

**INSTITUTO DE ANÁLISE BIOENERGÉTICA DE SÃO PAULO**

**CLAUDIA GONÇALEZ GOMEZ**

**Um olhar Bioenergético sobre:  
“ANSIEDADE, MEDO E DEPRESSÃO”  
Relato de um Caso**

**SÃO PAULO  
2011**

**CLAUDIA GONÇALEZ GOMEZ**

**Um olhar Bioenergético sobre:  
“ANSIEDADE, MEDO E DEPRESSÃO”  
Relato de um Caso**

Monografia apresentada como fundamentação teórica  
Do curso de especialização em Análise Bioenergética  
Ministrado pelo  
Instituto de Análise Bioenergética de São Paulo

Orientadora: Léia Cardenuto

**SÃO PAULO  
2011**

*Esta é uma produção teórica dedicada ao conhecimento da psicologia clínica,  
Empenhada em melhorar a saúde emocional e o sofrimento psíquico das pessoas.*

\*Claudia González Gomez

*Aos professores dedicados em apresentar o conhecimento desta teoria orientada a  
Psique e Corpo.  
A orientadora Karen Giambiagi de Marval  
A pessoa que inspira o IABSP, Liane Zink  
Aos amigos que encontrei nesta jornada do autoconhecimento.  
Ao dedicado Len Carlino*

*A Análise Bioenergética criada pelo dr. Lowen, complementada com seus exercícios  
E toques, abre nossas couraças, modificando nosso corpo, permitindo que o fluir da  
Energia aconteça à medida que nos libera de velhos rancores e mágoas.  
A alegria emerge como a essência de nosso verdadeiro ser.*

*\*Liane Zink (LOWEN, 1997)*

## SUMARIO

RESUMO.....	X
ABSTRACT.....	XI
1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Apresentando o IABSP.....	12
1.2 Conhecendo o SAPS.....	12
2 ESTUDO DE CASO: M.C.....	13
2.1 Metodologia.....	13
2.2 Identificação do Sujeito.....	13
2.3 Descrição da Queixa.....	13
2.4 Objetivos da Psicoterapia.....	14
3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ANAMNESE.....	15
3.1 Campo Familiar.....	15
3.2 Campo Profissional.....	17
3.3 Campo Afetivo.....	18
3.4 Campo Social.....	19
3.5 Campo Saúde.....	20
4 HIPÓTESE DIAGNÓSTICA.....	21
5 CONSIDERAÇÕES DA PSICODINAMICA.....	22
6 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	24
6.1 Ansiedade.....	24
6.2 Dificuldade de dormir:.....	26
6.3 Depressão: “Quando a desilusão é sofrida, sente-se a depressão”.....	27
6.3.1 O Vazio Interior e o Medo da Solidão.....	29
6.3.2 A Dinâmica Energética da Depressão.....	30
6.3.3 A supressão dos Sentimentos.....	31
6.3.4 A Falta de Energia.....	32
6.4 Medo: “Viver plenamente é arriscar morrer”.....	33
6.4.1 Por que a paciente teria medo do sucesso?.....	34

## SUMARIO

6.4.1 Por que a paciente teria medo do sucesso?.....	34
6.4.2 Medo do Sexo.....	36
6.4.3 Medo da Insanidade.....	37
7 ANÁLISE DO CARÁTER.....	39
8 PROCEDIMENTO TECNICO.....	43
8.1 Leitura Corporal.....	43
8.2 Técnicas.....	44
8.2.1 Somagrama Inicial.....	47
8.2.2 Somagrama Final.....	49
8.3 Exercícios Corporais.....	52
8.3.1 Grounding e Realidade.....	52
8.3.2 Stool.....	56
8.3.3 Grounding Invertido.....	57
8.3.4 Respiração.....	58
9 PROCESSO TERAPEUTICO.....	59
9.1 A viagem da auto-descoberta.....	59
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
11 NOSSOS MESTRES.....	63
12 BIBLIOGRAFIA.....	64

## RESUMO

Esta monografia versa sobre o tema, ansiedade, medo e depressão, ilustrado por um estudo de caso clínico na área de psicologia. Com o objetivo de descrever a aplicação teórica e prática a partir da análise psicológica dos conflitos emocionais, psicodinâmica, anamnese, hipótese diagnóstica e análise do caráter. A fundamentação teórica foi baseada na Análise Bioenergética cujo fundador desta teoria foi Alexander Lowen, notável por sua contribuição na psicologia pelo aspecto somático e pelas intervenções no corpo através de exercícios bioenergéticos.

Nas considerações finais foram expostos os resultados obtidos a partir da expansão da consciência das razões do comportamento e sentimentos. Portanto, a comprovação da validade, da eficiência e seriedade da psicoterapia corporal no âmbito de consultório e clínica social no Brasil.

## ABSTRACT

The theme of this work consists of: anxiety, fear and depression, showed through a case study in a Psychology clinic's perspective. The main goal is to describe the theoretical useful practice from a psychological analysis of the emotional conflicts, psychodynamic, anamnesis, diagnosed hypothesis and character analysis. The theory was grounded on Bioenergetic Analysis which Alexander Lowen was its founder. He was known by his contribution into the bodily somatic aspects and also his founds regarding to the bioenergetic exercices. At the end, to conclud, was showed the results obtained from a process of consciousness opening, which explained better the reasons related to the behaviors and feelings. What is more, the validity, efficiency and respectable aspects of the Bodily Psychotherapy in the clinic and in the social clinic in Brazil.

# 1 INTRODUÇÃO

Tendo em vista a escolha do formato, estudo de caso, realizamos uma minuciosa leitura de toda história de vida da paciente em suas implicações psicológicas e físicas baseada na Análise Bioenergética.

Na Análise Bioenergética, o corpo, é considerado um instrumento de estudo que revela forma, postura, gestos e emoção, configurando a expressão corporal manifestada no tipo de caráter.

As interpretações da forma de perceber e reagir ao meio externo e conviver nas relações afetivas da paciente analisada foram baseados na linha teórica de Alexander Lowen.

A escolha do tema foi dirigida a: “*Ansiedade, Medo e Depressão*”. Representantes do conflito central da paciente e pela interessante relação entre estes conflitos emocionais. Outra razão envolvida foi à oportunidade de aprofundar o entendimento destes temas, por serem considerados muito freqüentes nos consultórios de psicologia e refletirem o momento histórico social da atualidade.

O cenário deste estudo é ilustrado pela história da vida de uma paciente que busca psicoterapia pelas perdas consideráveis e para entender o fracasso em seus relacionamentos amorosos, onde os homens foram castradores de sua liberdade enfraquecendo o impulso de agir e espontaneidade, formando traços baseados no caráter histérico.

Esta monografia expôs o resultado do conhecimento adquirido no curso de especialização em Análise Bioenergética, através da experiência em atendimento psicológico de pacientes particulares e clínica social. O estudo de caso escolhido foi realizado pela participação no SAPS, clínica social do Instituto da Análise Bioenergética de São Paulo/SP.

A intenção foi contribuir com os estudantes e profissionais dedicados em entender e refletir sobre todos os métodos, procedimentos e técnicas de uma Psicoterapia.

## **1.1 Apresentando o IABSP**

O instituto de Análise Bioenergética de São Paulo é uma escola que desenvolve e divulga os conceitos da psicoterapia corporal de Alexander Lowen, fundador da Análise Bioenergética.

A expansão da psicoterapia corporal faz parte de um movimento entre os países da América do Sul, América do Norte e Europa reproduzindo os postulados e técnicas gerando várias visões e trabalhos. O Brasil se mostra atuante e com participação significativa no Instituto Internacional de Análise Bioenergética – IIBA.

A formação e capacitação dos profissionais no campo da psicologia clínica é uma das principais atividades do IABSP. E contando com a dedicação de todos os coordenadores, professores e profissionais são promovidos workshops, congressos, cursos, grupo de movimento e clínica social – SAPS.

