e as vibrações musculares, prenunciadoras do reflexo do orgasmo;
- Estimulação direta dos tecidos conjuntivos, fásCIAS, tendões por meio de toques e exercícios;
- Conscientização e ampliação dos movimentos intencionais significativos, reveladores de impulsos reprimidos: morder, chutar, sugar, socar, empurrar, arranhar, abraçar, tocar, vomitar, cuspir;
- Trabalhar o desbloqueio no sentido céfalo-caudal, obedecendo à sequência temporal do desenvolvimento das couraças em termos de frustrações nas diferentes etapas psicosssexuais;
- Enfatizar a empatia no processo relacional e trabalhar eventuais momentos transferenciais, principalmente sentimentos negativos de raiva e medo, que podem ser reativados na terapia como defesas contra a angústia emergente associada aos sintomas.

Vários desses conceitos serão retomados por Lowen (1993; 2005; 2006) ao discutir a visão da Análise Bioenergética sobre os transtornos psicossomáticos. No entanto, suas hipóteses referem-se a compreender a doença psicossomática como resultante de um enfrentamento crônico e defensivo de um stress traumático vivenciado pelo paciente. Nesse sentido, a doença seria a manifestação de um colapso no funcionamento normal do corpo que se encontra sem recursos para lidar com o estresse, sendo os sintomas a tentativa de superar ou remover o agente estressor e reparar o dano causado. Nas palavras do autor:

*It is most important in dealing with situations that create undue stress to have the courage to withdraw physically. We are afraid to withdraw because it feels like defeat. We hang in because not to do so is viewed as failure. We must use our wills to overcome our seeming fears and weaknesses to prove our worth. We struggle against a fate that becomes more inevitable the harder we try to avoid it. Really, we create the stressful conditions that break us down in the long run.*⁹ (Lowen, 2005, pp. 38-39).

Diferente da ideia reichiana de biopatia¹⁰, Lowen (2005; 2006), discute a visão bioenergética das doenças tendo como referência a teoria do stress de Hans Selye. O stress é visto como positivo e desafiante para a vida, desde que o organismo avalie que tem recursos para lidar adequadamente aos agentes que demandam uma resposta. Caso contrário, se o organismo avalia que não há condições de enfrentar o estímulo estressor, entrará em um estado de resistência e posterior exaustão, ocasionando o colapso das funções orgânicas, predispondo o organismo a doenças. A produção de energia para o enfrentamento homeostático da ameaça fica comprometida por meio da hiperativação do córtex da suprarrenal, encolhimento do timo e dos nódulos linfáticos, deixando o organismo em uma reação crônica de alarme, típica de choque decorrente de eventos traumáticos.

Apesar disso, a Análise Bioenergética mantém uma congruência com conceitos reichianos. Lowen (2005) afirma que toda doença é psicossomática, pois se manifesta por meio de duas faces do funcionamento orgânico – a antítese psique/corpo, que encontra uma síntese funcional na dimensão energética. Mais especificamente, o conceito de caráter vai ganhar uma ênfase nessa leitura, já que serão as configurações caracteriais que determinarão a forma como cada sujeito irá manejar/enfrentar os agentes estressores na vida. A própria noção de caráter refere-

⁹ O mais importante no lidar com situações que geram estresse é ter a coragem de se entregar fisicamente (ao corpo). Nós temos medo de se entregar porque isso é sentido como um defeito. Nós resistimos porque não fazer isso é visto como um fracasso. Temos que usar nossa vontade de superar nossos medos e fraquezas aparentemente para provar nosso valor. Assim, lutamos contra um destino que parece inevitável, quanto mais tentamos evitá-lo. Realmente nós criamos as situações estressantes que nos colapsam em longo prazo. (Tradução do autor).

¹⁰ É importante ressaltar que, na história da Análise Bioenergética, Lowen afasta-se das ideias e experimentos de Reich quando este último desenvolve a orgonomia, base teórica do conceito de biopatia. Para Lowen (1990), os experimentos orgonômicos eram de ordem especulativa e alvo de desconfiança política nos EUA, pontos desfavoráveis para quem pretendia construir uma carreira como clínico na década de 50. Como veremos, o autor mantém-se fiel a vários pressupostos teóricos fundamentais reichianos, principalmente no tocante a vegetoterapia.

se a um funcionamento defensivo construído no decorrer do desenvolvimento da criança, no qual foram introjetados comandos parentais ameaçadores, que bloqueiam os impulsos naturais de expressão e consciência. Uma criança sente a punição ou ameaça de perda de amor dos pais como um choque, um perigo para a sua sobrevivência emocional. Assim, tensões musculares crônicas são construídas como formas de impedir a expressão emocional inapropriada no julgamento dos pais, por exemplo: tensões na garganta e mandíbula para impedir o choro ou tensões nas costas e ombros para impedir a expressão da raiva. Essas tensões crônicas serão a ancoragem somática dos processos de defesa psicodinâmicos, criando um sistema de defesa que, quando submetido a falhas, reaviva a situação de sofrimento original e pode predispor o sujeito a manifestar sua angústia por meio de sintomas somáticos, como uma forma inconsciente de direcionar o foco da atenção para o corpo, em vez dos aspectos emocionais que originaram os traços caracterológicos, fonte de intenso sofrimento.

Outro exemplo de fidelidade aos pressupostos reichianos diz respeito à leitura que Lowen (2005) faz do câncer, na qual concorda com a descrição psicodinâmica de resignação emocional e encolhimento da energia de vida no corpo descrita por Reich. Porém, o autor nos mostra um aspecto interessante nesses pacientes que diz respeito à negação da desesperança que os mesmos demonstram, frequentemente escondido por trás de uma fachada de falso e irreal otimismo, sustentando uma postura tensa de suportar e não expressar a dor, evitando a necessidade natural do organismo de desistir, prantear e deixar fluir. Ou seja, antes da resignação, a constelação psicodinâmica do paciente com câncer revela um stress crônico de negação da vulnerabilidade que, somente na exaustão, se transforma em resignação emocional e rendição à morte. É proposta como princípio terapêutico a tomada de consciência da vulnerabilidade como forma de encontrar verdadeiramente no corpo as forças internas de enfrentamento, diferente da maneira defensiva, geralmente associada à necessidade infantil de mostrar aos pais que poderia suportar tudo e aguentar pressões.

O princípio da manutenção da fachada defensiva como predisposição emocional para o desenvolvimento de doenças é sustentado como hipótese central do pensamento loweniano, que critica o estilo da sociedade capitalista moderna, direcionando as pessoas para suprimir as emoções em decorrência de um superinvestimento em uma imagem narcísica de sucesso, numa postura rígida em

que ter é mais importante do que ser. Esse aspecto é ressaltado na análise dos pacientes cardiopatas (Lowen, 2005; 1993) que, diferentes dos pacientes com câncer, são pacientes superativados, caracterizados por um excesso de carga energética no organismo. Características psicológicas como agressividade, impaciência, ambição, competitividade e forte senso de urgência no tempo foram já definidos anteriormente por estudos sobre o estresse como padrão de personalidade tipo A (Ramos, 2000), predispostos a enfermidades cardíacas. A correspondência funcional somática dessas atitudes reflete-se em uma musculatura facial tensa, movimentos corporais apressados e explosivos, extrema rigidez no peito, numa posição inflada inspiratória e um tórax rígido, protegendo o coração.

De acordo com Lowen (1993) essas atitudes caracterológicas servem como defesa para não contatar o pânico de terem sido rejeitados em suas necessidades de amor e compreensão desde crianças. Assim, o sujeito cardíaco vive o dilema entre o desejo de ser livre para viver e amar ou o medo de se romper, quebrar, decepcionar, deixando-o numa luta interna constante, fonte contínua de stress, superativando o funcionamento organísmico para a resposta de luta, daí a grande tensão nas artérias e pressão alta. A terapêutica, nesses casos, consiste em mobilizar a couraça do peito por meio da ampliação da respiração, focando principalmente na expiração, o que provavelmente deixará emergir os sentimentos de pânico encobertos, que devem ser trabalhados e contidos. Sinatra (1987) amplia as metas do tratamento, combinando exercícios de bioenergética para enraizamento, abertura do peito para exprimir a vulnerabilidade e a necessidade oral de ser cuidado, além de trabalhar a conexão perdida entre a sexualidade pélvica e o coração, por meio de vivências e técnicas de visualização.

A doença, nessa leitura, seria interpretada como uma tentativa do organismo de não entrar em contato com as situações estressantes originárias, constitutivas das defesas de caráter, pois o sujeito estaria focado nas suas queixas eminentemente orgânicas. Situações atuais de vida que conduzam o sujeito a uma quebra dos padrões defensivos crônicos predisporiam o organismo para uma hiperativação das respostas de enfrentamento, vulnerabilizando para diversas doenças. Apesar de uma ênfase na dimensão psicológica, percebemos que Lowen (2005) considera que existem vários fatores que confluem para a emergência de um sintoma orgânico, a citar: condições desfavoráveis socioeconômicas de vida, nutrição inadequada, inchaço populacional, sedentarismo, poluição, trabalho

fatigante. Tais condições configuram o contexto propício para o melhor ou pior enfrentamento dos desafios cotidianos, nos quais as atitudes caracterológicas são os recursos predominantes que o sujeito se utiliza para tal fim, de acordo com as experiências acumuladas em sua história de vida.

A partir da leitura das obras de Lowen (1998, 1995, 1990, 2005), podemos elencar sinteticamente os seguintes princípios básicos para o trabalho terapêutico com pacientes que apresentam queixas somáticas:

1. Grounding, como forma de fortalecer o suporte somático em si mesmo, nas suas próprias pernas, condição básica para a construção de um sentimento de autonomia baseado no princípio da realidade e abandono gradativo da vitimização e ganhos secundários infantis obtidos com a doença;
2. Aprofundamento da respiração, tornando-a mais profunda no nível do abdômen, de forma a aumentar a carga bioenergética, afrouxar as tensões da barriga e entrar em contato profundo com os processos emocionais. Diversos exercícios propiciam essa condição, Lowen particularmente faz muitas referências ao stool (banco bioenergético) como potencial instrumento para alcançar esse objetivo e o trabalho com exercícios de surrender (entrega), conscientizando o paciente de seu padrão neurótico de contenção mediante pressões insuportáveis e a necessidade de vivenciar a desistência, a vulnerabilidade, sentida defensivamente como um fracasso, perda do amor/identidade, desmontando a fachada de falso self indestrutível;
3. Vivenciar, analisar e elaborar as emoções profundas associadas aos padrões de contenção caracterológicos associados ao adoecimento, mais propriamente o choro profundo (estimulando a sonorização com soluços), a raiva (por meio de exercícios de expressão ou contenção, dependendo do caso) e o medo (que deve ser identificado em termos de medo da morte, da loucura, do orgasmo, de cair, de acordo com a compreensão do caráter);
4. Dissolver a dissociação existente entre processos mentais e corporais, geralmente observada nos pacientes por meio de fortes

tensões na cabeça, olhos, boca e nuca. Lewis (2004) desenvolveu um trabalho importante sobre o choque encefálico, no qual o terapeuta tenta dissolver essas tensões, decorrentes de traumas bastante primitivos, por meio do suporte da cabeça do paciente com as mãos do terapeuta, de uma forma suave, ampliando também as vias respiratórias do pescoço.

Atualmente, a compreensão bioenergética dos transtornos psicossomáticos mantém a noção de trauma como eixo etiológico central de análise, no entanto, percebe-se nos autores um maior diálogo com outras teorias e campos do saber, ampliando a noção psicodinâmica pulsional de Lowen, bem como trazendo as inovações sobre a teoria do stress, neuropsicologia do desenvolvimento e das relações interpessoais e psiconeuroendocrinoimunologia. Podemos citar o estudo de Bouko-Levy (2004), que realiza um diálogo entre a perspectiva bioenergética e as concepções psicossomáticas de Marty (1990) e McDougall, teorizando sobre as falhas no processo primário de constituição do ego na criança a partir de dificuldades na função materna de integração corpo/psiquismo e desenvolvimento dos processos de mentalização, com posterior falha na triangulação com a função paterna e constituição da individualidade, da existência de um corpo integrado e independente do estado simbiótico de “um corpo para dois”, presente nos primeiros momentos da vida do bebê. Dessa forma, os pacientes psicossomáticos seriam caracterizados por exibirem na clínica fenômenos como: ansiedades psicóticas, integração pobre psique/soma, dissociação das emoções, questões simbióticas, pobre capacidade imaginativa e de representação, dificuldades de nomear sensações e sentimentos, exigindo do terapeuta uma função materna reparadora do eu.

Tal hipótese é retomada, a partir de perspectivas winnicottianas, da teoria do self, da neuropsicologia do desenvolvimento por outros autores, como Tonella (1995), Clauer (2007) e Frechette (2010), que vão teorizar sobre as angústias que não possuem possibilidade de metabolização e elaboração simbólica no ego, decorrentes de problemas vividos na relação de apego primária com a mãe, configurando um sistema psíquico com poucos recursos simbólicos para elaborar os conflitos emocionais, recorrendo ao corpo como campo expressivo das angústias. Assim, percebemos a influência do paradigma objetal (Mezan, 2006; Weigand, 2005)

na Análise Bioenergética, discutindo a importância de considerar a complexidade dos fenômenos pré-edípicos de constituição do ego na relação do bebê com o ambiente cuidador nos primeiros anos de vida.

Outra contribuição importante nesse contexto diz respeito ao sistema teórico elaborado por Tonella (1995), no qual amplia o arcabouço teórico/técnico da Análise Bioenergética a partir do diálogo com a Psicomotricidade, proporcionando uma reflexão sobre a necessidade de compreender o paciente com queixas somáticas a partir de diferentes níveis de experiência, do mais basal ao mais complexo: PROCESSOS ENERGÉTICOS (referentes à produção de energia metabólica que sustenta os processos vivos, com ênfase nas sensações viscerais e dos tecidos) → DIMENSÃO SENSORIAL (senso-percepção, observando a capacidade de contato em diversos níveis a partir dos órgãos dos sentidos) → DIMENSÃO TÔNICA (relacionada à capacidade de movimento e sustentação neuromuscular, assim como fenômenos de hiper e hipotonia) → DIMENSÃO EMOCIONAL (auto regulação emocional, associada a processos límbicos de inibição, contenção ou expressão) → DIMENSÃO REPRESENTACIONAL (capacidade cortical de elaborar, simbolizar, representar por meio da linguagem, imagens e símbolos as experiências). Essas diferentes dimensões vão da mais basal a mais complexa e são amadurecidas no decorrer do desenvolvimento psicossomático do ser humano. O terapeuta deve efetuar ações observando as diferentes facetas do processo de constituição do eu, atentando para a alternância das intervenções/relação em funções maternas (construturas) e paternas (limites).

Levando em consideração a ênfase na hipótese do trauma para a configuração de uma vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos psicossomáticos, afunilaremos nossa análise nesse tema, a partir dos estudos que o enfoque psicocorporal, mais especificamente a Análise Bioenergética, desenvolveram sobre o assunto.

3.2. O sofrimento psicossomático no contemporâneo: o tratamento bioenergético do trauma e pânico

A relevância do estudo dessa temática está conectada com a crescente tendência, em nível internacional, do interesse em pesquisar e tratar os efeitos do trauma no funcionamento psicossomático do ser humano. Pesquisadores em

neuropsicologia (VanderKolk, 2004; Scaer, 2001; Schore, 2002; Fosha, 2003) têm desenvolvido pesquisas comprovando as mudanças cerebrais e psicofisiológicas nocivas que os eventos traumáticos podem ocasionar, acarretando sintomas como: ansiedade generalizada, isolamento social, fobias, alucinações, transtornos psicossomáticos, entre outros. Alterações da memória, mudanças distorcidas na fisiologia cerebral e falta de controle emocional são efeitos frequentes do choque traumático nos seres humanos, que dificilmente são acessados através de intervenções verbais. Decorre desse fato, então, a necessidade de desenvolver estratégias de cuidados que envolvam uma intervenção psicossomática, partindo da memória implícita das sensações corporais, conforme noção desenvolvida por Damásio (2004).

Nesse sentido, as psicoterapias corporais possuem, como será descrito adiante, um corpo teórico e técnico que possibilitam uma metodologia de ação terapêutica para o tratamento dos sintomas decorrentes de eventos traumatizantes. O trabalho com o estresse pós-traumático pode apontar, conforme relata Tonella (2009), Arantes e Vieira (2006), para um novo paradigma para compreender o homem contemporâneo, tendo em vista que a sociedade atual propicia uma série de situações de insegurança, instabilidade, violência e falta de referências que sobrecarregam o sistema de respostas do organismo. Como nos diz Lipovetsky (2004) e Bauman (2006), o ser humano atual está imerso em um ritmo frenético e alucinante de mudanças advindas das transformações vertiginosas do sistema capitalista que exige uma prontidão contínua para superar desafios, deixando-o em um estado subjetivo de hiperativação e fragmentação. Some-se a isso a exposição a eventos invasivos como violência, abusos, catástrofes naturais, acidentes, entre outros.

Podemos considerar, na psicoterapia corporal, Reich (1988; 1990; 2007) como um precursor do estudo sobre os efeitos dos eventos traumatogênicos na constituição da personalidade. A estrutura psicológica de cada indivíduo é determinada pelas frustrações traumatizantes que o sujeito, no decorrer do seu desenvolvimento, vivencia no tocante a falta de satisfação de suas necessidades, ocasionando a formação de um complexo sistema psicossomático de defesas – o caráter, no eixo psicodinâmico e a couraça, no eixo corporal. Lowen (1990; 1995; 1998) vai aprofundar esse raciocínio, elaborando uma extensa descrição dos traumas do desenvolvimento como fatores etiológicos decisivos para a formação do

caráter, que é entendida como uma forma neurótica e insatisfatória de estar no mundo. Dessa forma, no trabalho psicocorporal clássico, até os anos 70, os traumas eram compreendidos como eventos que impediam o desenvolvimento psicosssexual pleno da personalidade, fixando os pacientes energeticamente em necessidades infantis pré-edípicas que deveriam ser devidamente interpretadas.

O trabalho corporal, nesse sentido, visava romper as barreiras e tensões musculares que serviam de base energética estática para a manutenção da neurose. Para atingir esse objetivo, como descreve Klopstech (2005) os terapeutas deveriam incentivar os clientes à expressão dos sentimentos aprisionados, muitas vezes através de exercícios e técnicas que promoviam catarses emocionais poderosas e impressionantes. Gritos, choros, expressões de raiva, chutes, socos, mordidas, toques fortes na musculatura tensa tinham o propósito de relaxar a armadura da couraça para promover uma entrega, no princípio de estimular o estresse muscular carregando o organismo para uma posterior entrega à descarga e o relaxamento das defesas. No entanto, Klopstech (2005) e Koemeda-Lutz (2006) afirmam que esses procedimentos, muito mais do que tratar, retraumatizavam os clientes, deixando-os num estado de descarga hiperexcitada sem possibilidade de elaboração. Além disso, esse momento da psicoterapia corporal ocasionou uma grande resistência por parte de outras escolas de psicoterapia, por ser considerado extremamente agressivo, invasivo e com poucas capacidades de propiciar efeitos terapêuticos que pudessem ser internalizados e metabolizados pelos pacientes.

Foi no final dos anos 70 que a psicoterapia corporal começou a exibir mudanças nessa forma de pensar o tratamento do trauma. Na Análise Bioenergética, Lewis (1998, 1986) começa a elaborar uma série de estudos sobre o choque encefálico – um funcionamento mental hiperativado devido a falhas primárias no desenvolvimento do psiquismo, na relação mãe-bebê que foi vivida de uma forma ansiosa ou desvitalizada. Um falso self adaptativo é estruturado, no qual o sujeito prematuramente desenvolve suas funções cognitivas para satisfazer a mãe narcísica ou deprimida, expresso somaticamente nas tensões na base do crânio e no segmento ocular. Nesses estudos, o autor já aponta para a necessidade de construção de um vínculo de reparação, não invasivo, de forma a propiciar um ambiente seguro para a elaboração das angústias de aniquilamento e dissociação vividas muito precocemente no seu desenvolvimento primitivo. Na Europa, Boadella (2007a, 2007b), desenvolve a Biossíntese, também enfatizando a necessidade de

compreender os traumas vividos nas primeiras relações objetivas, levando em consideração aspectos da vida intrauterina, com métodos e técnicas que enfatizam a suavidade, a ressonância e o encontro legítimo que podem existir entre cliente e terapeuta. Outro autor importante a ser citado é Keleman (1998; 1996) com sua Psicologia Formativa que, a partir de um estudo profundo sobre a repercussão dos eventos estressantes na anatomia e fisiologia humanas, desenvolveu uma metodologia de trabalho que leva em consideração os padrões de forma que os tecidos, órgãos e sistemas produzem para enfrentar o trauma – adensamentos, colapsos, inchaços, rigidez.

A partir da década de 80, com o desenvolvimento do Instituto Internacional de Análise Bioenergética e seu Journal de Artigos e Pesquisas, surgem vários autores que vão discorrer mais especificamente sobre o trauma, mais especificamente o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) numa compreensão bioenergética. Podemos citar aqui como representantes: Finlay (2007; 2008) que desenvolveu uma metodologia própria para o tratamento bioenergético do transtorno; Boggio (2008) que elaborou um estudo extensivo sobre a temática numa perspectiva latino-americana; Lewis (2000, 2004) que, além de elaborar reflexões clínicas sobre o estresse traumático na Análise Bioenergética, elaborou artigos contrapondo e criticando perspectivas teóricas de outros autores; Tonella (2008) que afirma que o estudo sobre o trauma consiste em um novo paradigma norteador de uma práxis bioenergética voltada para o homem contemporâneo; e Bercei (2003, 2008) que desenvolveu uma metodologia, a partir das reformulações dos exercícios de bioenergética, para tratar os TEPT por meio de intervenções somáticas que estimulam correntes vibratórias no corpo, revertendo os efeitos paralisantes do trauma.

Por fim, uma corrente contemporânea que merece destaque é a Experienciação Somática (Somatic Experiencing) criada por Levine (2004) que, a partir de estudos da psicofisiologia do estresse e do trauma, desenvolveu uma metodologia e postura terapêuticas que buscam suscitar as respostas de enfrentamento ao trauma que foram impedidas de ser expressas no momento em que o estresse aconteceu. O autor parte de uma perspectiva etológica, comparando as respostas do trauma humano com as reações exibidas por animais que vivem em situação de perigo para a sua sobrevivência. Resneck-Sennes (2004), Eckberg (1999), Boggio (2008), Lewis (2007) e Tonella (2008) fazem referência direta a esse

trabalho, discutindo a sua importância no desenvolvimento de um protocolo de atendimento do trauma que atente para as invasões que sofremos no cotidiano que são vividas de maneira sofrida por todos nós, bem como para uma relação terapêutica de respeito e não repetição da hiperativação traumática no contato com o paciente.

As psicoterapias corporais vão conceber o stress como um fenômeno pertencente à ordem natural da vida, já que o organismo humano está continuamente submetido a responder a estímulos, sejam eles de ordem do mundo interno (pulsões, fantasias, memórias, excitações), ou do mundo externo (mundo físico, familiar, social e relacional). Retomando a interpretação reichiana já citada nos tópicos anteriores, o estresse pode ser compreendido a partir da fórmula do orgasmo, isto é, o efeito de um estímulo ocasiona no organismo um estado mecânico de tensão, seguido de uma crescente carga bioenergética, processos esses regulados pela ação do Sistema Nervoso Autônomo Simpático, com a função de ativar o organismo e deixá-lo em prontidão para a resposta de enfrentamento, seja fuga ou luta. Em seguida, o Sistema Nervoso Parassimpático se encarrega de realizar um processo de descarga energética (na forma de expressão de uma emoção, por exemplo) que significa o clímax do circuito, o desfecho necessário para o posterior relaxamento biomecânico, representado por um estado de hipoativação e descanso mediante o esforço anteriormente realizado. Para Reich (1995), o esquema tensão biomecânica – carga bioenergética – descarga bioenergética – relaxamento biomecânico é definido como a *fórmula do orgasmo*, inerente à fisiologia e o comportamento de todos os seres vivos.

Apesar de ser um componente intrínseco da relação do organismo com o ambiente, o estresse pode tomar dimensões patológicas. Situações repentinas e interpretadas como ameaça à sobrevivência acarretam uma sobrecarga reativa no Sistema Nervoso Simpático, que dispara uma série de neuro-hormônios no organismo alterando o processo de homeostase. Quando o sujeito interpreta que não possui capacidade de enfrentar o desafio imposto pelo ambiente de maneira eficaz, surge um padrão de distresse, isto é, uma transformação psicossomática profunda e desequilibrada expressa na perda gradativa da forma e da função dos tecidos e sistemas do corpo. O distresse, no sentido atribuído por Uchitel (2007) e Boggio (2008), é o trauma inscrito no corpo – trauma aqui entendido como um fenômeno disruptivo, que sobrepujou as possibilidades de resposta do organismo,

levando-o a um estado de dissociação, fuga da realidade, perda do senso de si mesmo, embotamento afetivo e pensamentos recorrentes, gerando considerável sofrimento.

Faz-se necessário, nesse momento, considerar uma diferença crucial entre traumas decorrentes do processo de desenvolvimento e traumas de choque. Finlay (2007) e Lewis (2004) apontam que, no decorrer do desenvolvimento psicológico, o ser humano vivencia, em maior ou menor grau, uma série de eventos que podem deixar marcas que definem a estrutura defensiva de nossa personalidade. Podem-se citar como exemplos de eventos traumáticos: a negligência nos cuidados da mãe na sua relação com o bebê no primeiro ano de vida; o desmame realizado de maneira abrupta; o treinamento rígido de toalete; a repressão à masturbação infantil; a vivência ou testemunho de violência doméstica, seja de forma física ou sexual; bullying (humilhação vivida nas relações com outras crianças na escola ou outros contextos sociais), entre outros.

O sofrimento decorrente desses eventos na infância e adolescência configura uma série de defesas caracterológicas e de couraça com o objetivo de defender e proteger o Self adulto de reviver as ameaças do passado. Para efeito de diagnóstico, Reich (1990) aponta que é importante compreender em que fase do desenvolvimento aconteceu o evento traumático, com que frequência, qual a intensidade e qual o principal agente frustrador, pois a complexidade na configuração desses fatores vai determinar a particular constituição caracterológica de cada paciente. Como vimos anteriormente, o trabalho com os incidentes do desenvolvimento que constituíram a solução neurótica na forma de sintomas de caráter foi o principal foco de compreensão diagnóstica e intervenção das psicoterapias corporais. Finlay (2007) argumenta como consequências do trauma precoce os seguintes sintomas, relatados pelos pacientes quando adultos: pensamentos paranoides; angústia inibitória nas relações sociais; ansiedade; evitação de emoções e situações que possam relembrar o trauma; confusão cognitiva; desconfiança e isolamento; mecanismos de defesa e enfrentamento enfraquecidos ou superativados; percepção distorcida de si mesmo e do mundo.

Um evento traumatizante que gostaríamos de ressaltar no texto, presente em várias das pacientes participantes do nosso estudo diz respeito ao abuso sexual, configurado aqui como fazendo parte do espectro de traumas do desenvolvimento. Lowen (1998) escreve todo um capítulo sobre o tema, enfocando os efeitos

destrutivos sobre o self de uma experiência de abuso, caracterizada por uma invasão da privacidade da criança, no tocante a sua sexualidade, em que um adulto explora a criança a partir de seus desejos genitais, impondo a mesma uma situação ambivalente de hiperexcitação, vergonha e culpa. Ou seja, o que é sentido pela criança como uma necessidade de contato corporal com uma carga energética de excitação pré-genital, é interpretado por um adulto como um desejo da ordem da genitalidade, denotando sentimentos internos de despersonalização, cisão e uma má regulação afetiva – o corpo é sentido como uma ameaça e a mínima percepção das emoções tornam-se fonte de grande confusão e conflito, pois são sentidas como intrusivas ao eu (Lachinsky, 1990; Mayo, 1984). Boggio (2008) relata que as emoções mais presentes nesses pacientes referem-se a um medo profundo, na forma de fobias e terrores associados à solidão, contato, retraumatização, invasão e da possível ira assassina implodida, uma necessidade profunda de retaliar a violência sofrida. No entanto, Boggio (1999) ressalta que esses sentimentos estão conflituosamente vivenciados de maneira ambivalente com culpa, vergonha de seus corpos e da excitação sexual em outras experiências sexuais na vida adulta, além de uma profunda confusão de sentimentos acerca do abusador, ora sentido como violento, ora sentido como objeto de amor e fidelidade, dependendo do contexto familiar e do vínculo do abusador com a vítima.

Diferente dos sintomas advindos de traumas do desenvolvimento, que possuem uma relação direta com a linha do tempo da história de vida, o Transtorno de Estresse Pós Traumático decorre de um evento ameaçador circunscrito, que deixou o sujeito em estado de choque e congelamento. Muitos desses eventos são passíveis de ser experienciados no cotidiano, tais como: violência urbana (assaltos, sequestros, estupros, etc.), desastres naturais, acidentes de carro, guerras civis, situações de abuso moral ou sexual, enfim, fatos que despertam uma reação emocional intensa de horror, terror ou pânico (Berceli, 2003; Eckberg, 1999). Levine (2004) amplia esse espectro de fatores traumáticos, acrescentando nesse rol qualquer experiência que tenha sido vivida como ameaçadora para o sujeito e tenha repercutido no Sistema Nervoso com respostas de sobrecarga e ativação do padrão de congelamento e terror – cirurgias e procedimentos médicos invasivos, receber o comunicado do diagnóstico de doenças terminais, desemprego repentino ou falência, perda repentina ou suicídio de um ente querido podem ser considerados como exemplos.

A partir do exposto, o diagnóstico diferencial do TEPT, de acordo com Boggio (2008) e Lewis (1986), está relacionado à presença de três principais tipos de sintomas: 1) reexperimentação do fato traumático de maneira involuntária, sentida por meio de memórias intrusivas, pesadelos, pensamentos recorrentes e intensas reações emocionais a eventos e situações com alterações fisiológicas; 2) evitação de sensações, pessoas e lugares que lembrem o fato traumático ou embotamento afetivo e isolamento social; 3) hiperativação do organismo, manifestada por respostas de sobressalto, irritação, dificuldade de concentração, etc. Em termos bioenergéticos, os autores argumentam que os sintomas citados são resultantes de um corte no fluxo de energia, ou seja, o organismo acumulou uma carga psicossomática/neuroendócrina de medo, colapsando a resposta natural de fuga/luta responsável pela descarga energética e deixando um resíduo estático simpaticotônico, ou seja, uma energia paralisada, não-metabolizada, inscrita nas tensões musculares e nos padrões neuronais de sobressalto e pânico (Reich, 1995). No processo terapêutico na abordagem corporal, através de diversos recursos, objetiva-se a mobilização somática para que a estase possa ser processada e descarregada, na forma de vibrações involuntárias na musculatura estriada que, para Levine (2004) e Berceli (2008) são respostas naturais e instintivas do organismo para a metabolização do trauma. Assim, busca-se a recuperação da vitalidade e pulsação do corpo que foi colapsado pelo trauma, bem como sua consequente elaboração e interpretação.

Quanto mais cedo os sintomas do TPET forem tratados, maior as possibilidades de reversão e prevenção de recaídas, podendo ser aplicado um procedimento de psicoterapia breve individual, associado a grupos de movimento de mobilização corporal, como será tratado mais adiantes. Já os sintomas decorrentes de traumas do desenvolvimento requerem uma psicoterapia de médio em longo prazo, pois se relacionam a déficits na constituição egóica do paciente, que devem ser devidamente cuidados e reestruturados. Apesar da diferença apontada, vale ressaltar que a propensão à vulnerabilidade dos pacientes exibirem sintomas do TEPT está intimamente relacionada com o histórico anterior de traumas no desenvolvimento experienciados. Assim, o terapeuta, no tratamento de sintomas decorrentes de eventos traumáticos, deve realizar uma anamnese minuciosa da história de vida do paciente, de maneira a compreender sua estrutura

caracterológica e de que forma as defesas presentes servem como empecilhos ou recursos para o enfrentamento e elaboração dos sintomas circunscritos.

De acordo com a literatura pesquisada, podemos citar como princípios centrais de compreensão e tratamento do trauma:

1. *O tratamento do trauma está intimamente relacionado à atenção e intervenção nos sinais e comportamentos não-verbais do sujeito.* Como afirmam as atuais pesquisas da neurociência, os efeitos do choque traumático são produzidos e regulados por estruturas subcorticais (sistema límbico, cérebro reptiliano e sistema nervoso autônomo), de maneira que uma psicoterapia estritamente verbal mostra-se insuficiente e pouco eficaz, pois trabalha com elaborações de pensamento que ativam estritamente áreas do neocórtex. Nessa perspectiva, métodos e técnicas que mobilizem o campo somático são imprescindíveis para reativar e processar as respostas de estresse traumático congeladas na musculatura e nos tecidos, possibilitando a expressão emocional necessária para o estabelecimento de novas conexões cerebrais e modificação dos sintomas psicossomáticos associados ao trauma.
2. *O trabalho corporal deve centrar-se numa atitude oposta à análise do caráter.* Tonella (2008) e Lewis (2007) enfatizam que a relação terapêutica deve primar pelo cuidado, segurança e vínculo, com atenção aos movimentos espontâneos surgidos do corpo do paciente, proporcionando-o experiências reparadoras sem reativar o núcleo traumático. Assim, deve-se trabalhar na perspectiva da construção e reconfiguração de defesas de um ego frágil, em substituição à atitude clássica de confrontar e dissolver a estrutura rígida de caráter.
3. *Os sintomas defensivos devem ser encarados como os recursos possíveis que o paciente conseguiu configurar para sobreviver ao trauma.* Na maioria dos casos, os autores argumentam que atitudes como: relutância, dissociação, evitação do contato, faltas não se referem à resistência transferencial clássica, mas sim à desconfiança e medo que os pacientes sentem de ser novamente expostos ao trauma na relação terapêutica. Em contrapartida, com o estabelecimento de uma relação de confiança e com o

andamento do processo psicoterápico, o terapeuta precisa atentar para a dificuldade que os pacientes exibem em manter o padrão de melhora, por estarem apegados à estase energética e, conforme Lowen (1995), ao medo de vivenciar a vida em sua excitação corporal. Faz-se imprescindível o terapeuta propiciar ao paciente a contenção e reforçamento das sensações de prazer que possam advir dos trabalhos corporais.

4. *O ser humano possui um potencial inato para resolver o trauma.* O terapeuta deve acreditar nos recursos psicossomáticos internos que o paciente possui para se curar do trauma e encará-lo como um processo de aprendizado e evolução da capacidade de enfrentar os desafios do mundo. Levine (2004) e Bercei (2008) afirmam categoricamente que o organismo possui uma sabedoria fisiológica de retorno ao equilíbrio homeostático e, nesse sentido, o terapeuta deve assumir o papel de facilitador desse processo, cujo tempo e gradação acontecem de maneira singular para cada paciente.

Boggio (2008) estabelece três fases importantes para o tratamento do trauma no enfoque da psicologia corporal, que requerem do terapeuta diferentes habilidades e competências relacionais, as quais serão discutidas com a contribuição de outros autores pesquisados. As fases aqui descritas não acontecem sequencialmente em uma ordem rígida, podendo em uma sessão surgir aspectos de várias dessas etapas que devem ser tratados de acordo com a evolução e demanda específicas de cada paciente. São elas:

1. *Estabelecimento de um vínculo seguro que garanta a contenção, estabilização e educação sobre os sintomas:* Nesse momento do processo, logo após ser realizado um diagnóstico cuidadoso do quadro de sintomas vinculados a traumas, o principal foco de trabalho consiste no estabelecimento de um clima de confiança e vínculo seguro entre terapeuta e paciente. Finlay (2007) define esse processo do vínculo como “habitação” (indwelling), ou seja, o processo de acolhimento e postura empática do terapeuta para com as demandas e sensações do paciente sem muitas intervenções. Através da relação com o terapeuta, o paciente adquire gradualmente a capacidade de focar sua atenção nas suas sensações corporais, nomeando as angústias/emoções inicialmente difusas e hiperativadas, de forma a manejar o impacto energético advindo das lembranças

associadas aos eventos traumáticos. Para atingir esse fim, é importantíssimo o atentar para o tripé terapêutico apontado por Boadella (2007): o *centramento* (*centering*) focado no trabalho com a respiração que propicia uma maior atenção às emoções e propriedades relaxantes; o *enraizamento* (*grounding*) para propiciar uma sensação de segurança corporal a partir de exercícios realizados sentindo os suportes somáticos (pernas, costas, braços); e o *contato ocular* (*facing*) com o terapeuta, propiciando a comunicação de pensamentos e sentimentos numa conexão com o outro.

Outro ponto a ser trabalhado nessa fase refere-se à construção de limites, já que o trauma consiste em um evento que invadiu a dinâmica psicossomática do paciente e deixou-o impossibilitado de reagir. Isso pode ser trabalhado a partir do exercício de distância física que pode ser experimentada na relação intersubjetiva com o terapeuta, na qual o paciente pode propor, a cada sessão, que o terapeuta possa aproximar-se ou afastar-se de acordo com seu estado subjetivo no momento. O trabalho de conscientização e expansão dos micromovimentos (Resneck-Sennes, 2004; Eckberg, 1999), citado em outro momento nesse texto, também suscita o desencadeamento de respostas de fuga/luta como chutes, socos, empurrões, os quais devem ser associados à expressão vocal, através de sons, gritos ou consignas como “sai”, “não”, etc. O princípio de “dosificação” criado por Levine (2004) serve como uma cautela que o terapeuta deve seguir para propor esses procedimentos, isto é, como na química, a experiência emocional deve ser modulada de tal forma que desprenda a energia congelada pelo trauma sem, no entanto, ocasionar uma explosão catártica retraumatizadora.

A educação sobre os sintomas decorrentes de eventos traumáticos também deve ser alvo das ações terapêuticas, pois tanto a superexcitação como o congelamento do sistema nervoso faz com que os pacientes interpretem os sintomas como corpos estranhos, intrusivos e ameaçadores, geralmente associados com emoções de medo de enlouquecer ou morrer (Lowen, 1998; Lewis, 1998). Dessa maneira, uma atitude de contenção das intensidades emocionais do paciente deve servir como um marco cognitivo de desidentificação das experiências negativas que ficaram no passado e que não vão retornar no presente momento (aqui/agora) da sessão. Finlay (2008) argumenta que esse objetivo é possível quando o terapeuta usa uma medida certa entre compreensão empática e confrontação, entre toque e interpretação, de forma a não infantilizar o paciente e garantir a ele o

desenvolvimento/reestabelecimento de seus recursos internos para desintensificar os sintomas que desestruturam seu senso de auto-regulação.

2. *Integração do Self por meio da renegociação, memorização e reorganização do material traumático*: Após a fase inicial de construção de suportes internos para compreender e manejar os sintomas advindos do trauma, a tarefa terapêutica nesse momento centra-se na conscientização e elaboração das memórias traumáticas. Esse processo implica uma corporificação dos efeitos do trauma, através do método de educação somática proposto por Keleman (1996), que tenta compreender como o corpo responde ao estresse através de mudanças formativas, isto é, os tecidos transformam-se para adaptar-se à situação ameaçadora através de contração, inchaço, congelamento, adensamento, colapso. Na terapia, o paciente é convidado a entrar em contato, a partir do relato de suas memórias traumáticas, com as reações corporais que surgem – uma tensão nos ombros, uma respiração presa, uma falta de energia nas pernas, uma sensação de aperto na garganta ou no peito, por exemplo. O terapeuta, a partir disso, convida o paciente a exagerar essas reações somáticas, para intensificar o desencadeamento emocional e o processo de atribuição cognitiva do sentido, para posteriormente solicitar que o paciente possa gradativamente desmanchar o padrão intensificado de resposta. A intenção terapêutica consiste em dar condições ao paciente de controlar conscientemente a modulação do padrão hiperativado de resposta ao evento traumático, educando-o para a possibilidade de novas respostas a partir das mudanças psicossomáticas vividas com o desmanchar do padrão intensificado.

Finlay (2007), Boggio (2008) e Berceli (2003) acreditam que é possível, a partir do estabelecimento de um vínculo seguro, propor exercícios e técnicas vivenciais mais ativos ao paciente, com a finalidade de potencializar a corrente de vibrações involuntárias em todo o corpo, considerada como sinal de descongelamento da energia paralisada na musculatura e uma condição indispensável para a cura psicossomática do trauma. Os procedimentos incluem:

- Técnicas de mobilização da tensão ocular (pois os olhos ficam tensionados de medo, expressando uma fixação na memória visual do evento traumático);

- Massagens na face e nuca (com a finalidade de dissolver a tensão na cabeça, resultante do choque encefálico);
- Exercícios bioenergéticos de grounding e alongamento de forma a estimular a vibração no músculo psoas (que de acordo com Bercei está envolvido com as respostas instintivas de fuga/luta);
- Procedimentos de desbloqueio dos anéis de couraça, principalmente o torácico e o diafragmático, através de movimentos expressivos e massagens.

Finlay (2008) alerta para a sensibilidade do terapeuta em propor os procedimentos citados em momentos que possam fazer sentido no processo terapêutico, obedecendo sempre à observação do padrão emocional do paciente no decorrer da sessão. Os trabalhos não devem ser realizados de maneira mecânica ou forçados, pois muitas vezes, o paciente realiza os exercícios de maneira mecânica e sem sentido, somente para agradar ao terapeuta, propiciando o que o autor chama de Síndrome de Estocolmo, ou seja, a reedição de um vínculo abusivo com o agressor na relação transferencial.

Com esses procedimentos, o propósito central volta-se para o desenvolvimento de um vórtice curativo (como definido por Levine, 2004) que, através de experiências e memórias reparadoras propiciadas no decorrer das sessões, possa dar condições ao paciente de negociar cognitiva e emocionalmente com os sintomas negativos resultantes do TEPT. Surge, em decorrência, uma maior sensação de autoconfiança, além de uma avaliação positiva dos recursos de enfrentamento de futuros eventos estressores, uma maior segurança interna e atitudes positivas frente à vida.

3. Restabelecimento da capacidade de expansão e prazer na vida cotidiana:

Na última etapa do tratamento, a principal meta é recuperar o poder do paciente de viver seu cotidiano com prazer, integrando seu potencial expansivo e estimulando projetos para o futuro. Boggio (2008) relata que o estado inicial de hiperativação simpaticotônica decorrente do trauma inviabiliza a experiência de prazer, e sentir-se capaz de estabelecer um relacionamento afetivo gratificante e realizar uma atividade laboral com identificação e prazer. Para isso, cabe ao terapeuta ajudar o paciente a

desinvestir do papel de vítima ou sobrevivente do trauma, no qual esteve identificado e obteve ganhos secundários para dar lugar a um posicionamento proativo em direção à responsabilidade pelas mudanças em sua vida e nos relacionamentos. Tal atitude torna-se viável, quando o terapeuta reforça a autovalorização positiva e o aprendizado que o paciente obteve tanto ao vivenciar a situação traumática, quanto ao tratá-la através da psicoterapia. É incentivada a postura de autodefesa e fortalecimento dos limites egóicos, ao mesmo tempo em que é estimulada uma maior abertura para novas conexões com as pessoas e expansão de interesses e projetos de vida.

Ou seja, falando numa linguagem bioenergética, reestabelecer a capacidade pulsatória entre contração (estando consigo mesmo, numa capacidade avaliativa e reflexiva) e expansão (ir à busca do outro, do ambiente para satisfazer as suas necessidades, estar em relação). Dessa forma, Boggio (2008) discorre sobre a importância de recuperar o potencial de sexualidade do paciente, fechando o ciclo de descarga energética para a pélvis, considerada por Reich (1988) como potencial de saúde. Para isso, os exercícios clássicos de bioenergética propostos por Lowen (1992) (stool, todas as formas de grounding, exercícios de mobilização pélvica) são indicados.

Muitos dos princípios acima podem ser compreendidos como pontos chave para o trabalho com pacientes que sofrem da Síndrome do Pânico. Esse transtorno de ansiedade é caracterizado por um momento súbito de crise advindo da hiperativação do Sistema Nervoso Autônomo, acompanhado de alterações cardiorrespiratórias, parestesias, calafrios, tremores, náuseas, despersonalização, vertigens, tonturas. Apesar de o corpo estar em estado de prontidão para enfrentar uma ameaça, a mesma não é identificável, tornando-se o próprio corpo e suas reações a fonte de ameaça para o paciente (Boggio, 2008).

Podemos associar o estado de pânico ao que Keleman (1998) conceitua como estado de colapso orgânico, ou seja, a fase última do continuum do distresse, na qual o sujeito encontra-se na impossibilidade de reagir à ameaça, desorganizando assim os seus recursos internos, impedindo a descarga adequada por meio de uma reação emocional. Há um alerta desproporcional à situação e uma desconexão entre a experiência somática e cognitiva. Outro conceito importante desse autor, citado anteriormente, diz respeito aos middle grounds, nesse caso, o pânico pode advir em momentos de transições difíceis da vida, nas quais as

ansiedades podem ter sido suprimidas, negadas ou dissociadas, sendo reativadas em momentos chaves de stress muito desafiadores, em que os recursos defensivos já não são mais suficientes.

Em termos etiológicos, Resneck-Sannes (2002) refere-se a mecanismos psíquicos de negação, culpa e repressão que impedem o sujeito de se dar conta do stress que causa o ataque. Essa psicodinâmica estaria relacionada a padrões de ameaça advindos de vínculos inconsistentes vividos pela criança nos primeiros momentos de vida, configurando sentimentos internos infantis de desproteção, falta de defesa, desamparo, solidão e carência de recursos. Boggio (2008) também alude a déficits na relação primária com o ambiente materno cuidador, deixando na criança uma dificuldade de integrar suas experiências corporais com conteúdos representacionais, ou seja, uma inabilidade em manejar conteúdos e angústias subjetivas interiores. Numa interpretação reichiana, de acordo com Baker (1980) esses déficits estariam intimamente relacionados a uma forte couraça ocular, com angústias reveladoras de um núcleo psicótico – desorganização perceptiva, despersonalização, medo de morrer ou desintegrar-se, direcionando a energia da base para cima, ou seja, hiperativando a cabeça, deixando o sujeito em um estado de hipervigilância.

Outras hipóteses bioenergéticas apontadas por Boggio (2008) são a falta de conexão com a parte inferior do corpo, com déficits de enraizamento (grounding) e centramento nas sensações corporais, bem como a contração crônica dos segmentos diafragmático e torácico, desenvolvendo uma atitude inspiradora crônica predispondo o organismo a um estado de ansiedade. Nesse sentido, podemos recorrer às hipóteses lançadas por Lowen (1993), ao analisar pacientes cardíacos, que o pânico seria uma resposta orgânica oposta à polaridade depressiva, ou seja, a hiperativação do sistema nervoso simpático encobriria uma parassimpaticotonia depressiva que o paciente não consegue acessar, pois seria muito ameaçador contatar com a vulnerabilidade.

Boggio (2008) e Robbins (2002) também nos apontam a necessidade de verificar histórias de agressões vividas pelo sujeito, bem como a maneira como o mesmo lidou/enfrentou com tais situações. O diagnóstico caracterial também é fundamental, pois é importante distinguir um paciente que possui déficits de constituição egóica primários, de outro que vive o pânico como uma forma de descompensação masoquista da ansiedade.

Em termos psicoterapêuticos podemos citar os seguintes procedimentos, de acordo com Resneck-Sannes (2002), Robbins (2002) e Boggio (2008):

- Psicoeducação sobre os sintomas e a síndrome como recursos egóicos de enfrentamento cognitivo das crises;
- Focar o trabalho nas sensações corporais, evitando intelectualizações e reorganizando as interpretações errôneas ou caóticas que o paciente atribui aos sintomas;
- Enfatizar uma relação terapêutica de confiança e segurança, baseada nos princípios de grounding, centramento, contenção e suporte;
- Identificar os padrões de medo no corpo, compreender suas contenções e dar suporte para expressar as respostas de fuga/luta que foram impedidas, completando assim o ciclo neuropsicológico de defesa e ajudar o corpo a retornar á homeostase;
- Focar o trabalho respiratório na expiração, trabalhando eventuais medos de morrer ou desintegrar-se, sempre com suporte do contato dos pés com o chão, trazendo a atenção para a tensão no peito, diafragma e abdômen;
- Trabalhar a tensão ocular, através de exercícios de focalização (ponto fixo em lanterna ou ponto fixo em uma parede) como forma de buscar um ponto externo de apoio para o momento da crise.