## **1.2 Conhecendo o SAPS**

A Clínica Social - SAPS é formada por uma equipe de coordenadores, supervisores e psicoterapeutas preocupados em como ampliar o atendimento psicológico do consultório particular para o âmbito social.

Uniram-se estruturando a prestação de serviço no atendimento em psicoterapia individual e em grupo, através do modelo de psicoterapia focada em um ano fundamentada na Análise Bioenergética.

Está a onze anos atuando no âmbito social, por organizar a equipe de profissionais que desenvolvem estudos, reuniões mensais com a equipe de coordenadores e psicoterapeutas, como também, supervisões semanais dos casos clínicos. Toda esta dedicação é para melhor atender a população para a superação nas situações de crise emocional e econômica.

## **2 ESTUDO DE CASO: M.C.**

### **2.1 Metodologia**

#### Estudo de Caso

Este foi o método de pesquisa escolhido para o desenvolvimento desta monografia integrante do curso de especialização em Análise Bioenergética no IABSP.

### **2.2 Identificação do Sujeito**

Nome do Paciente: Doravante M.C.

Sexo: F

Idade: 58 anos

Estado Civil: Solteira - Divorciada

Grau de Escolaridade: 2º grau completo /curso técnico em contabilidade

Naturalidade: São Paulo/ SP – zona leste - Tatuapé

Profissão: do lar e administradora de condomínio

Terapeuta: Claudia Gonzalez Gómez

Início do Tratamento: 02/10/2008

Término do tratamento: 25/10/2009

Valor da Consulta: 20.00

### **2.3 Descrição da Queixa**

A paciente chegou referindo-se a um medo que se expressava na frase:

- “Algo está fora de controle”. Pode-se entender na queixa manifesta os motivos latentes de um estado de medo, insegurança, excesso de preocupações com o futuro, falta de perspectiva profissional, assim como, sentimentos de solidão e tristeza.

## 2.4 Objetivos da Psicoterapia

Ao longo do processo foram trabalhados os seguintes objetivos:

- Grounding: apropriar-se de seu território e recuperar para si o que estava sendo projetado externamente.
- A conscientização da inibição da agressividade, para a paciente lutar pelas suas necessidades e direitos;
- Possibilitar o contato com a dor do desamparo e solidão;
- Permitir a flexibilização da rigidez por meio do aprofundamento da respiração e exercícios corporais de expressão da raiva e choro, perante aos homens castradores de sua espontaneidade.
- Aprofundamento de suas relações sociais, permitindo-se a falar sobre suas necessidades e história de vida, para que o outro a conheça melhor; possibilitando o preenchimento nas relações interpessoais;
- Apropriar-se de sua autonomia.
- Reverter à tendência da idéia pessimista que rondava os pensamentos de M.C.
- Elaboração das perdas.
- Recuperação da criatividade.

## 3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ANAMNESE

### 3.1 Campo familiar

A paciente nasceu em São Paulo, à família é constituída por pai, mãe e um irmão, dois anos mais velho.

De classe social média pelo pai ter como negócio uma lotérica, sendo um homem muito dinâmico, empreendedor e carismático, que gostava de manter uma vida social em contato próximo com as pessoas promovendo encontros e festas. Sendo assim, o pai o provedor em todos os aspectos, pois ao ter condições de manter a família exerceu uma superproteção no cuidado com os filhos e uma preocupação excessiva, principalmente com M.C. sendo mulher e mais apegada afetivamente ao pai.

A mãe sempre cuidou dos filhos, suprimindo as necessidades de saúde, educação e alimentação, mas mantendo-se à distância afetivamente e socialmente.

O irmão, dois anos mais velho, segue o padrão de temperamento da mãe, o contato com M.C. sempre foi restrito onde a paciente não pode contar como apoio, tornando-se uma relação sem união.

A infância foi tranqüila a paciente tinha espaço para brincar e fantasiar, o seu maior contato e foco de admiração era o pai que a levava para onde fosse, já que a mãe se recusava na maioria das vezes a sair de casa, assim a proximidade da filha com o pai provocava ciúmes e hostilidade na mãe.

Na adolescência é que começaram as dificuldades e os medos, com a chegada da sexualidade. Nesta época M.C. se tornou uma jovem bonita e atraente aos olhos dos homens, o que provocou o aumento da proteção do pai, limitando e restringindo as necessidades de sair de M.C. para os grupos, estudar, trabalhar, namorar.

Nesta época, aos 16 anos, cursando o colegial, ao ter que sair de casa, começava a ter *crise de ansiedade* apresentando sintomas emocionais relacionados a pensamentos e temores de passar mal no ônibus, sentindo náuseas antes de sair de casa.

---

*Nota:* A intenção da autora foi destacar a relação entre “Ansiedade, Medo e Depressão”. Portanto as palavras relacionadas com o tema aparecerão em *Itálico* no texto.

Esta era a primeira experiência de sair das proximidades da região onde morava para estudar no centro da cidade. Esses episódios ocorreram nos primeiros seis meses de adaptação.

Em um outro momento da época de estudante, M.C. começou a ter medo de morrer de infarto porque um amigo do colégio morreu do coração, começou a ter falta de ar, coração acelerado e angústia até esquecer o episódio e seguir sua rotina normalmente.

Assim, cresceu em um meio onde o pai e a mãe criaram uma visão de mundo permeada de ansiedade e medo, pois ao sair de casa eram muitas recomendações de cuidado para algum perigo eminente ou os discursos clichês de que poderia ficar falada na rua ao deixar algum homem se aproximar para conversar, de ficar grávida e envergonhar a família, sempre dando a conotação de que os homens eram aproveitadores de sua inocência e beleza.

A paciente se casou com o primeiro namorado, por ele ser próximo à família e ser aprovado pelo pai. A figura autoritária e castradora do pai não permitiu a filha explorar sua juventude.

No período da psicoterapia a paciente morava sozinha em um apartamento na zona leste de SP, divorciada há anos e com o filho já adulto e casado. Morando próxima a casa da mãe ela era quem cuidava da mãe dando banho, fazendo a comida e limpando a casa.

Com a morte do pai, há quatro anos, a dinâmica familiar sofreu consideráveis mudanças financeiras, mudando o padrão de vida de M.C. que passou a viver com a renda de um aluguel que ganhou com a partilha de bens que o pai deixou, sendo esta a menor parte para M.C. e a maior parte dos bens para o irmão. O pai depositava no irmão homem a expectativa de continuar seus negócios deixando assim a maior parte dos bens, não considerou a necessidade de M.C. entrando em dificuldades financeiras.

A sensação era de *solidão e insegurança* no meio familiar depois do falecimento do pai, sendo o apoio e a ligação afetiva da paciente mais forte, assim como, a realidade de que a qualquer momento a mãe também poderia falecer.

Durante as sessões psicológicas o discurso sobre o campo familiar, se delineou sobre a situação de saúde da mãe de 89 anos, que não continha nenhuma doença, mas pela idade estava debilitada e quem cuida integralmente é M.C. A preocupação

com a mãe era extrema ao ponto de ocupar a maior parte de seu tempo, e muitas vezes deixar de sair ou se divertir pela culpa de deixar a mãe.

### **3.2 Campo Profissional**

A paciente traz em seu discurso a frustração de não ter exercido uma profissão, pois hoje com uma situação financeira restrita gostaria de trabalhar, no entanto, apresenta insegurança em iniciar uma atividade, embora saiba de seu potencial e qualificações, além dos cuidados com a mãe que a aprisionavam.

Durante o período escolar era dedicada e estudiosa, ganhando gratificações pelas altas notas que lhe proporcionaram o ganho de bolsa escolar.

Na adolescência se formou no curso técnico de contabilidade no colégio Álvares Penteado, chegou a pensar em cursar faculdade de Medicina. Certa vez pediu conselhos e orientações para um professor sobre sua profissão, porém a resposta foi desestimulante: “A faculdade não é para mulheres como você, case-se é mais garantido”, assim como, o pai: “filha você não precisa trabalhar, porque eu te dou o que você precisar”.

Durante o casamento M.C. se dedicava ao lar e o cuidado com o filho, casando-se com vinte e quatro anos, após a separação aprendeu a fazer vários trabalhos manuais, como também, ovos e bombons de chocolate para vender por encomenda.

A atividade que proporcionou uma realização profissional foi ser síndica por onze anos no prédio que mora até hoje, fato que traz satisfação e orgulho. Assumiu um prédio falido e com vários problemas transformando-o em um prédio com maior organização e bem feitorias, até o momento em que novos proprietários começaram a interferir demais em sua gestão. Pressionada e criticada M.C. chegou ao ponto de perder o gosto em administrar o condomínio, o que gerou o sentimento de perda e menos valia de seu trabalho.

Foi observada a angústia de não ter uma ocupação definida, pois depois que deixou de ser síndica, não exerceu outras atividades oficiais, apenas informais e a administração da renda de um aluguel.

### 3.3 Campo Afetivo

Suas experiências amorosas foram marcadas por impedimentos, rompimentos e perdas, sendo este, o seu maior conflito.

Primeiro casou-se aos 24 anos com o primeiro namorado, pelo medo de romper a repressão do pai. O casamento durou onze anos, onde o marido se dizia apaixonado, mas era um homem machista, que não dialogava e não percebia as necessidades de afeto de M.C.

Com o passar dos anos o alcoolismo do cônjuge foi se intensificando, tornando-o agressivo nas palavras e ações, tratando a paciente com *hostilidade e humilhação*, acarretando o estado freqüente de tensão e medo em M.C. chegando a *episódios de pânico e medo de morrer*.

Desta união nasceu o filho sendo este a sua dedicação e foco de atenção, quando o filho estava com dois anos de idade a paciente voltou a sentir o medo de morrer. O marido estava cada vez mais agressivo nas palavras e alcoolizado ao anoitecer, ao chegar o horário do marido retornar para a casa, a paciente começava a passar mal, com o coração acelerado, sensação de angústia, agitação e náuseas.

Separou-se, quando o filho completou oito anos, por todo o casamento suportou tudo calada, sem contar para os pais o que sofria quando estava sozinha com aquele homem grosseiro, escondia dos pais e amigos.

A frase que ecoava dentro de M.C.:

- “Tenho que agüentar”

- “Eu agüento, tenho que suportar não posso me separar agora, o que será de mim sozinha e com um filho pequeno”.

No entanto, houve a separação. E depois da separação o estado foi de alívio e libertação, passando a se dedicar mais a sua recuperação, rejuvenescendo em sua aparência física e motivação para a vida, após dois anos conheceu um outro homem que a admirava e lhe dava toda a atenção e afeto, ficaram juntos onze anos, mas não se casaram.

A paciente relatou ter vivido os melhores anos de sua vida, pois ele estava sempre a seu lado, a levava para passear, viajar e comprava presentes constantemente demonstrando a necessidade de manter M.C. integralmente a seu lado denotando dedicação, mas também, possessividade até o momento em que ele

sofreu uma queda financeira não podendo manter o padrão de tentar suprir M.C. integralmente.

Mesmo que ela nada exigisse, ele sumiu, se afastou de M.C. deixando-a em estado de choque e desespero, passando por momentos novamente de *depressão* pela intensa angústia acompanhada de *vazio e tristeza*.

Com o término repentino desta relação a paciente sofreu a separação, tendo crises de choro, dificuldade de dormir, sentimentos de menos valia e baixa-estima, medo de se relacionar novamente com outro homem.

Com o tempo foi se recuperando, conheceu outros homens, mas já se passaram doze anos e M.C. permanece sozinha em busca de uma relação estável com um homem, formou a crença de que um homem ainda irá salvá-la da dor de suas perdas.

A *solidão* é o sentimento de maior intensidade causando carência e tristeza, pois o seu maior desejo era encontrar um homem que compartilhasse sua vida.

Neste momento a paciente não mantém relacionamento afetivo, embora tenha o desejo e a necessidade de estabelecer uma relação de companheirismo e amor ao lado de um homem.

### **3.4 Campo Social**

No meio social a paciente se apresentava bem humorada e prestativa ao grupo, sua satisfação era estar entre as pessoas em ambientes saudáveis e joviais. Mantinha algumas restritas amigas que compartilha momentos de lazer e reuniões intimistas, no entanto, dificilmente confiava suas angústias para as pessoas, na maioria das vezes ela ficava no lugar de ouvir e dar conselhos, absorvendo com facilidade a angústia e problema do outro, possuindo sensibilidade nesta captação, ficando com mal estar e estados depressivos.

O meio que lhe garantia satisfação era a academia de ginástica, freqüentando diariamente. Tornando seu corpo forte e musculoso, mantendo a aparência jovial e vaidosa. Meio este, que lhe proporcionava estar em contato com pessoas com alto astral e saúde, embora seja em um nível superficial de relacionamento. M.C. sentia a necessidade de estar nesses ambientes como meio de renovação da sensação de mesmice e a angústia de estar avançando para o envelhecimento e convivendo com o estado terminal da mãe, provocando a sensação pesada de estar morrendo e

ficando amarga e sozinha como a mãe configurando-se um temor, como um destino de M.C.

### **3.5 Campo Saúde**

A paciente mantinha uma alimentação saudável, realizava exercícios físicos e fazia exames médicos regularmente. Apresentou resistência em tomar medicação, por ser sensível à química. No entanto, revelava transtorno no sono, pela dificuldade de dormir em função do estado de constante preocupação, denotando dificuldade de desligar-se emocionalmente do meio externo.

## 4 HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Segundo, Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Cid – 10: F41.1 ansiedade generalizada

Esta categoria deve ser utilizada quando o sujeito possui ansiedade generalizada e persistente que não ocorre exclusivamente, nem mesmo de modo preferencial, numa situação determinada – “a ansiedade é flutuante”. Os sintomas são de apreensão constante com preocupações sobre o futuro, dificuldade de concentração. Como também, tensão motora com sintomas de movimentação inquieta, cefaléias tensionais, incapacidade de relaxar e hiperatividade autonômica.

De acordo com a Análise Bioenergética, a classificação para as características de personalidade da paciente é correspondente ao Caráter Histérico. Esta estrutura de personalidade foi descrita primeiramente por Reich e posteriormente por Lowen.

“O caráter histérico por complicadas que possam ser suas reações e sintomas representam o tipo mais simples de couraça caracterológica. Sua característica mais evidente é uma atitude sexual muito clara, combinada com um tipo específico de movimentação corporal tingida de um tom definitivamente sexual” (W. REICH, 1975 p. 201).

## 5 CONSIDERAÇÕES DA PSICODINAMICA

A partir das observações realizadas durante os três primeiros meses de psicoterapia, M.C. chega à psicoterapia em estado depressivo pelas perdas e fracassos de sua vida, paralisada no medo e insegurança. O medo na história da paciente sempre a acompanhou, deixando-a paralisada e insegura.

A raiva reprimida inacessível à própria paciente, trancada por um exterior rígido, embotava sua agressividade, restando-lhe a crença de que ser boa e obediente para a mãe, lhe garantiria o amor.

A paciente revelou um discurso organizado em tarefas que cumpria para mostrar na psicoterapia, demonstrando inicialmente uma excitação e ansiedade na fala, mas que durante a sessão se perdia em um sorriso mecânico e olhar triste que esperava uma resposta ou reação da psicoterapeuta.

A busca de ajuda partiu porque M.C. percebia algo fora de seu controle, pois passou por rompimento afetivo, morte do pai, roubo de jóias e estelionato do inquilino do seu apartamento. Vivenciou estados depressivos alternados por elevada ansiedade e falta de perspectiva de futuro, como também, crises de labirintite.