Tendo em vista esse panorama conceitual geral, trataremos agora dos aspectos metodológicos de nossa pesquisa de campo.

4. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

4.1. Caracterização geral do Método da Pesquisa

A pesquisa apresentada pode ser caracterizada como uma pesquisa de cunho clínico (D'Allones, 2004; Giarni, 2004 e Turato, 2003), pois tenta se ocupar de um fenômeno relacionado à práxis psicoterapêutica na área da saúde, envolvendo questionamentos sobre o diagnóstico e o tratamento de pacientes em processo de sofrimento psicossomático, definido aqui como uma queixa orgânica que configura uma demanda de tratamento psicoterápico, geralmente associado a outros tratamentos médicos. Nesse sentido, utilizamos instrumentos de pesquisa primordialmente pautados nos métodos qualitativos, de forma a abranger uma compreensão multifatorial dos efeitos que as intervenções em psicoterapia bioenergética acarretam nas pacientes. Associamos tais procedimentos com uma investigação diagnóstica, considerando instrumentos de obtenção de dados objetivos, tais como características do perfil da clientela e escalas de avaliação psicológica, com o objetivo de obter uma mensuração do nível de stress e saúde geral das participantes.

De acordo com Ohki (2010) e Bombana (2006), a Psicossomática consiste em uma área que envolve uma atitude interdisciplinar de considerar dimensões da saúde como um fenômeno que pode ser avaliado em termos objetivos (protocolos, levantamento de sinais e sintomas, escalas epidemiológicas) e subjetivos (escuta clínica do discurso, respeito à particularidade subjetiva do vivenciar o sofrimento). Essa atitude de considerar o fenômeno considerando esses diferentes aspectos configura um diálogo às vezes muito difícil, levando em conta as diferentes querelas existentes na área da saúde entre as metodologias das ciências naturais (eminentemente quantitativas) e das ciências humanas (qualitativas), no tocante à validação de procedimentos e divulgação de dados que possam ser considerados verossímeis para os diferentes profissionais de saúde.

Apesar dessa discussão, optamos por realizar um estudo predominantemente qualitativo, utilizando de algumas escalas de medida (testes psicológicos) e questionários que possam nos dar parâmetros quantitativos de avaliação da eficácia

do tratamento, conforme discutimos nos objetivos desse trabalho. Acreditamos, corroborando com o raciocínio desenvolvido por Turato (2003) e Gunther (2006) que um estudo que combine instrumentos quantitativos e qualitativos pode nos ajudar a efetuar um diálogo fértil entre diferentes estratégias de obtenção e análise de dados, numa tentativa de superação dos impasses metodológicos e de validação centrada eminentemente em estatísticas epidemiológicas. Conforme discute Ramos (2011), Neder (1996) e Capra (1992), tal postura é necessária mediante as dificuldades típicas de um objeto de estudo tão problemático que são os sintomas de ordem psicossomática. Isso porque demanda uma compreensão multifatorial que supere a visão dicotômica existente entre uma perspectiva biologicista de interpretação (geralmente associada à classe médica) e a psicologizante, ambas reducionistas.

Concordamos com Gunther (2006) que, apesar dos conflitos existentes entre os pesquisadores que usam dos métodos quantitativos e qualitativos no tocante a fidedignidade e validade científica de seus métodos e resultados, o ponto essencial que deve ser considerado para a escolha de um determinado método para a pesquisa implica em uma análise criteriosa, por parte do investigador, sobre o seu objeto de estudo e as questões a que se propõe responder. Nesse sentido, considerar o corpo na sua dimensão objetiva/biológica (que fornece dados quantitativos), bem como na perspectiva subjetiva/fenomenológica (fonte de dados qualitativos) pode ser um caminho para o diálogo entre diferentes perspectivas e saberes, em busca de uma análise interdisciplinar e integradora que, segundo preconiza Spinelli e Neder (2010), deve ser o preceito ético básico do profissional em Psicossomática.

Outra discussão a ser considerada no método da pesquisa aqui apresentada diz respeito à característica de uma intervenção em psicologia clínica, na qual estamos defronte a sujeitos em condição de sofrimento, demandando ajuda específica para as suas questões. Giami (2004) afirma que, nesse interjogo entre pesquisador e sujeitos participantes, a demanda de saber se articula com uma finalidade de ajuda, em que precisamos reconhecer a dimensão intersubjetiva e transferencial existente no processo. Nesse sentido, pretendemos apresentar os estudos de caso a partir de dados que foram co-construídos numa relação contínua com o pesquisador/terapeuta. Os discursos que aqui apresentamos não se referem a entrevistas realizadas com o intuito somente de obter informações, mas também

de questionar, amplificar, interpretar os diferentes sentidos e experiências que permeavam a existência dessas pacientes, em sua relação com o adoecimento.

4.2. Sujeitos participantes

Inicialmente selecionamos dez pacientes, que procuraram atendimento psicológico no ambulatório do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL-UFRN), para o desenvolvimento de atividades referentes ao projeto de pesquisa. Os pacientes foram selecionados a partir dos seguintes critérios:

1. Ter passado por uma triagem inicial com a equipe de psicologia clínica/hospitalar do ambulatório;
2. Possuir uma queixa de sofrimento orgânico que demande uma assistência psicológica, de ordem primária ou secundária;
3. Disponibilidade para participar de todas as etapas da pesquisa;
4. Não estar fazendo uso de medicação psicotrópica ou possuir alguma condição psíquica que impeça a compreensão cognitiva dos procedimentos a serem utilizados durante o processo de pesquisa¹¹.

É importante ressaltar que dos dez pacientes selecionados, somente oito completaram o processo de pesquisa, tendo duas desistências após a segunda entrevista, não assinando o Termo de Consentimento Livre e Informado (TCLI). Outro ponto fundamental a ser citado é que todas as pacientes passaram por um tratamento psicológico anterior, seja no HUOL ou em Unidades Básicas de Saúde, em abordagens psicodinâmicas, com duração de três a seis meses, com intervenções exclusivamente verbais. A nosso ver, essa é uma variável importante a ser considerada, observando que as pacientes puderam vivenciar outro processo de cuidado psicoterápico, num enfoque que intervém de maneira integrada, combinando intervenções verbais e técnicas/exercícios corporais.

¹¹ Como falamos na introdução, a intenção inicial do projeto de pesquisa estava voltada para selecionar sujeitos participantes (terapeutas e pacientes) vinculados ao Serviço de Atendimento Psicoterapêutico Social (SAPS), do Instituto de Análise Bioenergética de São Paulo. O SAPS constitui-se atualmente em um espaço institucional onde os analistas bioenergéticos e os terapeutas em formação clínica prestam serviços de atendimento psicoterapêutico individual a pacientes de baixa renda, no intuito de socializar e ampliar o alcance da Análise Bioenergética a diferentes camadas socioeconômicas. Com o retorno para o Nordeste, para manter o propósito e os objetivos do projeto, readaptamos as estratégias de coleta de dados, ampliamos o grupo de profissionais para fora do Estado de São Paulo e recrutamos pacientes no Hospital Universitário Onofre Lopes, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, instituição na qual desenvolvemos trabalhos como docente atualmente.

4.3. Local e situação de coleta

O local de realização dos atendimentos com as pacientes foi uma sala de atendimento clínico do Serviço de Psicologia Aplicada (SEPA) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, onde aconteceram as entrevistas individuais, aplicação dos instrumentos (testes) e a aplicação dos Exercícios de Bioenergética nas sessões de entrevista clínica. A figura abaixo mostra o espaço onde foram realizados os procedimentos com as pacientes, que eram agendados previamente com dia e hora marcados de acordo com a conveniência dos participantes.



Figura 02 – Sala de atendimento SEPA/UFRN

As pacientes, conforme citado anteriormente, foram encaminhadas pelo serviço de Psicologia do HUOL, que é uma unidade suplementar da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, diretamente vinculada à Reitoria. Orienta-se pelas diretrizes do Complexo Hospitalar e de Saúde e tem como finalidade promover a assistência à saúde, o ensino, a pesquisa e a extensão no âmbito das ciências da saúde, e correlatas, com qualidade ética e sustentabilidade. O HUOL integra o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme estabelece a Lei Orgânica da Saúde (Lei no 8080/90), na qualidade de hospital de referência.

4.4. Instrumentos

Utilizamos os seguintes instrumentos para a realização da pesquisa com as pacientes:

- Questionário de Caracterização Sócio-Demográfica para obtenção de dados gerais sobre os sujeitos participantes em termos socioeconômicos tais como: idade, religião, estado civil, escolaridade, renda familiar, trabalho, estrutura familiar;
- Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL) (Lipp, 2000) e Questionário de Saúde Geral de Goldberg (Goldberg, 1996): esses testes, com validação reconhecida nacionalmente pelo Conselho Federal de Psicologia, têm como objetivo avaliar fatores de estresse e histórico de saúde dos pacientes, envolvendo fatores como vulnerabilidade, enfrentamento de estressores, bem-estar, propiciando escalas quantitativas de avaliação do estado de saúde dos pacientes antes e depois dos procedimentos de pesquisa. Os mesmos foram aplicados antes e depois do processo de pesquisa, pela equipe de bolsistas, sem que o pesquisador tivesse acesso aos dados, com resultados verificados ao término dos atendimentos, mantendo o rigor científico;
- Entrevistas Clínicas: Foram realizadas entrevistas com os seguintes objetivos: a) criar um bom rapport com o pesquisador; b) esclarecer o processo de pesquisa e apresentar o Termo de Consentimento Livre e Informado (TCLI); c) levantar dados significativos da história de vida; d) compreender a relação do paciente com seu sofrimento orgânico em termos retrospectivos; e) construir uma compreensão diagnóstica, em termos bioenergéticos, do sofrimento orgânico e experimentar estratégias de intervenção psicocorporal. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas. Foram marcadas 12 entrevistas com as pacientes, as quais tiveram frequência variada, como apresentaremos nos resultados;
- Aplicação de Exercícios/Técnicas em Análise Bioenergética: descritos com mais detalhes no item abaixo, caracterizam-se pela experienciação dos exercícios e técnicas da análise bioenergética em 12 sessões, com as pacientes participantes. Tais intervenções aconteceram de acordo com as

demandas específicas trazidas por cada paciente, considerando as suas limitações orgânicas decorrentes do processo de adoecimento, bem como aspectos transferenciais. Discutiremos melhor os efeitos dessas intervenções no próximo capítulo.

4.5. Procedimentos de coleta

Concomitantemente às entrevistas com os terapeutas, desenvolvemos um trabalho de pesquisa através de um grupo de pacientes que se submeteram a 12 entrevistas clínicas individuais com aplicação, de acordo com o caso, de exercícios e técnicas de Análise Bioenergética tais como preconizados por Lowen (1990). Tais procedimentos podem ser compreendidos como intervenções corporais inspiradas na compreensão psicossomática reichiana do corpo dividida em sete anéis energéticos, que guardam tensões segmentares (couraças) advindas de tensões diversas na história do desenvolvimento do sujeito.

Diferentemente da Vegetoterapia em que os procedimentos são realizados no sentido céfalo-caudal, obedecendo a uma sistemática de desbloqueio das tensões musculares que segue uma sequência pré-determinada (Navarro, 1995; Xavier, 2004; Hortelano, 2009), a Análise Bioenergética se utiliza de técnicas diversas para trabalhar as tensões musculares de acordo com a compreensão diagnóstica que o terapeuta apreende do paciente a cada sessão, enfatizando um raciocínio sempre voltado para a progressão, ou seja, enfocando a capacidade adulta de lidar com os eventos traumáticos vividos no percurso do desenvolvimento infantil. De acordo com Hoffman (1998), Rego e Rielli (1996), os exercícios objetivam: uma maior autoconsciência corporal; contato com as tensões musculares e impedimentos emocionais que sustentam as defesas neuróticas; propiciar um espaço aberto de expressão e autocuidado; melhorar a qualidade de manejo do estresse e fortalecer a estruturação egóica pela ênfase no princípio do grounding (enraizamento).

As pacientes, após serem apresentadas e assinarem o TCLI, foram submetidas a uma média de doze sessões, correspondendo a um período de seis meses de intervenção, de agosto de 2011 a fevereiro de 2012. O tempo médio das sessões era de 60 minutos, podendo variar para até 100 minutos, dependendo da questão trazida pelo paciente durante o encontro, da disponibilidade de tempo e da necessidade de contenção emocional decorrente do procedimento corporal

experimentado, conforme veremos nos estudos de caso a serem apresentados na próxima seção deste trabalho. Foram trabalhados exercícios de grounding, conscientização corporal, estabelecimento de limites, técnicas de expressão emocional. Nossa investigação foi inspirada em uma pesquisa realizada internacionalmente por Nickel et al. (2006), no qual foi avaliada a eficácia terapêutica dos exercícios de bioenergética em pacientes imigrantes na Europa, que possuíam sintomas considerados típicos de transtornos somatoformes.

Antes do processo interventivo propriamente dito, aplicamos os seguintes instrumentos, com os objetivos de uma melhor caracterização sócio-demográfica e do estado de saúde das pacientes:

1. *Questionário Sócio-Demográfico* (investigando dados como: sexo, escolaridade, renda familiar, histórico de doenças, levantamento de sintomas e tratamentos realizados, perfil familiar, lazer, profissão, entre outros indicativos);

2. *Questionário de Saúde Geral de Goldberg* (para termos um indicativo da saúde por meio de uma escala validada nacionalmente, que avalia o paciente através de indicativos psicossomáticos). O teste tem como objetivo central avaliar o estado de saúde geral do paciente, a partir das seguintes escores/fatores: Tensão ou Stress Psíquico, Desejo de Morte, Auto eficácia (falta de confiança na capacidade de desempenho), Distúrbios do Sono e Psicossomáticos, esses últimos entendidos como sintomas orgânicos diversos experimentados pelo paciente e avaliados pelo teste, tais como cardiovasculares, gastrointestinais, neurovasculares. Indicadores de depressão, ansiedade, temperamento também são considerados, corroborando as observações de Ramos (2011), que discute a comorbidade dos distúrbios psicossomáticos com depressão e ansiedade;

3. *Inventário de Sintomas de Stress para Adultos* (de maneira a avaliar o estado de stress em que os pacientes se encontram de maneira objetiva antes e depois da realização da pesquisa, também pela utilização de uma escala validada nacionalmente). O teste visa avaliar se o paciente possui sintomas de stress, o tipo de sintoma existente (somático ou psíquico) e a fase com que ele se encontra, de acordo com a proposta elaborada por Lipp (2000) – alerta, resistência, quase exaustão e exaustão. O instrumento enfatiza os sintomas físicos, avaliados gradativamente de acordo com a descrição gradativa das fases de stress. Os instrumentos foram aplicados pela equipe de bolsistas envolvidas no projeto, após a

assinatura do TCLI e logo após a sessão de encerramento. Os resultados foram processados em um formulário eletrônico fornecido pela Casa do Psicólogo e acessados somente no final da pesquisa;

4. *Entrevista de avaliação/feedback do processo interventivo*, na qual os pacientes tiveram a oportunidade de expressar sua opinião sobre a sua participação na pesquisa, também realizada pela equipe de bolsistas, de forma que as respostas pudessem garantir o máximo de espontaneidade possível sem a presença do pesquisador, que poderia ser sentida como inibitória. Foram abordados tópicos como: pontos positivos e negativos, alcance dos objetivos da pesquisa expostos no TCLI, auto-avaliação da condição de saúde antes e depois do processo, utilização de procedimentos corporais e seus efeitos.

4.6. Cuidados éticos

A pesquisa ora apresentada está pautada nos princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, conforme as diretrizes da Resolução no. 196/96 CONEP/CNS/MS. Todo o projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC/SP, tendo início somente com a sua devida aprovação e autorização (em anexo). Todas as participantes da pesquisa foram esclarecidas de seus objetivos, metodologia e acompanhamento por meio do Termo de Consentimento Livre e Informado, cujo texto encontra-se também na seção de anexos. Por se tratar de pacientes que possuem queixas orgânicas diversas, tivemos o compromisso ético de realizar um encaminhamento para um posterior tratamento psicológico adequado a sua demanda, quando necessário. Está garantido o princípio de sigilo das identidades das participantes na divulgação dos resultados, bem como as mesmas terão a possibilidade de ter acesso, caso seja de seu interesse, a uma apresentação informal sobre os resultados obtidos durante o processo de pesquisa, por meio de uma oficina de devolução.

4.7. Método de análise de dados

Os dados, de acordo com o exposto nos procedimentos de coleta, foram analisados a partir dos seguintes eixos:

Eixo 01 – Quantitativo: Aqui usamos procedimentos estatísticos para analisar os dados obtidos através dos questionários sociodemográficos e instrumentos de avaliação psicológica, de forma a elaborar eixos correlativos de dados que possam nos fornecer informações e possíveis interpretações sobre as diferentes variáveis de investigação.

Eixo 02 – Qualitativo: Para análise das entrevistas clínicas com as pacientes, utilizamos o método da análise de discurso (Gill, 2004) para estabelecer categorias de análise e elaborar um *corpus* interpretativo a partir da produção de sentidos obtida com a experiência das pacientes com as sessões individuais em Análise Bioenergética. Outra metodologia utilizada para expor os resultados obtidos diz respeito ao estudo de caso clínico que, segundo D'Allones (2004) consiste em uma estratégia de investigação que visa colher fatos e organizá-los em uma biografia com o objetivo de lançar luz para determinadas hipóteses ou estruturas teóricas, de forma a estabelecer uma relação de troca entre as informações construídas nas entrevistas e as questões da pesquisa. Ventura (2007) afirma que o estudo de caso na área da saúde serve como ponto de reflexão para o estudo de comportamentos, estilos de vida, que configuram o processo saúde/doença, permitindo a compreensão de determinados fenômenos particulares, escolhidos intencionalmente pelo pesquisador, sob uma ótica complexa de fatores de forma a constituir uma análise em profundidade.

Esclarecendo melhor, a partir das ideias de Peres e Santos (2005), um estudo de caso deve ser elaborado respeitando as diversas variáveis constituintes da realidade, de forma a considerar diferentes fatores do fenômeno a ser investigado, evitando interpretações reducionistas. Guimarães e Bento (2008), ao teorizar sobre o lugar da pesquisa em clínica psicanalítica, argumentam que o estudo de caso consiste na transposição do encontro clínico para uma escrita *a posteriori*, na qual se permite a descrição e teorização continuada sobre o sofrimento humano. Porém, coadunando com o texto de D'Allones (2004), os autores ultimamente citados afirmam categoricamente que a escrita sobre a clínica não representa o momento do encontro analítico, é uma transposição permeada da subjetividade do pesquisador, de seus interesses em responder a determinadas questões e, mais do que isso, de conteúdos inconscientes que podem escapar no discurso escrito, tais como: expressões não verbais nos processos interacionais, mecanismos de defesa, questões transferenciais e contratransferenciais.

Além desses cuidados, alguns autores pesquisados (D'Allones, 2004; Alves-Mazzotti, 2006; Ventura, 2007; Peres e Santos, 2005) discorrem sobre as controvérsias existentes acerca da confiabilidade científica dos estudos de caso. Tal problemática decorre da transposição dos dados construídos por meio da observação de casos específicos para uma generalização, tendo em vista que haveria poucas chances de correlação entre os fenômenos (discursos, comportamentos) de um indivíduo que possa revelar uma realidade aplicável a um grupo. Sem contar com as diversas variáveis intervenientes, que configuram interferências diversas (seja de ordem subjetiva ou objetiva) no processo de pesquisa, que podem contaminar os dados obtidos, gerando interpretações enviesadas. D'Allones (2004) nos convida a pensar em algumas condições necessárias para superar esses impasses na utilização de estudos de caso em psicologia clínica, a seguir apresentados em suas palavras:

(...) se tal empreitada descreve o quadro e o dispositivo e precisa as condições de observação e do enunciado; apoia-se sobre um material suficiente; faz, em relação a ele, funcionar a teorização de maneira aberta como uma ficção criativa e não como um dogma; e se as forças clínicas do entusiasmo e fervor clínicos são temperadas pela prática da dúvida metódica e por uma atenção constante dirigida sobre o jogo dos fenômenos transferenciais (D'Allones, 2004, pg. 90).

Conforme os autores citados, a utilização de estudos de caso possibilita ao pesquisador o acesso a um universo complexo de dados que devem ser avaliados criteriosamente. Em nossa pesquisa, considerando todas as entrevistas realizadas e devidamente transcritas, temos um total de aproximadamente 950 páginas, tornando a categorização de análise qualitativa uma tarefa árdua e bastante difícil, mas nem por isso desprazerosa. Tivemos o cuidado de elaborar uma análise de discurso que considere a fala como um processo interacional de produção de sentido, propiciada pelo encontro clínico e a demanda construída na relação de pesquisa/intervenção (Blanchet, 2004). Apresentaremos os casos a partir de uma tentativa de reconstrução da narrativa da história de vida, em termos individuais e posteriormente

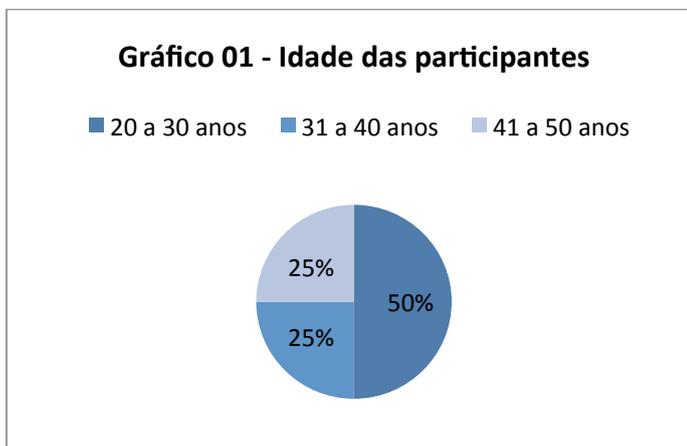
traremos reflexões sobre os conteúdos comuns abordados pelas pacientes em questão. As categorias de análise foram elaboradas a partir de uma leitura exaustiva do material, considerando as temáticas mais relevantes, escolhidas pelo critério de saturação no discurso.

5. RESULTADOS

Nessa seção apresentaremos os resultados coletados em nossa pesquisa, de maneira a construir um perfil da clientela, em termos quantitativos e qualitativos. Iniciaremos com um perfil sócio demográfico das pacientes em termos gerais, a partir das informações obtidas com os questionários, expondo os dados através de porcentagens e análise da frequência dos tópicos investigados. Posteriormente faremos um movimento analítico dos aspectos gerais observados no grupo para a particularidade de cada caso, em suas diferentes dimensões, privilegiando os aspectos fenomenológicos qualitativos.

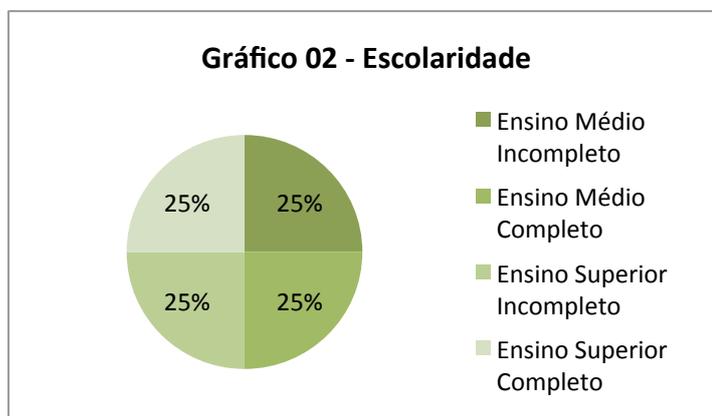
5.1. Perfil da clientela atendida

Como tivemos a oportunidade de expor anteriormente, as participantes da pesquisa, todas do sexo feminino, foram encaminhadas pelo Serviço de Psicologia do HUOL e, ao obter informações sobre o processo através de uma entrevista inicial com a apresentação do TCLI, aderiram ao trabalho. A faixa etária de idade das pacientes variou entre 23 a 45 anos, com frequência exposta no gráfico abaixo. Podemos perceber que atendemos um grupo predominantemente na faixa etária considerada adulto jovem, com 50% de pacientes com menos de 30 anos, conforme ilustrado abaixo:



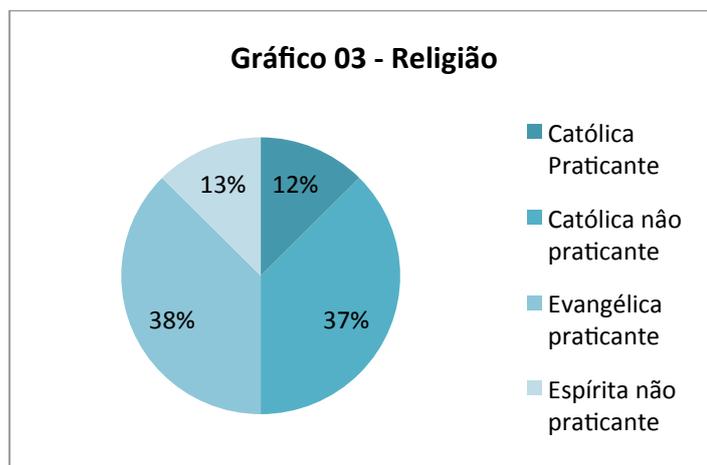
É interessante observar que esse dado está intimamente relacionado com outros aspectos observados no perfil, como por exemplo, a escolaridade, como

demonstrado no Gráfico 02. Metade das pacientes chegou a estudar até o nível superior, seja completo ou incompleto, denotando uma boa capacidade de raciocínio, uso adequado da linguagem nas entrevistas e um rápido esclarecimento dos princípios da pesquisa nas entrevistas iniciais onde apresentamos o TCLI. Acreditamos, inclusive, que esse fator influenciou de maneira decisiva o aspecto transferencial e a aliança terapêutica, pois as sessões aconteciam em um espaço na universidade, conduzidas por um docente do curso de Psicologia. Um ponto interessante para ressaltar é que duas pacientes, já casadas e na faixa etária dos 31 a 45 anos, estavam retomando os estudos no Ensino Médio em escolas públicas, fator importante, a nosso ver, que facilitou sobremaneira o esclarecimento e a participação voluntária em um atendimento que possuía um contexto de pesquisa.

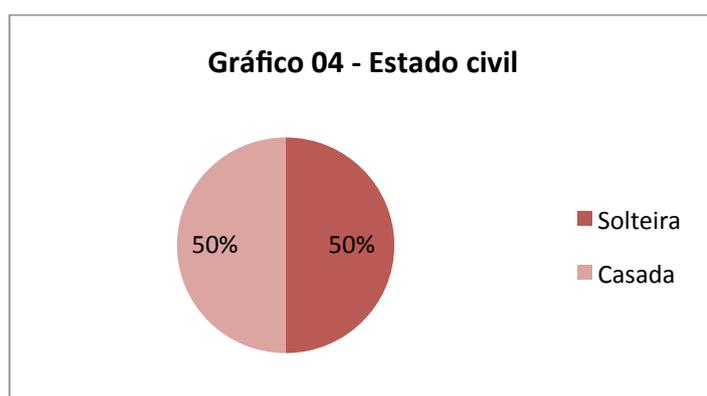


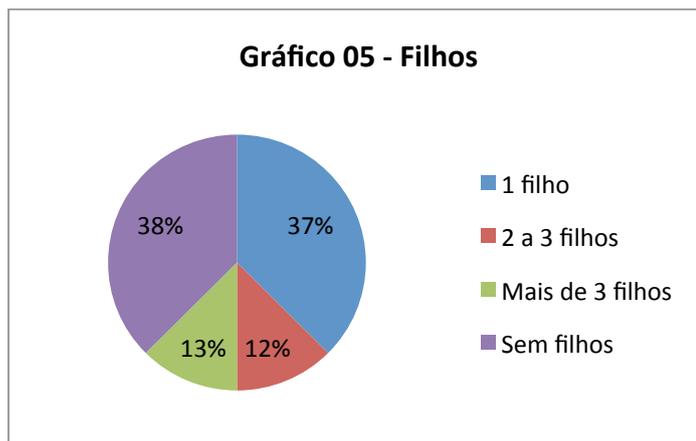
Outro ponto investigado durante a realização das entrevistas e que, como veremos posteriormente, foi decisivo na construção dos significados das pacientes sobre a sua condição, o tratamento e a perspectiva de cura, diz respeito a suas convicções religiosas. Tivemos um grupo com todas as pacientes referindo-se a ligação religiosa com tradições cristãs, na qual temos metade delas consideradas como praticantes, em sua maioria, evangélicas (vide Gráfico 03). Esse dado está em consonância com a investigação realizada pelo IBGE (2000), a qual afirma a presença de mais de 90% dos brasileiros declarados cristãos, com predomínio católico. No entanto, a presença de metade delas autodenominadas como não praticantes nos revela uma variável importante, tendo em vista que, nas entrevistas, muitas delas chegam a duvidar da fé ou da força da religião em função da cronicidade de sua condição de adoecimento, cuja melhora não é alcançada com os

diversos tratamentos médicos, com frequentes recorrências dos sintomas ou, em alguns casos, agravamento do quadro.

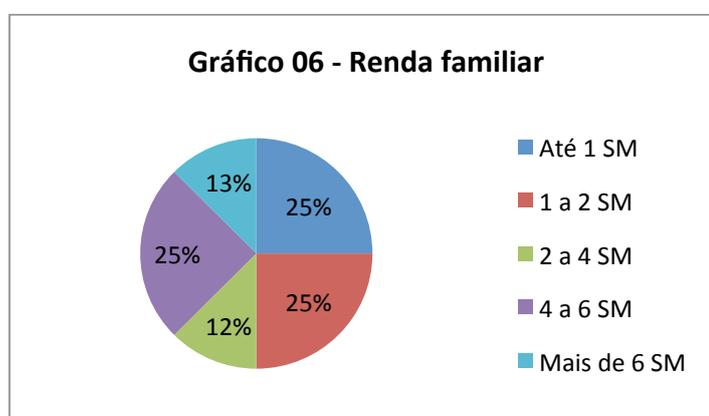


Observando o Gráfico 04, que expressa dados sobre o estado civil, temos também uma distribuição igualitária de pacientes solteiras e casadas. Levando em consideração os dados expostos anteriormente, pensando no cruzamento com o fator idade, somente duas pacientes adultas jovens (20 a 30 anos) estão solteiras e sem filhos. Uma paciente solteira está na faixa dos 31 a 40 anos com um filho e outra está solteira sem filhos, na faixa dos 41 a 50 anos. Todas as pacientes casadas possuem filhos e coabitam com os filhos e marido, conforme podemos verificar no Gráfico 05. Como veremos posteriormente, essa variável será de fundamental importância, pois para várias dessas pacientes a doença surge a partir do parto, no momento em que se tornam mães, bem como a convivência com os filhos é vivenciada como um fator estressor em potencial, mobilizando conflitos constantes no cotidiano.



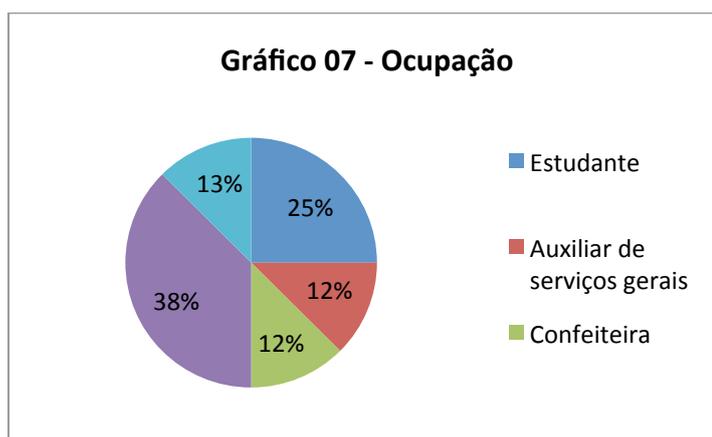


Em termos de renda familiar e ocupação, as pacientes distribuem-se em um quadro no qual se pode observar a presença maior de pacientes nas classes D e E (1 a 4 salários mínimos), que correspondem a classes sociais vulneráveis economicamente, consideradas pelo IBGE (2010) como pertencentes à linha da pobreza. Vale ressaltar que existem pacientes que se encontram em um estado de extrema dificuldade econômica, que são pacientes que vivem exclusivamente de auxílio governamental de um salário mínimo em decorrência da incapacidade de trabalhar em decorrência do estado crônico de sua doença. Apesar de existir pacientes que se encontram na classe social favorável, não possuem uma autonomia financeira, pois dependem da família para arcar com suas despesas na condição de estudantes universitárias.

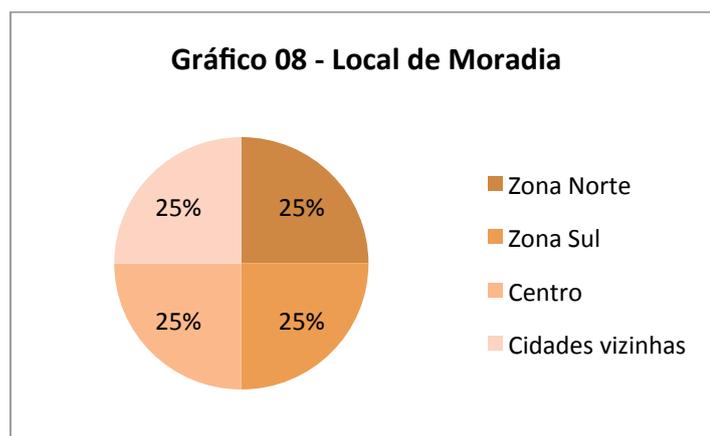


Outro ponto que é importante destacar diz respeito à presença de filhos dependentes, já que uma renda familiar deve sustentar todas as pessoas pertencentes na casa. Nesse ponto, a maioria das pacientes passa por uma situação

econômica limítrofe, tendo que viver com uma série de limitações, muitas vezes impedindo de acessar tratamentos, alimentação e medicações necessárias para a melhoria de sua condição de saúde. Somente uma das pacientes possui atualmente uma ocupação com direitos trabalhistas assegurados, uma trabalha como confeitadeira autônoma, uma recebe uma bolsa de apoio técnico da universidade, uma está aposentada por invalidez e, como dissemos anteriormente, outras dependem da família ou de ajuda financeira do governo.

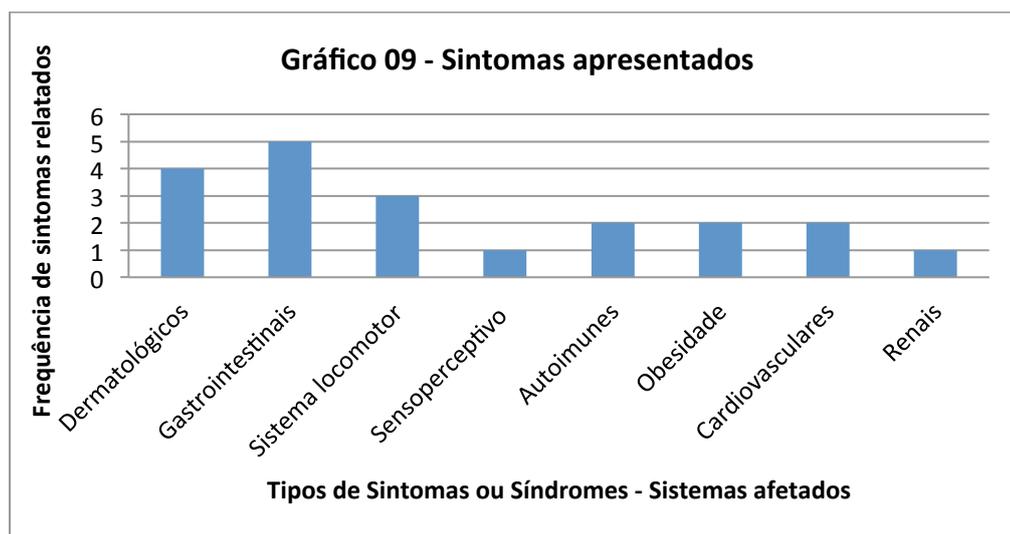


Metade das pacientes mora na Zona Norte de Natal e cidades vizinhas, em bairros considerados periféricos, de alto índice de violência e com indicadores socioeconômicos desfavoráveis, reveladores de pobreza e más condições de qualidade de vida (falta de acesso à saúde, poluição ambiental, ausência de saneamento básico, poucos recursos de lazer, indicadores desfavoráveis de trabalho e renda), consonantes com o estudo realizado por Barroso (2003) ao mapear a qualidade de vida na cidade do Natal.



As pacientes citadas trazem em sua experiência diversos relatos sobre as más condições de vida em seu local de moradia, como contexto estressor. É interessante observar que condições sociais e ambientais tornam-se fatores decisivos na configuração de um contexto desfavorável para o tratamento das pacientes, pois muitas delas, por exemplo, para conseguir tratamento, precisam se deslocar por grandes distâncias para conseguir consultas médicas nas áreas centrais de Natal, com grandes dificuldades que ultrapassam as limitações impostas pela condição de adoecimento. As pacientes moradoras de zonas periféricas (Zona Norte e cidades vizinhas) estão enquadradas nas rendas familiares mais baixas, como vimos anteriormente, de 1 a 4 salários mínimos. Atendê-las nos fez entrar em contato não somente com duas dimensões que ultrapassam a psicodinâmica subjetiva: a dor do sintoma somático, inscrito no corpo adoecido, como também a dor de viver uma condição de extrema vulnerabilidade social.

No tocante a frequência dos sintomas relatados pelas pacientes, temos uma diversidade significativa. Como podemos observar no gráfico abaixo, as queixas somáticas vão desde problemas dermatológicos, doenças autoimunes, obesidade, gastrointestinais, cardiovasculares, neuromusculares. Tais problemáticas, da forma como foram relatadas pela maioria das participantes, possuem características típicas das tradicionalmente diagnosticadas como “psicossomáticas” ou “somatoformes”: sintomas somáticos com etiologia médica desconhecida, ou diagnóstico duvidoso; prevalência de múltiplas queixas na mesma paciente; histórico de consulta e tratamentos médicos diversos, sem remissão dos sintomas; pontos apontados por autores como Lipowski (1988), Ramos (2011), Bombana (2006).



A tabela a seguir especifica as queixas específicas de cada participante. Percebemos a presença de uma prevalência de sintomas de ordem primária, isto é, em mais de 50% das participantes a queixa orgânica foi o sofrimento que demandou a ajuda psicológica. É interessante notar que a maioria das pacientes possui quadros polissintomáticos, com diversas queixas orgânicas, associadas à comorbidades psiquiátricas, principalmente transtornos de ansiedade e depressão, características já apontadas em outros estudos sobre pacientes somatoformes (Campos e Rodrigues, 2005; Gutch e Fischler, 2002; Fava e Fabbri, 2007; Ávila, 2006).

Paciente ¹²	Queixa	Ordem	Co-morbidade psiquiátrica
Andreia	Polimiopatia (hipótese de Esclerose Lateral Amiotrófica)	Primária	Depressão
Diana	Gastrite e manchas de pele	Secundária	Transtorno de Ansiedade e Pânico
Daniela	Dermatite atópica	Primária	Síndrome do Pânico
Danúbia	Fibromialgia, gastrite, hipertensão, diabete	Secundária	Depressão
Joana	Artrite psoriásica	Primária	Depressão
Roberta	Insuficiência renal crônica, cegueira de etiologia médica desconhecida, hipertensão	Secundária	Depressão e Pânico
Renata	Lúpus Eritematoso Sistêmico e Síndrome de Renault	Primária	
Susana	Obesidade, hipertensão	Primária	Transtorno de Ansiedade

Tabela 01: Catalogação das queixas relatadas pelas pacientes participantes da pesquisa.

5.2. Apresentação dos casos clínicos

Nesse momento de nosso trabalho, após expormos anteriormente o perfil quantitativo das participantes, pretendemos descrever fenomenologicamente os casos a partir dos seguintes eixos: caracterização geral, dinâmica familiar e relacional, queixas primárias e secundárias e tratamentos realizados, desenvolvimento e histórico da paciente com a doença, dados significativos da história de vida. Discorreremos sobre a evolução das pacientes no decorrer das

¹² Os nomes das pacientes foram modificados para obedecer aos princípios éticos necessários, garantindo o sigilo de suas identidades.

sessões, considerando os principais temas explorados, exercícios de Bioenergética trabalhados, frequência nas sessões e aspectos psicodinâmicos básicos, principalmente os mecanismos defensivos, questões transferenciais e contratransferenciais e auto-regulação emocional. Escolhemos seis casos para expor, tendo em vista que existe uma saturação de elementos comuns, como veremos adiante. Caso o leitor queira ter acesso aos casos Roberta e Renata, disponibilizamos nos anexos uma entrevista inicial e um quadro de análise, de forma que a fornecer um panorama geral da problemática das pacientes.

5.2.1. Caso Andreia

Andreia tem 24 anos, solteira, terceira filha de uma família de quatro irmãos. Os pais são casados, mas vivem em ambientes separados, devido aos constantes conflitos conjugais. O pai trabalha atualmente em uma fazenda de sua propriedade e a mãe está aposentada. É concluinte de um curso na área de ciências biológicas e trabalha como bolsista de apoio técnico em um hospital vinculado à universidade. Relata ser uma católica não praticante, pois acredita na presença de Deus, sem seguir necessariamente uma religião específica.

Realizou quatro meses de psicoterapia breve de abordagem junguiana, no ambulatório do HUOL, antes de participar da pesquisa. Procurou a ajuda psicológica devido a sentimentos de depressão, desesperança, falta de motivação para a vida e sentimentos constantes de medo, associados à queixa orgânica de polimiotopia, principalmente nos pés e pernas. Relata que não percebia a existência dos sintomas quando criança, chegava a realizar diversas atividades físicas como qualquer outra criança normal. Porém, aos oito anos começou a perceber o olhar diferenciado de amigos e familiares, sendo chamada constantemente a atenção devido a seu andar estranho, manco, deixando-a com uma sensação de inadequação e vergonha que foi agravando-se no decorrer de seu desenvolvimento. No fim da adolescência, aos dezessete anos, começa a sentir a primeira crise sintomática, com muita fraqueza nos pés, principalmente o direito, dificuldades pra andar, deslocamento nos tendões.

Na minha infância, diziam que eu já tive dificuldade, só que eu criança nunca tive essa consciência que eu tinha doença então eu, eu brincava, eu corria, mas aí eu sentia que as pessoas começavam a falar muito, e eu comecei a ficar com medo e achar mesmo que eu tinha doença, comecei a me envergonhar de mim mesma. Aí eu, eu, não sabia o que é que eu tinha, eu

achava que eu tinha alguma coisa, mas eu não sabia. E quando eu tinha uns 17, 18 anos aí eu comecei a sentir fraqueza, muita fraqueza, principalmente na perna direita. E também sentia é, um pouquinho na mão, até que teve um, um verão que eu fui pra praia e eu senti ela dá... Um lado todo do corpo ficar bem sem força mesmo, aí eu comecei a fazer exames (Entrevista 1).

Nesse período, começa o itinerário médico para a realização do diagnóstico, consultando diversos neurologistas e submetendo-se a vários exames, todos com resultados inconclusivos: as hipóteses variam desde miastenia, polimiopatia, esclerose lateral amiotrófica, esclerose múltipla. A paciente relata que os médicos associam a etiologia a problemas de ordem genética, mas não chegam a explicar claramente a origem dos sintomas, nem tampouco um prognóstico que possa lhe dar uma perspectiva de possível melhora ou cura. Com isso, o tratamento baseia-se na fisioterapia associada a consultas médicas e atividades físicas como musculação e natação, procedimentos em que a paciente relata não conseguir uma melhora substancial, com a angústia sobre o futuro, já que não tem certeza como seu quadro irá evoluir. Em suas palavras:

Mas é porque, realmente, isso depende mesmo, porque é, é o seu corpo, é o que você tem, é um instrumento que você, que foi dado a você pra você, né, seguir seu caminho. E se seu corpo tá doente e ninguém lhe ajuda, não tem remédio pra isso, não tem médico, então fica difícil de você, é, tentar alguma coisa e esquecer dele, se você depende dele pra tudo (Entrevista 4).

Depois que eu recebi esse diagnóstico eu acho que qualquer coisa ruim pode acontecer comigo. Aí então eu fiquei bem, assim, fiquei me sentindo bem desprotegida, comecei a pensar muita besteira, que qualquer coisa que eu sinto pode ser uma doença muito séria, né? (Entrevista 2).

Durante o tratamento médico, percebe que os sintomas pioram com as oscilações de seu estado emocional: momentos de crise, insegurança, rompimentos afetivos agravam o quadro. As brigas recorrentes dos pais, o rompimento com um ex-namorado, dificuldades de comunicação ou falta de acolhimento de amigos, familiares e colegas de trabalho são fatores que desencadeiam uma piora nos sintomas. A paciente refere-se a um olhar de um outro generalizado que a incomoda, por denotar pena, censura, estranhamento. A sensação de vergonha e inadequação é uma constante em sua vida, existe uma briga interna constante com a imagem de pessoas que a vêem como muito dependente, fraca, doente, que não consegue direcionar sua vida sozinha. Ao mesmo tempo, ela se defende desse olhar guardando ao máximo a doença em segredo e tentando superar-se, evita pedir

ajuda ao máximo e fica ansiosa por achar que tem pouco tempo de vida, que ainda não se estabilizou o suficiente pra alcançar sua independência.

Existe no seu discurso um padrão de fracasso que começa com a percepção dos sintomas na infância e estende-se por várias áreas de sua vida: não consegue se ver tendo um relacionamento amoroso feliz; fracassa na tentativa de fazer uma seleção de mestrado porque acredita que não estudou o suficiente; não consegue oportunidades na área de trabalho em que terminou a graduação devido à falta de oportunidades e a dificuldade imposta pela doença em explorar ambientes de biodiversidade, seu interesse específico no curso. Sente-se perdida, sem uma orientação clara de que rumo tomar e está angustiada por perder a bolsa de apoio técnico, pois está se formando e não tem perspectivas de um futuro trabalho. A doença torna-se uma fixação em seu estilo de vida, gerando pensamentos negativos constantes e recorrentes, como relatado a seguir:

Eu tou tendo umas dores de cabeça e eu tou em crise, assim, eu piorei do pé direito, tou sentindo ele mais fraco, mas eu acho, sei lá, que tem uma ligação com estresse, porque quando eu tenho alguma coisa, assim, eu passo por alguma decepção grande aí já, já sinto ele meio fraco. Mas também quando ele, por mais que eu teja, assim, ruim emocionalmente, se o pé melhorar, eu já meloro, tipo, ficando em função da melhora dele. Aí quando ele tá ruim eu pioro junto, fico triste em casa, e, ainda saiu assim, mas no final da noite já tou triste de novo e só pensando na doença (Entrevista 3).

Esse quadro tem como pano de fundo a sua dinâmica familiar, que é permeada por conflitos decorrentes da crise no casamento dos pais. A mãe é relatada como uma mulher depressiva, dependente, também portadora de uma doença neuromuscular, possivelmente uma polimiopatia. Na relação com ela, existe uma grande identificação com o sofrimento e solidão, assumindo o papel de confidente e defensora da mãe quando há problemas com o pai. Além disso, a mãe é relatada como pessimista e controladora, não estimulando suas tentativas de autonomia, desacreditando de seu potencial ou duvidando de sua capacidade de se virar sozinha em viagens com amigos, por exemplo. Percebemos uma relação ambivalente e simbiótica com a figura materna, na qual Andreia encontra-se capturada no papel de cuidar da mãe e não decepcioná-la. Trabalhamos durante as sessões a impossibilidade de exercer a autonomia nesse contexto, pois a culpa de assumir um possível sucesso na vida traria como consequência o agravamento da solidão e vulnerabilidade da mãe, algo insuportável para a paciente. Podemos perceber essa captura nos seguintes fragmentos:

Aí, mesmo que a gente não queira se envolver, aí vem minha mãe contar todos esses problemas pra gente. Aí pronto, contamina você, não tem como. Por mais que você chegue em casa muito bem, aí se ela tiver triste, aí lá vem ela vir falar. Eu sei que é um jeito desabafar, e, e eu tenho que ajudar, mas contamina você com isso, com certeza. E mesmo que, pronto, você tá muito de bom humor e chegar num lugar que a pessoa tá tão estressada que ela começa a lhe responder torto, ela começa a lhe tratar mal, ela começa a ficar de cara feia, não tem como você não pegar isso. Só se você for sair de casa logo (Entrevista 2).

Porque é tanto dano assim na minha casa, a minha vida inteira eu morria de chorar aos prantos, meu pai, eu via a minha mãe sofrendo de depressão. Então é tudo tão pesado, tão traumático que você, quando você ultrapassa aquilo, dá vontade, parece que está fazendo mal (Entrevista 5).

O pai, ao contrário, é visto como uma pessoa independente, empreendedor, apesar de ser um homem de pouca expressão emocional, fechado para o diálogo. A relação com ele é de um grande amor/admiração, impedido de ser vivenciado e expressado por fidelidade e identificação com a dor materna. A paciente percebe sua identificação com esse padrão do pai e reconhece o amor do mesmo para com ela, inclusive essa preferência é sentida pela mãe e irmãs com certa hostilidade. Atualmente a relação encontra-se confusa, ele está distante da filha, magoado por sua tomada de atitude em defender a mãe durante as brigas, muitas vezes intervindo nas discussões. O discurso a seguir mostra essa relação confusa, permeada de amor e competição:

Meu pai é muito desligado assim, ele é muito calado, muito ausente, então, eu não sei, ele... Ele diz que, o que eu precisava ele me ajudava assim, médico, plano de saúde, lá em casa só eu que tenho plano de saúde, mas é, é o jeito dele mesmo ser ausente, mas ele ajuda. E também quando eu chegava em casa, assim, sempre quando eu chegava da faculdade eu chegava chorando, ele tava em casa aí ele me ajudava eu ficava no colo dele e tal. (...) Eu acho que eu pareço muito com ele, ele é todo calado, eu também sou, ele, ele é muito carente e não dá carinho, eu também sou assim. Aí minha mãe ainda diz que ele, assim, não é que tenha um filho preferido, ela diz que ele sempre quis me ajudar mais do que as outras. Ela diz "seu pai sempre gostou mais de você", eu digo "não, não existe isso" (Entrevista 1).

O conflito entre os pais é um fator estressor na vida de Andreia, que a deixa muito angustiada e confusa, por estar no meio de uma disputa pelo afeto e fidelidade de ambos, havendo uma clara falta de limites: o amor da filha pelo pai é confundido com a mágoa da mãe pelo marido. Essa sensação é agravada pela aliança genética que Andreia tem com a mãe, pois as duas possuem os mesmos sintomas e utilizam a doença como justificativa de seus fracassos na vida, como ganho secundário. Mais

uma vez entra em cena a ambivalência identificatória com a mãe, pois ao mesmo tempo em que existe um sentimento de compaixão para com o sofrimento materno, Andreia tem um grande medo de tornar-se infeliz e não realizada como a mãe no seu futuro. É interessante observarmos que a briga interna entre impotência e autonomia estão relacionadas à internalização desses conflitos parentais, que ganham espaço no eu de maneira psicodinâmica (Lowen, 1988; Bouko-Levy, 2004).

No percurso do seu desenvolvimento, a paciente teve figuras de apoio que serviram como refúgio desse contexto conflituoso. A avó paterna e uma vizinha (a quem chama como tia) serviram como figuras de suporte mediante suas angústias, no decorrer de sua vida. Segundo Andreia, foram figuras que significaram acolhimento, aceitação e motivação para seguir em frente na vida, principalmente na infância, quando começaram as dúvidas em sua capacidade de autonomia em decorrência do olhar de estranhamento na escola e família. Essas pessoas faziam a função de contenção emocional das angústias da paciente, confortando-a:

Minha avó morava com a gente e eu lembro que uma vez eu fui correr, eu não sei, parece que eu torci a perna e... eu sempre ia, porque ela fazia umas curas, eu sempre pedia pra ela me curar. Aí ela rezava e me curava. E às vezes, eu acho que eu até não tinha nem nada, que ia só pra ela ficar assim rezando pra mim. Eu vivia na casa dela fazendo um monte de coisas, pra ela rir, fazia, escrevia história, lia as coisas pra ela. Mas aí quando ela faleceu eu tinha uns 15 anos. E às vezes quando eu tô muito triste eu lembro dela, eu sempre lembro dela. Aparece tipo um flash na minha mente assim... (Entrevista 4).

Tinha uma mulher que me criou até uns 12 anos. É, assim, ela trabalhava na minha casa aí desde pequenininha e eu, vixi, eu amo muito ela, até hoje e minha mãe sentia ciúme dela, eu vivia na casa dela grudada, quando ela viajava eu morria de chorar, e ela é uma pessoa super humilde e pra mim, a melhor pessoa do mundo. Aí senti as coisas na minha casa, aí em vez de eu ficar lá na festa eu ia lá pra casa dela pra ficar com ela e sabe, eu ia pra perto de quem eu me sentia segura. (...) Minha tia que me criou... Assim, eu chamo ela de tia. Mas assim, quando eu estava perto dela eu não chorava muito, porque perto dela eu me sentia normal (Entrevista 4).

Em termos de diagnóstico e leitura corporal, percebemos em Andreia a presença de defesas de caráter rígidas/histéricas (Lowen, 1988; 1990), tendo em vista a força das questões edípicas em sua personalidade, inclusive nos indicando a hipótese de somatização (conforme visão pós-reichiana, de acordo com a revisão de literatura) para os seus sintomas neuromusculares. Chamou-nos a atenção a boa proporcionalidade de seu corpo, um sentimento de autocuidado no tocante à aparência, dissonante com o discurso de fracasso. Além disso, percebemos uma

boa qualidade de mentalização e capacidade elaborativa de seus conflitos, típicas de pacientes com boa constituição do ego. Porém, pelo que percebemos, as defesas históricas/rígidas servem como um caráter de cobertura para questões pré-edípicas orais, caracterizadas pela falta de energia, sentimento constante de abandono e apelos simbióticos nos relacionamentos, decorrente da luta interna entre dependência e autonomia, construindo defesas que oscilam entre a compensação do abandono (na forma de uma independência estereotipada) e o colapso (na forma da fraqueza constante e sentimentos de dependência, na ilusão que alguém a carregue na vida).

Das doze semanas de atendimento, a paciente compareceu em sete, intercalando as sessões com faltas, trazendo a dificuldade de vir para a universidade por depender de caronas, de pessoas da família que a levem para a terapia, revelando esse vínculo ambivalente de autonomia/dependência. Uma de suas questões transferenciais mais frequentes dizia respeito ao incômodo que sentia ao chorar em quase todos os nossos encontros. Para ela, falar sobre os conflitos era reativar a sensação de vulnerabilidade e profunda tristeza pela impotência em fazer a mãe feliz e a mágoa por se afastar do pai. Reclamava continuamente da falta de compreensão de parentes e amigos de suas dificuldades e do retraimento emocional que sentia pela falta de acolhimento da sua tristeza, reativada com as sessões:

Eu não quero vir pra cá porque quando eu volto pra casa eu tô tão mal. Tipo, principalmente quando é final de semana, que a gente vem, conversa, toca tanto nessa ferida, eu passo 2, 3 dias muito mal, pensando só nisso, pensando só nisso, na maior tristeza do mundo, as pessoas não me reconhecem “O quê que você tem? O quê que você tem?” E eu só fico pensando nisso (Entrevista 4).

Na quinta sessão tivemos a oportunidade de trabalhar o impedimento da paciente em andar, por meio de uma experiência na qual prendemos os tornozelos da paciente com nossas mãos, fazendo uma força contrária ao seu andar em pé. Essa foi uma experiência significativa, pois oportunizou à paciente insight sobre a relação existente entre o impedimento de andar na vida/autonomia com a sedução para manter uma relação simbiótica com a mãe, por meio da associação entre o impedimento corporal de seu andar e comandos maternos, do tipo: “não vá, fique aqui, não vai dar nada certo, você é doente como eu”.

Uma das técnicas realizadas com a paciente na quarta sessão teve a intenção terapêutica de, a partir da percepção do suporte em sua coluna, trazer a

lembrança de suas figuras protetoras (avó e tia), por meio de visualização criativa, aliada a conscientização de sua respiração e expressão emocional de suas angústias atuais para essas pessoas na imaginação, resgatando uma memória afetiva de cuidado. É importante ressaltar que fizemos esse trabalho sentados, em que a paciente apoiou sua coluna em minhas costas, como uma forma de suporte somático relacional. Esse procedimento teve a intenção de oferecer um grounding interativo, já que estávamos pretendendo resgatar memórias ligadas a experiências relacionais de holding e cuidado, de maneira não regressiva, não convidando a paciente a entrar novamente em um circuito simbiótico.

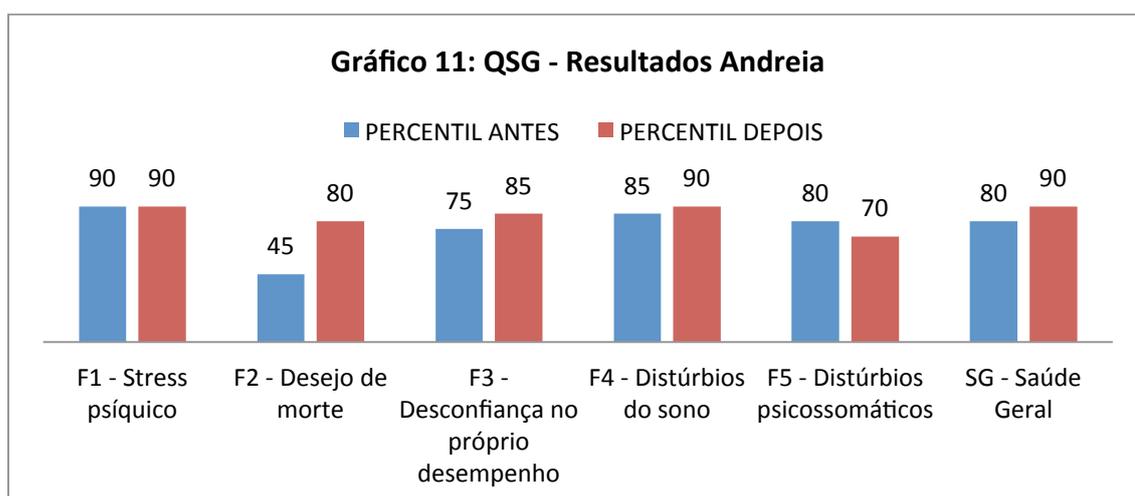
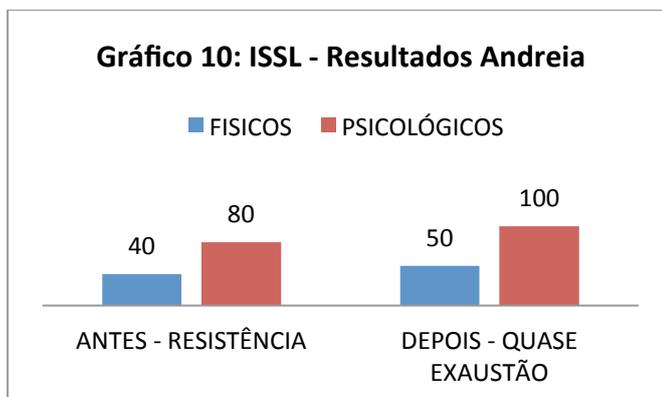
Outro procedimento terapêutico trabalhado referiu-se ao grounding, com o propósito de ampliar a conscientização corporal da paciente na condição de sustentar-se pelas próprias pernas e sentir os seus limites musculares de maneira efetiva, tendo em vista que nos parece que faltava nela uma avaliação realista de suas dificuldades. Havia um medo profundo de saber realmente quais as suas potencialidades e limitações, processo típico de questões orais simbióticas, no qual a projeção da sua hostilidade está voltada para o olhar externo, desconectando de suas auto percepção, refletido em síntese na fala a seguir:

Eu acho que é porque assim é falta de autoconhecimento de eu não saber até onde eu vou, até onde eu consigo, e às vezes até eu me basear na opinião das pessoas, tipo, quem tá fora vê melhor, mas eu sei que é errado, quem tá dentro é que sabe. Mas aí aquela história “Quem tá fora vê melhor”, tipo, tem uma ideia melhor formada assim, acho que eu me levo, me deixo levar muito por isso, por esse lado assim. E é verdade, as críticas me deixam muito fragilizada, mais do que o elogio (Entrevista 4).

Ao final do processo, Andreia relatava uma série continuada de fracassos na sua vida: não conseguiu passar em uma seleção de mestrado, foi reprovada em uma avaliação para obter a carteira de motorista, estava prestes a perder a bolsa de apoio técnico. Enfim, todas as iniciativas que poderiam lhe garantir alguma autonomia estavam sendo impedidas, gerando um quadro de intensa angústia e medo do futuro, reativando os pensamentos de incapacidade e fracasso. Podemos ver como esse quadro fica refletido no resultado de seus testes.

No ISSL, percebemos uma piora no quadro de Estresse, passando de um quadro de Resistência para Quase Exaustão, essa última definida por Lipp (2000) como a fase em que as defesas do organismo começam a ceder e ele já não consegue resistir às tensões e restabelecer a homeostase interior. Há momentos em que a pessoa

consegue resistir e se sente razoavelmente bem e outros em que não consegue mais. É comum nessa fase a pessoa sentir que oscila entre momentos de bem estar e tranquilidade e momentos de desconforto, cansaço e ansiedade. O cortisol é produzido em maior quantidade e começa a ter o efeito negativo de destruir as defesas imunológicas. Nesta fase o processo de adoecimento se inicia e os órgãos que possuem maior vulnerabilidade passam a mostrar sinais de deterioração.



Vemos a presença maior de sintomas de ordem psicológica, confirmados pelos resultados obtidos no QSG, em que os percentis de desejo de morte e desconfiança no próprio desempenho aumentaram, com a estabilização do alto grau do quociente Estresse Psíquico. Entendemos essa aparente piora do quadro como decorrente dos contínuos fracassos que a paciente passou nas semanas finais do processo de intervenção clínica, como expomos anteriormente. Além disso, o caráter de intervenção que possibilitou o contato com as angústias e a vulnerabilidade pode ter se constituído também como um catalisador do estresse interno. Houve discreta

melhora no Fator F5 - Distúrbios Psicossomáticos, o que nos leva a hipótese de que a tensão psíquica começou a prevalecer sobre a preocupação com o sintoma somático, que diminui seu investimento emocional no funcionamento psicossomático da paciente.

5.2.2. Caso Diana

Diana tem 29 anos, solteira, católica não praticante, segunda filha de uma família de três irmãos, tendo uma irmã mais velha e um irmão mais novo, que faleceu aos dois anos. Esse evento marcou a sua vida, pois tinha uma relação de maternidade com esse irmão e, quando o mesmo chegou a falecer, por ser ainda muito pequena não conseguiu compreender a situação, com poucos recursos para elaborar a perda. Tinha consciência que o irmão era doente, mas não tinha ideia do que poderia significar a morte naquele momento, pois tinha somente cinco anos. Os pais, atualmente aposentados, são casados, mas vivem em uma relação tensa, com muitos conflitos conjugais que foram constantes no decorrer do desenvolvimento da paciente.

Atualmente encontra-se desempregada, pois resolveu dedicar-se aos estudos do seu segundo curso universitário, Psicologia, que afirma ser o seu grande sonho, uma meta de vida. Trabalhou como professora no ensino médio e fundamental durante alguns anos após o término da primeira graduação, mas relata que, apesar de ter certa independência financeira, não conseguia se sentir muito realizada com a docência. Essa decisão de abandonar o trabalho para dedicar-se integralmente a outro curso tem sido um fator de conflitos familiares intensos, pois a paciente se diz muito cobrada pelos pais de não contribuir mais financeiramente em casa, bem como não ter definido ainda sua profissão aos plenos 30 anos, dependendo financeiramente da família, acarretando sentimentos ambivalentes na relação com os pais e consigo mesma:

Eu me cobro mesmo porque eu não queria mais estar naquela casa porque aquela casa é muito pesada pra mim e eu gosto de paz, gosto de tranquilidade. Não gosto de barulho... Mas, ao mesmo tempo também, eu sei que aquela casa pra mim é o único lugar, pelo menos, por enquanto, onde eu posso ficar. É muito angustiante. Muito ambivalente pra mim. E eu tô sofrendo porque já começaram as cobranças. Né? Não posso fazer isso. Não posso fazer aquilo. Eu me considerava relativamente independente. Pagava minhas contas. Ajudava em casa. E saía na hora que eu queria. Não tinha que ficar dando satisfação. E agora é como se eu tivesse voltando, retrocedendo. E aí,

assim, eu fico no dilema. Eu vou começo a trabalhar e aí atraso meu curso, né? (...) Eu sei que, assim, pra alguns pais, na verdade, eu gostaria de ter esse apoio, mas eu sei que eu não vou ter. Eu só vou ter cobrança. E é nesse sentido que me angustia, a cobrança (Entrevista 01).

Antes de participar do processo de pesquisa, estava em processo psicoterapêutico de base psicanalítica há um ano. Procurou a ajuda psicológica devido a crises de ansiedade e pânico, nas quais teve sintomas de taquicardia, sufocamento, sensações de terror, mal estar na garganta e dificuldade de deglutir, bem como insônia e bruxismo. Posteriormente o quadro evoluiu para episódios de depressão, com sintomas de desmotivação, falta de energia, cansaço constante e sonolência. Sintomas somáticos associados de maneira secundária também estavam presentes, como gastrite, náuseas, tonturas, dores de cabeça e manchas de pele em algumas partes do corpo, agravados em situações de estresse.

Seu pai é relatado como um homem controlador, violento, que manipulou as pessoas de sua casa com a dependência financeira. Durante a primeira infância, Diana afirma que tinha uma grande admiração e apego com seu pai, chegando a afirmar que era o seu “herói”. A morte do irmão mais novo marcou uma crise na vida da família, principalmente com o pai, que perdeu o controle emocional e começou a ter uma relação sádica com as mulheres da família, no caso da mãe, com brigas constantes, alcoolismo e traição com outras mulheres. No tocante à paciente, aos oito anos, começam as primeiras investidas de abuso sexual, por parte do pai, que vão perdurar até os dias atuais, mas com menos frequência e intensidade.

O tema das relações abusivas foi algo extremamente trabalhado durante as sessões, pois a paciente trouxe diversas histórias de um padrão de repetição neurótico de abuso nas relações com os homens, com amigos e figuras de autoridade, nas quais primeiramente é seduzida para depois sentir-se invadida. Sensações de irrealidade, terror, impotência e paralisia estão associadas a sua experiência de invasão, acarretando uma cisão em sua personalidade entre uma criança indefesa, carente de amor, e uma adulta que precisa ser forte e dar conta de todas as responsabilidades. A mais conflitiva é justamente tomar conta desse pai, que atualmente encontra-se com sérios problemas cardíacos, tendo que ir constantemente ao hospital – a ambivalência entre odiar esse pai invasivo e cuidar do mesmo foi um tema recorrente em nossos encontros.

A mãe nessa dinâmica é vista como uma pessoa fria, distante, indisponível para trocas afetivas mais profundas. Diana traz em seu relato uma sensação constante de falta de aceitação e acolhimento, o que não aconteceu com a irmã mais velha, com quem a mãe parece relacionar-se muito bem. Há um sentimento de mágoa profunda com respeito ao episódio do abuso, pois de acordo com a paciente, a mãe foi conivente com o acontecido na infância e permanece impotente até hoje, pois ao conversar com a mãe sobre o assunto quando adulta, a mesma não demonstra sinais de indignação, deixando a paciente num estado de confusão e desrealização, pois não consegue aceitar como uma mãe não consegue ter o mínimo de compaixão com a dor de uma filha nessas condições:

E minha mãe não gosta de mim porque ela sabe e sempre soube e nunca fez nada (...) É porque eu tenho muita mágoa. Eu não sei de onde é que vem, mas eu tenho muita raiva. E porque minha mãe teve muito amor, teve muita energia pra dar pra minha irmã, teve muita energia pra dar apoio à minha irmã, mas comigo sempre foi diferente (Entrevista 04).

Porque eu acho que ela sabia e ela confessou que sabia e não foi só com uma pessoa, foi com a vizinha, foi... (...) Como é que uma mãe sabe disso, presencia isso e não faz nada? (...) Eu já perguntei. Aí ela faz: 'você sabe que seu pai é assim. Ele é doente' 'E por que você não falou?' 'Porque agora eu sou uma adulta. Uma coisa é adulta, outra coisa é uma criança falar'. Aí, vem a culpa: 'por que eu não falei antes'? (Entrevista 03).

Uma das questões bastante trabalhada nas sessões diz respeito a constante humilhação que a mãe submete a paciente, desqualificando-a por estar ainda solteira aos 29 anos e sem um trabalho fixo, instável na vida. Em diversos momentos, a mãe relata o desejo de que a filha saia o quanto antes de casa, como uma forma de solucionar os diversos conflitos existentes. Vale ressaltar que o tema do abuso nunca foi mencionado explicitamente para os pais, gerando uma tensão familiar latente. A paciente chega a pensar em uma hipótese, durante os nossos encontros, que exista um segredo na relação entre o casal, um mistério, que faça com que eles permaneçam unidos, mesmo que com tantos entraves e violências. Faz sentido: afinal de contas, essa paciente parece possuir um poder sobre essa dinâmica familiar a ponto de deixar o casal muito fragilizado – de acordo com Diana, a mãe possui a fantasia que se for revelado o abuso, o pai chegará a morrer de infarto. Além disso, como é recorrente nas dinâmicas de abuso, a paciente com isso mantém um olhar de atenção, atrai esse pai, mesmo que de maneira perversa, em detrimento da sexualidade do mesmo com sua mãe.

Como o episódio de abuso aconteceu tardiamente no desenvolvimento da paciente, percebemos que a sua repercussão, ainda que muito dolorosa, não teve como consequências um esfacelamento da capacidade integrativa do eu. Muito pelo contrário: Diana possui uma capacidade elaborativa/imaginativa muito rica, seu discurso é permeado de emoção e, apesar da sensação de terror/pânico presentes em sua vida, percebemos um esforço ativo para compreender o seu sofrimento e transformá-lo. Isso fica claro na forma como ela consegue desenvolver relações amorosas, mesmo ambivalentes: atualmente está namorando, sente-se gratificada com o relacionamento, apesar de reconhecer que frequentemente busca encontrar um pai cuidador no parceiro, que tente suprir as suas necessidades afetivas infantis. Surge aí mais uma demanda típica da organização de defesa oral, na qual a briga entre a autossuficiência e a sensação de esvaziamento e falta de apoio são a tônica psicodinâmica central do conflito, como podemos perceber no seguinte fragmento:

“Tenho medo de que meu namorado me deixe por causa disso... Porque não é fácil. É... Eu transmito muita insegurança pra ele. Meu lado infantil, meu lado menina aparece muito, muitas vezes, pra ele porque quando eu me vejo totalmente desprotegida, naquela casa, vejo que realmente eu sou muito só e que eu sou só... Aí eu não tenho a quem recorrer e arrumo um certo tipo de amparo porque eu me vejo muito só (...). É muito ruim ficar muito tempo só e aí eu acabo, ele tá ali disponível, assim, e eu acabo depositando algumas carências nele. (...) Eu sei que isso é humano. Todo mundo é autossuficiente. Não depende de ninguém. Mas dependendo também, né, porque ele pode embora e eu ficar sozinha”. (Entrevista 05)

Discutindo um pouco sobre seu diagnóstico corporal, podemos afirmar que é uma paciente tipicamente histérica/rígida, com boa proporção corporal (Lowen, 1988; Johnson, 2001), atitude sedutora na relação transferencial, vivacidade no corpo e no contato. Também percebemos sua rigidez como um mecanismo de defesa de cobertura para encobrir questões pré-edípicas esquizo-orais, devido aos sentimentos constantes de pânico e ansiedade, alternados com períodos de depressão. Seu olhar assustado, tensões fortes na base da nuca e na boca nos sinalizam para questões vivenciadas como traumáticas em fases precoces do desenvolvimento, assim como necessidade constante de falar como descarga de sua ansiedade e o medo como emoção central em diversos contextos. A forma defensiva como a paciente tenta superar esse medo decorrente da rejeição de suas necessidades é refugiar-se na racionalidade e centrar sua vida nos estudos, na compreensão racional do mundo e das pessoas. Além disso, existe um esforço

quase que sobre-humano de perfeição, de corresponder expectativas das pessoas, na intenção de ser amada e aprovada.

Eu tenho medo do fracasso. Eu quero essa sensação de desapego. (Risos). De não ter mais essa prisão em relação ao outro porque, realmente... Eu já tinha pensado sobre isso, sobre as expectativas que, que eu tenho que ser legal, que eu tenho que ser uma boa aluna, uma boa filha, uma boa namorada, que eu tenho que ser uma boa profissional (Entrevista 1).

Por isso que eu tô com medo de prejudicar minha relação porque, as vezes, me dá um medo muito grande. O medo de ser abandonada. De novo. Pra eu reafirmar que eu não sou amada... Isso é loucura. Isso é doença. Eu não quero isso. Isso dói. Muito. Eu tenho muito medo de ser feliz. Eu já reconheci isso. Quando eu tô feliz, eu acho sempre que alguma coisa vai acontecer. Eu fico preparada. Como se eu não merecesse também. Como se eu não pudesse... (Entrevista 2).

Essa paciente foi encaminhada posteriormente, tendo a sua disposição dez semanas para atendimento, das quais frequentou seis. As faltas aconteciam geralmente decorrentes de crises que a paciente tinha de choro, momentos de insônia, ou angústias após algum conflito ou briga no âmbito familiar. Tivemos a liberdade de trabalhar diversos procedimentos corporais com a mesma, que aceitou bem as propostas e relatou ter muito proveito com as técnicas e exercícios experimentados. Uma experiência fundamental para essa paciente foi o relaxamento dos músculos da nuca, por meio do suporte da cabeça sobre nossas mãos, conforme preconizado por Lewis (2004). Esse procedimento permitiu uma ampliação da respiração, principalmente devido à abertura do tubo da garganta, possibilitando um melhor acesso ao choro preso, com o suporte somático do terapeuta, de uma maneira acolhedora e passiva. Outra forma de relaxar a tensão na nuca e pescoço deu-se de maneira mais ativa, na quinta sessão, quando pedimos que a paciente pudesse expressar um pouco o seu medo da loucura mediante a grande pressão que estava sofrendo em casa, aliada às novas investidas sexuais do pai. A paciente teve a oportunidade de, em grounding, experimentar um pouco de “desorganização”, expressando sua imagem de loucura por meio de movimentos espontâneos na cabeça, assanhando os cabelos, pulando, birrando de maneira lúdica.

Outro trabalho realizado foi o de construção de limites, tendo em vista que a paciente possuía uma história de abusos e invasões, a partir da investida sexual do pai. Com os braços em posição de defesa, com as palmas da mão abertas para o terapeuta, ela pôde experimentar construir o seu espaço, de maneira ativa e defensiva, em grounding, no lugar de adulta. O contato profundo com a respiração

foi também enfatizado como forma de construir recursos somáticos para lidar com os sentimentos ameaçadores de pânico e ansiedade. Tentamos trabalhar no sentido de propiciar uma pulsação de acordo com o fluxo de ativação psicossomática que a paciente nos trazia: ativando o sistema nervoso por meio de técnicas e exercícios com fins de aumentar a carga quando a tônica da sessão estava na depressão e promovendo uma ação nervosa parassimpática com o relaxamento, respiração e contato com as vísceras, quando prevalecia a ativação simpática, da ansiedade.

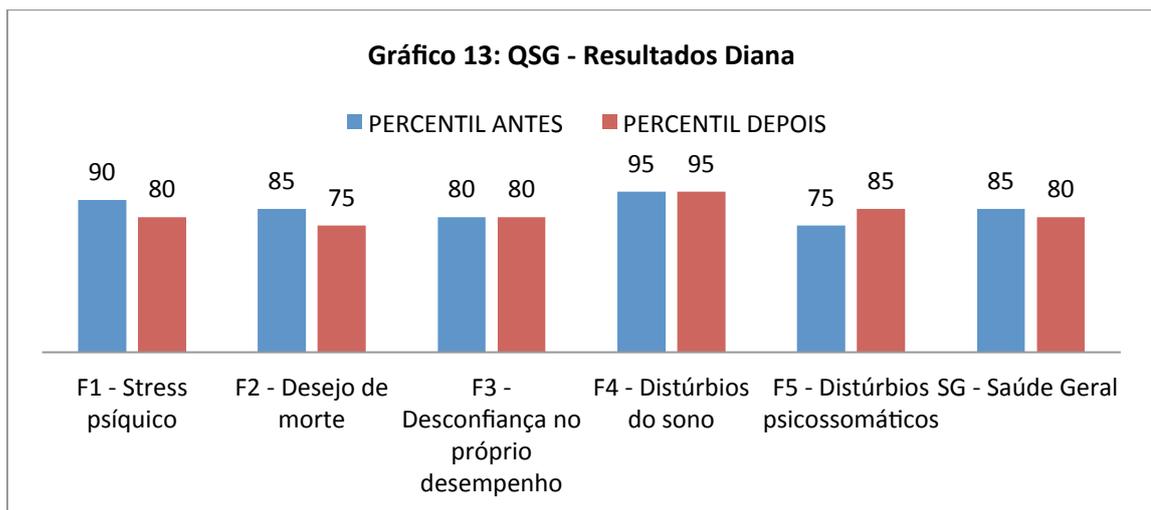
A paciente referia-se com muito entusiasmo aos procedimentos corporais realizados, terminando as intervenções com um sentimento de gratidão e curiosidade para conhecer mais da abordagem corporal:

Que coisa maravilhosa essa experiência... Fui na minha infância. Fui na minha infância... Eu não sabia fazer isso. Eu não conseguia. Eu tinha medo. Eu ainda tenho... (...)Tá ótimo. Muito bom. Muito bom. Gostei muito. Nossa. Que diferença! (Entrevista 1).

Como o corpo é... Nossa. A bioenergética é muito fascinante. Pois é. Eu quero estudar mais pra poder entender melhor. (Entrevista 4).

Eu tô triste porque eu sei que isso aqui é muito rico, mas eu tô grata... Muito satisfeita porque numa sessão como essa de hoje, eu tive muitos insights. Muitos. Muitos. Infinitos. (...) E aí, eu vou fazendo. Trilhando o meu caminho. (Entrevista 5).

Tal melhora pode ser observada por meio dos resultados obtidos nos testes realizados. No ISSL, houve um aumento significativo dos sintomas de ordem psicológica, ao contrário da testagem inicial, na qual prevaleciam os sintomas físicos. É importante ressaltar que, nas últimas semanas de nosso trabalho, a paciente reativou uma série de questões relacionadas ao abuso do pai, devido a uma nova investida sexual do mesmo, como citamos anteriormente. Além disso, houve uma resistência significativa para o término do processo, desvincular-se foi difícil, tivemos que fazer uma sessão extra para elaborar o luto de nossos encontros, enfatizando as descobertas e potencializando os recursos da paciente para o enfrentamento das questões estressoras de seu cotidiano. Tais resultados são corroborados com os obtidos no QSG, no qual percebemos uma estabilidade do quadro de vulnerabilidade, apesar de algumas pequenas oscilações nos percentis.



5.2.3. Caso Daniela

Daniela tem 27 anos, católica não praticante, filha caçula, com um irmão dois anos mais velho. Atualmente encontra-se casada, tendo duas filhas: a primeira advinda de um namoro da adolescência, que tem 12 anos e a segunda, filha do atual marido, com 1 ano e 8 meses. É natural de Manaus/AM e veio para Natal acompanhar o marido, que veio cursar Mestrado e Doutorado na cidade, desde 2008, pois conseguiu liberação na universidade que lecionava no interior do Amazonas para capacitação docente e posterior retorno. Com isso, Daniela deixa o curso superior que estava cursando para tornar-se dona de casa e viver com o marido longe da família e de toda a rede de amigos que tinha.

Seus pais estão casados até o momento e encontram-se morando juntos numa relação estável. A paciente relata que, durante a infância e adolescência, passou por muitas adversidades devido à relação conflituosa do casal. O pai tinha

problemas com alcoolismo, chegando frequentemente bêbado em casa, o que ocasionava muitas brigas com a esposa, devido a seu temperamento agressivo e alterado, além das diversas perdas econômicas com o vício. A mãe, professora, era quem dava uma sustentação maior econômica e certa estabilidade emocional para os filhos. Apesar do constante clima de conflito, o casal nunca chegou a se separar, pois a mãe sustentou durante anos o argumento do casamento indissolúvel e que é papel da mulher aguentar os defeitos do marido para manter a família unida a todo custo. Esse ideal materno consistiu em um ponto central de nossas discussões durante os atendimentos, pois Daniela internalizou muito bem esse mandamento em sua vida, servindo como uma crença norteadora de um padrão masoquista de comportamento perante as dificuldades vivenciadas em sua relação atual.

Ainda percorrendo um pouco mais sobre a relação com a mãe, a paciente afirma que está marcada pela superficialidade, uma dificuldade de contato e identificação. Daniela toma uma atitude de poupar a mãe de seus problemas, não dividindo com ela suas angústias e dificuldades, existe uma falta de confiança em demonstrar sua vulnerabilidade, tendo em vista que a mãe demonstrou ser uma mulher forte, que suportou problemas muito sérios. Já com o pai, a paciente relata acontecer uma relação mais tranquila, com mais abertura para contar seus problemas, principalmente os de saúde. A figura paterna está associada à sentimentos mais leves, de alegria, festa, viver a vida com mais prazer e menos responsabilidades. O casal parental, assim, parece um par funcional no qual um vive o prazer e a outra, o dever.

Que engraçado, a minha mãe falava muito isso, muito mesmo. Meu pai tinha problema com álcool, continua, eu digo que ele ainda é alcoólatra hoje mas já teve problema muito sério de ficar internado e tudo. Meus pais brigavam muito quando eu era criança, eu via muito os dois brigando por causa da bebida dele e uma frase que ela falava muito era essa. Quando você falou, eu lembrei logo 'eu que procurei agora eu vou ter que carregar essa cruz pelo resto da minha vida'. Ela dizia essa frase, falava várias e várias vezes: 'quando eu conheci ele eu sabia que ele bebia, eu não sabia que era desse jeito mas agora eu tenho que carregar a minha cruz'. Falava muito isso (Entrevista 1).

Na adolescência, teve uma filha aos 15 anos. Foi um evento marcante na vida da paciente, pois a mesma engravidou na primeira relação sexual e a gestação foi marcada por muita vergonha de estar nessa condição. Os pais assumiram a paternidade da neta, registrando-a em seu nome e criando-a como filha, para que

Daniela pudesse seguir a vida em frente nos estudos. A filha teve uma relação distante com a mãe durante muitos anos, principalmente depois que a mesma mudou para o interior do Amazonas, acompanhando o marido que tinha acabado de passar em um concurso para professor e, posteriormente, com a mudança para Natal. Há dois anos, a filha resolveu morar novamente com a paciente, como uma forma de aproximação com o chegar da adolescência. A convivência é um pouco difícil, pois reativa na paciente todos os sentimentos ambivalentes que vivenciou no período da gestação. No entanto, apesar das discussões, atualmente elas convivem na melhor harmonia possível.

O casamento é um tema central na história de Daniela. A paciente conheceu o esposo dois anos após o parto da primeira filha, na escola onde trabalhava. Na época ele estava saindo de um relacionamento anterior bastante conturbado e, depois de algumas saídas e conversas, começaram a namorar. Com a entrada do marido na universidade como professor efetivo em uma cidade no interior do Amazonas, os dois assumiram o relacionamento e foram morar juntos, para posteriormente casar. Para Daniela, o casamento significava sair da zona de conflitos que vivia em casa, tanto devido às brigas dos pais, quanto pela possibilidade de estar finalmente em um relacionamento oficial, superando a vergonha de ser mãe solteira na adolescência. Porém, o preço foi afastar-se da família de origem, do trabalho, dos estudos e de toda a rede de suporte que tinha na capital para acompanhar o marido em uma cidade com poucos habitantes, de difícil acesso (sete dias de barco separam a cidade da capital) e com recursos escassos na área da saúde, educação e lazer. Mesmo com todas as dificuldades, conseguiu fazer um grupo de amigos e iniciou um curso superior no campus universitário onde o marido trabalhava.

No entanto, com dois anos morando na cidade, surgiu a oportunidade dele fazer uma pós graduação financiada pela universidade e a cidade de Natal foi escolhida por abrigar um centro de referência na área de trabalho do esposo, com um curso bem avaliado. Mais uma mudança na vida de Daniela aconteceu, acompanhando a trajetória do marido em sua capacitação, abrindo mão de seus projetos e redimensionando a sua vida. A estadia em Natal estava prevista para durar somente dois anos, época de concluir o curso de Mestrado, mas se estendeu por quatro anos, pois surgiu um desdobramento da pesquisa para um Doutorado. Durante esse período, depois de sucessivas tentativas de engravidar mal sucedidas

devido a sintomas de ovário policístico, Daniela engravida de sua segunda filha e, logo após o parto, começa a exibir os primeiros sintomas de sua doença.

A paciente busca ajuda psicológica por encaminhamento da dermatologista, devido a um quadro crônico de dermatite atópica que se agravou logo nos primeiros meses após o parto. O sintoma predominante é uma irritação, seguida de coceira por todo o corpo, principalmente nas pernas e pés, no período da noite antes de dormir. A coceira chega a ser insuportável, gerando muita ansiedade, a ponto de somente conseguir relaxar quando chega a causar feridas. Daniela relata que já na adolescência sentia levemente alguns dos sintomas, principalmente nos cotovelos e joelhos, mas que não eram graves, que saravam com pomadas rapidamente. A cronicidade do problema inicia-se durante a gestação da segunda filha, quando a mesma refere ter engordado bastante e exibir vermelhidões no corpo, evoluindo para a coceira meses após o parto.

Isso é generalizado pelo corpo todo, agora assim, por exemplo, eu estava curada da crise, eu estava sem nenhum problema, sem nenhuma ferida. Quando a crise volta, as feridas voltam sempre naqueles mesmos lugares, dificilmente sai uma nova, é sempre assim, a crise vai e volta são sempre os mesmos lugares que as feridas voltam, entendeu?! Aqui, por exemplo, sarou e agora que eu estou tendo outra crise voltou no mesmo lugar, no pé no mesmo lugar, na mão no mesmo lugar. Exatamente, sempre no mesmo lugar só que em várias partes do corpo (Entrevista 1).

É quando eu viro aqui também tem ó? Na perna, fica mesmo, a noite, coçando dormindo aí arranca a casca, sangra. Mas é mais nas pernas e nos pés, aqui tem mas mais na perna. E coça, coça muito. Principalmente a noite para dormir; para mim o meu maior terror sempre foi a noite, geralmente a coceira vem mais a noite e aí antigamente quando eu tinha sempre essas crises, eu sempre dormia muito mal, passava a noite acordada. Agora não como eu estou tomando remédio, eu acabo dormindo mesmo, apagando com a medicação. Mas eu continuo coçando, mas durmo né? Mas aí as feridas continuam (Entrevista 2).

Diversos tratamentos foram realizados, com trocas frequentes de medicações, mas sem muito sucesso, apenas leves remissivas dos sintomas, mas a custo de efeitos colaterais no fígado, no metabolismo (a paciente chegou a engordar 25 quilos) e também, quando iniciou o processo de pesquisa conosco, estavam associados sintomas de pânico, com falta de ar, sensação de sufocamento na garganta e medo de adormecer, período quando acontecia as crises respiratórias. Chegou-se a suspeitar de refluxo gastroesofágico, houve prescrição de medicação para acidez estomacal, mas ainda assim o quadro continuava com poucas melhoras. Suspendia-se o remédio para a pele devido aos efeitos colaterais, mas os sintomas

dermatológicos agravavam-se, deixando a paciente num estado de ansiedade e estresse bem delicados.

E aí hoje essa crise assim que ela não some, por mais que, eu já tentei medicamento, eu já tentei tratamento lá no Onofre Lopes com a fototerapia, eu fiz três meses de fototerapia lá que muita gente que faz lá que tem psoríase, que tem outras doenças de pele assim regrediu, regrediu bastante. Tem algumas pessoas que nem tem mais, devido ao tratamento que ajudou muito, mas no meu caso não fez efeito nenhum, eu fiz, ela viu que não estava dando resultado, aí tirou. Eu já tentei, e aí os medicamentos, já faz um tempão, desde que eu comecei aqui, eu já vim um monte de vezes né? Que eu voltei o remédio e melhorou quase 100%, melhorou, mas ainda tem uma ou outra que ainda coça, que ainda me perturba, que ainda me deixa sem dormir (Entrevista 7).

Foi, foi, porque na época eu tomava os corticoides que só aliviavam, não curavam, não consumia, só melhorava e aí estavam analisando de eu entrar com o ciclosporina que é um medicamento para quem faz, se eu não me engano, transplante de órgãos, é um dos, das coisas para que ele funciona e com esse remédio, ficou perfeito assim nenhuma ferida, limpíssima, limpíssima. Só que aí ele dá muitos efeitos colaterais e um dos efeitos que deu foi, eu não sei bem o que era, alguma coisa ligada ao meu fígado, alguma taxa que aumentou do fígado e aí, segundo ela, enquanto essas taxas não baixarem ela não vai poder introduzir ele novamente (Entrevista 3).

A paciente frequentou onze das doze sessões que lhe foram oferecidas, bastante motivada e disponível para o processo. Durante o trabalho, explorou bastante as perdas obtidas no decorrer do processo de casamento, principalmente no sentido de sua autonomia e prazer de viver, de se sentir mulher adulta. Com a mudanças e o agravamento de sua doença, sua vida restringiu-se ao papel de mãe e esposa exclusivamente: não conseguiu transferir o curso universitário para Natal, trabalhou durante pouco tempo e foi dispensada com a descoberta da gravidez e, com isso, desmotivou-se para procurar outras alternativas, fechando-se no espaço da casa, condição agravada pela vergonha que sentia do próprio corpo cheio de feridas. Tornou-se muito dependente do esposo, em termos financeiros e afetivos, de tal forma que, mesmo tendo tirado carteira de motorista, não conseguia dirigir, locomover-se por conta própria. É interessante como essa questão foi bastante simbólica, pois a paciente relatava um pânico de dirigir de carro pela rua, com medo de estancar, ficar sozinha e ninguém ajuda-la.

É. Justamente isso, é como se, se o dirigir representasse exatamente esse fracasso da minha vida entendeu? Como se a direção representasse tudo isso que eu não consigo fazer (Entrevista 9).

Esse último aspecto foi bastante trabalhado nos procedimentos terapêuticos. Percebemos que Daniela, com o adoecimento, construiu uma atitude regressiva de ser carregada na vida, pendurando-se nesse marido como uma bebê que não conseguia mais se mover por conta própria. A relação com ele tornava-se muito ambivalente, no sentido de uma dependência infantil associada a uma raiva e inveja latentes, pois acompanhou esse homem no crescimento dele, enquanto estacionou seu próprio desenvolvimento. Existia um conflito entre culpabilizá-lo pelo atraso em sua vida, associado à consciência que a escolha também partiu dela. O medo da separação, de não conseguir viver longe do esposo impulsionou a paciente a acompanhá-lo nessa jornada, com a voz internalizada da mãe comandando internamente que se ela casou, a obrigação era aguentar e sustentar a relação até o fim, papel intrínseco da mulher. Percebemos que acontecia uma dificuldade de imaginar uma vida autônoma novamente, Daniela relatava que, em Manaus, era uma mulher festiva, que tinha um cotidiano bastante ativo, mas que com o casamento, algo morreu dentro dela. Uma de nossas interpretações foi no sentido da doença na pele servir como um sinal de vida, coçar poderia ser uma tentativa de sentir que tem vida no corpo, sair do amortecimento que ela estava experimentando em sua existência.

Pois é, mas eu acho que realmente é isso; eu fiquei esse tempo todo, tentei preencher esse tempo todo esse vazio meu com ele entendeu? Talvez por isso em nenhum momento eu consegui ficar realizada de certa forma porque não, não dá para ele ocupar esse espaço, esse espaço é meu, eu preciso ocupar ele. E aí chegou minhas crises, chegou nas crises, nas doenças como uma forma de mostrar que eu preciso fazer alguma coisa (Entrevista 8).

Além de todos esses problemas, a doença impedia que Daniela pudesse sentir-se feminina, atraente em sua sexualidade que se encontrava muito prejudicada com o quadro. A dermatite impedia a paciente de usar cremes, bijuterias, esmaltes, determinados tipos de tecido em roupas, ou seja, restringia muito o cuidado associado à condição da mulher atualmente. Além disso, as transformações que aconteceram no seu corpo, tanto no que diz respeito as feridas espalhadas pelas extremidades, como o ganho de peso, fizeram-na sentir vergonha de seu corpo, escondendo-o. Esse era mais um conflito: ela sabia que o esposo estava em psicoterapia para tratar de uma compulsão sexual latente em sua vida e a

sombra de uma possível traição pairava, já que ela não tinha condições de oferecer a ele uma vida sexual ativa. Os sintomas manifestavam-se a noite com maior força e tentativas de aproximação afetiva/sexual do marido eram rechaçadas pela paciente de maneira ríspida, pois o contato corporal gerava incômodo. Como se pode perceber, havia pouco espaço para experimentar o prazer em sua história, em todos os aspectos.

Me sinto mal. Eu quero, quero estar perto, quero estar agarrada; porque a gente é acostumado a assistir um filme agarrado, deitado, então dá um desânimo, eu olho para ele, sinto vontade, fico ali com aquela sensação de imbecil, fisicamente. Me sinto como se tivesse sei lá, devendo alguma coisa para ele, não sei, a sensação é mais ou menos essa. (...) Mas eu assim eu acho que, realmente dever eu acho que é uma palavra pesada. Acredito que como eu sinto falta, é obvio que ele também deva sentir; eu percebo que muitas vezes ele tenta que role alguma coisa e aí como não rola, eu acabo me sentindo mal por da dos dois ser a culpada de certa forma por não acontecer. Mais ou menos isso. Me sinto culpada, é essa a palavra. Porque no passado assim, quando eu tive outras crises antes de, quando eu estava tomando só o corticoide, depois da gravidez, estava muito, a gente até tentava, arranjar algum jeito, alguma posição que desse mas realmente é muito ruim. Só de ele tocar, já me incomoda, já coça, já dói e tem muitas feridas; então realmente fica difícil, complicado. E até eu mesmo não me sinto bem, tirar a roupa cheia de ferida no corpo inteiro e aí já conta negativamente também. Então normalmente quando vem essa crise, que essa não é a primeira assim forte, normalmente a gente acaba se afastando um pouco, nesse campo (Entrevista 3).

Esse foi um dos pontos de partida que trabalhamos com a paciente durante as sessões: o resgate de sua feminilidade, dentro das possibilidades que a doença poderia oferecer. Chamou-nos a atenção como uma mulher bonita, descontraída e potencialmente sedutora poderia estar naquele estado de descuido e negação de sua sexualidade, já que, em seu discurso e atitudes, existia uma mulher muito inteligente, aparentemente consciente de seus problemas, aberta ao espaço terapêutico e com uma boa constituição egóica, elaborando seus conflitos de maneira simbólica. Levantamos a hipótese diagnóstica bioenergética de caráter histérico/rígido, tendo em vista sua dinâmica centrada no triângulo edípico, bem como a aparência de harmonia na constituição neuromuscular e questões voltadas fortemente para a sexualidade. Como no caso de Diana, também essa estrutura encobre questões orais, voltadas para a necessidade de dependência vivida em relações simbióticas, grande tensão mandibular e no pescoço, e a falta de energia para buscar seus objetivos. Trabalhamos a possibilidade de Daniela se redescobrir

como mulher em seus pequenos detalhes: cuidar do cabelo, renovar o guarda roupa usando vestidos, detalhes que fizeram para ela muito sentido.

Mudei né? Eu gosto de mais do meu cabelo, você tocou numa parte assim que nem eu lembrava de tanto que eu gostava. É que a gente vai indo, vai indo, vai indo, doença, doença, remédio, remédio. Minha vida se resume a doença e remédio. Se você ver a quantidade de remédios que eu tenho em casa você não acredita, você precisa ver as caixas e caixas. Agora eu quero meu cabelo; marido solte a grana, ajeite meu cabelo. (...) Meu marido fala 'você só sai de cabelo amarrado, um cabelo enorme, bonito e não solta'. Vai soltar para quê se o resto está tudo feio. Adorei passar a mão no meu cabelo (Entrevista 2).