Como forma de diminuir a agonia e sofrimento ocupava todo o seu tempo com trabalho, chegando aos limites da exaustão, com a tendência a comportamentos excessivos de limpar a sua casa e a casa da mãe várias vezes por semana, assim como, pensamentos ligados a preocupações com o que irá desempenhar no outro dia e ao futuro, embora a paciente não reclamasse utilizando o *mecanismo de negação* de suas insatisfações e dores.

A dinâmica familiar foi constituída por uma mãe distante que não orientava e apoiava a paciente. Nesta relação foi identificada a hostilidade da mãe que sempre cuidou das necessidades básicas de alimentação e saúde, porém não se aproximava e fazia críticas a M.C. quanto ao como deveria se portar e não dar trabalho para as pessoas.

Com o passar dos anos sua mãe ficaria mais debilitada e a perda da lucidez vagarosamente se aproximava, deixando a paciente ainda mais sozinha, pois a mãe estava viva, porém sem comunicação e contato com o meio, e conseqüentemente com as necessidades emocionais de M.C.

A relação com o pai era muito próxima pela busca de afeto, no entanto inconscientemente era uma ligação incestuosa. Portanto o mecanismo formado baseado na fixação na fase genital, formando traços baseados no caráter histérico, cujo conflito é centrado no medo dos impulsos sexuais intensos, mas reprimidos bloqueados pela couraça que protege contra os impulsos internos e estímulos externos, porém provocava na paciente o isolamento.

A submissão se manifestava em seus relacionamentos, partindo da relação com o pai autoritário que deixavam todos a seu redor impotente, fazia com que M.C. nunca reagisse às restrições de sua liberdade o que acarretou imobilização da luta pelos seus direitos. Este padrão de relação é a repetição manifesta da neurose enfraquecendo o impulso de agir e a espontaneidade.

## 6 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

Para compreender o funcionamento psicológico da paciente analisada, nos reportamos a teoria inspirada no estudioso Alexander Lowen que escreveu sobre a relação e efeito do corpo no processo psicológico.

A escolha do tema foi dirigida especificamente a:

*“Ansiedade, Medo e Depressão”*

### 6.1 Ansiedade: A incontinência no mundo contemporâneo e sua influência no corpo feminino

Na atualidade a placidez do feminino dedicada ao acolhimento e aconchego do lar tem cada vez menos espaço. Essa supressão aparece nos corpos enrijecidos e armados das mulheres contemporâneas pela corrida por buscas exteriores de realização. Ser mulher e procriar já não basta e a ansiedade gerada por esta insuficiência mobiliza mecanismos de defesa diferentes de acordo com cada tipo psicológico.

As defesas psíquicas e somáticas têm a função de proteger a pessoa das crises de ansiedade. A ansiedade mais severa está associada a algum distúrbio no funcionamento cardíaco e respiratório. Postula-se o conceito de que qualquer conjunto de circunstanciais que interfira na operação das funções vitais a um organismo dará margem à ansiedade (LOWEN, 1982 p.109).

A ligação entre dificuldade respiratória e ansiedade já era do conhecimento de Freud “que entendeu que a ansiedade no efeito de obstáculos á respiração, atividade esta, que não tem elaboração psíquica alguma, poderia tornar-se a manifestação de qualquer acúmulo de tensão”. Isto quer dizer que o acúmulo de tensão produziria um obstáculo á respiração e propiciaria ansiedade (LOWEN, 1982).

Os psicanalistas não seguiram nesta linha de pensamento conduzido pela compreensão biológica da personalidade. Esta conexão, descoberta por Reich e por ele apenas estudada, tornou-se a base da abordagem terapêutica que levou a Análise Bioenergética.

A Análise Bioenergética acredita que a obstrução da respiração produzirá ansiedade e os órgãos relacionados à ansiedade são as tensões no pescoço, garganta e diafragma, criando obstruções na respiração. A região do pescoço, esta estreita passagem entre a cabeça e o resto do corpo, passagem pela qual se veicula o ar para os pulmões e o sangue para a cabeça. Um estrangulamento na região é também uma ameaça direta à vida e resulta em ansiedade (LOWEN, 1982 p.109).

No caso, a paciente apresentava na região do pescoço visíveis tensões que se notavam pelas veias saltadas e constante vermelhão, provocando sensações de sufocamento e inibição da expressão.

O conjunto de tensões localizadas no diafragma e ao redor da cintura obstrui a respiração limitando o movimento do diafragma. Este órgão é o principal músculo respiratório e sua ação está em grande medida submetida à tensão emocional, reagindo a situações de medo através de contrações. Quando estas passam a ser crônicas, está criada a predisposição para a ansiedade (LOWEN, 1982 p.110).

Na maneira de se vestir os cintos preponderavam. Acentuando o “corte” na cintura, como que chamando atenção para a desconexão entre a região torácica e pélvica. Nesta região do corpo da paciente, havia uma cintura fina, abdômen para dentro, com visível estreitamento que bloqueava a expansão da respiração e impulsos sexuais.

Reich postulava que a ansiedade sexual está presente em todos os problemas neuróticos.

Os sentimentos tornam-se limitados aos genitais, perdendo a ligação com o coração e sentimentos sofrendo uma cisão pelo mecanismo de racionalização no nível do ego, formando o conceito de que o sexo deve ser dissociado do amor (REICH, apud LOWEN, 1982).

Quando o nível de descarga é baixo aumenta a ansiedade, devido a inibições da auto-expressividade que criam obstáculos à descarga emocional.

A paciente chegava sempre minutos antes para a consulta agitada, pois vinha a pé demonstrando grande expectativa, mas no momento em que a sessão dava início a energia de M.C. parecia diminuir dando lugar a uma passividade. Reproduzia uma situação de infância esperando a aprovação da psicoterapeuta como esperava dos pais.

O psicoterapeuta precisa estar atento para não entrar na sedução deste lugar de poder que ilustra o tipo de transferência que o paciente propõe e sim manter-se

na função de ajudar o paciente a enfrentar sua ansiedade elaborando suas inibições e excesso de energia.

Esta paciente enfrentava a sensação de estar sendo exigida o tempo todo, obrigando-a a um constante estado de vigília, atenção e por fim ansiedade.

## **6.2 Dificuldade de dormir**

No momento em que se iniciava o dia, ao acordar M.C. pensava: “mais um dia, sem graça” após alguns instantes embarcava em um frenético movimento de suas atividades diárias em um pensamento fixo em se ocupar para não ficar parada.

Ao anoitecer a aceleração do dia passava para a calma da noite. Colocando a cabeça sobre o travesseiro, não havia descanso, as obrigações do dia seguinte não a deixavam desligar-se. Revelando a dificuldade de conciliar o sono.

Quando sugerido a possibilidade de uma medicação M.C. reagiu fortemente mantendo-se na auto-imagem de “super-mulher” continuando com o pensamento “eu suporto”.

Assim, a transição da vigília para o sono exige se desligar. Por isso tantas pessoas com dificuldades de dormir, precisando de sedativos para aliviar a ansiedade e facilitar a passagem da consciência para a inconsciência. Há também, a relação entre ansiedade de dormir e a sensação de morte, pelo estado de baixa energia no processo de vigília, este era um dos sintomas da paciente.

O que chamava atenção, no caso, era a dificuldade de adormecer de todas as noites. A paciente queixava-se de estar cansada, mas não conseguir desligar a mente das preocupações e acontecimentos que estavam por acontecer, manifestando ansiedade.

A incapacidade de pegar no sono é uma forma de ansiedade, um medo de se deixar ir, uma insegurança sobre a perda da consciência. Para a criança, a transição do estado de consciência para o estado de inconsciência pode representar uma experiência amedrontadora. O ego da criança sente a falta da consciência como uma volta à escuridão, o que acarreta o medo da morte, a grande desconhecida. Esta dificuldade também está relacionada à persistência do estado de excitação nas camadas conscientes da personalidade (LOWEN, 1982 p.199).

A dificuldade da paciente se discriminar dos fatos externos a ela, somava outro fator de tensão e preocupação, conflitos não resolvidos, como a dificuldade

financeira, o estado de saúde da mãe e a dificuldade de encontrar um relacionamento afetivo com um homem.

O sono é um estado de excitação difusa e reduzida. Nele, muitas funções vitais do corpo apresentam uma diminuição, por exemplo como o ritmo cardíaco. No processo natural de dormir, a pessoa ao acordar terá a sensação de disposição e energia para começar o dia, uma boa noite de sono poderá evocar a sensação de prazer (LOWEN, 1982).

### **6.3 Depressão: “Quando a desilusão é sofrida, sente-se a depressão”**

A depressão é uma perda de sentimentos e *Freud* concluía em seus ensaios que “a melancolia consiste na tristeza da perda da libido” (LOWEN, 1983, p. 94).

No caso descrito a paciente expressava uma aparente alegria e hiperatividade, mas escondia o estado depressivo e os sentimentos de tristeza e solidão.

A pessoa deprimida vive do passado com uma correspondente negação do presente e ao mesmo tempo, vive no futuro tão pouco realista em termos do presente.

No caso a paciente sofre por suas perdas que destroem sua segurança e auto-aceitação, projetando a imagem de felicidade no futuro com a esperança de que anule a experiência do passado. O mecanismo utilizado por M.C. era imaginar um futuro ideal de um homem para salva-la de seu próprio vazio interior.

Pode-se perceber a depressão pelo afastamento do corpo, não vê a si mesmo como realmente é, uma vez que a mente está focada em uma imagem externa, fora de si e na maioria ideal.

A auto-expressão é limitada em M.C. se apresentava na realização das atividades de forma obsessiva e mecânica.

A pessoa deprimida é aprisionada por barreiras inconscientes de “devo” e “não devo” que a isolam e limitam-na. Vivendo em uma prisão, ela tece fantasias de liberdade e sonha com uma pessoa ideal. As ilusões evitam o confronto com a realidade limitante.

Para compreender a reação depressiva, é necessário compreender o seu contraponto a euforia. O sinal de euforia é a hiperatividade das idéias que parecem fluir livremente, e uma intensidade maior deste estado leva a mania.

O estado emocional da paciente mantido na maior parte do tempo era o estado de ansiedade, hiperatividade, chegando à mania no gasto exagerado relacionado a compras de acessórios e roupas para ela, como forma compulsiva, mecanismo de compensação de suas frustrações.

Segundo Otto Fenichel: O caráter triunfante da mania surge da liberação da energia confinada no conflito depressivo à procura de uma descarga. [...] A mania não é uma liberação genuína da depressão mas uma negativa constrangida de dependências (apud LOWEN, 1983 p.33,34).

No estado depressivo, o ego está limitado pela couraça no corpo, não tem reação, ao passo que na mania há um aumento de excitação e agitação, euforia.

A paciente circulava por estes dois estados, prevalecendo no estado hiperativo, na tentativa e temor de ir para o estado depressivo.

Toda reação depressiva tem como base a perda do amor da mãe, sentido como rejeição. Assim a ilusão de autoconfiança que acompanhava o sentimento de euforia sofre um colapso formando-se a depressão. O colapso é um fenômeno bioenergético, a carga energética que tinha hiperexcitado as estruturas periféricas se retira para o centro do corpo, a região do diafragma, estômago e plexo solar. A onipotência do ego se transforma em impotência, não havendo possibilidade de saída dos impulsos, por maior que seja à força de vontade (LOWEN, 1983).

As pessoas que sofrem de depressão, como no caso em análise, tem necessidades orais insatisfeitas. Está relacionada à frieza da mãe, não ter recebido demonstrações físicas de afeto, configurando-se em *carência afetiva*. A paciente em uma sessão disse:

- "Não lembro de minha mãe ter me dado um beijo na infância".

Necessidades orais insatisfeitas na infância, não podem ser saciadas na idade adulta, assim enquanto adulto deve-se procurar essa segurança dentro de si mesmo.

Não importa quanta atenção, admiração, aprovação à pessoa possa receber, não preencherá o *falta a ser* da condição humana.

Este preenchimento é alcançado, segundo Alexander Lowen através do trabalho, amor e sexualidade.

### 6.3.1 O Vazio Interior e o Medo da Solidão

Daí *Freud* ter notado que “na tristeza o mundo torna-se pobre e vazio, na melancolia é o próprio ego” que se torna pobre e vazio (LOWEN, 1983, p. 94).

A representação interna que existe em muitos pacientes, do sentimento de vazio, aparece no caso de M.C. Há uma falta de sensações na barriga, em função do medo inconsciente de que não haja algo para se apoiar, nada ou ninguém para ampará-la se ela deixar o fluxo passar. A parte inferior do corpo torna-se desenergizada contribuindo para a sensação de insegurança (LOWEN, 1983).

No pensamento japonês, o ventre é considerado como o centro vital do homem. [...] Chama-se *hara* e aparece como o centro: “dele saem todas as movimentações emanando força, orientação e medida”. [...] O ventre é a sede da vida, literalmente nos assentamos no ventre e mantemos contato através dele com o assoalho pélvico, os órgãos sexuais e pernas. [...] Na mitologia antiga o diafragma era relacionado à superfície da terra, tudo acima da superfície era luz e, portanto consciente. Abaixo era a escuridão, o inconsciente. [...] Estar em *hara* é estar em seu próprio ventre na integração na personalidade em todos os níveis da vida (LOWEN, 1983 p. 38, 37).

Surgem os medos, que aprisionam o indivíduo:

- O medo de que não haverá ninguém para fornecer apoio.
- O medo de se deixar abater e cair em depressão. Este é o caso de M.C. se mantendo na hiperatividade para encobrir a depressão latente que a rondava, sofrendo com sentimentos no ventre de desespero e tristeza.
- O medo da própria independência.
- O medo de ficar só, este era o maior medo de M.C. que a assombrava. Falava nas sessões: “*Não quero ficar só!*”.

### 6.3.2 A Dinâmica Energética da Depressão

Lowen salienta que a reação depressiva resulta do colapso de uma ilusão, não uma ilusão consciente, mas sim, uma ilusão que foi operante no comportamento de uma pessoa.

A reação depressiva imobiliza uma pessoa. Ela torna-se incapaz de comandar o desejo ou a energia para manter suas atividades habituais, sentindo-se derrotada, minada por uma sensação de desespero.

A depressão ocorre até quando tudo parece estar correndo bem e em momentos em que se atinge o sucesso, a fama, aposentadoria, negócio.

Foge à lógica!

A razão para isso é a incapacidade de conectar o sentimento à situação que pede uma reação de auto-afirmação. Essas pessoas não estão fundamentadas em seus corpos e não estão em contato com o seu centro vital *Hara*.

Freud, que estudou a melancolia, acreditava que ela era causada por uma inibição na expressão da dor, podendo em alguns casos estar relacionada à perda do objeto de amor, no início da vida do indivíduo.

Psicanalistas posteriores ligaram à supressão da raiva e do furor diante da privação causada pela perda do objeto amado.

Nos pacientes deprimidos a aparente submissão à exigência dos pais é a contenção de uma rebeldia “fui levado a não me sentir querido, agora não quero realmente nada”.

Ao tratar o paciente deprimido deve-se entender sua perversão e aceitar sua rebelião. É através desta rebeldia que consegue mobilizar sentimentos que o libertaram para se tornar mais verdadeiro. Seu protesto é contra um sistema que nega seu direito de ser, [...] embora não é desta forma que irá encontrar a fé de que necessita ou base para se erguer. [...] O rebelde ainda é um marginal que quer ser aceito, mas não quer ou não pode admitir isso (LOWEN, 1983 p.42).