Existia, por sua parte, uma curiosidade sobre como poderiam ser realizados os trabalhos corporais e quando realizados, estava disponível para experimentá-los e aproveitar os seus benefícios. Fomos descobrindo aos poucos procedimentos que pudessem abrandar a sua ansiedade de coçar, tentando trazer para o externo o movimento de agressão, expressado no rasgar a pele com as unhas, interpretado como um comportamento autodestrutivo, uma implosão de sua raiva na forma de culpa, que se voltava contra ela mesma, na superfície de seu corpo. Trabalhamos, por exemplo, a possibilidade de a paciente expressar a raiva ativamente, seja por meio de arranhar um colchão ou almofadas, seja por expressar suas queixas jogando a almofada no chão, descarregando energeticamente sua agressividade em pé, com grounding.

Naquele dia eu sai daqui tranquila, já sai já animada, empolgada, sem sono um pouco, eu fiquei acordada, tentei não me desesperar, fui para a internet, fiquei lendo, a sessão do facebook, me entretendo, aí quando eu fui para a cama dormir. Aí quando foi no outro dia foi que eu fui tentar testar bem a respiração, ficar lá, fiquei lá escorada na parede, me apoiando, respirando, respirando; meu marido 'que isso mulher?', 'é coisas que eu estou apreendendo lá na, no psicólogo', aí fiquei lá um pouco, aí depois de um bom tempo 'ah agora eu acho que eu consigo dormir', aí fui deitei e pronto, dormir, os dois dias. Aí essa semana como já tem o remédio fazendo efeito aí pronto dormir bem, ontem eu dormir maravilhosamente bem, onze horas, acordei só de manhã já, bem relaxada (Entrevista 4).

A sensação de ter a vida em suspenso é relatada pela paciente como uma paralisia, deixando-a imersa em pensamentos, dificultando a experiência do presente, por apegar-se ao passado e com medo do futuro. Um ponto muito discutido foi a ansiedade gerada pelo possível retorno ao interior do Amazonas, cidade onde a paciente avaliar não ter recursos suficientes de suporte em saúde

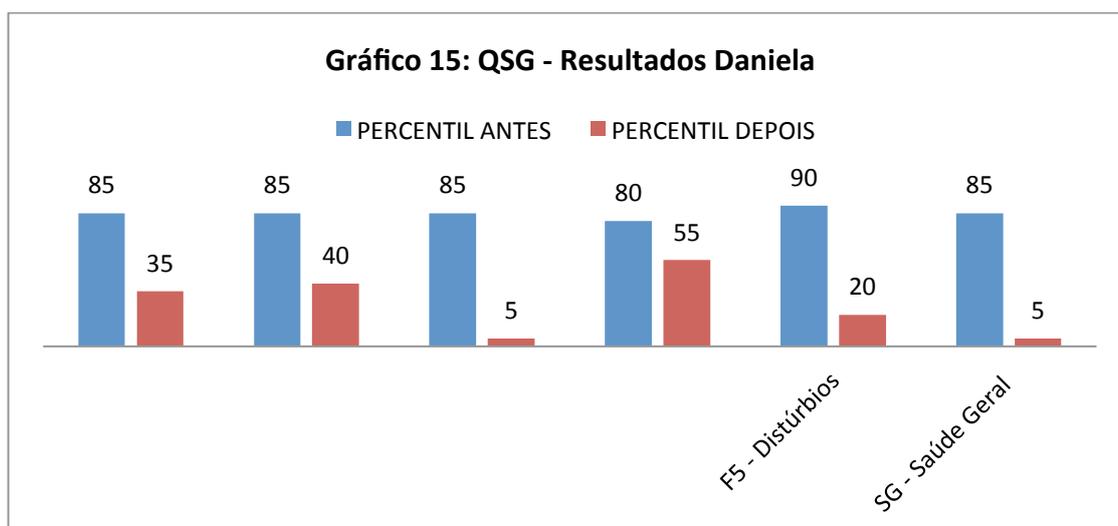
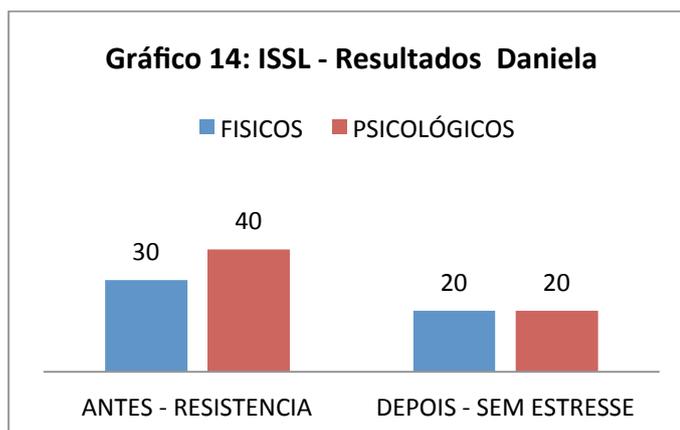
para tratar de uma possível crise futura da dermatite. É exatamente mergulhada nesses pensamentos, enfatizando energia na cabeça, que a paciente começa a sentir a ansiedade que, no seu ápice, toma conta do corpo inteiro na forma de coceira. Trabalhamos a possibilidade, com os exercícios de grounding, relaxar a tensão no pescoço e na cabeça, principalmente com o grounding invertido, no qual a paciente, com os joelhos flexionados, tenta tocar o chão com a ponta dos dedos. Algumas de suas falas elucidam esses pontos:

É verdade. Passo muito tempo sem fazer nada, eu passo muito tempo pensando muito, resumindo é pensando... besteira, passa de tudo na cabeça, tudo... Então eu digo, porque é aquela coisa, quando você tá ocupada, quando você tá fazendo uma coisa, envolvido com algo, o tempo passa rápido, você nem percebe, você vai dormir, você tá cansado... Agora pra quem passa o dia ali, imaginando como seria... eu fico às vezes cansada de não fazer nada, é incrível, o meu corpo cansa (Entrevista 5).

Descarreguei bastante, foi muito bom aqui, senti um alívio enorme, no pescoço; como se a minha parte mais pesada fosse o pescoço e essa parte, como se eu tivesse uma mochila cheia de livro o tempo todo (Entrevista 3).

Emoção, sensação de poder. Como se o chão fosse meu, sabe ali, sensação de que esse é o meu chão. Nos pés, sensação daqui para baixo. Isso é meu (Entrevista 4).

Ao fim do processo de intervenção, Daniela trabalhou a possibilidade de vivenciar o seu casamento de uma forma menos simbiótica, podendo ampliar a comunicação com seu marido de forma a caber suas ideias e projetos nos destinos do casal. Inclusive pensando na possibilidade de viverem separados por um determinado tempo, para que ela possa ter uma rede de apoio social e familiar que garanta a continuidade de seu tratamento, caso ele precise voltar a morar no interior, tenha que permanecer mais tempo em Natal ou decida fazer outro aprimoramento no exterior. Percebemos claramente a melhora significativa de seu quadro a partir dos resultados nos testes. No ISSL, de uma fase de resistência, a paciente obteve um segundo resultado sem estresse, ou seja, suas questões centrais de fundo estavam sendo mais bem manejadas. O QSG mostra uma abrupta redução de todos os índices, confirmando a melhora da paciente de uma maneira geral.



Vale ressaltar que foi com Daniela que tivemos a maior correlação entre frequência nos atendimentos e quantidade de exercícios aplicados durante as sessões, sempre vivenciados e avaliados pela mesma de maneira muito positiva. Não podemos afirmar que houve uma cura da doença, mas uma remissão dos sintomas e o desenvolvimento de uma forma criativa de lidar com os problemas decorrentes da mesma, aceitando o adoecer como parte de seu processo de crescimento e oportunizando as possibilidades que estar doente pôde trazer para a sua existência. Nas suas palavras:

Realmente. É porque eu acho que aí que está, quando eu mergulhei em alguma coisa, dentro desse assunto perdido é que veio meu problema de pele. A crise de pele eu acho que ela está, esteja diretamente ligada ao relacionamento, ao fato de ter saído bruscamente do meio que eu convivia, ou seja, uma coisa está ligada na outra. Se a pele está ligada a essas coisas, essas coisas estão ligadas ao relacionamento. (Entrevista 7)

Me fazer renascer, a doença. É como se ela dissesse pra mim: 'A hora é agora. Chegou a hora de você acordar, sair desse coma'. (Entrevista 8)

Pois é, mas eu acho que realmente é isso; eu fiquei esse tempo todo, tentei preencher esse tempo todo esse vazio meu com ele (o marido) entendeu? Talvez por isso em nenhum momento eu consegui ficar realizada de certa forma porque não, não dá para ele ocupar esse espaço, esse espaço é meu, eu preciso ocupar ele. E aí chegou minhas crises, chegou nas crises, nas doenças como uma forma de mostrar que eu preciso fazer alguma coisa. (Entrevista 9)

5.2.4. Caso Danúbia

Danúbia tem 43 anos, casada, católica praticante, filha mais velha de uma família de dois irmãos, tendo um irmão dois anos mais novo. Encontra-se atualmente empregada, trabalhando como auxiliar de cozinha/serviços gerais em uma creche municipal durante o dia e concluindo o Ensino Médio à noite. Mora com o esposo, o filho e sua mãe em um conjunto próximo ao centro de Natal, localidade considerada por ela como bastante perigosa, chegando a relatar vários incidentes de violência durante as sessões. Na verdade, violência é o tema central da psicodinâmica dessa paciente: seu pai, considerado um homem muito violento, falecido há alguns anos, foi um homem marcante em sua história. A paciente conta diversos episódios de brigas constantes desse pai com a sua mãe, ameaças de morte com armas de fogo, facas, geralmente associados a excessos no consumo de álcool. Em seu relato, em diversos momentos ela precisava se interpor entre os pais para tentar evitar que o pai matasse ou batesse na mãe, que fugia para não ser agredida. As violências também aconteciam com o irmão mais novo, que era agredido constantemente pelo pai – uma das imagens evocadas pela paciente mais vívidas em sua memória refere-se a ameaça do pai de matar o filho caso descobrisse que o mesmo pudesse ter algum traço de homossexualidade. Voltaremos a esse tema posteriormente, pois também foi extensamente trabalhado em nossos encontros.

Apesar de toda a agressão para com a mãe e o irmão, seu pai nunca chegou a agredi-la fisicamente. Ela chega inclusive a relatar que, quando enfrentava o pai para tentar salvar a mãe de ser agredida, o pai chegava a chorar muito, pois não queria decepcioná-la. A invasão do pai dava-se pela vergonha e humilhação, seja em público ou em casa, como podemos observar nos episódios a seguir:

Eu lembro que meu pai ia muito no colégio; ele ia lá bêbado, e ele me fazia muita vergonha. Primeiro ele mandava me chamar, aí o porteiro, dizia que não podia... Então teve uma vez que ele puxou a arma, que ele andava armado, e o homem teve que ir me buscar né. Olha, aí era uma mercearia em frente à esse colégio, e os alunos via tudo olhar; e eu tinha que sentar no colo dele, assim na perna, e ele bêbado, e eu chorava, e esses alunos em volta, não era pouca gente não, parecia assim que tinha morrido alguém. Aquilo eu passava um dia, dois, sem querer ir pra aula, porque quando eu ia aí os meninos vinham imitando “filha senta aqui no colo de painho (Entrevista 2).

Ele batia muito no meu irmão. Ele tinha muita raiva do meu irmão, e de mim não, de mim ele fazia assim, aí ele tomava banho aí eu tinha que vestir a roupa dele. Ele mandava eu fechar os olhos pra vestir a cueca, presta atenção, mas ele não tava nu? Aí eu fechava os olhos, mas quantas vezes eu fechando, mesmo fechando os olhos, quando eu subia minha mão não batia no pênis dele? Entendeu? (Entrevista 1).

Aí por exemplo, quando ele chegava, se ele me desse a arma, né, que ele não batia em mim, ele só bateu uma vez em mim, que eu tenho a marca até hoje, porque eu desobedeci, é, se ele me desse a arma, por exemplo, se ele me desse a faca ou o revolver, então era sinal de que não ia ter confusão, porque quando ele me dava assim a faca era que eu ia pro quintal, cavava um buraco e enterrava (Entrevista 3).

A mãe é vista pela paciente como uma mulher fria, de pouca disponibilidade para expressar seus sentimentos, sendo bruta no contato com as pessoas. Danúbia guarda muitas mágoas dessa relação, pois desde muito nova, a partir dos nove anos de idade, a mãe a obrigou a trabalhar como empregada doméstica, morando nas casas das famílias que a acolhiam. Sente que foi rejeitada pela mãe desde criança e também passou com ela diversas situações de humilhação na escola – quando a mãe era chamada para receber as notas, ou conversar sobre o comportamento da paciente, a mesma já levava algo para bater na filha, pois já ia irritada para a escola, resmungando com os professores, afirmando que estava deixando de ganhar dinheiro com a lavagem de roupa para perder tempo na escola com bobagens de criança. A mãe ficou voltada para a sobrevivência material da família, pois eram tempos difíceis, de muita pobreza, com pouco espaço para a maternagem carinhosa e o prazer dentro da relação com os filhos. Atualmente a mãe mora na casa da paciente e existem muitas barreiras na convivência entre elas, principalmente no que diz respeito a dificuldades afetivas.

A minha mãe é muito grossa... Eu não digo a você que ela fica dizendo assim “eu não sei pra quê que ela vai todo...”, na minha frente ela não diz mais porque se ela disser aí eu fico chateada, mas assim, se uma pessoa ligar ou for lá em casa atrás de mim nesse horário ela diz “ela foi prum tal de um psicólogo, eu não sei pra quê”. Entendeu? “Ela inventa de sair de casa por qualquer motivo pra não fazer nada”, é assim. Eu digo muito Perisson que,

assim, pai e mãe eu tive porque eu fui gerada; às vezes eu já me questionei muito se foi mãe mesmo que me teve, é, eu só acredito porque eu pareço muito com o meu pai, porque eu não pareço nada com ela, nada fisicamente; com meu pai sim, as mãos, o rosto, o cabelo ruim, porque ela tem o cabelo bem estiradinho (Entrevista 5).

Temos aí uma paciente com um histórico de humilhação, vergonha, violência e rejeição, com uma raiva hiperativada e latente constantemente na sua relação com as pessoas, que ela tenta reprimir a todo custo, por medo de explodir e ser capaz de matar alguém ao seu redor. Existe um grande conflito interno em lidar com esses sentimentos, pois os mesmos são considerados pecaminosos, errados, contra a vontade de Deus, que prega o perdão incondicional e a superação das mágoas, atitudes que Danúbia luta para conseguir realizar, mas é impedida por sua constante sensação de que a morte das pessoas que a incomodam poderia ser a solução para os seus problemas. A culpa, por exemplo, surge como um segredo, nos nossos últimos encontros, em que relata que ao ter cuidado do pai em sua velhice, já com a memória deteriorada em função de derrames e mal de Alzheimer, chegou a aproveitar de sua condição vulnerável para agredi-lo, como forma de retaliação a toda a violência sentida na infância. Ao contar esse episódio, a paciente chora com muita dor, envergonhada e culpada por ter se deixado levar por esses sentimentos de violência, herança clara do pai.

A violência repete-se na sua história em diversos episódios. Podemos pensar nessa paciente como um exemplo claro da noção freudiana de compulsão à repetição, tendo em vista que a mesma passa por situações, no decorrer de seu desenvolvimento, de invasão com homens mais velhos, figuras de autoridade. Por exemplo, também nos nossos últimos encontros, surge outro segredo: o abuso sexual sofrido por parte do primeiro empregador da casa onde trabalhou aos nove anos e constantes investidas de homens mais velhos na entrada de sua adolescência, até chegar ao casamento aos 14 anos, com um homem 20 anos mais velho, seu atual marido. Com ele também ela vivencia um padrão de repetição da violência sofrida com seus pais, pois sofreu várias ameaças de morte no decorrer do casamento, geralmente ocasionada por ciúmes, pois o marido ainda tem até hoje a fantasia que ela o trai com outros homens, principalmente devido a sua impotência sexual decorrente de um derrame, hipertensão e pelo próprio processo de envelhecimento. Podemos observar claramente o padrão de repetição das cenas familiares no fragmento a seguir:

Porque minha mãe deixou meu pai né, e foi, assim, quando ela deixou ele, primeiro eu tinha muito pesadelo quando eu era criança, né, eu acordava sempre chorando, da história do meu pai matando a minha mãe. Aí quando mãe... Quando eu fui morar com M. eu passei algum tempo ainda tendo esses mesmos pesadelos, eu acordava em grito, chorando, eu tinha 14 anos na época, mas eu tinha esses pesadelos, então assim, quando M. começou a ter essas coisas, foi isso aí que me doeu, foi em saber que ele acompanhou a minha adolescência todinha né, porque eu quando eu fui morar com ele eu só tinha 14 anos, e ele sabe pelos problemas que eu passei, ele sabia de toda a minha história, e ele, hoje eu não sei assim, se foi sem ele querer, ou se foi uma falta de comunicação da gente, que ele trouxe o mesmo problema, porque o meu pai também tinha muito ciúme da minha mãe (Entrevista 4).

Outra questão geradora de muitos conflitos diz respeito à relação com seu filho único, atualmente com 16 anos, que revelou recentemente sua tendência a atrair-se sexualmente por homens. Essa foi uma temática amplamente discutida durante as sessões, permeada por muita mágoa, fantasias obsessivas com os possíveis encontros sexuais do filho com outros homens, o medo da retaliação social, bem como do filho seguir para a dependência química ou prostituição. Novamente a repetição surge quando Danúbia, ao conversar com o filho sobre o assunto logo após descobrir uma carta de amor endereçada a outro homem nos seu quarto, descobre que o homem que o assediou era também bem mais velho que ele. A partir de então acontece uma sucessão de brigas e desentendimentos, bem como a necessidade dela de controlar mais de perto o cotidiano do filho, mantendo essa questão em segredo para a família e vizinhança.

É importante citar aqui que a sua história com esse filho é ambivalente desde a gestação, pois somente ficou grávida depois de 12 anos de casada, tendo um parto complicado seguido de depressão, com fantasias contínuas de matar o recém nascido. Relata que agrediu muito o filho durante a infância, sempre que o mesmo chorava ou birrava, de forma que começou a perceber que o menino se colocava em posição de defesa quando ela aproximava-se, com medo de levar uma surra. Chegou a ir a um tratamento psicológico por fobia de ambientes fechados, pois não conseguia ficar em salas com portas fechadas, sentindo-se sufocado e chorando. A paciente relata que já nessa época percebia que ele tinha uma preferência por brincadeiras de meninas e tinha uma identificação maior com o universo feminino, tinha pouca agressividade, era muito sensível. Essa ambivalência e confusão de sentimentos desde a infância com essa questão, refletida nos dias atuais está bem representada no seguinte fragmento, que sintetiza vários discursos que a paciente trouxe no decorrer de nossos encontros:

E as pessoas, é difícil de você conviver com as pessoas. E quem convive comigo não acredita, porque eu não deixo transparecer isso. As pessoas me vê frágil, como ultimamente eu to chorando muito; e eu não estava assim. E o pior que você chora e as pessoas pensam que eu to chorando porque eu to com medo de morrer, por conta da minha cunhada, e não é por isso, eu to chorando de raiva, de tristeza por causa do meu filho. Porque você só ter um filho e ele lhe dar um desgosto desse... Eu disse a ele que ele me traiu; é como se ele tivesse pego uma faca e tivesse enfiado nas minhas costas, eu disse a ele. E também não me interessa se ele vai ter recalque, se ele vai ter problema, eu até quero que ele tenha mesmo, que é pra ele aprender a lidar com essas situações e ver que ele magoou a mãe dele, e ele não tem o direito de me magoar, eu nunca magoei ele. A única coisa que eu não entendo é porque eu tive depressão quando eu tive ele, até hoje eu nunca entendi porque eu não gostava dele quando ele nasceu. Não sei se era porque dentro de mim, inconscientemente, alguma coisa me dizia que ele ia me dar desgosto. Que se eu não fosse católica os espíritos ia dizer que era porque eu tinha vivido outra vida e na outra vida passou por isso, aí eu já sabia; não sei, eu só sei que eu tinha muita. Às vezes eu olho pra ele e não vejo ele assim, vejo ele como homem, e abraço ele, ele diz que me ama, eu digo a ele que o amo muito; ele não sabe, mas tem horas que eu olho pra ele, mas eu tenho uma raiva, mas é uma raiva que se eu pudesse eu fazia ele desaparecer mesmo (Entrevista 4).

Todo esse contexto psicodinâmico de turbilhão emocional de medo, raiva, tristeza, ressentimento está refletido na sua polissintomatologia. Procurou ajuda médica devido a vários problemas orgânicos: fibromialgia, tendinite no pescoço, dores nas articulações dos joelhos, crises de asma, gastrite associada a quadros de refluxo, hipertensão, manchas de pele, diabetes. Também temos um quadro de obesidade, episódios de compulsão alimentar em decorrência de ansiedade, insônia e sintomas de síndrome do pânico. Existe um medo constante de morrer a qualquer momento, seja assassinada pelo marido ou em decorrência de suas doenças, que teme ser agravadas.

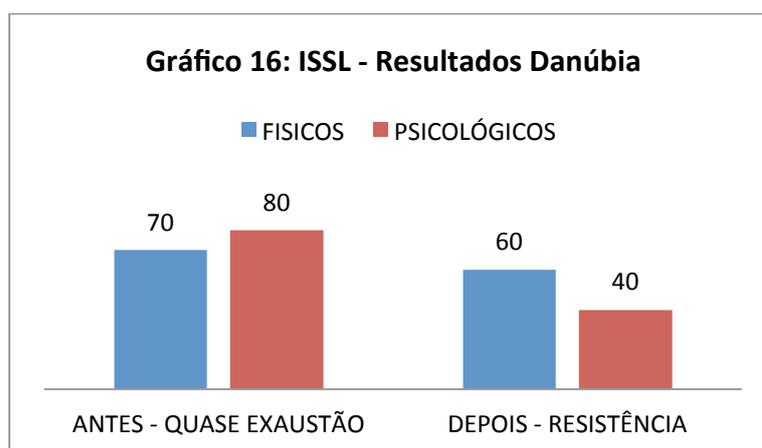
Um dos eventos traumáticos associados a cuidados médicos diz respeito a uma cirurgia para retirada de pedras na vesícula em que, por erro médico, chegou a acordar da anestesia durante o procedimento laparoscópico, sentindo todas as dores, consciente de tudo o que estava acontecendo ao redor, posteriormente levada para a UTI, onde passou quatro dias. Esse evento é descrito pela paciente nas sessões com uma grande riqueza de detalhes, com o impacto emocional de atualização do terror vivenciado no momento, com características típicas de TEPT, como pesadelos, pensamentos intrusivos, sentimentos de pânico ao entrar em contato com as lembranças associadas ao evento e aos médicos responsáveis pelos procedimentos. Mais uma experiência de invasão e violência com uma figura de autoridade, um médico chefe do setor de gastroenterologia de um hospital público.

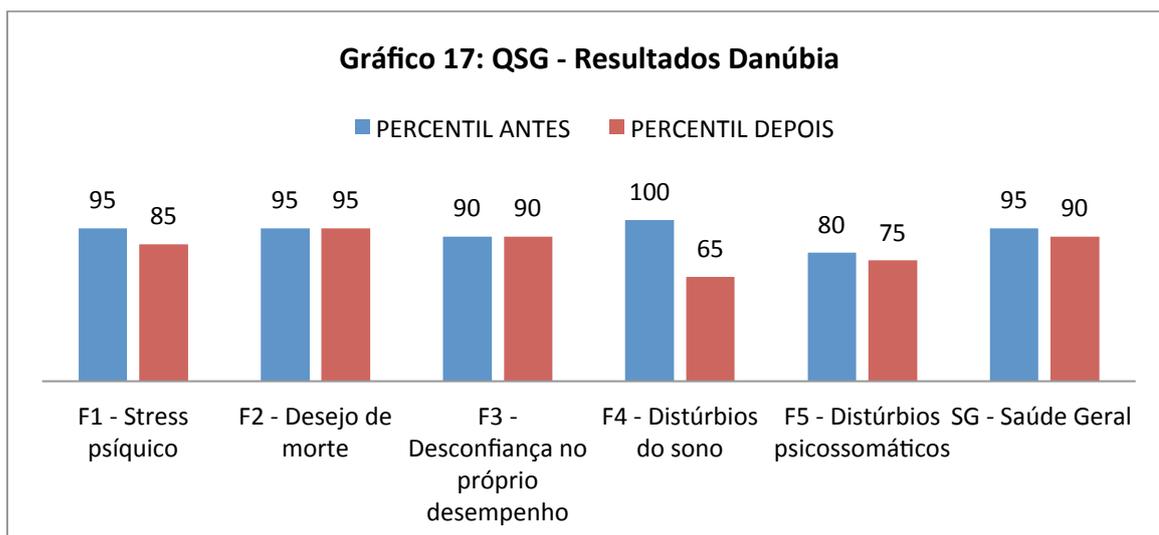
Danúbia participou de dez das doze sessões oferecidas, bastante envolvida no processo dos atendimentos. Tinha um comportamento de falar muito durante os encontros, de maneira às vezes agressiva, demandando o contato com questões e exigências. Tinha um padrão de me trazer reclamações em vários aspectos: o perfume que era muito forte, a barba que deixou crescer, que não lhe perguntava nada, que não dizia claramente se ela era louca ou não, que não dava conselhos do que deveria fazer ou sentir, que tinha engordado demais, coisa inadmissível para um psicólogo. Além disso, chegou a me confrontar em diversos momentos no tocante a sexualidade, pois afirmava que percebia a homossexualidade em meu comportamento. Em vários momentos, contratransferencialmente, senti a dificuldade de estar com essa mulher que tinha tanto ódio desse filho, bem como senti-me invadido e incomodado por suas investidas agressivas para comigo, uma forma de intimidação. No entanto, consegui permanecer e perceber que ela precisava de um ambiente em que ela pudesse sentir a presença de alguém que pudesse estar com sua raiva e não ser destruído ou retaliá-la. Em uma das sessões, muito marcante para ambos, ela entra na angústia de saber que talvez muitas das suas falas sobre o filho poderiam me machucar, mas que ela jamais teria a intenção de fazer isso intencionalmente. Nesse momento sentimos como ela poderia estar trazendo uma possível reconciliação com o filho no aspecto transferencial com um terapeuta homossexual.

Não tivemos a oportunidade de realizar procedimentos corporais com essa paciente de maneira direta, pois a sua demanda de fala era maior durante as sessões. Além disso, ela revelava frequentemente a dificuldade de entrar em contato com o corpo, de ser tocada, de abraçar as pessoas, bem como de deixar expressar claramente as suas emoções, com uma fantasia de que irá explodir a qualquer momento. Em termos diagnósticos, percebemos claramente elementos esquizoides em sua personalidade, caracterizados pelo sentimento de cisão e fragmentação das diversas partes de sua personalidade, bem como fortes tendências de caráter masoquista. Seu corpo possui uma densidade muscular grande, aparentando muita força e contenção, seu andar é pesado e há pouca expressão de feminilidade nos seus comportamentos. Há uma forte tensão diafragmática e um peito bastante encolhido, cortes típicos das estruturas esquizoides, segundo Lowen (1989). Também podemos perceber em Danúbia, numa linguagem pós-reichiana, a presença de um quadro de enfermidade funcional, no qual o comprometimento

orgânico é bem definido, com possibilidades de elaboração simbólica da doença um pouco limitadas, devido ao comprometimento orgânico mais severo. No caso apresentado, diferente da paciente anterior, havia uma grande dificuldade de conectar os sintomas orgânicos com possíveis significados simbólicos atrelados a sua história de vida.

No tocante ao resultados dos testes, percebemos uma redução significativa dos sintomas de estresse por meio do ISSL, mas alterações bastante discretas nos fatores avaliados pelo QSG. A paciente reconhece que houve discretas melhoras no seu estado de saúde, mas traz a dificuldade de se separar de um processo no qual sentia que estava abrindo-se para questões que nunca tinha trabalhado antes. Deseja em poder realizar um tratamento em que possa se dar alta, em que ela possa avaliar positivamente o seu crescimento e avanços e não separar-se de quem está cuidando dela devido a vontade ou conveniência do outro. Realmente reconhecemos que essa paciente possui um comprometimento nos diversos sistemas do corpo, desde couraças musculares, tissulares e viscerais, por estar constantemente assolada ao padrão de hiperativação decorrente do seu histórico de traumas, construindo defesas para suportar tamanha dor e não entrar em contato com a loucura, um de seus grandes medos.





5.2.5. Caso Joana

Joana tem 30 anos, casada, evangélica praticante, filha mais nova de uma família de dois irmãos, tendo um irmão um ano mais velho. Encontra-se atualmente desempregada, em decorrência das limitações impostas pelo adoecimento. Mora com o esposo e o filho em um bairro da zona periférica de Natal, bem distante do centro urbano. É natural de uma cidade do litoral do Estado, mudando-se para a capital para tratar-se de sua doença crônica, diagnosticada como artrite psoriásica. Reclama de muita coceira, dor nas articulações muito inchadas e da dificuldade de se locomover, além da impossibilidade de sentar ou deitar em algum lugar por muito tempo, por incomodar e irritar muito a pele. O estado de sua saúde é bem delicado: as placas de psoríase estão em todo o corpo, com exceção do rosto e as articulações estão muito inchadas, ela anda com muito desconforto e constantes dores.

Desenvolveu os sintomas a partir da gravidez do filho, sendo o quadro agravado após o parto, há três anos. O que inicialmente eram poucas placas na pele na área das extremidades, ganha o corpo inteiro, evoluindo para uma co-morbidade com artrite. Com a mudança para a capital, o marido também fica desempregado e vive em função dos diversos tratamentos que Joana precisa fazer, sendo a família sustentada por uma bolsa governamental de um salário mínimo e o benefício de transporte gratuito. A tensão cresce gradativamente na família: toda a rede de

suporte encontra-se no litoral e eles começam a passar muitas dificuldades. Como citado anteriormente, o local de moradia é muito distante dos centros urbanos, dificultando ainda mais o acesso da paciente aos tratamentos. Em nossas sessões, por exemplo, chegava às vezes com uma hora de atraso por não conseguir tomar o ônibus.

É uma situação extremamente difícil, na qual a paciente encontra-se em um estado de estresse crônico: a culpa em atrapalhar a vida do esposo, que vive em função dela; também sente culpa com relação ao filho, pois o mesmo não consegue ter uma mãe alegre e disponível; impotência porque os serviços médicos realizam diversas tentativas de tratamento, com melhoras discretas, mas sem muito sucesso, pois há constantes reincidências. Houve várias trocas de medicação, problemas com efeitos colaterais, fototerapia e não acontece uma melhora realmente substancial do quadro, deixando a paciente e seu esposo em um estado de frustração e desistência, descrença. Todos os dias ela passa por algum tratamento: medicamentoso, fototerapia, fisioterapia, psicologia – é um cotidiano árduo para tentar alguma melhora.

Sua história de vida também não é nada fácil. Foi abandonada pela mãe aos dois anos, pois o novo parceiro, que não era o pai da paciente, não aceitava a presença das crianças em casa. Sendo criada pela avó materna, numa casa com 12 tios, Joana relata a solidão que vivia durante a infância, com a ausência de carinho e proteção, tendo em vista que a avó estava muito voltada para a sobrevivência material dessa família enorme. Desenvolveu nesse período um apego simbiótico com o irmão mas hoje encontram-se muito afastados, principalmente em decorrência dos conflitos dele com a avó e de sua doença.

Aos oito anos acontece o evento traumático central de sua vida, que foi o abuso sexual por parte de um dos tios. Em suas palavras:

Meu tio usava drogas, bebia, farreava, e não era uma pessoa assim normal, e ele começou a me abusar, né. E ele começou a mostrar revistas pornô, eu me lembro como se fosse hoje, todas as fotos nas revistas, nunca esqueci as cenas, tudo ele mostrava. E ele se masturbava na minha frente e dizia que se eu contasse, eu apanhava, e eu tinha muito medo de apanhar dele. E eu chorava, chorava, quando vó saía eu chorava pedindo a ela que me levasse, toda vida ela não me levava. E sempre foi criando um vício né, quando ninguém tava, minhas tias cresceram, tudo, cada uma trabalhava pra ajudar minha vó e eu ficava praticamente sozinha com ele dentro de casa. Aí ele me levava pro banheiro, se masturbava na minha frente, usava a língua na minha parte genital, ele não chegou a usar o pênis, não chegou a penetrar, mas utilizava de outros métodos né? E eu sofria, queria sair daquilo, queria contar a alguém e não podia contar, e nunca ninguém percebia, nunca. E eu fiquei

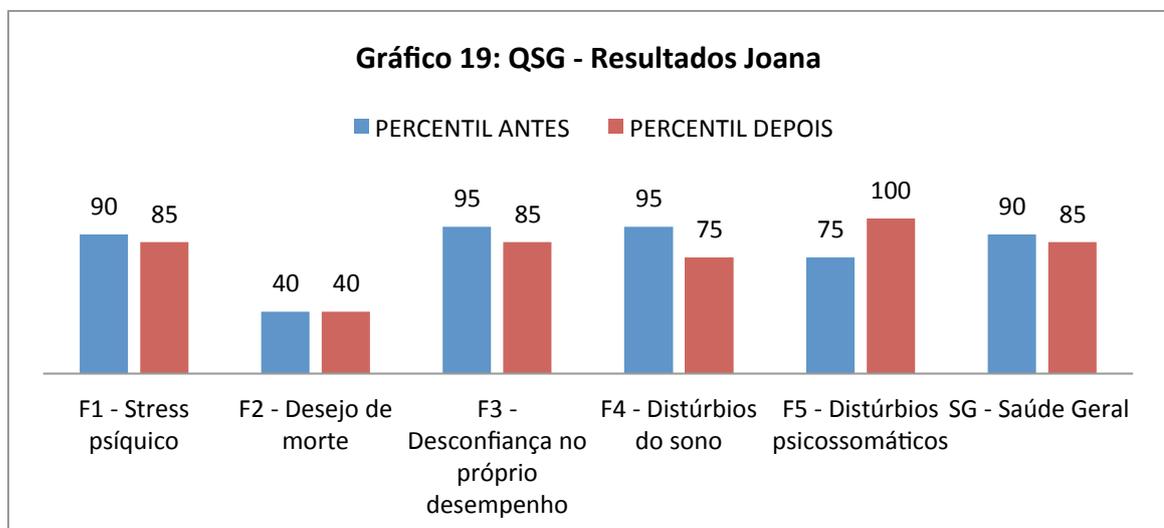
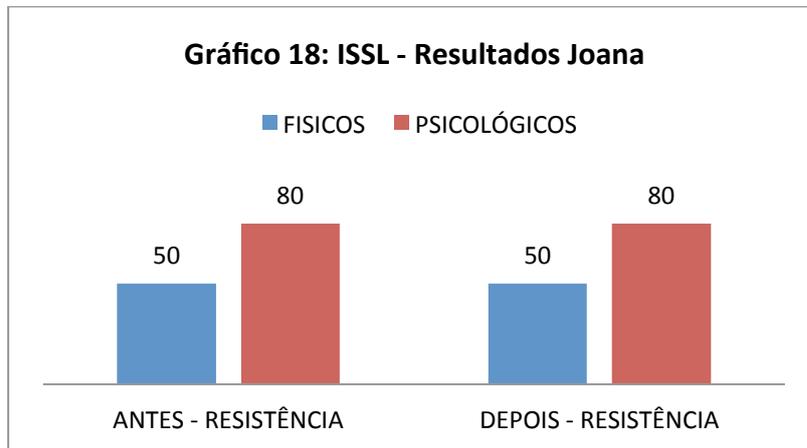
com aquilo guardado, até eu conseguir me defender, me defendi com 10 anos, eu disse a ele que ele não tinha mais poder sobre mim e que ele não ia mais tocar em mim, eu consegui vencer, ele não mais tocou em mim. Mas ficou a sequela, né? É muito ruim, dói muito. É porque eu não conto pra ninguém, eu guardei pra mim né? É uma fase que ninguém sabe, só eu e Deus e meu esposo (Entrevista 2)

Esse evento é contado pela paciente com a atualidade de um evento traumático, com toda a força afetiva que tem. Joana chorava muito durante as sessões quando entrava em contato com a temática e ficava frequentemente se questionando se valia a pena revisitar esses fantasmas do passado. Um de nossos procedimentos foi tentar ajuda-la a conscientizar de seu papel como adulta e mulher no mundo, que hoje ela poderia ter a defesa que não foi possível quando criança. Fizemos um trabalho semelhante ao relatado com Diana, no entanto, Joana ao entrar em contato comigo na tentativa de me dar um limite e me afastar do contato, entrou em colapso – desviou o olhar, chorava compulsivamente e pedia para parar com aquela ameaça. Percebemos como esse evento despertou uma tensão orgânica interna insuportável, pois ela fica apegada à cena traumática de maneira muito evidente.

Em termos diagnósticos, percebemos uma estruturação de defesas esquizoides e orais, típicas de déficits primários no desenvolvimento. Joana era uma paciente de pouca elaboração psíquica e capacidade imaginativa, simbólica. Era apegada a experiência concreta. Em termos pós-reichianos podemos pensar em um comprometimento mais sério do sistema vital, na forma de uma biopatia, tendo em vista a persistência devastadora da doença em sua vida, a fraqueza generalizada e uma falta de vivacidade no contato.

Todo o trabalho consistiu em enfatizar os canais de autossuporte, como coluna, pernas e pés, tentando construir recursos egóicos de nomeação e tolerância as emoções: ela detestava chorar, pois dizia se sentir muito vulnerável como a menina indefesa que foi. Durante as doze sessões de atendimento, frequentou somente cinco, pois faltava bastante devido a dificuldades com o transporte, além de sair da sessão muito reflexiva, pois tinha chorado bastante e queria não mais explorar o passado de tristezas, mas sim prospectar um futuro mais feliz e promissor. Como podemos conferir no resultado dos testes, não houve mudanças significativas, ela se encontra no caminho da resistência à exaustão, com fatores de

avaliação do QSG também com poucas mudanças, indicando o estado de vulnerabilidade extrema.



5.2.6. Caso Susana

Susana, 37 anos, é a sétima filha de uma família de 14 irmãos, sendo 12 mulheres. Casada, evangélica praticante, trabalha como confeitadeira autônoma em sua própria casa. Está cursando o Ensino Médio e tem cinco filhos: uma do primeiro relacionamento, que foi criada por uma de suas irmãs, outra do segundo relacionamento que foi criada pela avó e os últimos três (um rapaz e duas moças) do casamento atual, que vivem com ela e o marido em uma cidade periférica na região da Grande Natal, em um local considerado perigoso. Também essa paciente conta

casos de violência ocorridos em sua vizinhança, mas dessa vez afetando membros de sua família, que chegaram a ser assassinados.

Temos aqui um padrão familiar semelhante a casos anteriores: um pai violento, impulsivo, jogador que batia muito na mãe. A mãe é relatada pela paciente como uma pessoa distante, que deu pouco carinho, bastante repressora no que diz respeito à sexualidade. Os pais se separaram devido aos constantes conflitos, mas Susana permaneceu com o pai, criando com ele uma aliança especial, de única filha que não tinha abandonado em virtude da separação. Porém essa relação foi rompida com a sua segunda gravidez, que o pai não perdoou, segundo a paciente, chegou a ameaça-la de morte com uma faca, chegando a afirmar que iria tirar o bebê ali mesmo. A partir desse momento, volta para a casa da mãe temporariamente, mas não consegue passar muito tempo por lá, morando de favor em casas de amigos e outros familiares mais distantes, trabalhando como empregada doméstica, e somente consegue uma certa estabilidade quando casa com o atual marido.

A relação com o esposo é marcada por momentos de muita turbulência e confusão. Susana relata que foi apaixonada por ele desde a adolescência e tiveram vários encontros e desencontros, pois o mesmo viajava constantemente, deixando-a abandonada e sozinha. Durante esses intervalos, ela chegou a engravidar de suas duas primeiras filhas, em namoros rápidos. Ela conta que era uma mulher muito sexualizada, mas ao mesmo tempo muito carente, utilizando do contato sexual para obter alguma atenção e amor dos homens, mas também como forma de vingar-se do abandono constante do homem da sua vida. Até que, nessas idas e vindas, resolveram casar-se, mas com o fantasma das duas primeiras filhas rondando o relacionamento, pois levou fama de “rapariga” nas proximidades, devido a suas dificuldades com a sexualidade e as gestações que aconteceram praticamente uma em seguida da outra.

O casamento foi marcado por constantes brigas, crises de ciúmes, alcoolismo do marido, numa reedição da história de seus pais, assim como aconteceu no caso de Danúbia. As viagens continuaram e o marido chegou a ter contato com várias amantes, enquanto a paciente estava em casa cuidando da família e engravidando também em sequência, de três filhos consecutivamente. A situação mudou quando o marido, em uma briga de bar, chegou a levar um tiro na cabeça e ter um comprometimento cerebral. Desde então parou de beber, converteu-se evangélico e

passou a estar mais presente nos cuidados com a família, o que para Susana foi um milagre. Porém, apesar disso, ela guarda muito ressentimento de todas as histórias de violência e humilhação que sofreu com ele, tendo dificuldades de perdoá-lo completamente, lembrando de episódios em que recebeu um chute dele em plena gravidez, cenas de traição, violência e humilhação verbal, relatadas com um choro profundo de mágoa.

Seu padrão na vida é de auto-sacrifício em função do amor das pessoas. Tende a dar o que não tem para os filhos, dedica sua vida ao marido, cobra muito barato os doces que produz. Trabalhamos com ela a necessidade de reconhecer o seu real valor e como fica capturada em um padrão relacional desigual entre dar e receber e como isso repercute na sua vida em estresse e ressentimento latente, as pessoas tendem a sobrecarrega-la com suas demandas.

E é exatamente pela sobre carga que ela procura ajuda terapêutica, pois tornou-se obesa mórbida e precisa de assistência psicológica para realização da cirurgia bariátrica. Ela descarrega a ansiedade gerada pela sobrecarga afetiva comendo em exagero: tenta manter o regime mas fica impossibilitada de controlar-se mediante situações de pressão. Ficou claro no decorrer de nossas sessões que a comida tinha uma função sensorial de dar prazer à paciente, uma única fonte possível e disponível de descarregar a tensão e sentir algo saboroso em sua vida. Sua autoestima ficou comprometida com a obesidade, como podemos ver no fragmento a seguir:

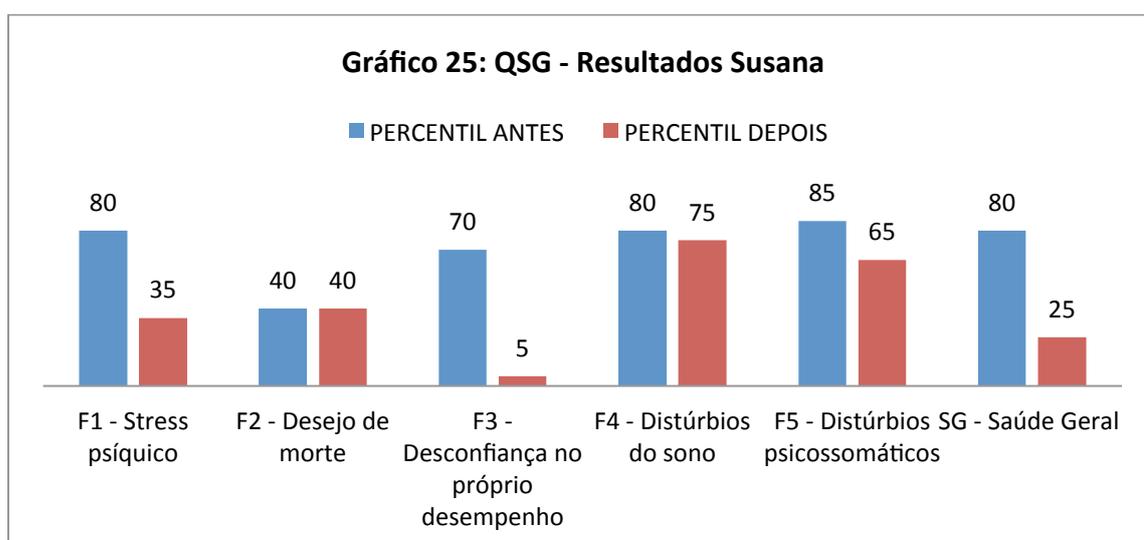
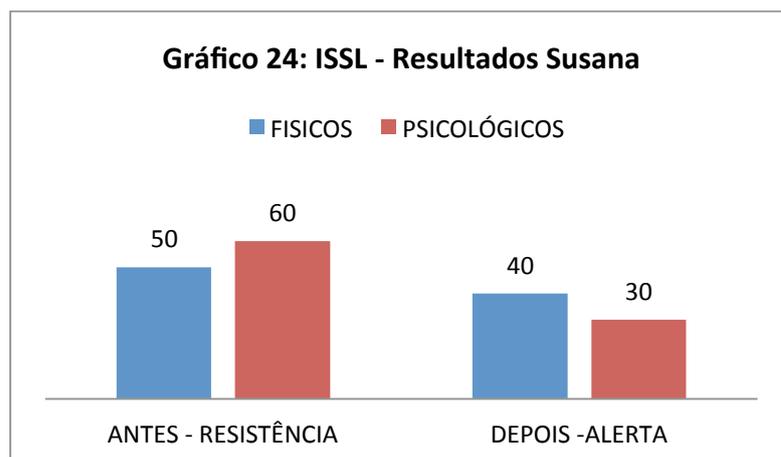
Eu dizia, mulher feia e jumento ruim só quem quer é o dono, então até adoecer eu me sentia super bem. Só comecei a perceber quando o povo começou a me apontar, que eu passava todo mundo olhava pra mim, comecei a sentir no ônibus quase fico presa na roleta, ai foi que eu comecei a botar na minha cabeça, o povo me elogiava que eu era gordinha, mas tinha cinturinha, perninha grossa e agora o povo só olha pra mim e aponta, eu não me via gorda. É tanto que eu tinha dois espelhos na minha casa, eu não tenho um espelho, todos os espelhos da minha casa eu tirei, pra não me ver, se eu passar numa vitrine eu me viro pra não me olhar de frente, retrovisor do carro eu não me olhava se passasse. Só que agora eu vejo que não vale a pena a pessoa ficar feia, a pessoa tem que ficar bonita (Entrevista 6).

Uma questão que chamou muito a atenção diz respeito a constantes hemorragias uterinas que a paciente tinha, prolongando a sua menstruação por dias. Descobrimos que emagrecer significava resgatar a sua feminilidade e, com isso, as investidas sexuais do marido seriam mais frequentes. Ela engorda como uma forma

de encobrir a sexualidade de “rapariga”, afastando o marido que a decepciona de qualquer atração sexual: uma forma de proteger-se. Porém, a medida que ela perde peso, surgem as hemorragias, interpretadas por nós como uma forma inconsciente que o corpo encontrou de manter esse marido afastado do sexo, o que ela prontamente concordou, o último episódio foi assim descrito:

Ainda to sangrando, to tomando remédio, depois do ano novo pra cá isso aconteceu. Eu to com meus ovários atrofiados. O médico usa assim “Hipo foliculares” Tão pequenos demais, eu passei quatro anos sem menstruar por causa da minha obesidade, como eu fui perdendo peso eu comecei a ovular, só que os ovários estavam muito pequenos e não seguraram o fluxo ai da hemorragia. Passei dois meses menstruada direto, dois meses e 14 dias. Veio em agosto e só parou em outubro. Ai eu fui pra ginecologista e ela me pediu a transvaginal, quando eu bati deu que era os ovários, um tava com três e meio e outro com quarto e meio. Era pra ta com dezesseis e meio. Ai eu não voltei pra ginecologista porque ela ta de férias ainda, ai quando foi um dia eu fui dormir e acordei, aquela vez que eu liguei, quando amanheci o dia que eu me levantei, lavou o chão. (Entrevista 04).