Assim, a expressão de qualquer emoção é suficiente em muitos casos para libertar a pessoa de sua disposição depressiva.

A depressão é uma perda da força interna do organismo. Esta força interna é o fluxo constante de impulsos e sentimentos dos centros vitais do corpo para a periferia, pois o que se movimenta no corpo é a carga energética. [...] Esta carga ativa o tecido e músculo em seu

caminho trazendo sensações, quando tudo isso resulta em ação chama-se impulso. [...] No estado depressivo a formação de impulsos é severamente reduzida tanto quanto ao número de impulsos como em suas forças. Produz-se uma perda de sentimentos e uma falta de ação externamente, ocorrendo um colapso interno (LOWEN, 1983 p.59).

### **6.3.3 A supressão dos Sentimentos**

Chamava atenção em algumas sessões o ar de representação como uma atriz de Hollywood que a cliente assumia sobre o salto rosa combinado com o cinto rosa e a bolsa rosa. Compondo o quadro oposto ao cinza que estava sentindo. O olhar era a única nota dissonante de traia toda a composição.

O termo supressão significa que o impulso é levado para baixo da superfície do corpo, abaixo do nível da consciência. A pessoa perde consciência do desejo ou do contato com seu sentimento, ou seja, não a memória ou idéia, instala-se um *Nada um Vazio*.

Com efeito, a área do corpo que deveria ser envolvida na expressão do impulso é amortecida pela tensão muscular crônica que se desenvolve como consequência do padrão contínuo de retenção. A área é efetivamente isolada da consciência pela perda de sentimentos e sensações normais.

Há outras situações na qual o mecanismo de suprimir o impulso de chorar se desenvolve. Muitas mães não suportam o choro da criança, se irritam e reagem com hostilidade ou com a retirada de seu amor se engajando um em conflito de poder e manipulação da mãe com o bebê e ela vence, o bebê pára de chorar, pára de desejar.

Outros sentimentos como raiva, negatividade e hostilidade, também são suprimidos desde a infância.

Na psicoterapia a paciente em estado depressivo não se mostrava capaz de expressar seus sentimentos negativos e hostis diretamente a psicóloga. Foi estimulada a contestar e falar: “Não”. Reinvidicando a falta da mãe, nos momentos em que M.C. precisou.

Na transferência com a psicoterapeuta aparecia a necessidade de agradar com presentes, chocolates como forma de não se sentir um peso como na relação com a mãe.

A supressão de sentimentos cria uma predisposição para a depressão, uma vez que ela impede o indivíduo de confiar em suas impressões e sentimentos como um guia para seu comportamento.

As emoções não fluem com força suficiente para lhe mostrar uma direção clara. Assim, perde o que é essencial para o impulso e desejo o apoio, a orientação e direção ficando o impulso fraco, perde-se! A paciente exclamava:

- “Sinto-me perdida”.

A tarefa terapêutica foi ajudar a paciente a encontrar a orientação partindo do contato das sensações de seu próprio corpo nos exercícios bioenergéticos. Partindo do nível sensorial para as vibrações nas pernas e pélvis. Intervir neste encontro de M.C. com seu corpo, foi permitindo os impulsos ultrapassarem as couraças musculares e chegar à superfície da consciência em sensações e em imagem:

Paciente, M.C.:

“Sinto uma energia, como raios pequeninos saltando em minhas pernas” – a paciente estava na posição em grounding, sorriu, porém tensionou os ombros.

Psicoterapeuta diz:

“Ok...É isso! Apenas sinta, isso diz de você!”.

“Deixe essa vibração fluir, deixe sua mente solta, não precisa pensar em nada agora, imagine que este seja um encontro com o seu corpo, com você”.

Após esta intervenção e exercício, foi trabalhado o tema relacionado ao distanciamento de M.C. com seu corpo, mas no nível sensorial que envolve sentimentos mais profundos e seus reais anseios e o principal, o desejo.

#### **6.3.4 A Falta de Energia**

A depressão é marcada pela falta de energia. Há uma notável diminuição dos gestos espontâneos e uma visível falta de mudança facial. O rosto deprimido é lânguido e sua pele parece flácida como se estivesse mantido a energia e sua tonicidade.

A resistência contra ter um interesse ativo no mundo é enorme, pela sensação de esgotamento e exaustão surgida pela falta de energia. Durante o processo de terapia a paciente expressava sua exaustão e esgotamento diante de tantas atividades realizadas em seu cotidiano, por não conter sentimento e sentido.

Uma vez que o organismo é um sistema auto-abrangente, sua capacidade para funcionar efetivamente depende do seu estado de excitabilidade. [...] Dentro dos limites da sua estrutura biológica um organismo com mais energia, tem um nível mais alto de excitação interna. Ele se move mais rápido, alerta, coordenado em seus movimentos e mais capacitado a reagir. [...] A carga alta se manifesta no brilho dos olhos e na movimentação espontânea do corpo. Excitamento e depressão são qualidades opostas (LOWEN, 1983, p.71).

No tratamento psicológico foi necessário trabalhar cada um dos aspectos da perda de sentido pela paciente. No caso, a paciente só se percebia existindo quando estava “fazendo” mecanicamente algo, mas no desfrutar o prazer ela não se permitia como por exemplo, estar em algum local socialmente, sem conseguir se desligar das preocupações, não relaxando totalmente, na maioria das vezes o prazer era parcial, não “vivendo” espontaneamente.

#### **6.4 Medo: “Viver plenamente é arriscar morrer”**

A vida resume em ser, por que temos tanto medo disso?  
Por que nos é tão difícil nos entregarmos e simplesmente sermos?  
(LOWEN, 1986. p. 108)

Durante o tratamento psicológico, a paciente tornou-se avó de um menino, de seu único filho. Toda a expectativa de desfrutar deste novo contato, com esta nova vida, foi frustrada por dificuldades no relacionamento com a nora de origem japonesa com costumes que marcavam as diferenças culturais entre elas. Não se sentia no direito de lutar por um espaço para curtir esse neto, continuando solitária.

Da mesma maneira que não via possibilidades de desfrutar do sucesso profissional e pessoal do filho que sentia naquele momento ter o perdido para a nora.

Na situação de pessoa necessitada devida a sua oralidade ressentida, não fazia alianças com as pessoas, porque não sentia que poderia dar e avançar na conquista de espaço nas relações. Ficava sempre na posição da rejeitada como havia ficado em outras relações de sua vida.

Para confirmar estas crenças, na infância foi introjetada a idéia: “ir para a rua, vida, era perigoso pelas pessoas serem aproveitadoras” e “você pode atrapalhar e dar trabalho para as pessoas”. Este era o bordão favorito de sua mãe onde ela própria, a paciente, ancorou o seu medo da vida, pois estar aberta para as pessoas

era “perigoso”, retraindo-se no isolamento, o que estava sendo reproduzido na relação com a nora que “tirou sua liberdade de estar próxima ao filho e neto” e “tenho que avisar com antecedência para ir ver meu neto, pois tenho medo de invadir e atrapalhar a rotina deles”.

#### **6.4.1 Por que a paciente teria medo do sucesso?**

Para esta pergunta vamos encontrar respostas na situação edípica do estudo de caso. Nesta paciente foi travada uma rivalidade inconsciente com a mãe, pelo amor do pai. De acordo com a análise da relação familiar, a paciente ocupou o lugar do irmão na relação com o pai. O irmão passivo e identificado com a mãe, não tinha o temperamento e carisma do pai, não obtendo a admiração do mesmo.

O pai homem sempre enérgico e preocupado em ser o provedor da família. Repetia todos os dias a mesma frase:

-“Não sei o que vai ser de vocês, quando eu morrer”.

Esta frase deixava todos na impotência e dependência. No final da vida repetindo a ferida no feminino acabou deixando a lotérica para o filho dar continuidade ao negócio, por ser o ‘Homem’. E deixou apenas um imóvel para M.C. alegando que ela não precisava por já ser casada.

Só a psicoterapeuta percebia a razão latente de uma manifestação sádica do pai. Em função da ferida resultante da escolha por outro homem que não ele.

O sucesso e o poder são as respostas do ego para o problema edípico. Conseguir-los compensa a castração. [...] promete amor pela satisfação das exigências dos pais e proclama a superioridade do filho sobre o pai. Pela mesma razão, o sucesso evoca a ameaça da castração. A admiração suscita inveja, o poder conduz ao medo, a vitória sobre o pai traz o medo de ser destruído ou devorado (LOWEN, 1986, pág. 114).

Assim, M.C. vive em meio à dor da impossibilidade de ser, por fugir do destino de ficar sozinha como a figura materna e por outro lado parece estar submetida à supremacia do pai, não podendo traí-lo por superá-lo através do sucesso profissional.

O fracasso se apresentava perante ela, por não ter uma profissão definida, e era racionalizado pela mesma por se achar sempre inferior. A questão era a falta de expectativas que estes pais demonstravam com a paciente, não esperavam muito dela, apenas ser uma boa mulher, mãe e esposa.

O que a paciente almejava além destas funções era visto como desnecessário ou inadequado. A visão pessimista introjetada dos pais era que M.C. pudesse se frustrar ou ser enganada, pela idéia de fragilidade e ingenuidade. Esta era outra razão para a paciente desistir por insegurança e falta de apoio.

- “M.C. foi criada para ser provida, não para ser a própria provedora”.

Foi Identificado na paciente forte potencial criativo, pela facilidade em realizar trabalhos manuais, mantinha o gosto por decoração e moda, vendendo bijuterias. Ela própria fazia suas unhas, cabelo, maquiagem. Estas características mostraram ações criativas a suas limitações financeiras e a sua forma de se apresentar ao mundo.

Durante o processo de psicoterapia foi abordado este tema, suas qualidades e potencial criativo, onde a paciente expressou ter consciência de sua capacidade, porém sentir-se insegura para apostar em sua própria idéia. Se mostrava dedicada, interessada e curiosa quando estava envolvida em uma atividade. O perfeccionismo era um agravante, pois a criatividade tornava-se um desempenho em tensão em ter que acertar e saber, perdendo o prazer.

Assim, M.C. era frustrada por não ter uma profissão definida, sendo interpretado que o importante era ela reconhecer que poderia criar uma forma mais leve e prazerosa de sua vida, considerando o que já realizava. A pessoa só pode fazer aquilo que é possível, e deve considerar esta parcela. Neste estágio da vida haveria a possibilidade de se libertar e investir em seus ímpetos criativos, necessitando ela se aprovar e autorizar.

A pessoa criativa olha o mundo com uma visão nova. Não tenta resolver novos problemas através de antigas soluções. Parte do princípio de que desconhece as respostas. Assim aborda a vida com curiosos olhos abertos e com a imaginação de uma criança, ainda não estruturada em sua maneira de pensar e ser (LOWEN, 1984, p. 208).

A imaginação criativa começa com uma avaliação e aceitação da realidade. Não procura transformá-la, fazendo com que se molde às próprias ilusões. Mas, ao contrário, a imaginação busca aprofundar a compreensão da realidade para enriquecer a experiência que se tem dela (LOWEN, 1984, p. 208).

#### 6.4.2 Medo do Sexo

A paciente não relatava nada sobre sua sexualidade, dando a conotação de que conseguia se realizar no ato sexual. Com o ex-marido não tinha experiência, pois este foi o primeiro homem a ter relação sexual, se casando virgem. Durante os primeiros anos de casada, relatava ter tido atração sexual, porém com os anos se tornou um fardo e obrigação.

Depois de separada teve um relacionamento de 11 anos. Com ele dizia que gostava e sentia prazer, a paciente não relatava detalhes e sentia vergonha em falar abertamente sobre sexo. No entanto, as tensões em seu corpo contradiziam o seu relato.

Já fazia onze anos que não estava no relacionamento, neste período foram poucas relações sexuais, fruto de poucos encontros sexuais, e não eram suficientes para satisfazê-la, mas a paciente tão carente e necessitada de contato ao ter a possibilidade de um encontro, vai em busca de carícias, atenção e colo.

Portanto, o sexo tornou-se um meio da paciente conseguir afeto e não orgasmo. A falta de descarga sexual acarretava em irritação, nervosismo alternado por tristeza.

Outro aspecto era a necessidade excessiva de controle do meio externo e pensamentos obsessivos, tudo isso refletia a dificuldade “em soltar a cabeça”, entregando-se aos próprios impulsos e desejos, isso significava uma ameaça para a paciente.

O sexo manifesta aspectos assustadores para as pessoas. A vida e o sexo são imprevisíveis, estão além do controle do ego, o orgasmo começa como fluxo e termina numa explosão.

A repressão sexual é o maior meio de controle da população mundial encontrado nas civilizações. No passado o código era que a pessoa não deveria ceder completamente ao apetite sexual, atualmente as barreiras foram modificadas pelo liberalismo consumista.

O sexo é a mais intensa manifestação do processo vital. Para não deter o processo da vida, ela precisa fluir suavemente, através de canais organizados e reguladores.

As fantasias da explosão orgástica e êxtase pretensamente libertadoras são na verdade assustadora no imaginário daquele que poderá “perder o controle”.

Reich chamava este medo de ansiedade do orgasmo, este por sua vez, se manifesta em todo comportamento neurótico. A associação entre sexo e morte é bem conhecida, e para os franceses a expressão orgasmo é *la petit mort*, A pequena morte, já que o ego está extinto no orgasmo completo (LOWEN, 1986).

Por esta razão no indivíduo neurótico o orgasmo total é bloqueado antes de chegar à explosão e clímax, só lhe permitindo ser parcial.

O corpo de M.C. era um modelo de sexualidade, mas só um modelo. Faltava-lhe paixão interior, faltava-se vitalidade.

#### 6.4.3 Medo da Insanidade

Por baixo da superfície aparentemente racional de nossas vidas está um medo da insanidade. Não ousamos questionar os valores pelos quais vivemos ou nos revoltamos contra os papéis que desempenhamos, face ao medo de pormos em dúvida nossa sanidade (LOWEN, 1986, p. 132).

A sensação de insanidade, dentre os vários fatores está na situação de duplo vínculo, a criança recebe *duas mensagens opostas*, simultaneamente, o conflito é suficiente para levar alguém à loucura.

Veja no estudo de caso:

No caso estudado, quando criança e pré-adolescente o pai fazia questão da paciente acompanhá-lo pelo bairro, aos eventos sociais e familiares, onde a paciente sentia-se orgulhosa logo ocupava o lugar da mãe anti-social, denotando assim, a situação edípica pelo forte vínculo entre pai e filha. Portanto, era a filha, mas acompanhava o pai como uma mulher, como a mãe.

As mensagens duplas se davam nas seguintes conotações:

“Filha você é a minha menina dos olhos, é inteligente e tem tino para os negócios, como seu pai, mas não precisa trabalhar, já está casada, cuide da casa e do seu filho”.

-“O que vai ser de vocês, quando eu morrer”.

-“Você é a mulher mais bela, que mais amei e amo, mas não sou digno de você, preciso me manter longe.” – namorado de 11 anos.

-“Filha você precisa sair de casa para se divertir, conhecer outros homens, mas eu não posso ficar com o seu filho esta noite”.

- “Os homens fazem à promessa de serem o seu El Salvador, mas morrem como o pai, e somem como os namorados”.