A paciente frequentou 10 das 12 sessões, aproveitando bastante a terapia para trabalhar suas angústias. Utilizamos procedimentos corporais como: sustentação da cabeça, exercícios de grounding, massagens e exercícios expressivos de liberação da carga de responsabilidades que ela assumia pelos outros. Em termos diagnósticos, temos uma paciente com características de base orais, masoquistas e com algumas questões histéricas na superfície. Ao final do processo, encontrava-se muito satisfeita com os resultados e estava encaminhada para ser acompanhada pela equipe de cirurgia responsável pela avaliação em cirurgia bariátrica. Percebemos uma melhora bastante significativa no resultado dos testes, passando de um estado de resistência para um de alerta no ISSL e no QSG nos chama a atenção o escore bastante reduzido nos fatores F1, F3 e SG, significando uma menor tensão psíquica e uma confiança maior em si mesma, pois ao chegar na intervenção terapêutica, a paciente relatava que não conseguia andar sozinha pra lugar nenhum, com receios de crise de pânico e agorafobia e termina as sessões com um crescimento maior de sua autonomia.



A partir da exposição dos casos, na próxima seção traremos um panorama geral sobre os principais conteúdos abordados pelas pacientes, realizando uma articulação dos dados com aspectos teóricos na forma de síntese.

6. DISCUSSÕES

Nessa seção de nosso texto, pretendemos trazer algumas elaborações que contribuam para o melhor esclarecimento de nossas hipóteses e objetivos de trabalho, a partir da análise qualitativa realizada através da categorização dos discursos expressados pelas pacientes nas entrevistas. Iniciaremos elaborando uma reflexão sobre o diagnóstico em psicoterapia corporal das queixas somáticas apresentadas, para posteriormente traçarmos considerações sobre os indicativos de eficácia no tratamento, levando em conta os resultados dos testes e as entrevistas de feedback realizadas com as pacientes.

6.1. Considerações sobre o diagnóstico

Como observamos nos estudos de caso e por meio das análises qualitativas do material, o adoecimento orgânico está intimamente relacionado a questões de ordem pré-edípicas, ou seja, todas as pacientes trazem relatos de uma relação materna vivenciada com sentimentos de abandono, rejeição, falta de acolhimento, invasão. Essas experiências confirmam as hipóteses de Marty (1990) e Winnicott (1992) da predisposição para o adoecimento em decorrência da falta de sintonia na relação mãe/bebê, fundamental para a experiência de integração psicossomática, do corpo como morada do eu, território das sensações, pensamentos, emoções na conectividade com o mundo externo. Em termos reichianos, temos a predominância de enfermidades funcionais, associadas a estruturas de base hipogonótica, de baixa energia, com aspectos depressivos/orais, com defesas que se expressam na forma de busca de relacionamentos simbióticos, indiferenciação eu/outro, padrões de auto-sacrifício para obter o amor dos entes significativos e sensações contínuas de esvaziamento interno, de falta de recursos para lidar com os desafios da vida.

Por outro lado, também recebemos pacientes que possuem uma dinâmica permeada do conflito decorrente da triangulação edípica. Boa parte delas traz uma aliança profunda com a figura paterna, seja na forma de explícita admiração e contato, seja na forma de mágoa, ressentimento, vergonha, invasão. É interessante ver como os pais dessas pacientes colocaram-nas, em sua grande maioria, em lugares especiais em algum momento de suas vidas, no lugar da escolhida,

preferida, em detrimento dos irmãos. Essa condição deixa nas pacientes uma excitação latente, com coberturas caracteriais históricas, como formas de defesa para não adentrar na depressão e falta oral de afeto materno. O estado de adoecimento torna essa cobertura mais fragilizada, pois os sentimentos de vulnerabilidade despertados remetem as pacientes a estados regressivos de dependência, medo do abandono, da impotência.

Outro aspecto que nos chama a atenção diz respeito ao fator sexualidade, impedido pelo adoecimento. Na maioria dos casos, percebemos que a doença cumpre uma função de escudo, impedimento de investidas sexuais do parceiro, servindo como um fator de proteção para uma feminilidade fragilizada por experiências de traumas com figuras masculinas, baixa autoestima e relação ambivalente com o corpo e as sensações de prazer sexual. Como diz Lowen (2005), a doença surge como forma do individuo investir libido em um problema de ordem concreta, mascarando as angústias emocionais que constituem o funcionamento defensivo do caráter, posto em segundo plano. Algumas das pacientes inclusive relatam que estão sem relações sexuais há anos, desconfiando dos homens e evitando um maior envolvimento, com medo de reativar sentimentos de decepção ou possível invasão.

De acordo com o pensamento reichiano, faz parte da vida plena e saudável reconhecer a importância da sexualidade genital, do contato amoroso como forma construtiva de direcionamento da libido. Pensando nisso, podemos lançar como hipótese plausível a presença de estase bioenergética crônica no funcionamento psicossomático dessas mulheres, no qual não há espaço para o prazer associado a conexão amorosa adulta. É importante ressaltar esse último ponto porque, apesar de muitas delas terem relações amorosas, as mesmas caracterizam-se pela busca, no homem, de preencher necessidades infantis que não foram supridas pelas figuras parentais, gerando um estado de ilusão, no sentido atribuído por Lowen (1991) ao impedimento de encarar a realidade de maneira madura, em grounding.

Essa realidade está conectada também com a frequência de casos em que o adoecimento surge posteriormente à experiência do parto. Hortelano (1998) e Navarro (1995) afirmam que a maternidade reativa uma série de questões defensivas da mulher com as suas próprias mães e o parto pode, por concentrar uma energia de descarga intensa no anel pélvico, despertar reações de intensa angústia e fantasias de terror conectadas com uma sexualidade reprimida, ou

experimentada de maneira invasiva. Em alguns casos, reativam-se angústias pré-edípicas da constituição do ego primário, ativando defesas de núcleo psicótico, que podem eclodir na forma de sintomas orgânicos, como maneira de dar escape à intensa descarga neurovegetativa e hormonal que bombardeia o corpo da mulher no momento das contrações, na saída do bebê pela vagina, no pós parto e amamentação.

A religiosidade também foi um tema recorrente como fator de pressão psicodinâmica nas pacientes. As que tinham uma prática regular de frequentar igrejas cristãs traziam, ao nosso ver, o discurso religioso como forma de justificar a existência da doença como decorrente de castigo ou culpa. Os recursos para se recuperar do estado de vulnerabilidade eram atribuídos a imagem divina considerada como externa ao eu, como se Deus pudesse ser a única fonte de esperança para livrar-se da condição de sofrimento. Algumas das pacientes inclusive chegam a se referir à doença como padrão de auto-sacrifício e martirização, privilegiando sentimentos nobres em detrimento dos prazeres mundanos do corpo. De acordo com Lowen (1989) essa é uma típica dinâmica defensiva dos pacientes esquizoides, revelando a cisão existente em suas personalidades entre corpo e mente. As pacientes não praticantes traziam poucas referências a religião, tentando buscar em outros recursos a explicação e o tratamento de seu estado frágil, tais como: informações sobre a doença através de pesquisas na internet, busca constante a médicos e realização contínua de exames para encontrar uma causa plausível para o sofrimento, a psicoterapia como forma de autoconhecimento e trabalho com os fatores desencadeadores de estresse que repercutem no agravamento do quadro.

Por fim, percebemos a importância de considerar uma rede de apoio como fator protetor para o desenvolvimento de estratégias de resiliência para lidar com a doença (Tonella, 2005). No caso específico das pacientes, a inserção das mesmas em grupos como escolas, igrejas, atividades filantrópicas, auxiliam na manutenção de um estado de pertencimento, troca de conhecimento e experiências, espaço para trocar confidências e desenvolvimento de atividades de lazer. Casos como Joana e Roberta, marcados pelo isolamento social e impossibilidade, incapacidade ou resistência para participar de grupos, atestam a manutenção e até mesmo a piora do quadro orgânico, pela dificuldade de encontrar suporte em outras pessoas mediante os seus problemas.

6.2. Discussão sobre eficácia do tratamento

As pacientes de uma forma geral relatam que a participação no processo de pesquisa/intervenção terapêutica foi muito positiva em suas vidas, enfatizando a importância da postura de acolhimento, sintonia e interpretações construídas, que ajudaram na melhoria do autoconhecimento, consciência da forma neurótica como lidam com seus relacionamentos com os outros e consigo mesmas, na autoestima e na busca de iniciativas de autonomia. Seis das oito pacientes relatam a diminuição de sintomas de fobia social, isolamento e pânico, tendo mais iniciativas para locomover-se com mais liberdade, viajar, sem se entregar ao medo e depender das pessoas. Acreditamos que a Análise Bioenergética possui uma intenção terapêutica que enfatiza um movimento progressivo dos pacientes em direção a sua autonomia na vida adulta, nos princípios preconizados por Lowen (1998) de autoconhecimento, auto-possessão e auto-expressão, de maneira a ajudar o indivíduo a entrar em contato consigo mesmo, de maneira enraizada em contato com o corpo e os sentimentos, para interagir com as pessoas sem expectativas irreais, colocando-se no mundo. Eis o exemplo de algumas falas relatadas pelas pacientes nas entrevistas de avaliação que ilustram bem esses princípios adquiridos no decorrer da intervenção:

Hoje eu digo que quero ir pra tal canto, me arrumo e saio. Melhorei bastante, eu andava muito lenta, tinha medo. Você imagina hoje eu sair, pegar ônibus, me sinto super leve, andar a pé, melhorei bastante, quando eu sair daqui vou no Alecrim ainda, coisa que eu não fazia, conseguia sair de casa. Antes guia nem me levantar você não estava nem me vendo aqui, não to me deixando mais levar por marido. Me vejo livre de tudo e de todos. Eu na o conseguia andar de elevador e agora consigo. Hoje mesmo eu fecho a porta do meu quarto e vou dormir. Antes eu só ia pro banheiro se alguém ficasse na porta com a porta aberta. (Susana)

Para mim foi, só teve ponto positivo porque eu estava em um processo de outras doenças e aí vim para cá foi, acabou ajudando as outras doenças. No caso, doenças de pele que eu tenho com fundo psicológico e aí melhorou, sei lá 90%, 80% a doença de pele. Então só teve ponto positivo para mim assim. (Daniela)

Houve a redução de alguns sintomas como a falta de ar, taquicardia e tontura. Os exercícios realizados nas sessões e também em casa também me deixaram menos nervosa, mais relaxada e tranquila. Houve algumas mudanças em sua vida como a redução das brigas com sua família em casa, e a redução do medo em sair de casa e manter contato com outras pessoas, conseguindo fazer telefonemas com maior frequência. Além da realização de minha primeira viagem desde a perda da visão (Roberta)

Então, eu cheguei muito frágil. Eu ainda tô frágil. Mas como eu tô enfrentando essas dificuldades, essa fragilidade, eu acredito que esse processo me ajudou bastante porque ele trabalhou questões primordiais de traumas mesmo, trabalhou questões do aqui e do agora, do que eu tava passando, né? Eu tive espaço pra chorar. Eu tive espaço pra perceber o que tava acontecendo porque eu tava desesperada. Então, eu sinto que houve uma evolução no sentido de que eu posso enfrentar essas questões. Eu não posso ficar paralisada (Diana)

E aqui o crescimento foi grande, porque aprendi a me conhecer melhor, aprendi a ver o que eu passei até hoje, tudo que eu venho passando, vou tentar retomar a minha vida na medida do possível, não vou esquecer de jeito nenhum, estou só tentando resolver esses problemas todos [...] Tudo que eu fiz aqui, eu vou lembrar, cada momento eu vou na medida do possível, eu vou retomar, os exercícios, as palavras, as coisas boas que a gente tem passado, as sugestões, o que eu tenho falado e ele tem colocado assim as perguntas, como você também. E tudo isso eu não esqueci não, nem vou esquecer, jamais vou esquecer não, porque foi assim, uma forma de apoio para uma nova vida, eu retomar a minha vida (Renata).

As pacientes também foram questionadas sobre os efeitos da intervenção sobre a saúde física, objetivo central de nossa pesquisa. Inclusive, durante a entrevista, chegamos a pedir que as mesmas pudessem avaliar de 0 a 10 essa repercussão. O procedimento ideal seria avaliar essa questão conjuntamente com os médicos que as acompanhavam, mas infelizmente dificuldades de comunicação com os profissionais impediram que essa intenção investigativa pudesse acontecer. As pacientes não fizeram uma associação direta da psicoterapia com a melhora dos sintomas físicos, mas reconheceram que a ação terapêutica trabalha o fundo emocional que é decisivo para a piora ou melhora do quadro. Chegamos a receber notas num espectro de 5 a 9, tendo como 7 uma média, na visão das pacientes.

No entanto, a utilização de procedimentos corporais e exercícios foi relatado como tendo repercussões diretas em sintomas físicos que as pacientes sentiam, sendo muito bem avaliado no decorrer do processo de intervenção. Os procedimentos foram sentidos como catalisadores do processo de terapia, ajudando a descarregar tensões emocionais e na musculatura, relaxando quadros de dor e ajudando na auto-regulação. Pelo que podemos ver nos depoimentos abaixo, a introdução de procedimentos corporais surtiu efeitos positivos, corroborando as experiências relatadas por Lowen (1990), Rielli e Rego (1996) e Hoffmann (1998), do prazer e aumento de energia presentes nos pacientes que experimentam os diferentes procedimentos corporais propostos pela Análise Bioenergética:

Eu avalio como sendo boa, para mim ele tinha, tinha alguns exercícios que eu

pedia para ele repetir várias vezes porque eu sentia liberando uma carga emocional muito grande no exercício; então eu avalio como sendo muito bom o exercício durante o processo (Daniela).

A princípio, achou muito difícil. No entanto, a segurança transmitida pelo pesquisador permitiu que ela se sentisse mais a vontade e ao fim dos exercícios sentia-se “mais leve”. Relatou constantemente chegar às sessões nervosa, tonta e com dor de cabeça, mas após a realização das técnicas corporais, conseguia relaxar e a dor de cabeça e tontura passavam. Eu achei que era tão difícil e teve um resultado, assim, tão imediato. Sabe? Eu me lembro mais desse, assim, que eu senti muita dificuldade, mas eu saí daqui me sentindo bem melhor. Tenho feito frequentemente exercícios de respiração aprendidos nas sessões, que me deixa mais tranquila (Roberta).

A utilização dessas técnicas faz com, faz com que você se conheça mais, conheça mais o seu corpo, respeite mais o seu corpo, respeite seus limites. Essas técnicas fazem também com que você entre em contato com os seus medos porque diversas situações, assim, ele utilizou algumas técnicas e eu entrei em contato com o meu medo, com vários medos.. E no sentido de enfrentamento (Andreia).

Como uma forma de você saber se relacionar melhor com o seu corpo, se conhecer mais e ter uma sabedoria melhor, não se comparando com o corpo do outro, com “ah porque fulano faz isso, isso e isso. O corpo dele é assim, assim, assim”. Não, é como o meu corpo responde a certas coisas e como eu vou enfrentar isso, né? Porque, engraçado que a minha imunidade baixou completamente. Eu vivia doente. Problemas de pele. Crises de garganta constante e eu acredito que isso tem influência... Como eu estava em depressão. Então, a minha imunidade baixou muito. Fiquei muito... Então, se você não conhece o seu corpo, se você não conhece você mesmo, né? E uma das formas de conhecer a si é além do pensamento, da fala, das suas relações com o outro, é a sua relação consigo mesma. E a sua relação consigo mesma tá muito relacionada com o seu corpo (Diana).

[...] o psicólogo é muito de palavras, você esclarece coisas, mas são poucas, você se põe muito em dúvida. E esse não, esse eu tive ajuda diretamente, mesmo com as perguntas, mas eram mais fáceis, assim, de fácil compreensão e de respostas. E ajuda era interagindo, tanto verbalmente, como no trabalho corporal. Bom, deveria ter mais exercícios (Renata).

Pra mim foi muito bom, era pra todo dia que eu viesse ter algum. Lembro de um que pediu pra apoiar nas costas, tava com muita dor nas costas. Teve um de colocar as mãos os pés pra aliviar as tensões. O que mais gostei foi uma que eu nem me levantei, fez uma massagem nas minhas costas que eu acho que ele botou alguma coisa, uma oração em mim. Mandou arriar bastante, depois voltar até onde eu conseguisse. Você tá me vendo corada, com esse sorriso que eu só chorava, tudo de bom que está acontecendo na minha vida eu devo a essa terapia aqui, me sinto leve e bem para ir onde quiser e quando quiser (Susana).

Mesmo com toda essa avaliação positiva, cabe perguntar como pensar a evolução das intervenções considerando os resultados obtidos nos testes psicológicos, que não pareceram muito animadores. Podemos pensar em algumas hipóteses: em primeiro lugar, existe uma questão transferencial em jogo, como bem nos sinaliza D'Allones (2003), ao falar sobre a necessidade de pensar a pesquisa

clínica sob o viés da afetividade que circula na transferência. Ora, é difícil avaliar quem se esforça para cuidar, existe um contexto de pesquisa em jogo, as participantes sabiam que suas sessões estavam vinculadas a um estudo sobre a eficácia terapêutica. Assim, como falar que houve ou não mudanças significativas advindas das sessões, quando isso pode decidir se o trabalho pode ser considerado cientificamente válido e prejudicar inclusive a conclusão de um doutorado?

É realmente uma questão difícil. As pacientes formaram um vínculo de muita confiança e colaboração no processo, vieram de maneira espontânea para participar de um trabalho, inclusive tiveram a decisão de mudar os rumos iniciais, de uma proposta de grupo movimento para sessões individuais em psicoterapia. Chegamos a questionar qual a avaliação que as mesmas faziam dessa mudança e várias delas, no final do processo, relataram que sentiram a falta do trabalho de grupo, quando inicialmente encontravam-se receosas. A experiência clínica tem nos mostrado que a possibilidade de experimentar um trabalho em grupo advém do desenvolvimento obtido na integração do ego em psicoterapia individual, em muitos casos. O que poderia ser uma experiência inicialmente sentida como ameaçadora torna-se uma possibilidade enriquecedora, de troca de experiências e construção de uma rede de apoio, temas que as pacientes chegaram a citar.

Assim, ter utilizado os testes objetivos nos proporcionou uma melhor clareza sobre a avaliação dos efeitos terapêuticos a curto prazo, mas sempre contextualizando com o processo vivenciado como um todo por cada paciente, como observado nos estudos de caso. É importante ressaltar que as pacientes, de acordo com os alunos que aplicaram os instrumentos, aproveitavam o espaço de aplicação dos testes como forma de continuidade do processo terapêutico, pois não se atinham a responder de forma objetiva as perguntas propostas, mas queriam dividir com os aplicadores suas experiências a partir da questão suscitada.

A partir de todo o exposto, podemos agora adentrar para as conclusões finais de nosso trabalho.

7. CONCLUSÕES

Após toda essa jornada, chegamos ao final do nosso trabalho, com algumas comprovações, outras dúvidas e novos questionamentos que apontam para diferentes possibilidades. Participar desse processo, em primeiro lugar, ajudou a construir a necessidade de abrir uma linha específica de investigação sobre o alcance terapêutico da Análise Bioenergética em diversos contextos de atendimento, na esteira dos trabalhos de Gudat, 2002; Koemeda-Lutz et alli, 2003; e Ventling, 2003; que por meio de diferentes estratégias, avaliaram a eficácia do tratamento em psicoterapia corporal nos diferentes espectros dos transtornos mentais catalogados pelo DSM-IV e CID-10.

No tocante a pacientes com queixas somáticas, pensamos em futuras investigações com grupos de pacientes que possuam problemáticas semelhantes, de forma a pensar estratégias de intervenção em pacientes cardiopatas, diabéticos, oncológicos, dermatológicos, com doenças autoimunes, entre outros. A ideia de pensar uma pesquisa ampliada com métodos experimentais (grupo controle, grupo experimental e placebo), bem como com controle das variáveis parece-nos muito atrativa e interessante, de forma a ter como variável única de tratamento técnicas e exercícios da Análise Bioenergética e comparar seus efeitos com outros grupos, numa iniciativa semelhante à de Nickel (2006). Uma vertente importante de desenvolvimento que merece ser melhor aprofundada diz respeito à interface da Análise Bioenergética com as contribuições neurocientíficas e o diálogo com a psiconeuroendocrinoimunologia, de forma trazer uma fundamentação biológica mais consistente para os procedimentos psicoterápicos, inclusive investigando experimentalmente repercussões dos exercícios de bioenergética nas ondas cerebrais (Bell, 2003). Pretendemos, em pesquisas futuras, ampliar esse escopo de investigação, pois essa tem sido a vertente de preocupação atual da abordagem, no sentido de reconfigurar gradativamente um paradigma energético para uma linguagem que dialogue com o funcionamento fisiológico profundo do corpo, no estabelecimento de enlaces conceituais entre a teoria psicodinâmica do desenvolvimento do caráter, a construção das couraças somáticas e a sustentação desses fenômenos em termos de sistema nervoso e suas diferentes ramificações na regulação orgânica.

Reconhecemos que, para a realização de uma pesquisa como essa, é necessário investimento em estrutura, material e equipe de trabalho, condições que não tínhamos no desenvolver de nossa tese, mas com a obtenção do título, poderemos lançar projetos de pesquisa mais ousados, com parcerias que possam concretizar essa intenção inicial, principalmente com as equipes de saúde, tendo em vista que houve, por parte das pacientes e dos médicos que as acompanharam, uma resistência grande em suspender os tratamentos que elas já tinham para serem acompanhadas somente com psicoterapia. Por uma questão ética e por garantir a colaboração das pacientes no processo de pesquisa, acabamos por aceitar que as mesmas participassem do processo, mesmo reconhecendo que os tratamentos combinados entram como variáveis decisivas que podem lançar dúvidas sobre a legitimidade dos resultados obtidos.

Apesar disso, desde já podemos lançar algumas considerações conclusivas a partir do atendimento de nossas pacientes. Primeiramente, a psicoterapia corporal, no caso a Análise Bioenergética, foi sentida como uma abordagem diferenciada para uma melhor compreensão do sofrimento expresso no corpo por meio dos sintomas. No entanto, não foram técnicas e exercícios em si os agentes terapêuticos mais importantes, mas sim a forma como pudemos nos relacionar de maneira diferenciada a partir do olhar e escuta para o cliente, fatores facilitados pela abordagem bioenergética.

Explicando melhor, em sintonia com os argumentos dos pesquisadores que atualmente estudam os processos de mudança em psicoterapia (Stern, 1998; Lyons-Ruth, 1998; Schore, 2001) e mais especificamente na Análise Bioenergética (Lewis, 2005; Resneck-Sennes, 2002; Hilton, 2000) que o conhecimento dos processos implícitos e não verbais da relação humana é uma habilidade terapêutica importante para a constituição da empatia em psicoterapia. Trabalhar com a ressonância, em contato com as sensações despertadas na interação, consiste em uma condição indispensável para o terapeuta potencializar mudanças significativas nos seus pacientes. Nesse sentido, as psicoterapias de inspiração reichiana enfatizam, no treinamento dos aspirantes a terapeutas, as habilidades de diagnóstico pela leitura corporal, respiração, manejo das tensões musculares, bem como o estudo dos padrões de inibição emocional e o trabalho para facilitar uma melhor auto-regulação nos pacientes, seja na forma de contenção, seja na polaridade da expressão.

Os exercícios e técnicas servem como mediadores somáticos que possuem ações específicas no sistema nervoso, ajudando a flexibilizar os tecidos cronicamente contraídos/enrijecidos e, conseqüentemente, propiciando um melhor contato com as emoções inibidas e potencialmente ameaçadoras (Trague, 2005/2007), como vimos em nossos casos. Como podemos perceber, o trabalho com as pacientes foi norteado pelo diagnóstico caracterial, que possibilitou ações diferenciadas. Nas pacientes com questões eminentemente traumáticas e com dificuldades de elaboração egóica, o trabalho aconteceu numa vertente mais construtiva, privilegiando a dimensão bioenergética de limites no eu (Shapiro, 2005; 2008), bem como trabalhando primordialmente com a respiração, intervenções verbais de compreensão empática, trabalho de sustentação da cabeça (Lewis, 2004; Tonella, 1995) e relaxamento da musculatura congelada pelo pânico associado aos eventos traumáticos (Berceli, 2003; 2008).

Já as pacientes com uma estrutura egóica melhor constituída, com melhor elaboração, com caracterologia evidentemente rígida/histérica, tivemos a oportunidade de trabalhar com procedimentos corporais mais ativos. Nesses casos, a intenção terapêutica voltava-se para flexibilizar as defesas e propiciar um espaço seguro de expressão emocional sem grandes hiperexcitações, o que poderia aumentar o quadro de ansiedade, geralmente associado aos quadros de adoecimento orgânico (Kopletsch, 2005; Koemeda-Lutz, 2006). Procedimentos de grounding, exercícios de expressão emocional, trabalhos com metáforas e imagens foram bastante utilizados, como forma de promover uma catarse emocional adequada, com posterior elaboração e integração das sensações suscitadas.

Outro ponto importante a ser discutido aqui como conclusão diz respeito a variável tempo do tratamento. A eficácia terapêutica em pacientes com queixas somáticas nos parece estar associada a uma psicoterapia de médio em longo prazo. O procedimento que realizamos de doze sessões pareceu curto para avaliar efeitos que possam ser efetivos, de acordo com o relato das pacientes. No entanto, se levarmos em consideração que houve uma mudança no padrão de estresse na maioria delas, mesmo que discreta, com prevalência dos sintomas psicológicos, podemos pensar na hipótese que a intervenção teve seus resultados positivos, no sentido de propiciar um espaço de tomada de consciência dos fatores emocionais implicados no estilo de vida que vulnerabiliza para a emergência dos sintomas orgânicos.

E somos contundentes em afirmar a necessidade de repensar a assistência psicológica em saúde para essa população. Todas as pacientes reportaram a importância de experimentar um tratamento diferenciado, que não tinha um limite muito curto no tempo das sessões, que variavam de 20 a 30 minutos nos atendimentos anteriores, realizados em serviços públicos. Se pensarmos nas hipóteses centrais desse trabalho, que os sintomas somáticos são decorrentes de um estilo de vida marcado por traumas e da necessidade de trabalhar uma sintonia fina para ampliar o repertório relacional e de linguagem simbólica dos pacientes que possuem essa problemática, é complicado imaginar como efetuar um tratamento exclusivamente verbal, com poucos minutos por semana. As pacientes dessa pesquisa tinham um tempo próprio de adentrar em seus processos emocionais, muitas vezes eram necessários de 60 até 80 minutos para que pudéssemos fazer um cuidado integrado que obedecesse ao circuito energético reichiano de tensão, carga, descarga e relaxamento. Tentamos desenvolver sessões em que as pacientes, gradativamente, dentro de suas capacidades egóicas, pudessem explorar inicialmente sua história de vida ou momentos vivenciados durante a semana (tensão), posteriormente entrasse em contato com processos emocionais suscitados através de intervenções verbais ou corporais (carga), expressão emocional (descarga) e posterior metabolização/elaboração da experiência (relaxamento). Devido à intensa demanda, quantidade reduzida de profissionais e apego ao modelo clínico tradicional, a psicologia no campo da saúde tem oferecido possibilidades de intervenção limitadas, que são sentidas pelos pacientes como pouco efetivas.

Não somente o tempo de sessão no sentido micro, mas o tempo do tratamento no sentido longitudinal também é um ponto a ser pensado. As pacientes relatam que tiveram um tratamento de 3 a 6 meses, sentido por elas como muito curto para suprir as suas necessidades subjetivas de cuidado. Elas nos relatam que o critério de alta terapêutica e desvinculação do processo não foram bem esclarecidos, deixando uma sensação de vazio no tocante a diversas questões que poderiam ter sido mais bem trabalhadas, pois reconhecem que a doença é resultante de uma história de vida complexa, que precisa ser reinterpretada, ressignificada. Até mesmo em nosso processo de pesquisa, mesmo tendo um contrato claro de 12 a 15 sessões, houve uma dificuldade das pacientes de desvinculação, pois as mesmas referem-se ao espaço de intervenção como um momento privilegiado de cuidado e promoção de saúde. Tivemos o cuidado de, nas

sessões finais com as pacientes, fazer uma entrevista de síntese com todos os temas que foram trabalhados, facilitando a elaboração e o posterior tratamento com os profissionais a quem foram encaminhadas.

É claro que tivemos, nesse sentido, o privilégio de atender as pacientes em um ambiente bastante favorável, protegido, com equipamentos bem cuidados, diferente da realidade de muitas instituições de serviço público. No entanto, acreditamos que com argumentos consistentes podemos sim convencer os gestores de políticas públicas de saúde para obtermos melhores condições de trabalho que possam oferecer um melhor atendimento a uma fatia da população marcada pela violência em seu cotidiano. Nesse intuito, pesquisas que comprovem a eficácia terapêutica das abordagens são importantes para avançar nesse debate e produzir dados que possam servir como argumentos para discussão também com outros profissionais da área médica.

Nesse sentido, vemos a possibilidade de realização de grupos de movimento como uma alternativa interessante de possibilitar um cuidado em bioenergética que abranja mais pessoas em um espaço de tempo menor. Como citado anteriormente, a realização desse tipo de atividade requer um espaço mais amplo, muitas vezes impossível no contexto hospitalar, por exemplo. O trabalho em grupo também requer um cuidado no diagnóstico, pois como percebemos em nossa experiência, pacientes com queixas de traumas severos que resultaram em déficits na constituição do ego, foram aversivas à proposta inicial de uma intervenção grupal. As pacientes que apresentavam defesas mais estruturadas sentiram falta da socialização, mesmo reconhecendo que o trabalho individual tivesse sido muito proveitoso.

Ainda temos o desafio de construir uma assistência interdisciplinar que possa reconhecer a importância de estabelecer espaços de cuidado integrado em saúde para os pacientes. Em nossa experiência, os médicos que trataram as pacientes não nos possibilitaram um diálogo mais efetivo para obtermos mais informações sobre o estado de saúde das mesmas, muitas dificuldades de comunicação e acesso aconteceram nas nossas tentativas de contato, infelizmente. Pretendemos, posteriormente, divulgar os resultados desse trabalho em congressos na área de Saúde e Psicossomática, além dos específicos em Análise Bioenergética, de forma a abrir espaços para o diálogo interdisciplinar. Além disso, no espaço universitário, temos a intenção de desenvolver projetos de pesquisa e intervenção em parcerias com outros cursos na área da saúde, inclusive já recebemos o convite, com muita

alegria, de nos reunir com a equipe de Dermatologia do HUOL para discutirmos sobre possibilidades de atividades conjuntas e consultorias, devido ao impacto positivo que esse trabalho teve nas pacientes e nos alunos participantes.

Por fim, um fato que marcou esse trabalho foi o envolvimento e o interesse de alunos da Graduação em Psicologia durante os trabalhos de campo. A oportunidade de ter uma equipe de bolsistas que transcreveu as entrevistas, aplicou os testes e discutiu comigo os casos consistiu, na opinião dos alunos, em uma experiência de aprendizado muito importante para a sua formação, levando em consideração o contato com uma abordagem diferenciada, bem como acompanhar de perto a evolução terapêutica de cada paciente. Acreditamos que, com isso, construímos uma ponte entre a pesquisa, o ensino e a formação do futuro profissional em Psicologia, com princípios éticos e de cuidado amplo em saúde, intenção inicial do nosso percurso, numa lei do Eterno Retorno, cheia de gratificações e aprendizado.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, F. *Método Clínico: Método Clínico?* Psicologia Reflexão e Crítica, 14(5), 2001.

ALEXANDER, F. *Medicina Psicossomática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ALVES-MAZZOTTI, A. Usos e abusos do estudo de caso. *Cadernos de Pesquisa*, v. 36, n. 129, set./dez. 2006.

ARANTES, M.A. e VIEIRA, M.J. *Estresse: Coleção clínica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

ÁVILA, L. Somatization or psychosomatic symptoms? *Psychosomatics*, 47, 163-166; 2006.

BAKER, E. F. *O Labirinto Humano – Causas do bloqueio da energia sexual*. São Paulo, Summus, 1980.

_____. Medical orgonomy. *Journal of Orgonomy*, vol. 23, n.2. Orgonon, 1985.

BARRETO, M. *Resiliência nas Organizações*. Dissertação de Mestrado não publicada. SP: PUCSP, 2009.

BARROSO, A. *Mapeando a qualidade de vida em Natal*. Natal: Prefeitura do Natal, 2003.

BAUMAN, Z. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

BEEBE, B. & LACHMANN, F. The relational turn in psychoanalysis: A dyadic systems view from infant research. *Contemporary Psychoanalysis*, vol.39, n.3, pp.379-409, 2003.

BELL, P. Analysis of Alpha and Sensory Motor Response Brainwave Changes Before and After Bioenergetic Exercise and Bioenergetic Analysis. *European Journal of Bioenergetic Analysis*. 5(2), 2003.

BERCELI, D. *Pathway to healing: Trauma releasing exercises*. New York: Trauma recovery assessment and prevention services, 2003.

_____. *Exercícios para libertação do trauma*. Recife: Libertas Editora, 2008.

BERLINCK, M. T. *Psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta, 2000.

BOADELLA, D. Depth-psychological roots of Biosynthesis. *Energy and Character: International Journal of Biosynthesis*. Vol. 34, 2007.

_____. Affect, attachment and attunement. *Energy and Character: International Journal of Biosynthesis*. Vol. 34, 2007.

BOGGIO, L.G. *El cuerpo em la psicoterapia: nuevas estratégias clinicas para El abordaje de los sintomas contemporâneos*. Montevideo: Psicolibros, 2008.

_____. *Arqueologia del cuerpo: ensayo para una clinica de la multiplicidad*. Montevideo: Ed. TEAB, 1999.

BOMBANA, J.A. *Sintomas somáticos inexplicados clinicamente: um campo impreciso entre a psiquiatria e a clinica médica*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, n.55, vol.4, FMUSP, 2006.

BOUKO-LEVY, D. Grasping the body: some hypothesis on the process of somatization. *Clinical Journal of Bioenergetic Analysis*, vol.14, n.1. NY: IIBA, 2004.

BOWLBY, J. *Uma base segura*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

BRIGANTI, C. *O sonho de Descartes: o homem das paixões*. Dissertação de Mestrado não publicada. SP: PUCSP, 2006.

CAMPOS, E.P. e RODRIGUES, A.L. Mecanismo de formação de sintomas em Psicossomática. *Mudanças: Psicologia da Saúde*, 13 (2), 2005.

D'ALLONES, C.R. Psicologia Clínica e Procedimento Clínico, in: D'ALLONES, C.R. (org) *Os procedimentos clínicos nas ciências humanas*. SP: Casa do Psicólogo, 2004.

_____. O estudo de caso: da ilustração à convicção, in: D'ALLONES, C.R. (org) *Os procedimentos clínicos nas ciências humanas*. SP: Casa do Psicólogo, 2004.

DAMASIO, A. *O mistério da consciência*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

DECLERCK, V. (1993). *Cuerpo, relación, transferencia*. Disponível em: <http://www.cfab-analyse-bioenergetique.com>. Acesso em 01 de fevereiro de 2009.

DEW, R. The biopatic diathesis. *Journal of Orgonomy*, vol.2, n.2. Orgonon, 1980.

DONICE, M.G. *Prevalência dos sintomas de stress em psicoterapeutas corporais: uma pesquisa psicossomática*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2007.

EABP (2004). *Respuestas a 15 preguntas sobre la validez científica del Analisis Bioenergetico*. Disponível em: www.bioenergeticanalysis.net/EFBAP15.pdf. Acesso em 20 de novembro de 2008.

ECKBERG, M. Treatment of shock trauma: a somatic perspective, *Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis*, volume 10, 1999.

FAVA, G. e FABRI, S. Psychological factors affecting medical condition: a new proposal for DSM-V. *Psychosomatics*, 48, 2007.

FIGUEIREDO, L.C. *Revisitando as Psicologias: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos*. Petrópolis: Vozes, 1995.

FINLAY, D. Energetic Dimensions on Trauma Treatment. *Clinical Journal of the International Institute of Bioenergetic Analysis*, Volume 17, 2007.

_____. *Trauma desenvolvimental e Trauma de Choque*. Disponível em: www.cfab-analyse-bioenergetique.com. Acesso em 05 de fevereiro de 2008.

FONAGY, P. Attachment and reflexive function: their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9 (1997), 679–700, 1997.

FOSHA, D. Dyadic Regulation and Experiential Work with Emotion and Relatedness in Trauma and Disorganized Attachment. In: SOLOMON, D. & SIEGEL, E. *Healing Trauma: Attachment, Trauma, the Brain, and the Mind*. p. 221-281. New York: Norton, 2003.

FRECHETTE, L. Trusting the wisdom of the failing body. *Bioenergetic Analysis*, vol.20, n.1, 2010.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais, in: BAUER, M. e GASKELL, G. (org) *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2004.

GIAMI, A. Pesquisa em Psicologia Clínica ou Pesquisa Clínica, in: D'ALLONES, C.R. (org) *Os procedimentos clínicos nas ciências humanas*. SP: Casa do Psicólogo, 2004.

GILL, R. Análise de discurso, in: BAUER, M. e GASKELL, G. (org) *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2004.

GOLDBERG, E. *Questionário de Saúde Geral de Goldberg: Manual de Aplicação*. SP: Casa do Psicólogo, 1996.

GUDAT, U. Efficacy of Bioenergetic Therapies as a Method of Psychotherapy. *Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis*, volume 13, 2002.

GUERRA, E. *O processo elaborativo na clínica psicoterápica pós-moderna*. Tese de doutorado não publicada. SP: PUCSP, 2007.

GUIMARÃES, R.M. e BENTO, V.E. O método do estudo de caso em psicanálise. *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, v. 39, n. 1, pp. 91-99, jan./mar. 2008.

GUNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: Esta é a questão? *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, Mai-Ago 2006, Vol. 22 n. 2, pp. 201-210.

GUTCHT, V. e FISCHLER, B. Somatization: a critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics*, 43:1, 2002.

HILTON, R. Bioenergetics and modes of therapeutic action. *Clinical Journal of the International Institute of Bioenergetics Analysis*, Volume 12, 2001.

HOFFMANN, R. *Bioenergética: liberando a energia vital*. RJ: Kuarup, 1998.

HORTELANO, X.S. *Contato, vínculo, separação*. São Paulo: Summus, 1998.

_____. *La funcionalidad somatopsicodinamica desde la psicoterapia caracterioanalítica*. Disponível em: www.esternet.org/xavierserrano. Acessado em 15 de outubro de 2009.

IBGE (2000). Censo Populacional do Brasil no ano 2000. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/primeiros_resultados_amostra/tabela_brasil.shtm. Acessado em 20 de fevereiro de 2011.

KELEMAN. S. *Padrões de Distresse*. São Paulo: Summus, 1998.

_____. *Corporificando a experiência*. São Paulo: Summus, 1996.

_____. *Anatomia Emocional*. São Paulo: Summus, 1996.

KOEMEDA-LUTZ, M. et al. *Preliminary Results Concerning the Effectiveness of Body-Psychotherapies in Outpatient Settings – A Multi-Centre Study in Germany and Switzerland*, 2003. Disponível em: www.eabp.org. Acessado em 20 de setembro de 2008.

_____. Evaluation of the Effectiveness of Body Psychotherapy on Outpatient Settings: A Multi-Centre Study in Germany and Switzerland. *German Resources in Psychotherapy, Psychology and Psychosomatic Medicine* (56), 2006.

_____. Is there Healing Power in Rage? The relative contribution of cognition, affect and movement to psychotherapeutic processes. *Clinical Journal of the International Institute of Bioenergetic Analysis*, Volume 16, 2006.

KONIA, C. Somatic Biopathies: Part I. *Journal of Orgonomy*, vol.23, n.2. Orgonon, 1986.

KLOPSTECH, A. Catharsis and Self-Regulation revisited: Scientific and Clinical Considerations. *Clinical Journal of the International Institute of Bioenergetic Analysis*, Volume 15, 2005

LACHINSKY, D. Working with sexually abused people: how to deal with the clients. *Clinical Journal of the International Institute of Bioenergetic Analysis*, Volume 8, 1990.

LEVINE, P. *O despertar do tigre: curando o trauma*. São Paulo: Summus, 2004.

LEWIS, R. *Trauma and the body*, 2000. Disponível em www.bodymindcentral.com. Acessado em 10 de fevereiro de 2009.

_____. *Human trauma*, 2004. Disponível em www.bodymindcentral.com. Acessado em 10 de fevereiro de 2009.

_____. Robert Scaer's Neurobiological Model for PTSD and Psychosomatic Illness, *Psychotherapy conference, Mount Sinai/NYU Medical Center, Feb, 2007*. Disponível em www.bodymindcentral.com. Acessado em 10 de fevereiro de 2009.

_____. The anatomy of empathy. *Clinical Journal of the International Institute of Bioenergetics Analysis*, Volume 15, 2005.

_____. The Trauma of Cephalic Shock: Clinical Case Study in which a Portuguese Man-of-War Faces the Jaws of Death and thereby Reclaims his Bodily Self. *Clinical Journal of the International Institute of Bioenergetic Analysis*, Volume 8, 1998.

_____. Getting the head to reality sit on one's shoulders: A first step in grounding the false self. *Clinical Journal of the International Institute of Bioenergetics Analysis*, Volume 2, 1986.

LIAKOPOULOS, M.. Análise Argumentativa, in: BAUER, M. e GASKELL, G. (org) *Pesquisa qualitativa com texto, imagens e sons: um manual prático*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

LYONS-RUTH, K. Implicit relational knowing: its role in develop and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 19(3), 282–289, 1998.

LIPOVETSKY, G. *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Barcarolla, 2004.

LIPOWSKI, Z.J. Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 1978.

_____. Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1358-1368, 1988.

LIPP, M. *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp*. SP: Casa do Psicólogo, 2000.

LOWEN, A. *O corpo em terapia: a abordagem bioenergética*. São Paulo: Summus, 1988.

_____. *O corpo traído*. São Paulo: Summus, 1989.

_____. *Bioenergética*. São Paulo: Summus, 1990.

_____. *O corpo em depressão*. São Paulo: Summus, 1991.

_____. *Exercícios de Bioenergética: o caminho para uma saúde vibrante*. São Paulo: Ágora, 1992.

_____. *Amor, sexo e o seu coração*. São Paulo: Summus, 1993.

_____. *A espiritualidade do corpo: bioenergética para a saúde e harmonia*. São Paulo: Cultrix, 1995.

_____. *Medo da vida*. São Paulo: Summus, 1997.

_____. *Alegria: a entrega ao corpo e à vida*. São Paulo: Summus, 1998.

_____. *The voice of the body*. New York: Bioenergetic Press, 2005.

_____. *Uma vida para o corpo: a autobiografia de Alexander Lowen*. São Paulo: Summus, 2006.

MARTY, P. *A Psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

_____. *Mentalização e Psicossomática*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1989.

MAYO, L. Sexually abused woman. *Clinical Journal of the International Institute of Bioenergetic Analysis*, Volume 3, 1984.

MCDUGALL, J. *Teatros do Corpo*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

_____. *Teatros do Eu*. Rio de Janeiro, Editora Francisco Alves, 1990.

MEZAN, R. *Interfaces da Psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

_____. Pesquisa em Psicanálise: algumas reflexões. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, v. 70, p. 227-241, 2006.

MINAYO, M. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. SP: Hucitec, 2006.

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

_____. *Somatopsicodinâmica das biopatias*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1991.

_____. A sistemática, a semiologia e a semântica da vegetoterapia caracterioanalítica. *Revista Reichiana*, n.1, v.1, SP: Sedes, 1994.

NEDER, M. *O psicólogo e a pesquisa psicológica na instituição hospitalar*. Revista de Psicologia Hospitalar, ano 6, n.2, vol.12. FMUSP, 1996.

NICKEL, M. e cols. *Bioenergetic exercises in inpatient treatment of Turkish immigrants with chronic somatoform disorders: A randomized, controlled study*. Journal of Psychosomatic Research 61 (2006) 507– 513.

OHKI, Y. *Interação, integração e transdisciplinaridade*, in: SPINELLI, M.R. (org) *Introdução a Psicossomática*. SP: Atheneu, 2010.

ORTIZ, F. *La relación cuerpo-mente: pasado, presente y futuro de la psicoterapia corporal*. Ciudad Del Mexico: Editorial Pax México, 1999.

PACHECO FILHO, R.A. O debate epistemológico em psicanálise, in: PACHECO FILHO, R.A. et alli. *Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise*. SP: EDUC / Casa do Psicólogo, 2000.

PERES, R.S. e SANTOS, M.A. Considerações gerais e orientações práticas acerca do emprego de estudos de caso na pesquisa científica em Psicologia. *Interações*. Vol. X, n. 20, p. 109-126, 2005

RAMOS, D. Transtornos Psicossomáticos, in: PAYÁ, R. (org) *Intercâmbio das Psicoterapias*. SP: Roca, 2011.

_____. *A psique do corpo*. SP: Summus, 2000.

REGO, R.A. e RIELLI, M.E. *Cadernos Reichianos, n.1: Grupos de movimento*. SP: Sedes Sapientiae, 1996.

RAKNES, O. *Wilhelm Reich e a Orgonomia*. São Paulo: Summus, 1998.

REICH, W. *A função do orgasmo*. São Paulo: Círculo do Livro, 1988.

_____. *Análise do Caráter*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

_____. *Éter, Deus e o Diabo*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

_____. *O caráter impulsivo*. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

_____. *A biopatia do câncer*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

RESNECK-SANNES, H. *Un modelo para trabajar con trauma por shock: un acercamiento etológico y bioenergético*. Montevideo: Taller de Estudios e Analisis Bioenergetico, 2004. Disponível em: www.clinicabioenergetica.com. Acessado em 05 de fevereiro de 2009.

_____. There really is something to afraid of: a body-oriented psychotherapy for the treatment of panic disorder. In: SCHMITT, L. *Panic: origins, insight and treatment*. NY: Norton, 2002.

_____. Psychobiology of affects: implications for a somatic psychotherapy. *Clinical Journal of the International Institute of Bioenergetics Analysis*, Volume 13, 2002.

ROBBINS, R. Body approaches of treatment of panic, In: SCHMITT, L. *Panic: origins, insight and treatment*. NY: Norton, 2002.

RUSSO, J. *O corpo contra a palavra*. São Paulo: Relume Dumará, 1996.

SCAER, R. The Neurophysiology of Dissociation and Chronic Disease. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 26(1), 73-91, 2001.

SCHORE, A. Dyadic Regulation and Experiential Work with Emotion and Relatedness in Trauma and Disorganized Attachment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 9-30, 2002.

_____. The right brain implicit self: a central mechanism of psychotherapy change process. In: PETRUCCELLI, J. (org). *Knowing, not-knowing and sort of knowing: psychoanalysis and the experience of uncertainly*. New York: Karnac, 2001.

_____. Effects of a Secure Attachment Relationship on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7-66, 2008.

SHAPIRO, B. Construção bioenergética de limites. *Análise Bioenergética: Revista Clínica do IIBA*. Recife: Libertas, 2006.

_____. Your core energy is within your grasp: curling exercises. *Clinical Journal of the International Institute of Bioenergetics Analysis*, Volume 18, 2008.

SINATRA, ST. Heartbreak, heartache, and cardiac pain: a study of coronary-prone behavior. *Bioenergetic Analysis*, 1987.

SPINELLI, M.R. e NEDER, M. A interação mente-corpo: o início de uma doença, in: SPINELLI, M.R. (org) *Introdução a Psicossomática*. SP: Atheneu, 2010.

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

STERN, D. The process of therapeutic change involving implicit knowledge: some implications of developmental observations for adult psychology. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 19(3), 300–308, 1998.

_____. *O mundo interpessoal do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

TONELLA, G. *L'analyse bioenergetique: son origine et son evolution de Lowen a nos jours*. 2008. Disponível em: www.cfab-analyse-bioenergetique.com. Acesso em 05 de fevereiro de 2009.

_____. *Novos paradigmas para a Análise Bioenergética ao alvorecer do século XXI*, 2008. Disponível em: www.cfab-analyse-bioenergetique.com. Acesso em 05 de fevereiro de 2009.

_____. Symtome psychosomatique et integration psychocorporelle. *Les lieux du corps*, n.2. Paris: Morrisset, 1995.

TROTTA, E. *Novas Perspectivas Clínicas em Orgonoterapia e Psicossomática*. Disponível em: <www.ax.apc.org/~jgco/orgoniza>. Acesso em 30 de abril de 2008.

_____. *Psicossomática Reichiana e Metodologia da Orgonoterapia*. Mimeo, 1996.

TURATO, E. *Manual de Pesquisa Clínico-Qualitativa*. Petrópolis: Vozes, 2003.

_____. Introdução à Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: Definição e principais características. Porto: *Revista Portuguesa de Psicossomática*, vol.2, n.1, 2000.

UCHITEL, M. *Neurose Traumática: Coleção Clínica Psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

VAN DER KOLK, B. The Body Keeps the Score: Memory and Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress. *Harvard Rev Psychiatry* 1; 253 – 265, 1994.

VENTLING, C. Efficacy of Bioenergetic Therapies and Stability of the Therapeutic Result: A Retrospective Investigation. New York: *Bioenergetic Analysis Journal* 13 (1):57-76, 2002.

VENTURA, M.M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Rev. SOCERJ*, Vol. 20 n.5. pp. 383-386, 2007.

WAGNER, C.M. Reich e a terapia psicorporal, in: ALBERTINI, P. e FREITAS, L. (org). *Jung e Reich: articulando conceitos e práticas*. SP: Grupo Gen, 2010.

_____. *A Transferência na clínica reichiana*. Tese de Doutorado. SP: PUCSP, 2000.

WEIGAND, O. *Grounding e autonomia: a terapia corporal Bioenergética revisitada*. SP: Plexus, 2006.

_____. *Grounding na Análise Bioenergética: Uma proposta de atualização*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Pontifícia Unidade Católica de São Paulo, 2005.

WINNICOTT, D.W. *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

_____. O medo do colapso, in: WINNICOTT, D.W. et alli. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

XAVIER, J. *Atenção a si e psicoterapia corporal: efeitos das auto-estimulações somatossensoriais sobre a atenção e suas implicações para o corpo, as emoções e a cognição*. Rio de Janeiro, 2004. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PACIENTES

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa intitulada ANÁLISE BIOENERGÉTICA DO SOFRIMENTO ORGÂNICO: DIAGNÓSTICO E EFICÁCIA DO TRATAMENTO, referente à construção de uma Tese de Doutorado vinculada ao Programa de Estudos Pós Graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

BREVE DESCRIÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA

O motivo que nos leva a estudar o diagnóstico e o tratamento dos Transtornos Psicossomáticos sob a ótica da Análise Bioenergética se deve a necessidade crescente de desenvolver teorias e técnicas de psicoterapia que propiciem uma assistência e cuidado integradores em saúde, que envolvam uma atenção tanto à dimensão emocional e psicológica (as vivências, a história de vida), quanto aos aspectos somáticos dos sintomas (alterações no funcionamento do corpo, lesões, tensões musculares). A Análise Bioenergética consiste em uma forma de psicoterapia que pretende combinar métodos de escuta psicoterapêutica do sofrimento dos pacientes com intervenções realizadas diretamente no corpo, pois acredita que toda a carga de estresse vivida pelo paciente é corporificada por meio de tensões musculares crônicas, advindas de emoções que foram contidas e/ou reprimidas na história de vida do sujeito, configurando assim uma vulnerabilidade a diversas doenças.

Dessa forma, a pesquisa se justifica pela necessidade, crescente a nível internacional, de desenvolver um protocolo de procedimentos e avaliar a eficácia dos mesmos no tratamento de pacientes que possuem queixas corporais que estão intimamente associadas a um sofrimento emocional/psicológico. O objetivo desse projeto consiste em realizar um estudo sobre a eficácia de exercícios e técnicas da Análise Bioenergética no tratamento de pacientes que possuem um sofrimento (queixa) de ordem psicossomática com alteração nas funções corporais integrantes de um quadro de estresse emocional.

PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os procedimentos de coleta de dados da pesquisa serão realizados da seguinte forma:

1. Realização de entrevistas semiestruturadas com o objetivo de coletar dados sobre o histórico de sua queixa corporal e dados importantes sobre a sua história de vida. As entrevistas serão gravadas em áudio;
2. Intervenção Terapêutica: serão realizadas 12 sessões de sessenta minutos com a possível aplicação de exercícios e técnicas de Análise Bioenergética, combinando intervenções verbais e procedimentos corporais. As sessões serão realizadas individualmente e terão uma frequência semanal, com horários a combinar;
3. Aplicação de testes psicológicos (Questionário de Saúde Geral de Goldberg e Inventário de Stress para Adultos) antes da intervenção terapêutica e posteriormente às 12 sessões, de maneira a realizar um diagnóstico objetivo do quadro de estresse e saúde geral em que os participantes se encontram;

4. Entrevista de feedback, que será realizada com a equipe de bolsistas participantes do projeto, posteriormente às doze sessões, com o objetivo de avaliar os efeitos da sua participação na pesquisa em sua saúde. Além disso será explorada a sua visão do processo como um todo e dos objetivos da pesquisa, aqui citados nesse Termo de Compromisso.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS

Podem existir alguns fatores de desconforto decorrentes da participação em exercícios de Análise Bioenergética, tais como: eventuais dores musculares e desconforto corporal passageiro, bem como mobilização de emoções desagradáveis ou ameaçadoras associadas às queixas somáticas. Tais fatores não acarretam riscos substanciais à saúde, de forma que o paciente poderá obter como benefícios uma melhor consciência corporal, aquisição de habilidades de enfrentamento e manejo do estresse e melhor controle das emoções associadas a(s) sua(s) queixa(s) somática(s). A possibilidade de experimentar os exercícios também pode ocasionar algum desconforto no sentido de exposição e compartilhamento de sensações que podem surgir com a eventual descarga emocional associada aos procedimentos, mas que serão devidamente trabalhadas por meio do contrato terapêutico, esclarecimentos durante todo o processo de pesquisa e encaminhamentos para outros profissionais de saúde, quando necessário.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA

Caso haja necessidade e interesse dos pacientes, os mesmos serão submetidos a tratamento psicoterapêutico individual, garantido pelo Serviço de Atendimento Psicológico do Hospital Onofre Lopes, ou pelo Serviço de Psicologia Aplicada da UFRN, de forma a prestar uma assistência personalizada de acordo com as demandas que forem surgindo no decorrer da pesquisa. Os Serviços contam com uma série de profissionais e estagiários, devidamente treinados, aos quais o paciente será orientado/encaminhado, de acordo com suas necessidades. O pesquisador também se encontrará a disposição para eventuais dúvidas, esclarecimentos e assistência referentes ao processo da pesquisa como um todo.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E SIGILO

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão comunicados para você em uma entrevista devolutiva após a defesa da Tese de Doutorado, que permanecerá a sua disposição na Biblioteca da PUCSP. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica da PUCSP e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

DECLARAÇÃO DO(A) PARTICIPANTE

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. O doutorando PÉRISSON DANTAS DO NASCIMENTO, pesquisador responsável, orientado pela Profa. Dra. Mathilde Neder, certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que, se eventualmente existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas, poderei recorrer ao pesquisador pelos telefones (84) 32153603 ou (84) 96218444 ou ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCSP, situado na Rua Ministro Godoi, 696, sala 63-E, Perdizes, São Paulo/SP.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e informado e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data
------	----------------------------	------

Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
------	---------------------------	------

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – PACIENTES

DADOS GERAIS

Nome:

Idade:

Sexo:

Estado civil:

Escolaridade:

Renda familiar:

Se tem filhos, quantos?

Se tem religião, qual?

Trabalha? Se sim, cargo, função e carga horária semanal?

Se não, desempregado há quanto tempo?

DADOS SOBRE A SAÚDE

Queixa principal:

Queixas secundárias:

Histórico da queixa:

Tratamentos realizados? Qual a adesão?

Há diagnóstico médico? Se sim qual? Qual a compreensão do paciente desse diagnóstico:

PERGUNTAS ABERTAS

1. Por que você procurou o Serviço de Atendimento Psicológico? Foi encaminhamento ou demanda espontânea?
2. Quais as suas expectativas de como o atendimento psicológico pode ajudar no tratamento dos seus sintomas?
3. No que esses sintomas afetam a sua vida de uma maneira geral?
4. Conte um pouco a história da sua doença. Como ela surgiu? Existem eventos importantes no momento do seu surgimento? Essa doença é crônica ou intermitente? Como você percebe a sua evolução?
5. Como você lida com seus problemas? Como maneja momentos e situações de stress? Quais os fatores de sua vida que mais te incomodam?
6. Você tem algum conhecimento ou experiência sobre terapia corporal? Qual a sua expectativa?

PACIENTE:

DATA DA ENTREVISTA:

DURAÇÃO DA ENTREVISTA:

ENTREVISTADOR(A):

ROTEIRO DE ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE PESQUISA

1. Fale-me um pouco sobre como foi para você participar desse processo de pesquisa.

Quais os pontos positivos?

Quais os pontos negativos?

O que você sugere que poderia ser melhorado ou mudado?

2. Como você avalia a mudança do processo inicial da pesquisa de realizar uma intervenção de exercícios em grupo para a realização de entrevistas individuais?

3. A pesquisa/atendimentos teve o objetivo de verificar quais as contribuições que as intervenções psicoterapêuticas poderiam ocasionar em pacientes que tinham um sofrimento de ordem corporal/orgânico. Você acha que o objetivo foi alcançado, no seu caso?

Se sim, de que forma?

Se não, por quê?

4. Na sua percepção, como você avalia a postura do pesquisador na condução dos atendimentos?

Havia diferenças entre o processo psicológico que você fez em outra ocasião?

Se sim, quais? Como você avalia essas diferenças?

Se não, quais as semelhanças que mais chamaram a atenção?

5. Como você avalia a utilização de procedimentos corporais nos atendimentos, tais como exercícios e técnicas?

Você lembra quais de alguns exercícios e técnicas que te chamaram a atenção?

Quais? Por quê? Houve o efeito, na sua percepção? Se sim, qual/quais?

6. Fazendo uma retrospectiva do processo de como você chegou nesse processo de pesquisa e como você se encontra nesse momento, como você se vê? Há alguma contribuição em ter participado desse projeto no momento em que você encontra atualmente? Se sim, qual?

7. Você acredita que os procedimentos utilizados tiveram alguma repercussão em sua saúde física? E em outros aspectos de sua vida?

Se sim, de que forma?

Se não, por quê?

8. Você recomendaria que outras pessoas participassem desse processo? Por quê?

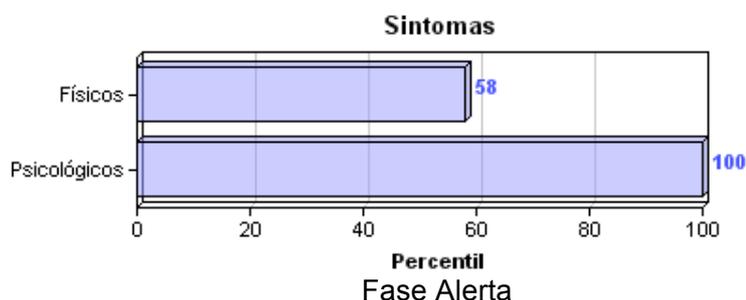
9. Gostaria de falar mais alguma coisa?

ISSL - Inventário de Sintomas de Stress – Lipp – MODELO

Nome: Diana
 CPF: ----- RG: -----
 Sexo: Feminino Lateralidade: Canhoto
 Data de Nascimento: 04/06/1982 Idade: 29
 Escola/Instituição: -----
 Segmento: Público
 Escolaridade: Superior Completo Série:
 Empresa:
 Profissão: Estudante
 Função:
 Aplicador: Luciana da Silva Revorêdo Data: 16/03/2012
 Início: 15:24 h Término: 15:29 h
 Local de Nascimento: Caraúbas - RN – Brasil

Quadro	Físico		Psicológico		Total	
	Resultado Bruto	%	Resultado Bruto	%	Fis. + Psic.	%
Q1	7	58	3	100	10	44
Q2	5	50	3	60	8	42
Q3	4	33	6	54	10	13
Total	16		12		28	

Apresenta Stress	Fase	Predominância de Sintomas
Sim	Alerta	Psicológicos



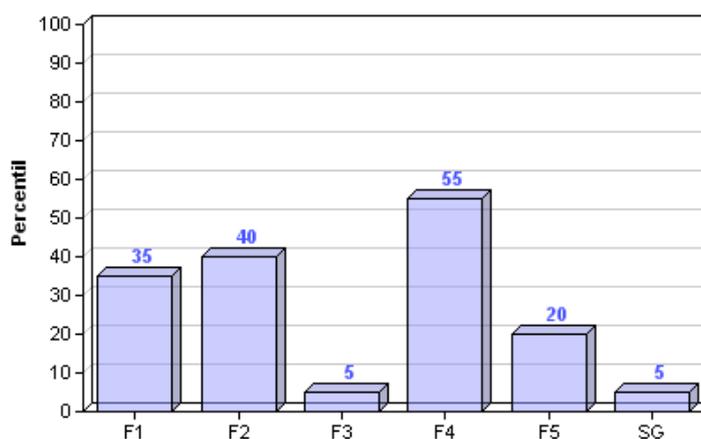
Essa fase é considerada positiva do stress, nela o ser humano se energiza e se prepara para a ação por meio da produção de noradrenalina pelo sistema nervoso simpático e adrenalina pela medula da suprarrenal. No entanto, há uma quebra na homeostase, pois o esforço maior despendido não visa à manutenção da harmonia interior, e sim ao enfrentamento da situação desafiadora. Portanto, os sintomas presentes nesta fase referem-se ao preparo do corpo e da mente para a preservação da própria vida. No entanto, se o respondente alegar ter vários sintomas por um período prolongado ou se o número de sintomas for muito grande, mesmo que inferior aos limites, deve-se levantar a hipótese de que fatores estressantes de grande porte talvez estejam incidindo sobre ele. É relevante realizar uma análise qualitativa que explique essa pontuação, e recomendar ações que diminuam os estressores presentes e aumentem a resistência da pessoa.

QSG - Questionário de Saúde Geral de Goldberg – MODELO

Nome: Daniela
 CPF: ----- RG: -----
 Sexo: Feminino Lateralidade: Destro
 Data de Nascimento: 22/09/1984 Idade: 27
 Escola/Instituição: -----
 Segmento: Público
 Escolaridade: Superior Incompleto Série:
 Empresa:
 Profissão: Dona de casa
 Função: Dona de casa
 Aplicador: Rafaella Brazão Cavalcanti Teixeira Data: 15/03/2012
 Início: 15:18 h Término: 15:32 h
 Local de Nascimento: Manaus - AM - Brasil

Fator	Número de Itens	Escore Bruto	Escore Sintomático	Percentil
F1 - Stress psíquico	13	21	1,61	35
F2 - Desejo de morte	08	8	1,00	40
F3 - Desconfiança no próprio desempenho	17	19	1,11	5
F4 - Distúrbios do sono	06	10	1,66	55
F5 - Distúrbios psicossomáticos	10	14	1,40	20
SG - Saúde Geral	60	77	1,28	5

Questionário de Saúde Geral de Goldberg



Interpretação

F1 - Stress psíquico:

No fator “Stress Psíquico” apresentou um percentil menor que 85. Isso indica que o indivíduo consegue lidar com os fatores estressantes, resistir às tensões do cotidiano e restabelecer a homeostase interior.

F2 - Desejo de morte:

No fator “Desejo de Morte” apresentou um percentil menor que 85. Isso indica ausência de ideação suicida, demonstrando a capacidade do indivíduo em solucionar seus problemas e contornar conflitos do cotidiano frente a uma situação que ameace sua integridade.

F3 - Desconfiança no próprio desempenho:

No fator “Desconfiança no Próprio Desempenho”, apresentou um percentil menor que 85. Isso indica autoconfiança no indivíduo para realizar as tarefas diárias de forma satisfatória e confiar nas próprias habilidades para solucionar possíveis dificuldades.

F4 - Distúrbios do sono:

No fator “Distúrbio do Sono” apresentou um percentil menor que 85. Isso indica ausência de dificuldades no estabelecimento e manutenção de condições adequadas para um sono saudável e efetivo.

F5 - Distúrbios psicossomáticos:

No fator “Distúrbios Psicossomáticos” apresentou um percentil menor que 85. Isso indica ausência de problemas de ordem orgânica devido, muitas vezes, a capacidade do indivíduo identificar e expressar sentimentos de forma adequada.

SG - Saúde Geral

No item “Saúde Geral” apresentou um percentil menor que 85. Isso indica ausência de distúrbios que dificultam ou impossibilitam um funcionamento normal. A saúde mental do indivíduo encontra-se preservada. Indivíduos nessas condições costumam apresentar boa percepção sobre suas ações em diferentes aspectos (familiar, social, profissional, entre outros).

Os resultados obtidos podem servir como base para a elaboração de hipóteses sobre a estrutura psicológica das pessoas avaliadas. Essas hipóteses podem ser complementadas a partir da realização de entrevistas e do levantamento de dados socioeconômicos e culturais dos respondentes, dentro de um processo mais amplo de Avaliação Psicológica.

QUADRO DE ANÁLISE ENTREVISTA DE FEEDBACK PACIENTES

TÓPICOS ABORDADOS	RESPOSTAS/OPINIÕES SIGNIFICATIVAS DA PACIENTE (Roberta)
O processo de pesquisa	Descrito como a melhor experiência que poderia ter acontecido, nos últimos tempos porque ter ocorrido no momento em que mais estava precisando de um acompanhamento psicológico (após tentativa de suicídio). Descreve também o processo como sua salvação, pois hoje é outra pessoa.
Pontos positivos	
Pontos Negativos	Quando questionada a respeito dos pontos negativos, responde não haver pontos negativos no processo. Contudo, quando questionada no que o processo poderia ser melhorado, diz que a psicoterapia não deveria acabar nunca. Posteriormente, pontua que se o processo fosse mais longo, acredita que teria conseguido mais e melhores resultados em relação a exclusão e diminuição dos sintomas orgânicos.
Mudança na metodologia de Grupo para Individual	Descreve a mudança como “perfeita” e relata que devido a suas dificuldades de falar e se comportar em público, relaciona o seu progresso ao fato das entrevistas e intervenções terem sido realizadas individualmente.
Alcance dos objetivos da pesquisa	Relata a redução de alguns sintomas como a falta de ar, taquicardia e tontura. Os exercícios realizados nas sessões e também em casa pela paciente também a deixaram menos nervosa, mais relaxada e tranquila. A paciente ainda relaciona o processo a algumas mudanças em sua vida como a redução das brigas com sua família em casa, e a redução do seu medo em sair de casa e manter contato com outras pessoas, conseguido sair de casa e fazer telefonemas com maior frequência. Além da realização de sua primeira viagem desde a sua perda da visão. Todavia, a paciente ainda acredita que se o processo fosse mais longo, os resultados obtidos poderiam ter sido melhores.
Postura do pesquisador nos atendimentos	Muito diferente dos demais psicólogos por quem foi acompanhada devido à relação terapêutica descrita como menos distante e menos técnica, que permitiu uma abertura e acolhimento para que ela pudesse se sentir a vontade para falar de seus conflitos e ser ela mesma. A paciente também relatou que não acreditava que iria prosseguir com o processo, pois já não tinha mais esperanças com acompanhamentos psicoterapêuticos e que rapidamente, mudou de opinião e conseguiu concluir a pesquisa.
Utilização de procedimentos corporais nos atendimentos	A princípio, achou muito difícil. No entanto, a segurança transmitida pelo pesquisador permitiu que ela se sentisse mais a vontade e ao fim dos exercícios sentia-se “mais

	<p>leve”. Relatou constantemente chegar às sessões nervosa, tonta e com dor de cabeça, mas após a realização das técnicas corporais, conseguia relaxar e a dor de cabeça e tontura passavam. “Eu lembro, assim, especificamente de um que, assim, eu não sei explicar, que tinha que... Eu lembro que tinha que abaixar, que eu tinha que ir até o pé... Encostar no pé... Não sei explicar direito. E nesse dia, eu tava... Eu cheguei com muita dor de cabeça. Muita. Muita.Muita mesmo. Eu falei: se eu for fazer isso aqui, vai me dar tontura... Eu vou cair. Eu imaginei assim... E foi impressionante, que assim, é... Foi ao contrário. Entendeu? No mesmo momento, assim, passou a dor de cabeça. Passou a tontura. Eu fiquei: ‘nossa’. Se eu fosse fazer isso em casa, entendeu? Não sei. Até hoje, eu não entendi porque é um exercício tão difícil de fazer... Eu achei que era tão difícil e teve um resultado, assim, tão imediato. Sabe? Eu me lembro mais desse, assim, que eu senti muita dificuldade, mas eu saí daqui me sentindo bem melhor”. A paciente ainda disse que em casa tem feito frequentemente exercícios de respiração aprendidos nas sessões, que as deixa mais “tranquila”.</p>
<p>Auto-percepção retrospectiva sobre a situação de saúde antes e depois do processo de pesquisa</p>	<p>A paciente descreve como um progresso muito grande. Antes, ela relata que não dormia, chegando a passar 6 noites acordada. Devido às noites de insônia, estava doente e com dor de cabeça. Não saía da cama e não atendia o telefone. Chorava 24 horas por dia. Após o processo, todos os sintomas ainda persistem, mas foram reduzidos. Segundo a participante da pesquisa, depois desse processo, tem conseguido fazer coisas que não fazia antes e descreve como o fator mais importante para tais mudanças o seu autoconhecimento. “E o principal é isso. Eu tô... Eu passei a me conhecer mais. Muitas coisas que eu fazia e eu não entendia porque eu fazia. E agora, eu tô começando a me conhecer melhor, me entender melhor... E isso acaba interferindo também no relacionamento com as outras pessoas. Né?”.</p>
<p>Repercussão dos procedimentos sobre a saúde física</p>	<p>Além do supracitado, em escala de 0 a 10, a paciente pontuou como 7 a influência do processo para a sua saúde física.</p>
<p>Recomendações de outras pessoas para participação no processo</p>	<p>Relata que se esse processo conseguiu transformações tão grandes nela, que se descrevia como “um caso perdido”, que acredita que poderá ser bem mais transformador para as outras pessoas.</p>
<p>Outras considerações</p>	<p>“Eu só queria agradecer. Eu queria agradecer pela oportunidade que eu tô tendo... Ai, dá até vontade de chorar. Eu vou sentir tanta falta, tanta falta, que eu não quero nem imaginar como vai ser daqui pra frente.</p>

	Assim, eu só queria mesmo agradecer e eu nunca vou poder retribuir, assim... É... A transformação que eu tô vendo na minha vida”.
--	---

QUADRO DE ANÁLISE SESSÕES PACIENTES - Roberta

TÓPICOS ABORDADOS	RESPOSTAS/OPINIÕES SIGNIFICATIVAS DA PACIENTE – Roberta
<p>Falas sobre a queixa física – doença, sintomas, tratamentos</p>	<p>“... Sempre tive, mas assim quando eu tava com uns 9 pra 10 anos ficou muito acentuada isso aí... Né? Um das dores horríveis, eu gritava muito com dor na cabeça e ficava muito apavorada... quando meu pai chegava em casa, eu me escondia, queria entrar no guarda-roupa, ficava com medo dele... E aí minha mãe me levou prum neurologista e ele disse que se tivesse uma chance assim de me afastar desse ambiente ia ser melhor porque não tinha nenhuma causa aparente para essas dores, ele achava que era emocional...” (Entrevista 1)</p> <p>“Eu tive gêmeos, o outro morreu... Aí foi a segunda vez que eu tive depressão, foi quando eu perdi o bebê... Aí pronto, a minha vai e volta tem umas crises assim, uma depressão”. (Entrevista 1)</p> <p>“Assim, eu fiquei cega em outubro. Até setembro, estava tudo perfeito. Eu tava trabalhando com meu pai, tava trabalhando com ele. (...) Tava tudo certo. E aí quando foi no dia primeiro de outubro, ele tinha decidido que ia arrendar a lanchonete. (...) Aí de última hora assim, dias antes, ele falou, assim ‘ó, você só trabalha até dia primeiro de outubro. Dia primeiro de outubro, vou arrendar isso aqui e o rapaz não quer ninguém da família mais’. (...) Aí pronto. Quando chegou dia primeiro de outubro, eu fiquei desesperada e foi só uma semana que levou pra eu ficar cega e essa semana, assim, eu tava muito em pânico, muito desesperada. Sei saber o que fazer” (Entrevista 1)</p> <p>“Eu tô sentindo, assim, a falta de ar tá muito grande. Mas assim, não é só hoje não. Faz mais de uma semana. Muita falta de ar e dor de cabeça. Assim, na verdade, assim, eu choro muito. Sempre que eu choro, eu passo muito mal fisicamente. E nos últimos dias, acho que eu tô chorando mais. Aí assim, sempre que eu tenho essas crises, eu tenho muita falta de ar. Eu sinto muito dor no peito. Me dá essas tonturas, essas dores de cabeça, eu vomito muito. Ontem, eu passei o dia todo vomitando. Aí pronto. Nesses dias, eu não tô bem (...) Na verdade, eu comecei a sentir tudo isso de abril pra cá, né? Que coincidiu com esse fim desse noivado... Então, eu passei a chorar, assim muito e desde então eu tenho sentido esses sintomas. Quase que diariamente”. (Entrevista 2)</p>

“Às vezes, eu já cheguei a passar seis noites sem dormir. Normalmente, eu passo 3 sem dormir. Eu fico cansada, eu fico com sono, eu fico com dor de cabeça, mas aí a minha mente não consegue relaxar, as vezes, nem com rivotril, eu não consigo dormir ou durmo e fico tendo pesadelo com as coisas que eu tava pensando antes de dormir. (...) Eu não consigo ficar um minuto assim, relaxada, sempre eu tenho que ficar pensando em alguma coisa, nunca em coisa boa”. (Entrevista 2)

“Eu tenho muito, muito, desde criança, parece que uma fobia incrível de aranha. Todas as vezes que eu via uma aranha, eu desmaiava. Mas eu não consigo correr, sabe? Quando eu me aproximo de uma, ela vindo pra mim e eu não faço nada. Eu fico olhando pra cara dela, ela vindo e eu olhando. Quando eu tenho medo, eu não consigo dar um passo”. (Entrevista 2)

Rins:

“Aí já era pra eu ter feito, eu to angustiada por causa desses exames, sabe? Dos resultados... Eu acho que esse final de ano vai dar... A taxa pro transplante. Tem um número lá que quando chegar a 10, eu tenho que entrar na fila e eu... A última vez que eu fiz tava 14. Foi em maio, faz muito tempo. Então, eu to muito ansiosa com esse exame. Agora só dia primeiro, tentar de novo... Ver se alguém vai”. (Entrevista 4)

“Assim, a última vez foi em setembro, mas o que me preocupa mais que é o da creatinina foi em maio porque a médica quando pediu da outra vez, esqueceu dele. Aí esse é o que me assusta porque esse é o que o transplante depende dessa parte daí”. (Entrevista 5)

“Que, na verdade, nem me apavora tanto (a possibilidade de transplante). O que me apavora é a possibilidade de hemodiálise (...) Aí tem gente que fala que desmaia na máquina, uma mulher lá caiu e bateu a cabeça no chão. A pior experiência que eu escutei foi a de um homem que tava sentindo uma dor e a enfermeira pensou que era manha e o cara teve um treco lá na máquina e morreu. Eu escuto cada história horrível e fico apavorada. E também já vi, assim, uma vez na TV que a pessoa que faz hemodiálise não vive mais de 3 anos. Aí eu tenho medo de morrer assim tão cedo porque eu tenho medo de deixar H. sozinho”. (Entrevista 5)

“Na verdade, assim, eu sinto dois sintomas juntos. Eu

sinto taquicardia, coração dispara assim, bate muito forte, assim, que eu fico escutando, dá pra ouvir: Tum Tum tum, quando acontece isso, eu sinto uma falta de ar, uma coisa me sufocando, assim. Vem sempre os dois juntos, assim, entendeu? (...) Aí eu fico com medo que eu já tenha pego alguma inflamação, sei lá". (Entrevista 5)

"É. Mais ou menos. Assim, é, continuo, né, sentindo muitas dores de cabeça... (...) As tonturas... E, assim, por estar se aproximando do Natal, eu to meio assim, ruim". (Entrevista 7)

Princípio de infarto e tentativa de suicídio:

"Foi na época que eu tava assim, pedindo pelo amor de Deus, todo dia, pra E. voltar. Todo dia, eu ligava. Todo dia. Todo dia. Aí, ele pegou, falou assim pra mim que eu tava infernizando tanto, ligando tanto, enchendo tanto o saco dele que, é, que as vezes, ele ficava rezando pra eu morrer... Que achava que só eu morrendo, eu ia dar sossego pra ele. Aí, ele falou: a partir de hoje, todas as minhas orações, toda noite, eu vou pedir pra você morrer que eu já vi que enquanto você tiver viva, eu não vou ter sossego. Aí eu falei: ah, você quer que eu morra? Então, pronto. Eu vou resolver isso agora. Aí, na hora, assim, não sei porque, me deu uma loucura, assim, que eu nunca tinha pensado nisso. Aí, eu peguei um, só que meu pai já tava alerta porque ele tava ouvindo a briga já no telefone. Ele viu que não tava uma situação muito boa. Ele tava ouvindo a briga já. Aí, tava por perto. Aí eu peguei... Meu pai se tocou que eu falei que eu ia me matar... Eu peguei uma tesoura e falei que ia, ia furar meu pescoço, cortar meu pescoço... Aí, eu... Pronto. Aí eu fui tentar fazer mesmo. Aí, meu pai chegou e... Meu pai me puxou prum lado, H. pro outro e eu gritando: Vocês não vão me impedir. Vocês não vão me impedir. E eles me puxando. Aí, pronto. Na hora que eu tava gritando, eu senti uma dor forte, aí caí. Aí, quando caí, é, eu percebi que eu ia bater a cabeça no chão... Aí, eu ainda me protegi pra não bater a cabeça, mas a pancada nas costas foi muito grande. Aí eu comecei a sentir uma dor nas costas, achando que tinha sido da pancada. Uma dor nas costas, no peito, só que puxava pras costas também. E falta de ar. Eu não respirava. Aí, me levaram pra o hospital. Tavam os meus batimentos cardíacos... Tava uns 150 e pouco. Tava muito forte mesmo, assim. Foi um negócio bem complicado. Eu não sei explicar direito porque eu não tava raciocinando muito bem naquele dia. Eu não sei

	<p>explicar direito (...) Eu me arrependi muito, assim, por causa de H. porque quando eu tava no hospital. (...)Então, H. ficou todos os dias lá... Aí, ele conversou muito comigo, assim, aí eu fiquei arrependida, sabe?Porque ele chorou muito, ele falou: poxa, mãe. É... Meu pai não liga pra mim. Meu pai não gosta de mim. A única pessoa que eu tenho na vida é você. Você teria coragem de fazer isso comigo? O que seria da minha vida? Sabe? Como que eu ia viver?(...) Aí eu fiquei muito arrependida, assim. Eu chorei muito. Eu pedi perdão pra ele.”. (Entrevista 8)</p> <p>“Na verdade assim, toda vez que eu, toda vez que eu fico nervosa eu sinto vontade de vomitar”. (Entrevista 10)</p> <p>“Quando meu filho morreu (...) Eles eram gêmeos(...) E um só viveu 5 dias (...) Eles nasceram prematuros, de 7 meses, aí tiveram vários problemas, né? (...) Foi, aí ficamos os 3 na UTI, aí os médicos falaram assim pra minha família que ia morrer os 3. (...)Aí o bebezinho morreu e estávamos os 3 na UTI. No dia que ele morreu, aí eu e o H., nós dois saímos da UTI no mesmo dia. Aí eu melhorei, ele melhorou também, mas ainda assim... Aí os médicos falavam assim pra minha família que era pra se preparar porque H. também não ia sobreviver, porque ele era muito pior do que o outro. Mas aí o tempo foi passando e deu tudo certo”. (Entrevista 10)</p>
<p>Relação com o próprio corpo – antes e depois da doença</p>	
<p>Tratamentos realizados – médicos, medicamentosos, psicoterápicos e avaliação do paciente sobre os mesmos</p>	<p>Falando sobre a hipertensão: “E hoje em dia, eu tomo remédio, NE? Tô sempre controlando e, mas aí já afetou os rins ... Aí, eu tomei corticóide, até o ano passado, eu tomei. Os oftalmologistas pediram, NE? Pra ver se tinha alguma reação nos olhos. Como não tinha nada, ano passado, eu parei de tomar. Tava me fazendo muito mal. Meu cabelo tinha caído todo. Meu cabelo já tava aqui na orelha e tava muito inchada, passando mal. Aí, eles cortaram. (...)Tava piorando, assim, é uma faca de dois gumes. E aí esse problema dos meus rins, neste momento, o meu grande problema no momento é esse. Está me deixando assim, muito, eu penso o dia todo nisso”. (Entrevista 1)</p>

	<p>Falando dos rins:</p> <p>“Quando eu fiquei cega, no hospital. Eu fiz uns exames e eu descobri que já tava num estágio bem avançado. Aí desde então, eu faço o tratamento e, assim, eu tomo injeção toda semana. Os rins produzem um hormônio que é responsável pela maturação dos glóbulos vermelhos. Então, eu não produzo mais esse hormônio. Então, eu tenho que repor através de injeção. Essa injeção é uma vez por semana e se eu ficar sem tomar, eu passo muito mal. Eu fico sem tomar e eu não consigo nem tomar banho. Eu tomo banho sentada. Eu não consigo ficar em pé. Inclusive, uma coisa que eu penso muito é que nesses dias, se eu caminhar daqui pra porta, eu sinto tontura. Eu to sempre muito fraca por conta dessa anemia. Eu sinto muita tontura mesmo. Então, assim, eu vou dar uma volta no shopping, eu não consigo. Eu tenho que sentar. E eu fico muito apavorada com a possibilidade de hemodiálise. Não consigo imaginar. Com certeza, se eu precisar fazer, eu não vou fazer”. (Entrevista 1)</p> <p>“Inclusive, em junho, quando eu tive esse, na verdade, não foi enfarte. Foi um princípio de enfarte. Precisava fazer uma tomografia, precisava de um cateterismo, e eu não pude fazer nada disso. (...) Por causa dos rins, é. Então, eu fiquei... Ele passou só o remédio. Eu fiquei tomando, mas não pode investigar, NE?!” (Entrevista 1)</p> <p>“Porque essa psicóloga que... Minha mãe foi lá algumas vezes, conversava com ela, fazia perguntas, e eu descobri sozinha. Quando eu soube, eu fiquei muito brava com ela, nunca mais eu vou voltar lá. Ela disse “Não, a partir de agora eu conto. Certo?”. Eu disse “Certo, mas você devia contar desde a primeira vez”. Porque a minha mãe, ela faz as coisas de um jeito que as pessoas contam tudo pra ela. Impressionante. Ela se aproxima da pessoa, a pessoa conta a vida em cinco minutos pra ela. E quando ela quer descobrir uma coisa, ela vai e pergunta e fuça, assim, não gosto, sabe?”. (Entrevista 2)</p>
<p>Dinâmica familiar – Relação com a mãe</p>	<p>“A relação com a minha mãe também era muito conturbada...(...) Minha mãe... Ela é bipolar. (...)É uma mulher muito, muito descontrolada, muito complicada... Inclusive se eu pudesse, eu preferia estar morando com ela assim do que com meu pai. Eu to com ele porque não tem outra saída, com ela, eu tentei e foi muito pior.</p>

	<p>(...) Eu fico me perguntando se algum dia eu vou ter paz porque é muito difícil e eles estão divorciados todo esse tempo e não mudou nada... Todos os dias, as brigas de antigamente continuam, entendeu? (...) Meu irmão conseguiu se libertar, não sei porque, ele casou e ela deixou ele em paz e a mim ela não deixa, de jeito nenhum... (...) E assim, eu dependo dela entre aspas, assim porque meu pai não ajuda com nada. Por exemplo, minha roupa... Ela que leva pra lavar na casa dela e, assim, eu preciso dela e eu não tenho nem como me desvincular assim totalmente... (...) E ela desde quando H. nasceu, ela tem uma fixação nele, uma obsessão que é inexplicável. (...) Ela diz 'Esse menino era pra ser meu filho, Deus, Deus, Deus fez tudo errado, tudo errado'. Minha mãe é muito maluca". (Entrevista 1)</p> <p>"Minha mãe também fala (que ela é incapaz). Meu pai fala de umas coisas. Minha mãe de outras. Mas, sempre... (...) Minha mãe fala assim que eu sou uma fracassada porque eu sou mãe solteira, porque eu não me casei, que nenhum homem me quer, porque eu não me formei. Sabe? Essas coisas, assim". Entrevista 7</p>
<p>Dinâmica familiar – Relação com o pai</p>	<p>"Foi justamente quando eu fiquei cega, nesse período, quando eu fui morar com ele porque eu sempre tive muito problema com meu pai,NE? Eu sempre fui a filha preferida, assim... Tudo era pra mim, tudo ele fazia por mim e aí quando engravidei, foi. Risos. Foi tudo, acabou assim. Aí parou de falar comigo, eu trabalhava com ele, mas me tratava como funcionária... Me botava pra lavar louça, servir mesa, pra me humilhar assim ao máximo. Dizia "ah, é pra você pagar o que você fez comigo, a decepção que você me deu", NE? E foi sempre assim até eu ficar cega. (...)E aí, quando eu fiquei cega, no hospital, aí ele foi lá, me procurou, me pediu perdão, chorou muito, se arrependeu. (...) Eu costumo dizer que eu fiquei cega pra isso, que foi só o que me serviu pra eu ter meu pai de volta. E hoje em dia, a gente é muito amigo, muito companheiro, mas não sei, ele nunca me perdoa, sempre aquela mágoa, assim..." (Entrevista 1)</p> <p>"Eu acho que ele (o pai) me subestima. Ele acha que eu não sou capaz. Eu vim até agora, conversando no carro isso com meu tio. Ele acha que eu não sou capaz. (...): É, por exemplo, se eu tivesse na minha casa, eu quero fazer isso e ele dissesse: não, eu dizia: eu vou fazer. Mas pelo fato de ser o dinheiro dele, de eu tá na casa dele, eu não tenho coragem de dizer que eu não quero, eu quero assim, eu quero assado. Por isso que eu me</p>

sinto assim, tudo isso que eu vinha conversando agora. Eu só vou... Eu preciso ter minha autonomia, meu espaço, minha independência. Entendeu? Assim, eu não tenho. Eu não sei o que fazer. Eu queria ter o meu lugar, ter a minha casa, não ficar naquele quarto, naquele lugar. Só que eu não posso, meu salário não dá pra um aluguel. Tava até falando isso também agora. Eu tenho que... Eu tenho medo de tudo, se eu não tivesse esse medo de tudo, eu ia procurar alguma coisa pra fazer. Entendeu? Alguma coisa, algum trabalho que eu pudesse fazer. Mas eu tenho medo de tudo, eu não tenho coragem de fazer nada. Aí eu vou ficar sempre dependendo”. (Entrevista 5)

“Porque ele tem... Como eu falei, há muitos anos eu não tenho uma boa convivência com o meu pai e ele sempre me deixa separado, assim, da família. Entendeu? (..) Por isso, assim, que eu tenho tanta vontade de sair de lá. Entendeu? Até porque H. e eu, a gente fica no mesmo quarto. Então, assim, nem eu tenho privacidade, nem ele tem. Ele, as vezes, quer chamar uns amigos pra estudar, não pode. Eu também quero receber meus amigos, não posso. Entendeu? Ele quer ver um programa de TV, ele quer ver outro. É muito ruim mesmo (...) Só que aí, as vezes, eu reclamo: ai meu Deus. Eu queria arrumar um emprego pra sair daqui, pra pagar um aluguel. Aí, ele fala: você é muito mal agradecida. Um quarto bom desse. Esse quarto é ótimo (...)Então. Aí é o que eu digo sempre, assim: eu to com ele porque não tem outro jeito, assim, mas se eu tivesse... Se minha mãe fosse mais fácil, mil vezes morar com a minha mãe. Sabe? E ela é assim, muito cuidadosa. Sabe? Mas o temperamento dela...”. (Entrevista 7)

“É muita implicância. Muita mesmo. E com H. é desde que ele nasceu. Tudo isso só porque eu fiquei grávida e ele não aceitou. Então, assim, parece que ele olha pra H., ele lembra do que eu fiz. Eu tenho muita raiva. Eu achei que com o tempo ia passar, mas é a mesma coisa”. (Entrevista 7)

“Porque, assim, ele fala assim pra mim: você não tem capacidade. Sabe? Já que ia engravidar porque não engravidou de um cara que tenha dinheiro? Tava aí hoje com uma pensão muito boa, morando numa casa boa, mas é burra. Sempre me cobrando essa história da gravidez. Sempre. Nunca acabou essa história”. (Entrevista 7)

“Por exemplo, é, eu sempre, é, quando eu escolhi fazer pedagogia, meu pai falou, assim, que eu ia passar fome, né? Que eu não tinha capacidade de escolher um curso, tava escolhendo pedagogia porque eu não tinha capacidade pra passar em direito, medicina, uma coisa assim. Eu falei que não, que eu era apaixonada por criança, que eu queria ensinar pra criança. “Não, você tem que pensar em dinheiro, dinheiro”. (...) Aí, eu fiz e ele disse: tá aí, você passar a vida toda desempregada, não vai conseguir uma escola. Aí eu falei: eu vou. Aí, fiz o concurso, no primeiro concurso, eu passei com 17 anos aí não podia entrar. Aí no outro ano, eu fiz de novo, assumi: ó, eu tenho um emprego público. “Ah, um emprego público? Emprego público passa fome do mesmo jeito”. Sempre que eu acho, assim, que eu vou mostrar que eu posso conseguir alguma coisa, ele me bota pra baixo. Entendeu? Aí, não dá, assim. Não consigo. Sempre ele sai vencendo (...). Aí, quando eu comecei a namorar com o E., ele ficou: ó, tanto ele como a minha mãe, por isso que até hoje minha mãe não sabe que eu acabei. Dizia: se preocupe não que isso vai durar pouco tempo. Isso não vai durar não. Você é muito chata. Você é muito temperamental. Você é muito teimosa. Ninguém vai lhe agüentar. Ele vai deixar você. Esse homem é muito bom pra você. Tem dinheiro, você não tem. É solteiro. Você tem filho. Os pais não vão te querer. Sempre ficam desejando que dê alguma coisa errada. Entendeu?(...) : Aí, tipo, quando acabou, meu pai foi o primeiro a falar: eu não disse, não disse que isso ia acontecer? Aí, antes que a minha mãe falasse, eu não contei. Até hoje, assim, ela não sabe.”. (Entrevista 7)

“É. Eu achei que ia ser ruim, mas ainda superou minhas expectativas, foi péssimo. Eu achei que não ia ser bom, mas não tanto assim, porque no dia do Natal, eu tive uma briga muito, muito feia com meu pai. Assim, como há muito tempo eu não tinha. Eu fiquei pensando quando eu saí daqui sobre aquelas, né, sobre aquilo que a gente tinha conversado (...)Aí, Peguei, disse tudo a ele, né? Falei a história do quarto, que ele tinha montado um quarto pra filha... Ele montou um quarto todo completinho pra filha da empregada lá. Comprou guarda-roupa, cômoda, cama... Montou o quarto lindo pra menina, entendeu? E H. não tem onde dormir lá. Aí, eu juntei, comecei a falar tudo o que tinha vontade (...) Aí, eu sei que foi uma briga muito feia. Muito feia mesmo. Aí, é... Daí, eu falei um monte de desaforo pra ele.”. (Entrevista 8)

	<p>“Porque eles (os pais) dizem sempre, né, que eu mereço, que eu vou ser feliz... Mas eu acho, que no fundo, eles acham que eu não sou capaz”. (Entrevista 8)</p> <p>“Isso ele, ele, ele faz assim: porque que você não vai passar o dia na casa de uma amiga? Por que você não vai caminhar na praia? Você vai melhorar se você sair porque você fica presa nessa quarto e tal... Então, assim, tem horas que ele, por exemplo, quando, quando, eu tava com E. Ele falava assim: nossa, eu to tão feliz. A primeira vez, assim, eu vejo que, sabe, que você encontrou uma pessoa que vale a pena. E segura esse rapaz, você vai ser feliz. Você vai casar com ele e vai dar tudo certo. Não sei o que. Só que aí, ao mesmo tempo, ele dizia assim: olhe, faça tudo certo. Faça tudo certo. Eu acho que aquele rapaz é bom demais pra você. Sabe?”. (Entrevista 8)</p> <p>“Tudo é besteira. Tudo é baboseira. Tudo é... Até... Eu fiquei insistindo muito pra vim pra cá porque eu gosto muito de vim pra cá. Eu fiquei: mas pai, eu faltei na quinta, já marquei pra sexta. Aí liguei pra minha irmã. Aí falei: V, convença meu pai pra vim porque amanhã, eu tenho que ir. Não sei o que. Aí ela falou: olhe, não fale nessa história, nesse negócio da universidade não. Aí eu falei: por que? “Porque ele tá com ódio. Ele tá com ódio. Não aguenta mais você falar dessa baboseira o tempo todo”. Não sei o que. Aí eu falei: tá, então eu não falo nada não” (Entrevista 9)</p> <p>“Ah, foi naquela hora que você ligou e eu não atendi. Eu tava na maior cachorrada lá com ele por isso. Eu tava falando justamente isso. Eu tava dizendo: olha, eu tenho que sair daqui. Sabe por que? Porque eu preciso ter qualidade de vida, eu preciso ter saúde e eu não tô conseguindo ter nessa casa. Porque eu passei uma semana tão tranquila no Recife... Quando eu cheguei aqui, já voltei a ter tontura. Já voltei a ter dor de cabeça, voltei a ter enjoo. É essa pressão sua em cima de mim o tempo todo. Aí ele: eu faço as coisas pra você ficar feliz, você não agradece. Não sei o que”. (Entrevista 9)</p>
--	--

EXEMPLO DE ENTREVISTA INICIAL - Renata

P.: R., eu quero que você me fale... A gente conversou um pouquinho sobre isso na semana passada, mas eu queria que você me falasse um pouco de como foi que você procurou né? O atendimento lá no hospital

R.: Eu ouvi falar, assim...Várias vezes eu queria fazer, mas no início do tratamento assim de Lupus não tinha como, porque é muito caro. Então, como eu moro só, minha despesa é alta, então não tinha como fazer e fiquei procurando. Até que um dia, minha amiga falou que eu procurasse a UFRN ou outro lugar. Ai eu disse “é, mas não tem”, ai disse “não, mas eu já tinha procurado em outro lugar, que eu não me lembro agora”. Ai eu fui no Onofre, ai falei com doutora A. (é A.), ai ela me...doutora M., perdão. Ai ela me falou que eu fosse todo dia primeiro, tinha uma avaliação né lá? Uma triagem. Ai eu fui, só que não me chamaram. Ai depois, eu fui novamente saber. Ai eu disse “eu gostaria de saber a causa e se tem condições de ter mais alguma vaga pra mim, se eu posso ter esperanças”. Ai eles “não lhe chamaram não?”. Ai disse “não”. “Então devia ser um estagiário que tava aqui e que ele saiu por um suposto concurso que ele passou e não deu certo, ai acabou que ele tava aqui e eu aproveitei e fiquei com ele”. E a gente ta até hoje fazendo esse tratamento.

P.: É...Como foi que você descobriu o lúpus?

R.: O lúpus? Eu vinha assim, trabalhando muito na faculdade, la no CEFET, de fabricação mecânica. E indo pra casa, estudar, trabalhar... E minha irmã... minha mãe me aborrecia muito, porque ela tinha medo da a gente “endoidar” estudando, e como o meu curso era...ela dizia que era de homem não me deixava estudar, fechava meus livros, me dava de fazer comida pra mim e ficou nisso. “Mamãe eu preciso estudar, eu to debilitada, eu to precisando estudar e to com certa dificuldade, me deixe estudar pra eu descansar em paz”. Ai de médico em médico em médico e passando mal na rua, tudo que eu comia eu vomitava, meu estomago seco, e começou na verdade, assim...Há muito tempo, antes disso, já vinha com algumas coisas, me atrapalhando nessa ordem e aumentou devido os cupins, que deu uma peste lá onde minha mãe mora e tudo quanto aparecia, eu me acordava e ia feito uma louca, esquecia de tudo, era de manhã, de tarde, de noite, de madrugada, virava a noite, quando tava pensando que tava arrumada pra ir pra faculdade, deixava tudo, lá vai eu com querosene, com gasolina, tudo o que o povo ensinava eu botava. Eu só conseguia dormir, dá uns cochilos, dormir não. E se eu botasse querosene no meu quarto todinho e fechado, eu só dormia de porta fechada. Ai já entranhava dentro da minha roupa, no meu corpo e na minha roupa, todo mundo sentia, inclusive minha irmã reclamava muito. Fui ficando desconfigurada, emagrecendo muito, fiquei cheia de ferida na cabeça, no rosto, muita fraqueza, tudo que eu comia era como se eu não tivesse comido, o estomago era vazio, como se tivesse pregando assim no estomago, me tremia, fraqueza, vômitos, não tinha vontade de nada, mas assim mesmo eu ia, com muito peso nas minhas venda, com os cadernos pesadíssimos, e ficava lá...as vezes nem almoçava, nem jantava, inventava fazer trabalho, o pessoal atrapalhava muito, meus colegas me excluía, dizia que eu não sabia de nada e num sei o que, ficavam rindo, só que eu não tava nem aí.

R.: Os professores sempre me ajudavam, na medida do possível, eu falava das minhas dificuldades pra ele, eu não falava das doenças, porque eu não sabia o que eu tinha, mas todo mundo via que meu olho era vermelho, parecia uma tocha de fogo, eu não conseguia...tinha dia que eu ficava fechando e escutando eles falarem,

que eu não conseguia abrir o meu olho. Minha cabeça parecia que ia explodir, eu sentia assim, enorme minha cabeça. E fui procurando médico, especialista de tudo que é qualidade você imaginar, da mesma especialidade 3, 4...pra ver se alguém dizia, não, tá normal, tá normal.... Até que eu cheguei num dermatologista e ele falou, você tem isso, isso e isso. Eu disse umas três coisinhas a ele e ele já foi dizendo isso. Levava os exames que ele dizia pra fazer, o médico não passava todos. “R. você tem que fazer todos”. “Perai que agora eu vou resolver”. “Ou a senhora me faz, me passa todos esses exames ou eu rasgo a consulta agora”. Aí foi quando passou e realmente foi descoberto em 2007. Quando foi comprovado né? Porque não existia nenhum estudo específico envolvendo <trecho não compreendido>. Eles supõe, porque antes era tido como câncer e a pessoa era aposentada logo. Hoje não, como existe um controle, mesmo que a pessoa fique...como eu com os leucócitos baixos, minha plaquetas, meus rins ficam ruins, tem que tomar mais água, mais líquido, tem que descansar mais, mas hoje, eu até sinto fraqueza, os sintomas que eu sentia, eu ainda sinto, muitas glândulas na axila, aqui atrás, tem épocas que ficava inchado daqui até aqui, chegava a inchar, as pessoas viam. Aí foi descoberto, começar a tratar, só que ela trata somente lúpus. E eu pedi um remédio pra dormir, porque eu não consigo dormir sem remédio. E mesmo com medicação, as dores vinte e quatro horas, eu não consigo dormir ainda, as vezes durmo bem, as vezes não durmo, as vezes durmo nos cochilos, mas tem melhorado bastante, graças a deus. Assim, mesmo eu não dormindo bem, mas com os cochilos pra lá e pra cá, eu acordo disposta. Mas tem dias que eu me sinto super cansada. E eu que tomo um de manhã, Lorazepam, tomo um de manhã e um a noite, porque ele é pra síndrome do pânico, ansiedade, melhorar a...relaxar né?, entre outros.

P.: Mas você está tomando só pelo problema da insônia ou você já teve episódios de síndrome do pânico?

R.: Ai nesse pouquinho eu fico louca, quando entrava na casa do povo já era olhando pra casa, olhava mão, olhava parede, chega eu tinha vergonha, mas eu tinha que fazer isso, se não eu não sossegava. Quando eu ia pras reuniões de grupos nas casas da minha igreja né? Da minha igreja lá, que eu frequento. E na casa das minhas amigas até... Com uma árvore, eu não passava por perto, eu ficava do outro lado da rua olhando os carros. Até hoje eu sou assim ainda, se eu tiver com a bolsa aberta assim, eu fecho a bolsa assim no meu braço e vou embora. Eu tenho loucura. Muita formiga, tem muito la em casa, assim no quintal, chega forma buracos que você não vê nem onde vai dar. É, barata...

P.: Certo. Mas isso aí não chega a necessariamente a ser a síndrome do pânico...

R.: Então é o que?

P.: Chega a ser uma fobia, aí é diferente.

R.: Fobia? Então tem alguma coisa que eu falei disso que eu tenho, só que eu realmente não lembro.

P.: Mas essa medicação tem haver com a insônia, não é?

R.: Sim. Síndrome do pânico pode ser...Eu tenho dificuldade em falar em público. Quando eu ia fazer meus trabalhos da faculdade que precisava apresentar ou então quando eu tô na igreja que eu tenho que ir lá pra o púlpito falar, eu começo a me tremer e é uma coisa que vai me sufocando e eu não consigo, o que eu vou falar, eu falo outra coisa, as vezes até atrapalho o que eu vou falar e me perco na história. Pode ser uma síndrome?

P.: Talvez. Na verdade a síndrome do pânico tem haver com sintomas em que as pessoas sentem por inesperadamente certo? As pessoas se sentem tonturas, com

ataque cardíaca, falta de ar, tudo ao mesmo tempo. Tontura, ataque cardíaca, falta de ar, com o pensamento que vai morrer a qualquer momento de infarto. Uma desorganização muito grande né? (R.: No corpo ao mesmo tempo né?) É...No corpo, acontecendo...E acontece de maneira súbita né? Não tem um motivo em específico. A pessoa ta andando na rua e de repente ela sente.

R.: Essa semana aconteceu

P.: Ai tem uma sensação de morte, que ela vai morrer naquele momento

R.: Eu tive muito quando eu tava na faculdade, eu falava eu vou pro hospital... Não, eu falava ou eu enlouqueço ou eu morro hoje.

P.: Isso, pronto.

R.: Eu tinha isso.

P.: Que era devido ao pânico

R.: Era uma coisa assim que vinha que eu descontrolava. Era uma sensação muito ruim

P.: Aí fica mais característico né?

R.: Esclarecido

P.: Mas me conta, eu fiquei curioso quando você me falava... Você chegou a fazer o CEFET?

R.: Só fiz até o meio do ano, porque quando eu descobri mesmo... Quando eu não sabia muito o que era, eu era forte e corajosa, aguentava tudo, mesmo caindo assim, sem força nenhuma, sabe quando uma pessoa é assim imprestável? Mas eu ia. Mas eu vou. Enquanto as pessoas, porque lá em casa nunca me deram força assim. Eu queria fazer um curso de inglês e falavam “Ah, mas porque você vai estudar isso?”, “Onde é que vai arranjar emprego?”. Eu queria fazer um cursinho e diziam “Pra que você estudar até tarde da noite? Não tem quem vá te pegar”. O pessoal não me dava força pra nada, eu que nunca desisti. Desde pequena que eu tive epilepsia. O médico dizia “Oh mãe, deixe ela fazer o mínimo de esforço possível, não deixe ela estudar muito”. Não diga nem uma coisa dessa, eu dizia logo, porque eu gostava de estudar, sabe? Não era de estudar, porque eu não tinha facilidade para aprender, eu e minha irmã, a gente sempre estudava de muito. Ai como a mãe não deixava a gente estudar, minhas irmãs aproveitavam, eu como gostava de ta estudando, ai ela dizia “venha comer, venha dormir, venha fazer isso”, ai me tirava do estudo, ai eu dizia “então me acorde de três horas da manhã”. Aí eu dava uma olhada, eu e minha irmã e fazia a prova. O costume da gente era esse. Tanto que até hoje eu não aprendi matemática, nem física, química. E meu curso exigia muito. Então eu so faltava enlouquecer e ninguém me ensinava, quando ensinava, ensinava errado, por não gostar de mim e eram tudo jovens e eu era a mais velha da turma. E meus professores, graças a deus, meus professores me ajudavam muito. Eu ia na sala deles, me davam livros, me diziam... Perdão, eu me perdi agora, a pergunta.

P.: Eu perguntei a você se você estudou no CEFET, quanto tempo foi? Fiquei um pouco curioso pra saber essa questão da... Quando é que foi isso?

R.: 2006 para 2007

P.: Foi mais ou menos quando você descobriu que tinha lúpus?

R.: Foi, fiz um ano e meio, eram três anos. Foi nas provas finais para passar para o ... (P.: Quarto semestre)... Quarto semestre. Aí eu desisti, ai o professor que era muito brincalhão, que a primeira prova era a dele, era só física, pra saber... Física misturado com não sei o que, que era muito difícil. E a gente ia mexer em coisas...Correntes, para saber um dos cálculos de onde o peso ia...Fazer uns cálculos. Aí eu disse “A. eu não venho mais não, passei só pra dizer pra todos os

professores que eu tinha essa consideração”, aí eu falei porque que eu não ia mais continuar o curso. Aí ele disse “R., me diga aí porque que você não vem”, aí eu disse “Não, eu prefiro viver”, aí fui contar a história “olhe, eu to com um problema de saúde muito grave e entre morrer e viver, eu escolhi viver, então eu vou deixar tudo, vou deixar a casa da minha mãe e vou para um lugar, morar sozinha, deixar a faculdade e ver como vai ficar minhas vendas onde eu trabalho e tentar mudar de vida”. É tanto que eu ficava mais na casa da minha irmã, porque eu morava perto dela, no Tirol, eu morava na cidade e ela morava no tirol, mais na casa dela do que la em casa, porque eu não me dava com os vizinhos, porque eu sentia o mesmo problema que eu sinto hoje, porque eu gostava de ficar em casa estudando, inventei de fazer curso de inglês e de informática, justamente pra arejar minha cabeça que tava muito assim perturbada e eu passava para a minha família que tava tudo bem, para eles não se preocuparem né? Bastava dos problemas que já estava, já sabiam da doença, que até a gente não sabia até onde ia a gravidade. Aí depois eu fui me habituando, me habituando...Fiz esses cursos, quando terminou um que o professor não foi e o outro conclui, e ficava procurando fazer sair todo dia para desopilar, ia cantando hinos, orando na rua, para não ficar talvez ociosa. E procurando o que fazer. Ia pra casa da minha irma, ia para casa de alguém para conversar quando tava mal, uma pessoa assim bem extrovertida.

R.: E daí, até hoje eu to fazendo tratamento. Aos trancos e barrancos, descendo e subindo, mas to firme. Tem dias que me sinto muito mal, como teve uma época que eu tava querendo me entregar. Aí resolvi...Minha casa ficou imunda, a roupa toda suja, não tinha mais roupa pra ir pra igreja, aí quando chegou nesse estado, aí eu disse “não, vou reagir”. Aí comecei a lavar a roupa, comecei a ajeitar as coisas, jogar tudo fora né? Resolvi me limpar por dentro e por fora. Minhas irmãs começaram a me dar roupa, minhas sobrinhas sandálias para ver se eu me ajeitava mais, comecei a me cuidar, comecei a ficar assim mais feliz, terminei que quero sorri mesmo querendo chorar. Tem dias que eu desabo, mas são dois, três dias. Mas aí assim só dentro de casa. Quando saio começo a sorrir de novo e assim levando né? Assim mesmo fraca, o organismo ainda com as necessidades, mas tem horas que eu me sinto melhor porque eu to andando. Enquanto eu to andando, eu to assim, melhor. Mas quando eu paro, se eu andar devagar, aí já vou amolecendo, amolecendo, aí vou querendo cair, aí eu faço “opa, eu tenho um senhor na minha vida, eu não posso fazer isso”. Não posso me entregar, porque eu já também pensei em suicídio quando eu abandonei a pessoa com que eu...meu companheiro né? Que eu vivi quatro anos e meio. E eu pensava. Mas eu ficava andando sozinha, chorando de um lado para o outro, sofria demais. Aí quando chegava em um canto, sempre que eu...Se eu pular aqui no via direta, talvez cause acidente, talvez um pai de família, ou alguém ou muitas pessoas. E a minha vida? O que é que eu vou fazer com por causa de um homem? Aí eu pensava em outra situação, ficava pensando né? Só chorando, chorando, chorando. Se eu assistia televisão, eu chorava, se eu passava em um lugar chorava, me lembrava dele. Se eu ia fazer alguma coisa, lembrava dele. E se eu me encontrava com ele? Só que eu não falava com ele para evitar. A irmã dele...oh, a família chamava na casa dele para ir almoçar, aí eu ia. Aí chamava ele escondido de mim para ver se reatava. Ligava pra mim e eu dizia “deus me livre, nunca mais, se vocês tentaram me enganar dizendo que ele é o melhor, eu não quero saber, mas se ele era o melhor, imagine o pior como é que era”. Então foi passando essas situações, mas sempre perseverantes nas tristezas, me alegrando com o senhor, com a palavra. Que eu busco muito quando eu to fraca, e pensando nas coisas do mundo que podem melhorar, que eu acredito nisso. Acredito que tem

peessoas boas, pessoas inteligentes. Um dia eu vou passar por tudo isso, já enfrentei muitas situações difíceis sem ninguém saber, nem minha família. Chegar uma hora de não ter o que comer, tomar café fraco e uma bolacha duas, passar o dia todinho, sem dizer nada a ninguém. Nem pedir adiantamento a chefe nenhum. Passei muitas situações assim, difíceis. Mas graças a deus, ninguém soube. Sempre sorria. E hoje estou tentando melhorar, viver feliz. Quando eu era nova podia cair o mundo, mas eu sempre tinha que tá feliz. Podiam dizer o que quisessem comigo, menino... Eu sempre revertia o quadro, nunca deixava de falar com as pessoas. Sempre fui muito alegre. As pessoas dizem “menina nunca vejo você triste, você não tem um momento de tristeza, um negócio...”, e eu dizia “não, graças a deus, o negocio é sorrir, o negócio é alegria” (P.: Mas por dentro...), É, só Jesus...

P.: Como é que é essa tristeza de dentro quando você tem que ta mostrando outra coisa por fora?

R.: É muito sofrimento, mas como eu sempre achei que ninguém possa gostar de mim desde pequenininha. Fui me acostumando, eu me sinto assim, eu não consigo mudar. Meus pensamentos são...Ao mesmo tempo que to alegre, daqui a pouco eu to triste. Com relação aos meus vizinhos, eu tento na minha casa estar bem, mas as vezes o meu ouvido tá la fora, porque as pessoas falam alto e eu não consigo me concentrar. Viver eu na minha vida feliz. Então é assim, é eu me escondendo de alguma coisa, tentando melhorar, mas não consigo. E eu tenho muitos pensamentos negativos, sofro antecipadamente, fico criando situações vai acontecer isso e na mesma hora eu digo, não, não vai. Ai começo a orar, dizer que aquilo não vai acontecer. Mas aí vai e cai daqui a pouco, mas eu posso. Sabe se contornando? Ao mesmo tempo que eu vejo a tristeza, eu tenho que buscar a alegria. E é tanto que...Todos os meus namorados que eu tive, eu sempre tive na intenção de estar com ele, mesmo de festa, que eu nunca conheci, mesmo de uma pessoa ter me apresentado. Mas eu sempre esperava que tivesse retorno, que fosse pra frente, mas não ia. Muitos deles né? Como alguns as vezes era amigo de turma, tanto minhas amigas como os amigos, a gente se encontrava no interior, que era Mossoró que eu ia muito. Então eles achavam que era curtição, que era isso, que era isso... Fazia como as outras pessoas, minhas amigas, minhas primas, ai diziam que eu era sonsa. Só que eu não era, eu era bem corretinha, direitinha. Respeitava muito a minha mãe que não tava lá, eu tava na casa da minha tia, mas respeitava muito, tanto ela como minha mãe, que me dava confiança de estar lá sozinha, sem ta na vista dela, sabendo que minhas primas eram muito danadas. Mas eu fazia confiança nela. E sempre foi assim. Mas aí, sempre não dava certo. Gostavam de mim, queriam pra casar. Aqui em Natal do mesmo jeito, se apaixonavam logo nas primeiras semanas, “vamos casar, vamos casar, vamos casar”. Aquela coisa, eu dizia “mas você não acha que ta sendo demais precipitado não?”, ai dizia “não”. Ai eu ia levando, levando, so que ai o assunto não continuava né? E eu também não existia, não falava. “Se é pra ligar, ele que me ligasse”, raramente eu ligava e eles reclamavam porque eu não tinha ciúme, porque eu não brigava, se matava e não ia.

R.: Aí teve assim, um dos últimos, que eu cheguei a conhecer assim...mãe, pai, a família... E eu sempre me dava muito bem com eles, ai um dizia assim “não, mas você não é pra mim, eu vou arranjar uma namorada, meus pais querem que eu case com a filha de um industrial”, ai eu dizia “o que você ta fazendo aqui? Eu sou simples, você reclama de tudo, bota muito defeito em mim, eu não to mais amando você não, pode ir embora. Eu gosto muito de você, eu to com você até o dia que eu quiser, mas eu não vou brigar com você, não vou dizer nada. Pode ir embora, pegue essa menina, case, seja muito feliz. Eu não vou destruir sua felicidade porque eu

gosto de você não”. Aí quando eu determinei, ele ia embora, quando chegava no meio do caminho ficava ligando até chegar em casa, ai dizia “vamos almoçar?”, ai eu dizia “não, muito obrigada. Você não acabou? Não disse que quer ficar com a filha do industrial? Pode ir, fique a vontade. A partir de hoje, você não é mais meu namorado”, ai ele dizia “não, mas num sei o que, num sei o que”. Ai acabava e voltava. Quando chegava la em casa, eu dizia “O que você quer aqui?”, ai ele dizia “Não, vim buscar você para ir pro cinema”, ai eu dizia “Mas como? Você não terminou comigo? Como é que vai pro cinema comigo, sabe? E sua namorada?”, ai ele dizia “Não, minha namorada é você”. Aí começava a conversar, conversar, ai pronto. Dizendo que precisava mudar, que o que fez foi errado, ai eu dizia “tudo bem, mas agora você pense, porque não é por ai. Eu não to brincando. Eu quero você como meu namorado, não to exigindo que você case comigo, não to lhe pressionando a nada. Você que tá falando. Se você quiser uma pessoa melhor, que tenha condições, pode ir. Porque você sabia que eu era uma pessoa simples”. E na época até que eu gostava de me arrumar, tava com condições, vendia muito, era jovem, sempre disposta, de festa, disso e daquilo outro. Eu ainda não era evangélica. Aí pronto, eu disse “Olhe, a partir de hoje vai mudar, ou você faz o que eu gosto, como eu também faço o que você quer, a gente vai se habituar, se mover um ao outro, porque o relacionamento é sério, cabe a você querer ou não, porque da próxima vez, eu não vou dar outra chance. Eu sei meus defeitos e se você não quiser, pode partir pra outra. Porque eu tenho valor, posso não ser a miss brasil, mas eu tenho o meu valor, pode ser a mulher mais rica e mais linda do mundo, mas eu gosto de mim”.

R.: Acabou que ele aprontou mil e umas, só que eu não via, mas eu imaginava, porque ele não era flor que se cheirasse. Minha mãe reclamava porque eu deixava ele viajar, eu não reclamava, eu conversava com ele, ele não queria me escutar, fazer o que? Ele não quer o ano passar comigo. Deixa ele ir, porque eu já disse a ele já, que eu tava com ele até o dia que eu quisesse e vai ter o meu limite. E eu não vou acabar quando eu tiver brigando com ele não, eu vou acabar em um dia que eu tiver bem bem com ele, como amigo. Foi o que aconteceu. Quando eu tava bem bem...”**R.** você nunca reclama de mim, eu chego aqui e parece que não aconteceu nada, eu é quem brigo com você, boto meus defeitos pra você e você não diz nada”, ai eu disse “Pra que? Pra eu passar mal? Pra eu ficar doente? Não, homem tem um bocado, se eu quiser terminar com você, eu tenho outro ali. Do mesmo jeito você.”. Aí acabou que eu fui pro escritório dele no final do expediente e acabei que terminei, ai foi quando ele se declarou, que queria casar, queria ter filhos, falou para a mãe e a mãe brigando dizendo que ia da tudo a mim, porque o filho dela tava sofrendo, ai eu disse “não é por ai, eu não quero dinheiro, não quero bens materiais, eu não quero nada, eu quero ser amada e amar, eu quero ser respeitada, eu quero conviver em um ambiente harmonioso e de paz, uma família.”. Ai ela disse “não, mas ele pode mudar”, ai eu disse “não, mas eu não quero, ele não mudou no tempo que eu queria, então não dá certo, se não muda no inicio, no final é que não muda”. Ai pronto, foi assim meus relacionamentos, viveu outros so que tinham duvidas quando queriam casar comigo, ai diziam pra ex noiva, ex namorada, ai voltava pra mim, “R. é você que eu amo”, “Mas eu não me sinto segura com você”, “você não briga”, sempre reclamavam porque eu não tinha ciúme, só que eu tinha ciúme, so que eu não passava pra eles, pra que? Pra brigar? Pra me desgastar?

P.: Você tem um padrão de esconder suas emoções né?

R.: É...

P.: E ficar com elas só pra você...

R.: É porque assim, se eu expor, vai acabar desgastando o relacionamento, então eu dou confiança as pessoas. Se elas não merecem, não fazem por onde, então eu busco terminar na paz. Eu não gosto de discussão.

P.: Mas você não esconde só a raiva. Você esconde tristeza também...

R.: Também...Mas as vezes eu falo muito.

P.: Porque eu tenho a sensação que você faz um esforço muito grande para prezar a imagem de uma pessoa boa.

R.: É, mas quando pisa nos meus calos. Aí eu sou explosiva no momento pra da um basta. Sou igual ao meu signo, escorpião. Eu fico quieta, mas na hora do ataque eu prefiro me matar a alguém me matar.

P.: É porque quando o escorpiano ataca, ele fere profundamente. Veneno poderoso.

R.: Ai vai a descarga toda. Todas as coisas, eu não esqueço. Ai eu vou puxando, até...

P.: Ai talvez seja melhor se destruir do que destruir o outro. Você deu um suspiro agora, chega você respirou.

R.: Foi porque eu vivi isso. A situação.

P.: O escorpião se matando. Desde a semana passada a idéia é que você fica muito focada no outro. Muito focada no outro. Seu olhar tá muito no outro. Você fica muito atenta aos movimentos do outro.

R.: Eu sou muito observadora e muita gente diz isso.

P.: E gira muitas decisões da sua vida em favor dos outros.

R.: Tem pessoas que tem medo de falar pra mim. É como um amigo meu, muito amigo mesmo, trabalhamos juntos e tudo. E outras pessoas que tentam se aproximar de mim e diz que não consegue. Mas como se eu dou abertura, eu converso, eu chego convidado. Em relação a esse amigo, eu sempre convidei ele pra os lugares, eu sempre fui pra casa dele, eu sempre fiz de tudo pra pagar pra ele, porque eu sabia que ele tava sem dinheiro, pois então eu pago, eu dizia “vamos, eu pago”. Ai, ele sempre quando vinha convidar alguma coisa assim, mas brincando, então eu não levava como convite, porque ele sempre com brincadeira que eu não gostava. Ele sabia como me fazer raiva. Eu sou assim, eu gosto de brincadeiras saudáveis, não gosto de brincadeiras maldosas.

P.: Certo

R.: Ai ultimamente eu tava até conversando com ele, ai ele quis lembrar o passado. Ai eu disse “é, mas o tempo já acabou, já passou então não existe mais. Hoje é hoje, hoje eu sou outra pessoa, graças a deus.” Ai ele disse “Mas você sempre ficava em contra ataque, não deixava nem ninguém ficar perto de você”, ai eu disse “eu? Eu sempre procurei vocês, sempre fiz convites. Ah vamo pra tal canto, vocês combinavam e não diziam nem pra mim”. Ai eu ligava e vocês diziam “Ah não, não vai dar certo”. Eu nunca fu de ter amigo de ir me buscar, de ir pra festa comigo. Eu que sempre fui para os lugares, encontrava a turma e tinha um amigo so que se preocupava comigo, não deixava eu ficar sozinha onde eu estivesse, ou festa ou praia ou o que fosse. Ai era o único que ficava, se eu ficasse até de manhã, ele ficava até de manhã comigo. E sempre foi muito cuidadoso. Hoje ele é casado, tem filhos, vive bem, graças a deus. E hoje quando a gente se encontra, se ele vai resolver alguma coisa em alguma loja, ele me chamava, ai fala “vou resolver uma coisa minha e uma coisa sua”, ai eu “tá certo”. Ai agente fica nisso, no centro ou onde a gente se encontra. Ai quando resolve tudo, a gente conversa um pedacinho e volta pra casa. “Pois fique em paz, de lembranças a sua esposa, muitas felicidades pra você e tal”. E esse outro insiste que eu tenho essa barreira, na verdade não é,

“você sabe” eu disse a ele, “todos sabiam, nossos amigos, eu, você, sua mãe e toda sua família, o que eu e você era pra o outro, só que você nunca se aproximou de mim, vinha com brincadeiras, com nome de outras pessoas”, era tanto que eu dizia assim “você ta assistindo muito novela pra ta dizendo essas coisas”.

R.: Mas eu sempre fui aberta, sempre gostei de brincar, levava ele pra conhecer outras pessoas, que ele era muito fechado, levava minhas amigas pra casa dele. Ai nisso porque ele não tinha amigos, era so família. Então ele mesmo reclamava, “ah mas eu não tenho amigo, eu não tenho isso”, ai eu dizia “porque você não busca”, e eu era que era calada e ele era desenrolado. Quer dizer, ele que era o fechado. Eu conhecia tanto ele, que eu que buscava ele. E as vezes, até um dia que ele me convidou na brincadeira ou eu quem convidei. Ai ele acabou pegando uma carona com a irmã dele, ai nem se quer me chamar, nem pra carona ele me levou pra parada de ônibus né? Ai levei isso ai com o tempo. As pessoas dizem isso, mas eu não sinto isso. Eu sou uma pessoa assim aberta, eu gosto de conversar, se a pessoa me para na calçada, eu vou converso, dou meu ponto de vista se a pessoa perguntar alguma coisa, eu não me acho fechada. Eu so gosto assim de ter meu espaço, como eu moro sozinha, eu to habituada a muitos anos, então eu vou pra minha casa, me tranco, não sou de ir pra casa de ninguém, porque eu acho que isso so gera fofoca, como tem acontecido com a minha vizinha, que até que eu tava confiando nela, então eu já to perdendo o contato com ela, de tudo isso. Então, eu procuro viver sossegada, sem querer problemas, mais do que eu tenho e de me querer fazer problemas para os outros, dá problema para os outros.

P.: É, só que a sensação que eu tenho é que parece que as pessoas não entendem essa mensagem que você quer passar.

R.: Não, geralmente reclamam de mim, todas as pessoas. Seja mulher, seja homem. Diz que só eu que sou <palavra não compreendida>, que eu não tenho opinião própria, que eu só faço tudo errado. Ninguém toma meu conselho, eu to conversando com uma pessoa, seja conhecido, desconhecido, amigo, família, o que for, eu to conversando em um assunto, ai de repente a pessoa se vira e escuta outra pessoa, me exclui. Então, eu sempre me sinto só. Eu vivia cheia de gente, mas eu era sempre sozinha. Eu não sentia segurança com ninguém. É por isso que eu sempre andava só. Se eu tinha um namorado, ele pagava até as vezes um taxi para casa e ia, porque tava bêbado e não ia achar a casa, não ia saber onde tava. “Tudo bem, sua casa é aqui? Entre ai”. Ai esperava pra poder ir embora. Ou quem tava de carro, me deixava e ia. Mas eu não sentia bem. É tanto que hoje, como evangélica, como cristã, eu penso muito assim “Meu deus o que eu fazia, que eu saía por sair? As vezes eu não tava nem com vontade e saía. Ficava com as pessoas que não tinha nada a ver comigo. Só porque elas queriam era que eu risse delas. Gostavam de mim porque tinha alguém pra rir por elas, pra elas, assim pra satisfazer o ego dela. Pra ta em companhia, pra não ta só, porque aqui aquela pessoa que tava comigo, varias situações assim, pra tirar proveito da situação com que apresentava no momento. Seja por causa de uma pessoa, seja por causa de uma conversa. Porque bebia e se divertia, apesar de eu não beber assim. Mas tinha pessoas que tava comigo que bebia e fazia companhia na bebida, nas brincadeiras, na música, que tinha uns que cantava. Ou concordava com tudo. Porque eu só vivia rindo das piadas, eu sou besta pra rir. Por N’s situações assim. Mas não por minha pessoa, por gostar de mim, por estar bem comigo. Era um amigo que ali ficava, que eu encontrasse tava bem. Também se eu não encontrasse, não ligava, “oh venha aqui”, não era isso.

P.: Engraçado você tá me falando e me veio a imagem do escorpião de novo. Escorpião não anda em bando, é um animal solitário.

R.: E como sou.

P.: É uma armadura né? É uma casca dura.

R.: Se faz que tá morto, espera a pessoa virar pra atacar. E ele é rápido.

P.: E ele suporta condições ambientais insuportáveis para alguns animais.

R.: É verdade. Eu tiro por mim. Não sou de entregar, apesar das fraquezas, dos ombros muito pesados, não suportar minhas pernas fracas e pés. Mas eu aguento. Quando as pessoas olham pra mim, elas dizem “como é que você aguenta isso pelo amor de deus?”, aí eu digo “porque não to carregando sozinha, é o senhor”. Que eu sempre creio muito nele, desde pequenininha tinha muito medo, brigava com um coleguinha, acontecia alguma coisa, porque ele fazia coisas comigo e eu revidava, e acabava ele numa situação mal, aí eu corria pra casa dos pais dele, aí já com o pensamento em deus, aí dizia “meu deus me perdoe pelo que eu fiz, mas que nada aconteça com o meu amigo”. Eu já ficava assim, mas nem dizia a minha mãe, porque se não, eu levava uma surra.

P.: A gente tá terminando nosso tempo. A gente tem ainda algumas coisas que eu quero retomar com você, pra gente conversar. Mas eu queria saber como você tá saindo daqui.

R.: É bom assim conversar, porque eu quero aprender a sei lá, me conhecer a... Como doutor RM. me ajudasse a reverter esse quadro, essas situações que eu não consigo me defender, falar. É tanto que ele fala muito que eu não consigo falar de mim. É tanto que eu não to falando de mim, eu só sei falar dos outros.

P.: Porque você tem esse funcionamento muito voltado para o outro como uma forma de se defender.

R.: É porque assim, eu sou tão ocupada que eu não consigo ter um tempo e a cabeça arejada pra escrever. Eu queria tentar aprender sozinha, a falar sobre mim, a falar aqui. Aí eu vou falar o que? Eu sou só isso. Tento não agredir ninguém com palavras, mesmo que revide, fale comigo, seja cliente, seja amigo, seja o que for. Teve um que sonhou comigo e o marido dela, disse que se tivesse encontrado comigo na rua, tinha me matado. Ela me conhecendo a mais de vinte anos. “Meu deus é cada situação né?”

P.: Aí eu queria fechar com você dizendo uma coisa muito importante. A gente só fica muito voltado para o outro quando a ameaça de uma agressão é muito forte. Então, provavelmente, e a gente vai poder voltar a conversar sobre isso, você foi uma pessoa que viveu muito ameaçada, de ser agredida e continua vivendo isso. As ameaçadas de agressão estão cem por cento, o tempo inteiro com essa sensação de que você está ameaçada a ser agredida, você vai viver olhando o outro. Na tentativa de responder a possível agressão. Só que a gente já chegou a conclusão que você muitas vezes age como escorpião, se auto agredindo, no meio de tudo isso.

R.: As vezes as pessoas tem medo de mim. Assim, eu me sinto tão pequena diante das pessoas. Porque as pessoas se acham isso, se acham aquilo. Fulano, beltrano. Conheço muita gente importante, mas eu não gosto nunca de me acompanhar de pessoas importantes. Eu prefiro procurar senhoras e pessoas mais humildes. E talvez até hoje eu não esteja bem. A oportunidade de quando a gente passa pela vida com pessoas mais importantes né? Em um nível mais elevado. Talvez seja até oportunidade de outras coisas. E eu nunca me interessei, recebi muitos convites, mas não ia fazer parte de nada. A vida é deles, porque eu não tinha boas roupas, excelentes roupas. Só falava em sapato, roupa, cabelo. Eu nunca fui vaidosa. Fui

assim, eu me vestia na medida do possível com o meu salário né? Eu gostava de coisas boas, quando podia. Mas chegou uma hora que eu não podia mais. Nem tinha dinheiro pra viajar, nem pra nada. Mas nunca me importei com isso. Então as pessoas se sentem muito ameaçadas, porque eu procuro saber das coisas, mesmo eu não tendo...As vezes, eu desperto “ah eu fiquei sabendo disso, disso e disso”. Ai vou passando perto de um negócio, “ah vou já entrar aqui”. Ai peço uma informação pra saber aquilo que eu queria saber. As vezes é por causa de...Pronto, a comunidade lá conheci muita gente importante, conheci muitas coisas, os aspectos de trabalho, como agem, como é feito, então é um conhecimento a mais pra mim, como palestras que acontecem eu vou quando são interessantes, não perdia uma, caixa econômica, isso, aquilo outro ou em outro lugar. Então, eu vou aprendendo, vou tendo conhecimento, porque o conhecimento ninguém me tira né? Então tem pessoas que quando me ve que eu sou interessada, que eu respondo, que eu sei falar bem. Dependendo da ocasião, eles se sentem ameaçados. Acham que eu vou tirar aquilo deles, que eu vou tirar posição deles. Ai já me convidam, ai eu “não, não quero”. Eu só quero o meu conhecimento e ajudar de graça, não quero salário, não quero nada. Então, as pessoas tem muito isso. Se afastar de mim, falar mal de mim, e botar pessoas contra mim por causa disso. E quando na verdade eu não quero prejudicar ninguém, eu quero ajudar, eu quero somar.

P.: Só que sabe que eu acho que você passa? Superior. Eu sou melhor do que vocês.

R.: Só que pra eles né? Mas o meu pensamento não é. Como eu tentei ajudar na caixa econômica e outro órgãos. Fez sugestões, só que eu achei errado a sugestão deles, eu disse que tava agredindo <palavra não compreendida> e tirando o direito do outro. E eles ficaram sem ação, mas também não fizeram o que eu queria. Ai desiste, porque comecei a ter problemas com esse meu vizinho. Porque me nomearam representante de rua pra poder ajeitar, conversar com todo mundo, para melhorar o aspecto, convivência. E eu deixei pra evitar aborrecimento do meu problema de saúde né? E eles iriam criar mais atrito ainda comigo.

P.: Eu acho que é isso que você tem que pensar, nessa questão de como você não é compreendida pelo outro. Como suas atitudes você tem uma intenção, mas os outros não entendem. O que é que acontece nisso ai? Né? Certo?

R.: Humrum

P.: A gente vai ficar por aqui. Semana que vem eu te vejo nesse mesmo horário.

R.: Ok

EXEMPLO DE ENTREVISTA COM INTERVENÇÃO CORPORAL - Diana

P: Périsson

D: Diana

P: Então, o que você tem pra me contar?

D: Então... Risos. É... Eu falei pra S. e agora... Porque pra S., eu atualizei. Foi a primeira sessão do ano.

P: Hum rum.

D: Então, foi desde que aconteceu o meu problema do infarto e tal. Falei da experiência que eu tô tendo aqui. Considero... E considero muito positiva, principalmente, a última. Foi muito forte pra mim.

P: Já ia perguntar isso, né?

D: Foi...

P: Como é que repercutiu em você?

D: Ainda está repercutindo ainda porque eu não paro de pensar nisso.

P: Hum rum.

D: Risos. Sério. Toda vida agora eu fico pensando que eu tenho que colocar limite, que eu tenho que colocar limite... A questão, assim, do respeito, que eu tenho que me respeitar. Me respeitar, que eu não posso deixar os outros me invadirem, assim, eu não posso. E eu fiquei pensando nisso e tô nessa etapa. Então, assim... Eu tô muito esperançosa. Por isso que, assim, mudou meu mundo. Mudou, assim, é... Eu sei que eu tô numa situação... Eu tô... Eu estava num dilema. Não estou mais. Acon... Como assim? Porque, assim, parte de mim, fica... Está muito preocupada com a questão de eu não trabalhar, mas a outra parte está completamente aliviada. Assim, porque... É... Existe possibilidade de eu procurar uma bolsa por aqui... É... Eu posso tentar corrigir prova... Eu posso tentar arrumar outras formas de, de ganhar algum dinheiro e ficar por aqui... E é o que eu quero realmente. Né? Não fugir do que eu quero que era o que tava me fazendo mal... Fazendo sempre o que os outros queriam, principalmente, os meus pais. Então, assim, eu cheguei pra eles... Tive uma conversa... Primeiro, eu tive uma conversa com minha mãe. Depois, eu tive uma conversa com o meu pai. E... É... Eu tô participando agora de um projeto com a professora A K, como voluntária, já pensando, assim, porque é uma área que eu gosto, Saúde Mental... E primeiro eu entrei ano passado... É... Eu entrei assim, mais como uma forma de: será que alguém vai me compreender, assim, se eu chegar nessa área? Eu vou ser acolhida? Eu entrei nesse... Claro que eu gosto. Sempre achei interessante. Eu acho que... É... É uma parte da Psicologia que nem todo mundo... É... Nem todo mundo... É... Tem... Não sei como te dizer... Um olhar assim mais profundo ou se dedica, as vezes, tá mais preocupado com outras questões. Então, assim, eu gosto de experimentar coisas. Então, eu disse: eu vou me aventurar nisso aqui porque eu acho que... E é uma coisa muito da questão da, da, da cidadania mesmo, da pessoa com sofrimento psíquico e eu acredito muito nisso... Dessa questão da luta antimanicomial e tal... E o projeto é muito interessante porque envolve arte, que é uma coisa que eu gosto muito, que faz muito sentido pra mim, que envolve linguagem... Envolve diversas formas de linguagem, arte, religião e como forma de que recursos... É... A cidade do Natal tem pra, pra que possa proporcionar independente da pessoa ser ou não ser portadora de um transtorno mental... Mas que pessoas que tenham sofrimento psíquico que façam tratamento... Se elas frequentam ou não esses locais e de que forma que são acolhidas, ou se

não são. Eu achei muito interessante e a gente começou a pesquisar e tal. Então, eu tô muito esperançosa no sentido de que isso me deu uma levantada. Uma levantada na minha autoestima, assim, que: olha só, eu tô fazendo o curso, eu tô progredindo... Eu não parei porque todo mundo achava que eu ia trancar o curso ano passado... Que eu não ia conseguir fazer nada. E eu tô cheia de esperanças, assim, cheia de vontade de fazer e vontade de começar a coletar, de sair, de fazer coleta e começar a ler... Eu já tô até... Trouxe até a pasta pra eu ficar lendo aqui enquanto... É...

P: Esperava...

D: Não começava. Então, assim, mas voltando a questão do dinheiro. Eu trabalho desde os meus 18 anos... Eu vou fazer 30 anos. Então, querendo ou não, tem uma pressão que eu faça... É... Tipo assim, os meus pais dizem muito assim: “Nós não tivemos culpa se você fez a escolha errada. Não temos culpa se você fez Letras, mas eu não me arrependi de ter feito Letras, se você fez Letras e agora você quer fazer Psicologia. Você tem que arcar com as consequências das suas escolhas”. Então, assim, por um lado, eu até me coloco no lugar deles porque eu não sou mais uma menina. Ah. Agora eu vou fazer tal coisa, vou fazer tal coisa, vou fazer tal coisa. Mas, assim, eu sempre, sempre trabalhei e eu sempre estudei. Trabalhei e estudei. Trabalhei e estudei. E sempre ajudei em casa. Então, assim, chegou um período que eu tava me cobrando tanto no trabalho, em casa, sendo cobrada, me cobrando que eu adoeci de uma forma... E Síndrome do Pânico, depressão... E eu ainda tô me recuperando. Tô renovando minhas forças, de verdade. Eu quero ter a oportunidade de poder... É... Eu penso assim... Que foi a última coisa que eu conversei com eles... “Eu não tô pedindo que eu volte a ser um bebê pra vocês criarem não. É uma fase que eu tô passando, que eu tô precisando da ajuda de vocês. Eu estou pedindo, se vocês não puderem dar... Assim, vocês são as pessoas mais próximas que eu tenho. Vocês são os meus pais e eu gostaria, pelo menos, nesse momento, eu, eu pudesse me dedicar mais a faculdade porque é uma coisa que me faz bem... Que... É o que eu quero...”. Assim, como eu disse, eu tenho muito medo de não terminar. Eu fico ansiosa também. Eu tenho que tomar cuidado com isso também. Mas, assim, é esse o dilema de como é que vai ser.

P: Na prática. Sim. E como é que eles, como é que eles...

D: Não. Da boca pra fora.

P:... Receberam?

D: É sempre assim. Quando eu tava mesmo em crise, ano passado, que tudo começou na semana santa, comecei a ter vários ataques de pânico. Assim, num dia, eu chegava a ter 4. Num dia só. E, e, me viram tomando altas doses de medicação e tal. E eu paralisada. As vezes, eu tava agitada. As vezes, paralisada. Não queria nada. Não sentia gosto de nada. Não queria nada. Só queria morrer. E aí eles falaram: não, você não vai mais trabalhar. Você não vai mais trabalhar... Você... Se não quiser mais fazer o curso, vá pagando aos poucos as disciplinas. Não sei o que. Não sei o que. Mas só que é só eu começar a me levantar que a cobrança inteira começa. E eu tenho que tá preparada pra essa cobrança. Eu tô me levantando. Tô me reerguendo. Tô cheia de esperança. Mas depois já tá começando tudo de novo com a cobrança. Tem que chegar pro meu pai pedir, depois de não sei quantos anos de trabalho: “me dê 10 reais pra passagem, pra comprar a passagem. Me dê 10 reais pra eu poder, sei lá, fazer um lanche... Me dê...” Sabe? É muito complicado. E sempre é alegado. Eu tenho que lidar com isso porque eu fiz uma escolha. Mas eu não tô arrependida dessa escolha. Só tenho medo, assim, eu só tenho que aprender a me defender... É... Dessas coisas que vem pra mim e como é que eu vou reagir

diante disso. Então, é isso que, que me... As vezes, me deixa... Porque assim meu pai é muito ríspido. Depois que passou tudo, tudo do infarto dele e tal... Eu acredito que ele esteja precisando muito de uma ajuda, né? De uma terapia porque meu pai passou a vida inteira no sexo excessivamente porque ele teve muitas mulheres. Muitas. Isso nunca foi novidade. Ele é pedófilo. Enfim, ele nunca analisou a vida dele em cima disso. Ele sempre gostou muito de comida, comida, comida, comida, que nunca fez bem a ele. Ele é diabético. Sempre... E beber porque ele bebeu muito a vida toda. Então, ele não tá fazendo tudo isso. Não está podendo fazer. Ele está muito irritado. E a irritação dele contamina o outro. Minha mãe fica querendo amenizar. Servindo... Estando... Tentando amenizar... Ele trata ela da forma mais... E eu fico olhando aquilo. As vezes, quero falar, gritar. Mas as vezes, eu fico: não. Eu não posso fazer nada porque minha mãe... Ela não vai... Ela não vai e nem quer sair dessa situação. Então, assim, as vezes, ele fica num nível de carência extremo. Ele não consegue mais ficar sozinho. Numa sala, ele não consegue ficar sozinho. Ele tem que tá com alguém. Tem muito medo de ficar só. De acontecer de enfartar novamente, de tá sozinho e não ter a quem recorrer. Então, por isso ele tá tendo uns ataques de pânico também. Tanto que ele passou mal, semana passada... E, assim, tá sendo bem difícil porque querendo ou não, por mais que eu tente não me envolver, e eu não sei se... Qual é a postura que eu devo tomar diante do que tá acontecendo na minha casa. Então, assim, eu não posso fazer de conta que nada está acontecendo, mas eu também preciso aprender a me defender porque, assim, ele passa como um repressor, assim. “Era só o que faltava, uma pessoa de 30 anos e eu tendo que dar dinheiro?”. Né? Mas no dia que eu cheguei pra conversar com ele e expliquei, disse que, que é uma fase que não vou ser a neném. Embora, durante muito tempo, eu que... Né? A menina. Mas agora ela é uma mulher que está pedindo a ajuda dos pais... É uma fase, que ela fez uma escolha e que ela gostaria de ter esse apoio. Falei nesse tom mesmo, assim. E minha mãe... Ela... Ela fica lá se esforçando, me ajudando e, na medida do possível, eu tento retribuir de alguma forma porque eu acho também que ela tá muito cansada. É tanto que ela tá com uns problemas nas pernas, que ela não tá conseguindo andar direito. Eu acho que isso é muito simbólico... Não andar. Não andar. Muito peso e ela não consegue andar. E porque meu pai... Ele é assim, acorda, tem que ter tudo na mão... Ele é o rei e se a comida não tiver lá do jeito que ele quer... Se as coisas não tiverem do jeito que ele quer, na hora que ele quer, do jeito que ele quer. Então, assim... As vezes, ele tem crise de choro, do nada, dizendo que não tem mais vida. Aí é difícil. É uma... É muito difícil, pra mim, viver certas coisas, assim. E... E... E não poder, assim... Aí eu fico naquele dilema, será que eu fiz a escolha certa mesmo? Porque eu tô muito aliviada. Eu mesmo tô muito aliviada de tá podendo, de poder estudar e dá um tempo naquela correria, naquela cobrança toda. Tá sendo (respira aliviada). Que ótimo. Que bom. Que bom que eu tô podendo respirar. Mas, por outro, eu fico pensando no inferno que vai ser também...

P: Mas qual é o inferno que você quer?

D: Ah, eu não quero aquele inferno do ano passado não.

P: Pronto.

D: Eu não quero não...

P: Qual é o inferno que é mais suportável?

D: É. Eu tenho certeza que eu não aguento mais. Eu tava dando aula de manhã, dando aula à noite, faculdade à tarde... Tendo disciplinas também de manhã. Não tendo tempo pra nada. Eu tenho problemas de insônia seríssimo. O que acontece? Eu não tenho... Eu não durmo. Eu não tenho hora certa pra dormir nunca. E eu fico

sempre achando que eu não dormi o suficiente. Eu não dormi o suficiente. Eu não dormi o suficiente. É aquele sono. Tenho tido pesadelos. Um foi aquele com o meu ex-namorado. Tive outros, eu entrando dentro de um poço, na semana passada. E o poço, a princípio, ele era mais aberto e ele ia se fechando. Não tinha como sair dele, mas eu via uma luz lá em cima e eu corria desesperadamente e gritava... E de repente, um monte de areia veio. Eu ficava ali embaixo. Então, foi muito ruim. Acho que é o medo que eu tenho de correr, correr, correr, correr e acabar... Aí eu tenho tido pesadelos. Eu não tenho dormido bem. Em termos de saúde... É... Eu tô com gastrite. Fiz endoscopia e gastrite com pequenos nódulos no estômago e que eu tô tomando a medicação. Sinto muita náusea. Sinto dores de cabeça. Eu tenho problema mandibular e a tensão todinha vem pra cá.

P: Bruxismo.

D: Bruxismo. Eu fico rangendo os dentes. Eu fico apertando, apertando, apertando e acordo com dor de cabeça porque passo a noite inteira... Eu usava uma placa, mas a placa quebrou e agora eu não tenho mais... Por enquanto, eu não tenho como comprar. Mas é a questão do inferno suportável. Eu... Eu quero ficar aqui. Eu quero ficar aqui porque o que é meu mesmo, de fato, é isso aqui. O que é autêntico, que foi a minha escolha. Não foi a escolha de ninguém. Não foi Fulano. Não foi Sicrano que disse que era pra eu fazer... Não foi ninguém quem disse. Foi uma escolha minha. Foi uma batalha minha e está sendo ainda. E eu me sinto útil. Eu me sinto... Eu sinto que a minha autoestima fica mais elevada no sentido de que eu sou capaz de fazer alguma coisa. Então, assim, eu adoro dar aula. Gosto muito. Mas, ao mesmo tempo, eu não posso me dedicar aqui da forma como... É... A estrutura que eu tinha de salário... É... Eu tinha ficado com 2 empregos. Dois empregos mais a faculdade de Psicologia e com toda a pressão psicológica é, pra mim, é desumano demais. Não dá. Não dá. Então, assim, eu quero ficar aqui... Eu antes... Eu me lembro que na minha primeira graduação... É comecei primeiro como bolsista voluntária e depois meu primeiro salário foi 145 reais e depois 240 e depois... E depois meu primeiro emprego foi 300 e alguma coisa e depois foi aumentando, foi subindo, foi subindo... E eu posso recomeçar de novo. Não é uma questão financeira. Não é uma questão financeira. É uma questão de autoestima. Eu tava me sentindo completamente incapaz porque eu nem tava conseguindo dar aula como eu dava antigamente. E nem tava conseguindo ser... É... Dar conta das atividades da faculdade.

P: É uma transição.

D: É. Uma transição.

P: É uma transição.

D: É verdade.

P: Né? É algo que estar por vir. Daí a questão quando você falou que está preocupada com o futuro.

D: Tô. Tô.

P: Né? Porque, na verdade, essas fases de transição são meio...

D: Turbulentas.

P: É. E são fases onde as coisas ainda estão por definir.

D: É verdade. E eu também, assim, ultimamente tenho... Quanto a minha ansiedade, né? Porque eu acho que de... Acho que é muito ansiedade porque quando eu fico acordada é mais quando eu tô pensando muito. Pensando no que vai ser. Pensando no futuro. Pensando no futuro. Eu tenho taquicardia. Fico com o coração acelerado, acelerado, acelerado, acelerado. Muito acelerado. Antigamente, eu tinha muita sudorese. Hoje, não tenho tanto. Não tenho. Mas eu ainda não consegui assim... O

sono ainda tá meio comprometido. E tô cuidado do meu estômago. Tô fazendo caminhadas. Eu acho que a noite quando eu chegar da faculdade, eu acho que eu vou ter tempo pra fazer alguma coisa, fazer uma caminhada... Fazer alguma coisa por mim, assim... Que faça bem a minha saúde, que eu tenha mais possibilidade de olhar mais pra mim, de alguma forma... Quero continuar fazendo terapia, que eu acho que é... É... É sempre bom. Eu tinha muito... Teve um período que foi muito forte pra mim que eu não queria mais fazer terapia... Era uma resistência muito grande. Sempre que eu vinha, doía mais. Era como se sempre saía sangrando. Uma sensação de eu tô sangrando. Eu tô sangrando. Não tô aguentando. Vou parar com isso. Mas, ao mesmo tempo, é, se não fosse isso, talvez eu não, né? Não fosse ter passado por isso. Eu tava que nem um trator, fazendo tudo, tudo, tudo, tudo... Mulher-maravilha. Aí, de repente, quando eu comecei a realmente olhar pra mim, eu disse: eita. Tô igual a mulher-maravilha aqui. Nada. Nada. Nada. Nada. Então, é...

P: A mulher-maravilha perdeu os poderes?

D: Perdeu, mas ganhou outros.

P: Isso.

D: Tá ganhando...

P: Está descobrindo outros.

D: É. Descobrindo. Verdade. E, mas assim, fico mais feliz. Agora uma coisa que eu tenho ainda que aprender, mas eu não quero ficar me cobrando também porque se não vai ser outra tortura... Eu tô transferindo muitas coisas do meu relacionamento anterior pra agora. Muitas coisas. Eu achei que eu ia sentir muita coisa pelo fato do meu ex noivo... É... Dele tá, de uma certa forma, querendo se reaproximar de mim, e eu ainda não sei aquela imagem da espada no sonho de vez em quando volta... E S. disse uma frase assim: a gente nunca tem... Será que a gente tem que saber o que o outro quer? A gente, as vezes, não sabe nem o que a gente quer. Quanto mais, o que o outro tá querendo. Tipo assim, eu não posso controlar o que ele tá querendo, mas... Mas isso me afeta porque eu não consigo... Eu escuto certas coisas do meu namorado atual, que me incomoda porque é como se ele fosse fazer a mesma coisa que o meu ex fez. Tipo assim, você é uma pessoa assim, assim, assado. Você é assim e eu quero ficar com você. As mesmas palavras e quase do mesmo jeito. E aquilo parece que: não, isso é mentira. Mas eu tenho que entender que ele é outra pessoa. E ultimamente eu tenho cobrado mais atenção dele, mais carinho, como se fosse uma forma, assim: não, com ele vai ser diferente. Você não vai fazer o que o outro fez. Aí eu tenho exigido mais dele. Eu sei que isso não é certo. Eu tenho consciência disso, mas eu tenho cobrado dele. Tenho cobrado mais atenção. Cobrado mais carinho. Fico ligando muito. Fico muito carente. Vamos dizer assim. Fico buscando pra que ele demonstre de todas as formas possíveis que ele não vai fazer a mesma coisa porque o meu medo é esse. Porque ainda dói. Ele, de uma certa forma, ainda está presente. A mágoa ainda está presente. A lacuna de, de, de não saber um relacionamento de 7 anos com uma data de casamento marcada acabar assim no MSN, no telefone, no Skype. Foi assim. Então, assim, pra mim, e eu nunca mais o vi. A, a, a ultima vez que eu o vi, a frase dele pra mim foi... Que ele morava no Rio e eu ia morar lá com ele... Ele disse: não existe mais despedida entre nós. Não há pra que. Enxuga o olho porque não tem mais despedida entre nós. Jamais. Então, não tem mais pra que chorar porque eu já sei o que eu quero e você já sabe o que você quer. Não existe despedida. Foi a ultima frase que eu ouvi da boca dele e ele me deu um beijo e foi embora. Né? E 3 meses depois, ele disse que... A gente tava organizando tudo pro casamento... Na verdade, eu aqui em Natal, tava organizando. E quando eu comecei a falar da organização do

casamento, tal, tal, tal e ele: eu não sei se é isso o que eu quero. Então, por que falou da data? Eu já tinha aguentado a traição. Já tinha aguentado muitas histórias. Eu: não, não... Eu acho que ele não faria isso comigo, mas ele fez. É... Aguentado muitas coisas. Mas eu também canalizei muita coisa pro casamento. Queria muito casar. Queria muito casar. Ter uma família. Lembra que eu falei, eu quero ser mãe. Eu quero ter uma família. Parece que eu quero ter a família que eu gostaria de ter tido.

P: Hum rum.

D: É. Construir uma família na forma que eu gostaria de ter. Então, assim, eu, eu depusitei... Eu sei que isso aí é uma questão minha... Eu depusitei muito nele, em cima dele. Mas ele também não tinha o direito de marcar um casamento comigo e a gente tinha acabado... Eu tinha acabado, na verdade, porque eu disse que eu não aguentava mais e ele voltou, botou um anel no meu dedo e disse: não existe mais despedidas. A gente vai casar e eu quero você. Você é a mulher da minha vida e eu vou casar com você e pronto. Está fechado. Eu tava segura. E aí, assim, os meus planos... Eu tava pensando em fazer Psicologia lá. Eu tava pensando... Ou então, fazer o mestrado em Letras lá... Já tava pensando. Já tava arquitetando minha vida, quando era que eu ia ter filho... Então, assim, foram anos, anos e anos de energia, de dedicação, de disposição pra acabar no Skype. Assim, numa ligação no Skype. "Eu não sei se é isso o que eu quero". Aí, pra mim, isso foi a gota d'água disso tudo. Então, assim... E foi assim: eu não aguento mais. Eu disse: é isso o que você quer? Ele disse: é. Acabou assim. Eu joguei o computador pro lado e guardei isso pra mim. Guardei. Pronto. E agora depois de, isso foi em 2009, e agora, em 2012, ele quer se aproximar... O que que ele quer? Então, assim, eu tô... Eu sinto que aquele grito foi o que aconteceu... Eu tenho muita a coisa a dizer. Foi o grito que eu não dei. Foi... Então, assim, tem essa lacuna ainda de não dito.

P: Hum rum.

D: Do não dito.

P: Hum rum.

D: Eu escrevi uma carta, mandei pra ele. Conversei com ele no MSN, um dia antes da formatura dele, que pra mim era como se fosse a minha... É... Porque ele batalhou muito. Chegar onde ele chegou. E tudo na vida dele deu certo no sentido do que ele planejou. Em 2010, eu vou tá de certa forma, 2011 eu vou tá assim, 2012 eu vou tá assado. E eu olhando no Facebook dele. Realmente. Ele colocou até como uma cronologia assim, 2010, 2011, 2012. E as coisas... Os planos dele estão realmente se efetivando. As minhas não. As minhas nunca existiram de fato. Era tudo da minha cabeça. Aí vem uma desilusão tão grande. Uma dor tão profunda que eu olhei assim... Aí eu fico querendo que o meu atual... O meu namorado atual... Eu sou muito feliz com ele... Assim, presencialmente, quando nós dois estamos juntos, ele é muito bom. Ele é muito carinhoso. Ele é muito atencioso. É... Ele tem um coração aconchegante. Eu admiro muito ele. Ele é muito humano. E, assim, eu admiro a pessoa dele. Me faz muito bem. Assim, é muito bom. É gosto tá com ele. Mas eu tô fazendo... Por causa dessa lacuna, eu não tô conseguindo... É como se tivesse um fantasma... Assim, ele vai me deixar a qualquer momento. Sempre assim. Se prepare porque Adson pode fazer igual a Roberto. E eu fico e ele fica dez vezes: Eu não sou Roberto. Eu não sou Roberto. Mas ele fica... Mas mesmo assim, eu fico... Eu falo: não me prometa nada, nunca porque eu já vi... Então, assim, em termos de relacionamento, é, eu tô me dedicando demais... Tô depositando muito nesse também. É... Eu ainda tô de férias. Risos. Eu tô em casa, apesar de eu já tá lendo os textos da base e tal. Mas eu tô muito, assim, incomodada porque eu fico

querendo isso. Fico querendo olhar o FACEBOOK. Depois de 2 anos sem dar... Sem se falar com ele. A lacuna do não dito. Eu soube que ele veio a Natal e foi, se reuniu com os meus amigos. Ele pediu desculpas, mas ele não pediu desculpas a mim. Pediu aos meus amigos e ele sabia que a mensagem ia chegar e eu não sei o que ele quer porque ele fez a solicitação de pedido de amizade e não abriu a boca. Eu aceitei como uma forma assim, eu quero saber o que ele quer dizer, mas até agora ele não disse nada. Continua com o não dito. O que é que essa criatura quer? Me magoou tanto. Fez tanta coisa. Eu me coloquei numa posição tão ruim nessa relação.

P: O que você gostaria?

D: Eu gostaria que ele fosse capaz de falar realmente tudo o que aconteceu. O que ele realmente sentiu. É porque que as coisas tinham que ser daquela forma? O que foi que aconteceu com ele que fez ele mudar de ideia e uma questão também de respeito porque eu sempre respeitei muito a relação da gente. Claro que eu não posso exigir do outro que outro seja como eu, mas o outro também não tem o direito de, de simplesmente prometer, prometer, prometer... Vai ser assim. Vai ser assado. E simplesmente sumir. Isso. Isso. Isso. Isso foi uns 7 anos de convivência. Não foi assim... Não foi um namoro que... E a intensidade também... Não só uma questão de tempo também, mas de como tudo foi... Eu já me sentia a esposa dele, casada. Eu já me sentia... E foi o único relacionamento que e tive na verdade. Eu comecei a namorar com 20 anos. 19, na verdade. 19, 19 anos. Então, foi o meu primeiro namorado porque eu tinha muitos bloqueios, por outras questões. Meu Deus do Céu. Perdi a virgindade com ele. Foi todo um processo e tal. E, assim, ele sempre disse: não sei o que lá. Me espere. Me espere. Me espere. Me espere. Me espere. Eu esperei. Esperei por nada. Nadei. Nadei. Nadei... A frase dele era: Me espere. Me espere. Eu te amo. Me espere que eu amo você. Me espere que eu te amo. E eu esperei. Até ele, até ele dizer assim: eu não quero. Eu esperei até ele dizer: eu não quero. Então, isso é muito ruim pra mim. Foi dolorido. Mas, assim, eu descobri que eu posso ser feliz com outras pessoas... Que eu posso amar de novo. É... Eu tive outros relacionamentos mais passageiros, depois que eu terminei com ele. Mas foi muito... Foi muito... Mas, assim, eu tô muito feliz no meu relacionamento atual. Apenas assim, eu não quero que essa lacuna prejudique o meu relacionamento atual. Eu tenho medo disso. Então, que e não quero que isso aconteça. Na verdade, eu queria mesmo era que ele chegasse, que ele tá agora morando em São Paulo, que ele viesse até aqui e dissesse o que você quer. Por que você me adicionou no Facebook? Por que tá pedindo desculpas aos meus amigos? Por que você tá se aproximando dos meus amigos? O que é que você quer? Você quer pedir desculpas? Peça. Você quer falar? Fale. Sabe? Porque incomoda. É uma presença que não é presença. É uma forma de querer saber da minha vida... Eu tava muito bem sem saber da vida dele porque eu sabia essa lacuna ia ficar. Eu acho que ela vai ficar porque eu acho que ele não vai ser autosuficiente pra ter coragem de pedir desculpas. Ele é muito fraco.

P: Então, você já tem a resposta.

D: Ele é fraco.

P: Então, você já tem a resposta. Ele não vai te dar o que você quer.

D: É e é isso que dói porque eu mereço respeito. Eu merecia pelo menos assim: Não, D., acabou porque eu deixei de gostar de você. Porque... Porque... Não, ele só disse assim: Eu não sei o que eu quero. Você não sabe o que quer depois de 7 anos. Durante esses 7 anos, você me pediu pra esperar... Eu não sou Penélope. Eu não vou esperar você e nem você é Ulisses, que eu tô cansada. Quando se ama, se

luta. Só eu tô lutando. Só eu tô correndo. Só eu tô... E eu não vejo você morrer uma palha... Então, eu acho que você não me ama mais e não tem coragem de dizer e ele disse: não é isso... E a gente acabou e ele dizendo: eu amo você. Eu amo você. Eu amo você. Eu amo você mais do que nunca. Eu amo você. Eu amo você. Então, fica essa lacuna. Como é que uma pessoa diz que não quer tá com você e ama você? E diz que ama você, né?

P: Interessante, eu tô me lembrando do seu sonho?

D: É?

P: Da promessa da luz do túnel e no fim cheio de areia.

D: Hum rum. Risos. É. Pois é. Risos.

P: Só você correndo sozinha.

D: Sozinha. Sozinha. Sempre. Sozinha.

P: E a areia te impedindo de chegar lá.

D: É. É bem isso. Eu sempre fui muito só. Sempre. E achei que com ele ia acabar isso.

P: Exatamente. É aí... É aí onde tá a repetição.

D: É.

P: O seu medo de ficar só.

D: Hum rum. É.

P: Na verdade...

D: E eu tô querendo que o meu atual garanta isso. Eu tô insistindo nisso. Perturbando o juízo dele.

P: Na verdade...

D: Diga que você me ama. Quero a certeza que ele me ama e que... Tá... Possa ser que não dê certo... Possa ser que... Mas eu não quero que, assim, ele não me desrespeite, que ele me falte com o respeito, que ele, sabe? Eu quero ser valorizada. Eu sei que é uma postura minha.

P: Mas você não consegue ver.

D: Como assim eu não consigo ver?

P: Porque você não consegue sentir, por mais que ele se esforce.

D: Eu não sinto. Eu não sinto. É impressionante. É como se fossem só palavras ao vento. É como se... Cadê esse amor que ele tá dizendo? Cadê? Eu quero que ele... Eu quero pegar. Eu quero sentir. Eu não sinto. Eu não consigo sentir. Fica uma lacuna. Um vazio.

P: Exatamente. Que ninguém vai preencher.

D: É. Esse vazio vem de onde? De tudo o que aconteceu? Da minha solidão permanente e que eu tenho que continuar com ela?

P: Você tem que aprender a viver e dar uma solução pra ela.

D: É porque ela vai fazer parte da minha vida.

P: Ela é a sua história.

D: Nossa. A solidão é a minha história. Sempre lutei contra ela e ainda continuo lutando.

P: Você foi abandonada antes, muito antes.

D: Bem antes.

P: Você ficou sozinha muito antes. Do Roberto. Muito antes, né? Quando você fala, por exemplo, né?

D: Depositei no meu irmão a maternidade quando criança.

P: Exatamente.

D: Perdi. Perdi ele. Meu irmão era o refúgio da, da, do abuso e com ele eu era mãe e eu era criança ao mesmo tempo. Até porque eu brincava com ele e cuidava dele.

Podia ser criança, podia cuidar dele e não sentir só. Eu perdi ele. E eu nunca senti que minha mãe me amou. Nunca senti que meu pai me amou. Nunca senti... Aí deposei em Roberto tudo...

P: E aí eu acho que a gente volta pra aquela... Pra aquele encontro que a gente teve, quem impede esse amor é a menina. Quem está solitária, abandonada, com medo é a menina.

D: É. Ela existe. Ela existe.

P: Ela que fica desesperada.

D: É ela que sofre.

P: É ela que sofre. Porque a mulher quando ela tá com ele, tá bem.

D: Quando eu tô com ele, eu fico muito bem. Fico. Fico super tranquila. É ótimo.

P: Então, reconhece que quando você se coloca no lugar de adulta, de mulher...

D: Hum rum.

P: Você consegue olhar que ele é carinhoso. Você consegue olhar que ele é humano, que ele tem um coração bom, que ele te valoriza.

D: É.

P: Você consegue ver isso... Que não é igual ao outro.

D: É não. É muito diferente.

P: Mesmo que ele diga algumas palavras...

D: É.

P: ... Como o outro diz...

D: Hum rum.

P: Mas são palavras que fazem sentido pra ele e não pro outro.

D: Hum rum. É.

P: Então, o medo da repetição é seu.

D: Não. É. Com certeza. Por isso que eu tô com medo de prejudicar minha relação porque, as vezes, me dá um medo muito grande. O medo de ser abandonada.

P: E aí...

D: De novo.

P:... Esse medo é uma sabotagem.

D: Tô me colocando nesse lugar de novo, vou ser abandonada de novo. Pra eu reafirmar que eu não sou amada...

P: Hum rum. E continuar nisso.

D: Isso é loucura. Isso é doença. Eu não quero isso. Isso dói.

P: Porque é o medo de ser feliz.

D: Muito. Eu tenho muito medo de ser feliz. Eu já reconheci isso. Tenho muito medo. Quando eu tô feliz, eu acho sempre que alguma coisa vai acontecer.

P: Exatamente.

D: Eu fico preparada. "Não, tá bom demais. Meu Deus do Céu, eu acho que..."

P: Vai vim um preço aí.

D: Vai. É. Exatamente.

P: Vai vim um preço. Vou pagar caro.

D: Como se eu não merecesse também.

P: Exato.

D: Como se eu não pudesse...

P: Essa é a neurose.

D: Como é que se vence o medo? É muito difícil vencer o medo.

P: É. Por isso que você está buscando. Essa é a sua busca.

D: Eu quero vencer esse medo.

P: Porque você fica nessa bipolaridade entre ser feliz, se sentir especial, ter potencial...

D: É. Eu quero me sentir assim.

P: E a outra que é “sou infeliz, sou abandonada, sou, sou uma porcaria, sou incapaz, não consigo”. Você fica brigando entre esses dois lados da mesma moeda.

D: Tem dias que eu estou assim a mulher, a mulher... E tem dias que eu fico completamente é... Acuada, medrosa, triste, sem esperança... Aí eu fico com medo: ai eu não posso me deixar é, ir por esse caminho não porque esse caminho não vai me trazer nada. Só vai me causar mais sofrimento. Aí eu fico: não fique assim. Não pode ficar assim. Mas eu, eu acho que eu tomando consciência disso... Tudo é um processo... Já tô me acariciando. Risos. Isso é muito... Me abraçar. Ter paciência comigo. As coisas não vão mudar de uma hora pra outra... Trabalhar esse medo. Sim, outra coisa também que eu queria falar era em relação à minha sensibilidade. Eu me considero uma pessoa sensível demais. Eu não sei até que ponto isso é bom ou isso é ruim porque eu... Assim, tem a questão de eu tá sempre preocupada mais com o outro do que comigo porque durante a minha vida foi muito assim. Mas, assim, eu tenho uma sensibilidade, assim, as vezes, que eu acho que não é normal. Assim, tem vezes que é demais. É demais quando eu tô...

P: Em que aspecto? Quando eu tô feliz é um extremo. É muito... É um estupendo assim. Pronto, quando eu tenho uns momentos, assim, íntimos, não só íntimos assim no sentido de intimidade sexual, mas quando eu tô com o meu namorado que eu sinto que eu tô sendo amada... Que eu tô sentindo que ele gosta de mim, eu fico tão feliz que parece que eu vou explodir de felicidade. As vezes, quando eu sinto que minha mãe tá cuidando de mim, eu fico... Ou então quando eu tô triste é muito pesado também. É muito... É bem, não sei se é bipolar.

P: Sim. Então, não é em sensibilidade... É intensa, né?

D: É. Eu sou intensa demais. Eu sou...

P: Porque sensibilidade me veio uma outra, uma outra ideia como se você fosse afetada por tudo.

D: Não, mas eu sou muito afetada mesmo. Eu também sou... Eu não consigo naturalizar certas coisas. Passar por certas coisas e ficar calada. É, ver certas coisas erradas e fingir que eu não tô vendo. Então, assim, eu fico meio neurótica porque, assim, eu não consigo naturalizar as coisas. Quando eu vejo certas tragédias, principalmente, quando acontecem com crianças... Questões assim como violência sexual, fome, eu fico extremamente incomodada... Eu choro, choro: como é que existe isso? Como é que existe isso no mundo? É... Eu fico incomodada. Eu não sei natu... Nat... Não é que as pessoas... Que eu fique julgando que os outros naturalizam, mas, assim, esses... Eu sou muito afetável. Sou demais.

P: Aí a gente volta de novo aquela questão do outro, né?

D: Uma vez eu tava no sinal e vi um ra... Um rapazinho, tava fazendo malabarismo. A gente sabe que socialmente isso é uma questão é comum e tal e tal e tal... E aquilo é um subemprego... O lugar dele não é ali e tal... As vezes vem o dilema de dar ou não dar alguma coisa... Eu me lembro que eu tava com um pacote de biscoito e dar o pacote de biscoito... Prefiro dar alguma coisa do que dar dinheiro e uma senhora... O sinal tava fechando e uma senhora se afastou porque aquele menino tava ali. Eu quis sair do carro... Eu fiquei brigando com... “Você acha que ele não é gente? Porque você está dentro desse carro, você acha que ele vai fazer algum mal”. Eu comecei a bater boca com a mulher no trânsito porque eu vi a cara que ele ficou quando ela deu ré. Ela se aproximou do sinal... Eu tava dirigindo, o carro que eu tava ficou ao lado dela e ela deu ré... Eu também dei ré pra brigar com ela. Eu

disse: olhe pra ele. Olhe pra ele. Ele é gente que nem você. Risos. “Você se acha melhor do que ele em quer, hein?”. É nesse nível. Meu namorado ficou: D., você é louca. O que você tá fazendo? Eu disse: Porque essa mulher tá num carro desse... Porque o menino tá fazendo isso, ela acha que o menino vai matar ela... Ele: mas ela tem o direito de se defender sim... “Mas ele não tava fazendo mal a ela”. É quero que as pessoas meio que tenham mais sensibilidade. Eu queria que o mundo fosse mais sensível. Eu sou muito iludida. Eu queria... Pronto. Quando tava passando... É... Eu passei 3 semanas, assim, paralisada. Quando eu voltei às aulas, eu achava que as pessoas iam perguntar: como é que você tá? Alguma coisa assim. Ninguém perguntou. E todo mundo sabia o que tava... O que tinha acontecido comigo. Mas... Ninguém que eu digo, poucas, pouquíssimas pessoas perguntaram... E eu ficava olhando assim: Meu Deus, esse povo faz Psicologia. Não gosta de gente não, é? Não, não tem sensibilidade assim, estudam depressão, CID-10, DSM IV... Estuda tudo, mas não é capaz de olhar que uma pessoa tá ali sofrendo... Aí eu fico com isso, falta muita humanidade, as vezes...

P: Hum rum.

D: Eu me incomodo. Isso me incomoda, principalmente estudante de Psicologia. Pelo menos o meu ver do que é Psicologia, você tem que gostar de gente... Você tem que... Sabe? Você vai tá lidando com o sofrimento do outro. Isso é muito sério. É responsabilidade... É... É respeito. É cuidado. Então, assim, eu acho um absurdo. E, as vezes, eu fico revoltada com isso. Assim, eu me revolto com certas coisas, com certas atitudes, com certas arrogâncias... Então, assim, não... Meu Deus, isso é Psicologia? Não, isso não Psicologia. Isso é comigo, por isso que eu acho que eu sou muito afetável porque eu as vezes eu sou uma antena... Eu capto as coisas assim, aí eu faço: Meu Deus. Como assim? Como assim? Vai se formar. Vai... Vai ficar repetindo esse discurso. Vai tratar as pessoas dessa forma? Teve um dia que eu saí de uma prova, que eu tava muito mal, muito, muito, muito mal... Não tinha conseguido fazer a prova direito e eu tinha entendido que a prova era pra escolher 2 questões, mas na verdade era pra fazer...

P: Você falou.

D: Pronto. E uma menina, academicamente falando, ela é uma das melhores alunas da sala... No sentido acadêmico mesmo... E ela disse: se eu fosse você, eu estaria desesperada. Aí eu olhei assim... Ela não teve uma empatia de observar que eu não tava bem... Que eu não tinha a menor condição de fazer aquela prova... Todo mundo na sala sabia o que tava acontecendo comigo até porque quando eu fiquei muito mal, eu fiquei dizendo até todo mundo... Procurando ser acolhida, né? Eu dizendo pra turma: eu tenho síndrome de pânico... Eu tô fazendo tratamento pra Depressão, eu tô mal... E a coisa do medicamento mexeu muito comigo... Sim, outra coisa. Eu queria muito deixar o remédio. Eu tenho medo de parar e minha vida virar de cabeça pra baixo. Assim, principalmente, a ansiedade.

P: Mas isso é uma coisa que você precisa discutir com o psiquiatra.

D: É. Eu não entendo eu tomo remédio pra dormir e não durmo.

P: Também é uma coisa pra se discutir.

D: Pois é. Eu tomo tranquilizante. Eu tomo ansiolítico. Não durmo. Não durmo bem. Não durmo direito. Não tenho hora pra dormir. Tomo antidepressivo que também dá sono... Não sei.

P: Então, são coisas pra se discutir junto.

D: É...

P: E, na verdade, esse não dormir tem a ver com uma série de coisas.

D: É.

P: Né? Na verdade. Porque pra dormir você precisa de entregar ao cansaço.
D: É, minha mente tá muito Tu-tu-tu-tu-tu.
P: Exatamente. Você precisa se entregar ao cansaço. E é uma coisa que pra você é difícil.
D: É porque eu tô sempre...
P: É. É se entregar ao cansaço. É uma coisa que pra você é difícil. E além disso, pra dormir, você precisa confiar.
D: Como assim? Eu não entendi.
P: Porque você vai dormir e que vai ser um momento tranquilo.
D: Não... E que vai ser bom, né? Que... É...
P: Que tem a ver com esse seu medo de ser feliz.
D: Tenho.
P: Lógico.
D: Eu fico paranoica.
P: Né?
D: É. Isso. Eu fico paranoica.
P: Não, você fica... A sensação que me dá é que você fica, você não consegue relaxar. Daí, a tensão.
D: Sim. Sim.
P: É como se você não... Dormir significa relaxar, se entregar ao relaxamento... Não fazer nada, absolutamente.
D: Hum. Não fazer nada. Vixe. Isso pra mim é muito complicado.
P: Além de dormir.
D: Fazer nada? Como assim, eu não vou fazer nada?
P: Entendeu?
D: Agora faz sentido.
P: Que é uma questão sua.
D: Hum rum.
P: É uma questão sua.
D: É.
P: Muito forte. Daí, a cabeça ó...
D: É. Mesmo com os ansiolíticos e tantas e tantas e tantas miligramas que eu tô tomando.
P: É. E eu acho que vai ser muito bom você poder fazer um... Eu acho que você no meio de tudo isso, você... É... Se refugiou na sua cabeça, né? Pra poder da conta de uma série de coisas que aconteceu com você. Inclusive, a questão do controle, né? Você teve que aprender a controlar.
D: Hum rum.
P: É tanto que, por exemplo, essa questão do controle é uma questão que perpassa o seu sono, é uma questão que perpassa o seu relacionamento, é uma questão que perpassa a questão da... É...
D: Da faculdade.
P: Da faculdade. Vida geral.
D: É.
P: Né? Você fica querendo controlar as situações pra não se sentir ameaçada.
D: Mecanismo de defesa.
P: Tem a ver também com a história do seu ex. O que não é você querer saber o que ele quer a não ser controlar a situação?
D: Pegue. Pegue. Risos. É.

P: É preciso controle porque se eu não souber o que ele quer, eu vou ficar louca. Me deixa louca.

D: Me deixa mesmo. Risos. Eu fico perturbada.

P: Entendeu? Na verdade, é uma defesa, como você falou. Você precisa controlar pra você se sentir segura e se defender.

D: É.

P: E o controle tá aonde? Na cabeça, mental.

D: É totalmente mental. Não tem nada... Acaba que o fisiológico responde. Me sinto cansada porque eu não dormi bem. Aí me dá um desânimo. Aí eu começo a pensar... Aí eu fico nesse ciclo neurótico. Risos. Me sinto neurótica. Mas fez muito sentido isso o que você falou. Eu nunca tinha parado pra pensar nessa questão do controle, como defesa...

P: Como é que você se sente?

D: Como uma defesa. Eu sinto que eu tenho que relaxar. Eu preciso. Eu preciso. Eu sentia que eu já tava relaxando...

P: Aí vem o pânico e vem a ansiedade e vem a depressãozinha assim pra você. Você não tem o controle sobre...

D: Nada. É. É tão aterrorizante... O medo. Eu quero ter controle das coisas pra me sentir segura. Nunca consegui ver tudo e... Realmente. É verdade. Só que é o preço muito alto pra eu poder me sentir segura. E na verdade...

P: O que vai acontecer se você ficar descontrolada?

D: Risos. Seria tão bom, né? Um descontrole... Assim... Não sei. Seria tão bom sair assim...

P: Não é a toa que você está procurando a loucura, né?

D: E eu quando entrava em pânico, é, eu tinha certeza que eu ia enlouquecer. Certeza, certeza... Era uma certeza tão grande... “Eu tô enlouquecendo...”... Era uma sensação de desrealização. “Não. Eu não estou aqui. Isso não é um mundo”. Via as coisas girando. Eu me desesperava. “Eu tô louca. Eu tô louca”. Eu buscava a loucura. Eu tava buscando isso. Que louco isso. Eu tava buscando ficar... Buscando... Eu conseguir relaxar na depressão. O pânico foi a resposta que eu não tenho o controle... E aí, e quis até enlouquecer pra ficar descontrolada. Risos.

P: Não é que você quis. Ela veio.

D: É. Ela veio porque talvez, sei lá, inconscientemente, mas...

P: Ela veio.

D: Ela veio.

P: Ela veio.

D: Ela veio.

P: Ela tomou conta. O que você quis foi parar. Isso você quis, de vontade.

D: O que? Eu tava sofrendo com aquilo. Então, eu tinha que parar. Mas se ela veio não foi a toa, né?

P: Hum rum.

D: Se ela veio não foi a toa. Caramba. Eu tenho um caminho longo pela frente.

P: É.

D: Parece uma forma de renascimento. Eu tenho que ir com calma. Eu quero ir com calma agora.

P: Com calma. Eu tenho... Eu fico me cobrando muito. Me comparando com as outras pessoas, que as outras pessoas, as vezes, fazem as coisas muito rápido. Eu queria ser rápida. Eu sempre, quando eu faço uma prova, eu sou, eu sou a última a sair desde criança... Aí isso me incomodou. Por que que eu sou? Por que que eu sou a última? Por que que eu sou a última? Ainda mais que, mas eu acho que é uma

tentativa, assim, mostrar que eu sou capaz... Aí eu fico, né? Na repetição. As vezes, eu sou muito prolixa nas minhas, nas minhas respostas. É como se eu dissesse assim: ó, eu estudei. Eu sei. Então, eu fico olhando... Mas mesmo assim, eu me sinto mais lenta. Eu sou mais lenta. Aí, isso interfere também porque o que que tem se eu fui mais lenta?

P: Você acha que você está mexidinha, assim... Como você tá se sentindo? Eu tô aqui pensando... É... Como é que seria a gente poder experimentar essa loucura.

D: Ai meu Deus. Eu tenho uma sensação de assustar e de querer.

P: Hum.

D: Mas termine a frase.

P: Experimentar essa loucura no corpo.

D: No corpo? Só lembro de você...

P: Já veio assim, né? E interessante que foi exatamente na nuca...

D: Aqui atrás.

P: É.

D: Meu Deus, que louco isso.

P: Na nuca e você abriu bem os olhos. É. Ah, gostei, olha. Faz aí de novo. Puxa assim: Aiiii. Louca, né?

D: Uhh. Risos. Já veio. Uhhh. O que que você acha? Antes de você...

P: É... Já veio o louco já... Assim... É... Ó... Por aí... O próprio corpo já veio e...

D: Como o corpo é... Nossa. A bioenergética é muito fascinante. Pois é. Eu quero estudar mais pra poder entender melhor.

P: Ah, de novo. Estudar pra entender.

D: Mas é porque... É porque tá fazendo sentido pra mim.

P: Claro. Poder sentir, né?

D: Tá fazendo sentido. Tá, tá me fazendo bem.

P: Eu acho que esse é o caminho, D., diferente de um caminho que você sempre buscou na vida. Você sempre buscou entender as coisas.

D: Hum rum.

P: Porque as coisas eram tão malucas, né?

D: Eu acho.

P: Que vocês viveram, que você viveu, que no meio de uma crueldade, no meio da maluquice, você precisou entender desde cedo...

D: Hum rum.

P: Você precisou de uma força pra poder entender uma loucura que tava aqui.

D: Hum rum.

P: Né? Foi a forma que você encontrou de não enlouquecer junto, a sensação que eu tenho.

D: Tive que controlar. Controlar. Controlar.

P: Né? Precisa entender.

D: Precisa sempre entender pra poder ter o controle.

P: É. Pra não enlouquecer junto.

D: Pra não sair da realidade

P: É.

D: Pra não perder o domínio.

P: Exatamente.

D: Agora eu entendi porque meu ex... Preciso até saber porque ele...

P: Porque se ele chegar junto e você não controlar, pode acontecer... Você fica louca.

D: A loucura faz parte também, né?

P: Né? Então, louca assim, descontrolada. Aí eu não sei que descontrola vai ser.
D: Certo.
P: Pode ser um descontrola de raiva. Pode ser um descontrola de você se descobrir que ainda tá totalmente apaixonada por ele. Pode ser um descontrola de medo. Pode ser o descontrola de alguma coisa, mas o medo tá no descontrola. O medo dele mexer com você e te magoar.
D: É. É verdade.
P: Mais uma vez.
D: Eu tenho medo de se enamorar... Dele vim, vier... Vim ou vier... Não sei. E eu não tá pronta pra... Se ele vier, né? Eu não posso enlouquecer, né?
P: É. Exatamente. Aí, aí é onde está onde ela topa, né?
D: É.
P: Eu tô falando de um outro jeito, mas a análise foi essa... Pra mim, o que ela quis dizer é pra você é: você não tem o controle sobre o desejo do outro.
D: É. Foi isso que ela disse... As vezes, a gente não tem nem como controlar os nossos, quanto mais...
P: Do outro.
D: Do outro. E isso assim, isso ela até enfatizou. Isso é uma condição humana. Não pode controlar o outro. É uma condição de... Ninguém é capaz de... Ninguém. É o que eu tô querendo.
P: Pois é.
D: Mas é pra me defender, pra eu ter controle pra eu não enlouquecer. Eu poderia na próxima sessão fazer o exercício da loucura? De não enlouquecer?
P: Pode. A gente poderia fazer até agora, se você quiser.
D: Eu não tô tão a vontade porque eu tô com um pouco de medo.
P: Certo.
D: Eu acho que hoje não dá não.
P: Mas se a gente ampliar um pouco esse... A cabeça... Você acha que dá?
D: Dá. Dá.
P: Isso da cabeça, assim?
D: É porque é tanta coisa assim... Eu passei a vida toda controlando que eu tenho medo. Sabe?
P: Claro. Claro. Não, tudo bem.
D: Mas eu vi que foi tão legal o... Foi tão bom. Foi tão espontâneo...
P: A gente pode ficar com esse.
D: Sei.
P: Só que eu queria. Vou convidar você a ampliar esse movimento aqui.
D: Tá.
P: Tá?
D: Tá.
P: Só ampliar pra fazer ele ficar mais intenso.
D: Hum rum.
P: Pra ver se ele repercute um pouco em você.
D: Certo.
P: Pra ver o que é que acontece já que esse foi um movimento espontâneo do seu corpo, né? O que é que acontece se a gente aumentar esse movimento?
D: Hum rum.
P: Esse dá pra fazer? Se não der, não tem problema.
D: Risos. Pensando.
P: É. Isso. Isso.

D: Eu quero.
P: Respira bem fundo.
D: Risos. Tô com medo.
P: Você tá com medo? Mesmo desse aqui?
D: Não. Desse não. Eu tenho medo de quando eu não começar, eu não tenha mais controle.
P: Mas eu tô aqui.
D: É, né?
P: Eu tô aqui.
D: Risos.
P: E se você perder o controle, é isso o que aconteceu na sua vida, a sensação que eu tenho, você não foi contida quando você teve medo de perder o controle... Aí, você teve que virar só.
D: Totalmente sozinha. Totalmente.
P: Aí a cabeça entrou... Só que agora você vai poder experimentar se... Eu não sei se você vai perder o controle... Mas se você perder o controle, você vai estar comigo e quem vai segurar sua cabeça sou eu. Se for o caso. Pode ser que não. Pode ser que você... Ou então, de repente, você descubra uma outra sensação que te dê o controle.
D: Como assim?
P: Pode ser tão bom.
D: Não. Eu quero ter essa sensação porque foi bom.
P: Então?
D: Foi bom. Foi muito bom.
P: Então?
D: E foi... Foi meu corpo assim... Eu nem pensei.
P:Então?
D: Eu nem... Foi.
P: Olha.
Risadas.
P: Vamos, né?
D: Vamos. Vamos. Vamos.
P: Vamos?
D: Vamos. Vamos.
P: Vamos?
D: Vamos.
P: Vamo ver o que é que acontece?
D: Tá. Tá.
P: Tira as sandálias. Vamos ficar de pé.
D: Ai, eu tô com medo.
P: Será que você vai enlouquecer?
D: Sempre fui tão assim: você não pode nada. Você não pode. Você não pode. Você não pode.
P: É. Vamos ficar. Faz um... Os pés paralelos. Dobra os joelhos, um pouquinho. Isso. Ajeita a sua coluna. E a gente só vai fazer aquele movimento que você fez, né? Então, você vai ó... Imagina que você tá... Isso, faz primeiro esse movimento de... Isso com o cabelo, puxa pra cima... Isso. Ótimo. Faz ele bem devagarzinho. Você sentir ele bem presente. Pode fazer com o olho fechado. Isso.
D: Uhh.
P: Olha aí. Vai fazendo. Isso.

D: Tô com vontade de sorrir.
P: É? Pronto. Vai... Deixa o que tá acontecendo...
D: Eu tô com vontade de sorrir.
P: Pronto. Vai.
D: Uhhhhh.
P: Você fez o som.
Risos.
D: Ai meu Deus.
P: Isso.
D: Ahhh.
P: Isso.
D: Tô com vontade de gritar agora.
P: Pode gritar.
D: Eu vou voar agora.
P: Pronto.
D: Uhhhhh.
P: Isso. Isso. Isso.
D: Ahh. Uh. Ai. Risos. É bom. Não é ruim não.
P: Isso. Isso. Isso. Respira. Vai sentindo. Vai presentificando essa sensação. Mexe um pouco com a nuca.
D: Eu quero soltar...
P: Então, eu tô aqui perto de você...
D: Tô suando.
P: Os pés tão suando?
D: Tô suando.
P: Isso, coloca os pés firmes no chão.
D: Eu tô meio que tremendo um pouco.
P: Isso. É bom. É. É bom. É bom. É bom tremer. Deixa vir. Respira.
D: Eu não posso brigar contra mim.
P: O que tá acontecendo?
D: Eu quero. Eu quero fazer isso, mas meus pés estão suando.
P: E esses pés suando significa? O que você acha? Uma resposta da...
P: Hum rum. É a areia.
D: Risos. É. É. Aqui tá leve, mas lá embaixo tá pesado.
P: Certo. Então, vamos fazer o seguinte? Vem aqui. Como você se sente?
D: Hã?
P: O que você sente?
D: Presa.
P: Isso. Então, você não pode ficar livre.
D: Risos. Não.
P: Não, você não pode ficar boa. Você tem que ser a menina boazinha, que faz o que todo mundo quer.
D: Nunca. Não quero mais não. Risos.
P: Não pode ficar louca.
D: Tá quase conseguindo. Uhuuuu. Risos. Ai, meu Deus. Só me lembro a música de Sandy e Jr.
P: É. Vamos pular. Vamo pular. Vamo pular. Vamo pular. Risos.
D: Meu Deus do céu. Eu tô rindo. Eu tô rindo. Ai, eu tô rindo. Meu Deus. Eu tô... Sem razão. Sem motivo. Eu tô...
P: E isso é...

D: Ai. Ser livre.
P: Isso.
D: Livre. Livre. Livre.
P: Isso. Vai. Vai. Deixando.
D: Risos. Eu tô com vergonha de ficar louca na sua frente.
P: Eu tô aqui com você. Somos 2 loucos juntos.
D: Ai meu Deus.
P: Nós estamos aqui...
D: Mas eu tô presa um pouco porque dá vontade de fazer um monte de coisa. Muitas coisas. Muitas coisas sem sentido. Não tem que ter sentido. Ai. Sem entender nada.
P: Pronto.
D: Sem entender. Sem entender. Eu não quero entender. Só fazer. Viver. Viver. Viver. É isso, meu Deus. Viver sem precisar entender tudo.
P: Continua naquele do... Isso. Isso. Isso. Isso. Isso é ótimo. Isso. Isso. Isso. Assanha os cabe... Fica bem descabelada. AHHHH.
D: Ahh.
P: Nossa. Chega veio um VUUUM.
D: Mais do que Joelma.
P: É. Risos.
D: Ahh. Uhhh. Eu tô tonta agora.
P: Isso. Calma.
D: Não, mas é uma tontura boa.
P: Isso. Isso.
D: Não é tontura de descontrole não.
P: Isso. Relaxa.
D: Tô com tontura de leveza.
P: Relaxante.
D: É. De leveza. De leveza. E eu não tô mais preocupada com os meus pais.
P: Isso.
D: Eu não tô com nada.
P: Olha aí uma coisa boa pra você fazer antes de dormir.
D: É. Realmente. Relaxa muito.
P: Ficar descabelada.
D: Eu adormeci. Acabei dormindo. Adorei.
P: Aí senti esse relaxamento e se permitir dormir.
D: Ai foi tão bom o insight. Tudo. Viver. Sabe rir?
P: Isso. Rir sem motivo.
D: Rir sem motivo. Muito bom.
P: Prazer, né? Agora eu quero que você sinta os seus pés e desça um pouquinho... Tente descer até colocar... Isso. Isso. Dobra os joelinhos. Coloca o peso do seu corpo nessa parte aqui do pé. Isso. Isso. Respira. Solta os braços. Deixa os braços bem soltinhos. Isso. Respira bem fundo. Vou fazer uma pequena pressão aqui na sua nuca. Isso. Isso. Isso. Deixa essa vibração acontecer. Você tá sentindo um tremorzinho? Isso. Isso. Vai mexendo a cabeça assim. Aí, ó, desce o joelho um pouquinho. Vai bem devagarzinho. Isso. A última vez. Pronto. Agora, você vai levantar vértebra por vértebra da sua coluna. Cabeça é a última que sobe. Sentindo bem sua coluna. Isso.
D: Que alívio. Eu tô leve.
P: Isso.

D: Leve e descabelada.
P: Leve e descabelada. Tá linda. Tem nada de feio aqui. Seu cabelo assim fica ótimo. Solto. Bem bonito. Bem cheio. Fica lindo. Qual é a sensação?
D: Leveza.
P: Hum rum. E como é sair daqui com essa sensação?
D: Menos presa. Mais livre.
P: Hum rum. Vou fazer só mais uma coisa pra ajudar na leveza. Certo? Assanhar mais esse cabelo. Você se incomoda que eu toque em você?
D: Sai. Sai. Sai.
P: Isso. Exatamente.
D: Sai. Sai.
P: Ahhh.
D: Risos. Posso lhe dar um abraço?
P: Pode.
D: Eu pergunto. Já tô abraçando.
P: Pode. Risos. Isso mesmo.
D: Quando eu crescer, eu quero ser igual a você.
P: Tudo bem.
D: Não tô falando pra lhe agradar não porque tá sendo muito significativo pra mim.
P: Fico feliz.
D: Eu acho você um excelente profissional e um excelente ser humano.
P: Fico feliz. Que bom. Então, leva isso com você... Essa experiência de... Cada dia, a gente tá experimentando mais.
D: Mais. Essa... E aquela da, aquela da...
P: Do limite.
D: Do limite. Eu fiquei pensando. Fiquei pensando.
P: E hoje tem mais uma. Da descabelada.
D: Uhh. Hoje, a noite, se eu não conseguir dormir, eu vou fazer.
P: Faça. Experimente. Experimente esse também de descer.
D: Hum rum.
P: Fica um pouquinho. Respira. Sente os seus pés. Depois levanta.
D: Relaxa muito. Muito. Nunca pensei assim.
P: Isso.
D: Dá até vontade de ficar aqui, relaxando... Mas eu vou fazer.
P: É. Você ainda tem uns minutinhos, se você quiser deitar um pouquinho aqui e ficar relaxando. Ou se você quiser ir pra casa.
D: Eu tô com um pouco de fome, que eu ainda não tomei café.
P: Então, pronto. É bom você sair pra comer. E se nutrir.
D: Eu tô com vontade de cuidar de mim. Eu nunca senti isso.
P: E aí onde está a grande questão e isso é bárbaro porque você sempre ficou na esperança, D., de que os outros cuidassem. E hoje está começando a nascer uma vontade de se cuidar.
D: E vai crescer cada vez mais.
P: Isso. Exatamente.
D: Vou vencer meus medos que é tão difícil.
P: Isso aí. A partir do momento que esse sentimento que tá nascendo aí de se cuidar crescer cada vez mais, o medo da repetição vai diminuir. Ele não vai... Ele não vai se extinguir. Ele não vai se acabar porque ele faz parte de você...
D: Hum rum. Mas eu vou ter a segurança pra que a repetição diminua.

P: Exatamente. Diminua. Exatamente. Esse... É isso que precisa nascer em você com a nova memória. Porque você se pendurou muito na esperança que o outro cuidasse desse, desse vazio que acabou existindo em você, que acabou sendo instalado, construído em você. E agora você tá começando a sentir que você mesma pode fazer isso.

D: O bom é que eu estou sentindo.

P: Isso.

D: As vezes, o outro vem com palavras, racionalmente, eu sei: não, você tem que se cuidar...

P: Tem que se cuidar...

D: Tem que se amar, você não sei o que, não sei o que... Mas eu nunca senti.

P: Isso. Então, isso é um registro novo. Isso é um registro límbico.

D: É verdade.

P: Límbico.

D: É verdade. Eu vou me nutrir.

P: Faz parte. Vá almoçar. Vá comer... Tenha um almoço bem gostoso.

D: Tomara que... Eu tô com sono agora e com a barriga doendo.

P: Pronto. Come. Tira uma sonequinha.

D: E a noite, eu vou caminhar.

P: Muito bem. E se a noite não vier sono, já sabe.

D: AHHH.

P: Isso. Risos. Descabela.

D: Uiii.

P: Faz um alongamento ground, pra baixo. Respira.

D: É uma coisa muito importante pra mim e é uma coisa que tá me incomodando muito... Acho que até no teste geral, né, das escalas, fala muito sobre...

P: Insônia.

D: Insônia.

P: Pronto. All Right. Ficamos por aqui.

D: Certo.