A sensação de que iria ficar louca tem relação com os sentimentos inconscientes em relação a estes pais, um pai muito sedutor e uma mãe muito fria que a rejeitava. Culminando em muita culpa e raiva, sentimentos opostos que impossibilitados de ir para a consciência não encontraram meios de elaboração transformando-se em incompreensão e sensação de que iria enlouquecer.

*Louca!* Ficar louca significava perder o juízo ou perder a cabeça, instalando-se a desorientação.

Teoricamente, toda sensação pode aniquilar o ego, se explodir com força suficiente para destruir os limites do si - mesmo. A mente fica inundada como as margens do rio quando ultrapassam os contornos da paisagem (LOWEN, 1986, pág. 128).

Quando aumentava a angústia, nossa paciente não suportava ficar só em seu apartamento e sua única saída era justamente sair pelas ruas de seu bairro, andando e andando como meio de ventilar seus pensamentos e pulmões para não enlouquecer.

## 7 ANALISE DO CARÁTER

Foi realizada a análise do caráter a partir das características de personalidade e de comportamento de M.C., evidenciando traços do caráter histérico.

Com o processo da psicoterapia, revelavam-se observações interessantes, M.C. era uma mulher loura de 59 anos de boa aparência apresentando-se sempre maquiada com um sorriso no rosto, vestida com roupas bem joviais que marcavam as curvas e silhueta do seu corpo malhado em músculos bem definidos chamando a atenção, principalmente, dos homens, aparentemente uma mulher “sem problemas” uma “coquete”.

Dentre as várias razões da busca por psicoterapia estavam o *fracasso em seus relacionamentos amorosos* e à sensação eminente de que *algo estava fora de controle*.

Para ilustrar o caso, faz-se necessário relacionar a dinâmica da histeria sob a visão psicanalítica. A histeria e os sintomas histéricos foram os assuntos que conduziram Freud as constatações psicanalíticas iniciais.

Fenichel (1945, p. 527) descreve: “Considerando os mecanismos da histeria, é de se esperar que os traços que se manifestem, correspondam aos conflitos entre um medo intenso da sexualidade e impulsos sexuais fortes, mas reprimidos”.

Os estudos de Reich (1949, p. 189-191) oferecem a melhor visão para entender o caráter histérico. Reich nos diz que sua característica mais saliente é o comportamento sexual óbvio, combinado a um tipo de agilidade corporal de nuance sexual, isto explica a ligação entre histeria feminina e a sexualidade.

Nas mulheres o tipo histérico de caráter é evidenciado pelo coquetismo disfarçado no porte, olhar e fala. Atualmente a identificação do comportamento exterior do caráter histérico não está explícita, conforme era conhecida por volta de 1890-1900 quando Freud investigava seu mecanismo, pois alterações ao longo da evolução sócio - cultural ocorreram modificando os aspectos dos tipos de caráter.

Na situação edípica, o papel desempenhado pelo pai de M.C. em sua infância influenciou na dinâmica de suas trocas objetais. Sendo um homem de forte personalidade, contagiando todos a seu redor pela vontade de viver e trabalhar, sendo o provedor e a ligação de maior afeto de M.C. que o admirava como o grande

homem. Ao mesmo tempo sua proteção a M.C. era excessiva e autoritária, esta atitude ambivalente do pai criava sentimentos de amor e ódio na menina.

Esta configuração culminou na formação do caráter histérico, sendo o desejo bloqueado pelo medo provocado pela rejeição original do pai, da sexualidade infantil da paciente, por outro lado a ira está inibida pelo desejo reprimido. Cada repressão atua como defesa contra os impulsos opostos.

Este é o dilema: a libido infantil da menina se manifesta em carinho e preenche a insatisfação sexual do pai. Esta energia percebida por ela, alimentava suas fantasias incestuosas.

A reação inconsciente do pai acaba impondo um limite. A menina se inibe e se apóia na *obediência para obter o amor do pai*, expulsando as excitações e desejo para baixo do nível consciente aprisionado pelo medo da rejeição.

Crescendo e se tornando mulher a única saída para driblar a repressão são as *nuances indiretas*, do movimento dos quadris, o olhar brilhante, gesticulações delicadas e insinuantes embora inconscientes a própria M.C.

Se casou com o primeiro rapaz que se aproximou como amigo. A *nuance indireta*, era corresponder aos olhos do pai, que aprovou esta “amizade”. O rapaz insistiu por anos e revelou o pedido de casamento que em contrapartida M.C. não sabia exatamente o que sentia, aceitando e sendo *obediente para obter o amor de um homem*.

É típico de o caráter histérico ceder á força direta ou indiretamente, o que só aumenta a raiva latente contra o homem. Na caso a conquista terminou na submissão da paciente, mas realizando-se uma análise mais profunda, não foi um ato de amor e sim uma atitude narcisista provocado pela ofensa da rejeição paterna.

A. Lowen (1997, p.237) salienta que a submissão sexual que encobre uma atitude agressiva, é o sinal inconfundível do caráter histérico. O padrão de resposta parece ser provocação, resistência e por fim submissão.

Assim, segue a repetição na relação com os homens pela dificuldade nos relacionamentos, primeiro um casamento diante de um homem machista, ignorante e agressivo que atacava sua auto-estima com desdém, provocando a humilhação, crises de ansiedade e o medo freqüente. Depois no segundo relacionamento um homem aparentemente apaixonado que fazia tudo para ela, mas tinha o preço da possessão, ciúmes e a cobrança de exclusividade.

Os homens foram castradores de sua liberdade, espontaneidade, expressão e auto-afirmação.

A submissão está baseada no medo de uma excitação sexual forte provocando a perda do controle, tem a função de impedir uma entrega direta do desejo sexual, na visão de A. Lowen (1977, p. 237).

O histérico busca ajuda porque *alguma coisa está fora de controle* e deseja restabelecê-lo exatamente uma das queixas da paciente, por sentir-se *fora de controle*, isso indica a criação de uma ansiedade.

O problema da histeria e do ataque histérico está associado ao brusco aumento da produção energética, produzido pela liberação de afetos reprimidos, resultando em ansiedade. Liga-se a um sintoma somático, sendo o conflito transferido para o nível psíquico. O ataque histérico é a contrapartida psíquica da tentativa de reprimir um estado de forte ansiedade (LOWEN, 1977, p. 230).

Freud (1894 p.105) reconheceu o corolário desta proposição quando disse: “a neurose de ansiedade é, na verdade, a contrapartida somática da histeria”. A ansiedade é uma experiência comum a todos os tipos de caráter, onde há duas saídas, uma pela explosão, pelo excesso de energia que pode dominar o ego, ou a conversão em paralisia histérica.

A paciente funcionava a níveis baixos de energia, a hiperatividade era na verdade um mecanismo para a sensação de insatisfação, estar sem saída, sentir a vida monótona. Durante o processo foi apontado a falta de agressividade nos relacionamentos e o medo de lutar por seus direitos.

Reich *apud* Lowen (1977) escreve: “quando o comportamento sexual parece estar próximo de atingir seus objetivos, o caráter histérico normalmente desiste ou assume uma atitude passiva”.

A impulsão a agir é fraca, pois o impulso espontâneo está bloqueado, por isso M.C. não sentia raiva, não reclamava a sua dor, sendo este considerado um traço depressivo onde a raiva é embotada transformando-se em tristeza.

Foi apontado o comportamento sempre complacente, receptivo pronta a ajudar, representante da “boa menina”. Levando a consciência de seus limites e o reconhecimento de sua exaustão diante do servir e aceitar.

M.C. representa uma mulher orgulhosa e determinada, possuindo beleza e sensualidade, mas que sofreu injúrias graves e perdas consideráveis, a sensação

era de profundo sofrimento. O impulso rejeitado é vivido como uma rejeição de amor, este é o motivo do profundo sofrimento no caráter histérico.

O conceito de couraça foi introduzido por Reich para descrever um mecanismo protetor de estímulos externos e contra os impulsos libidinais interiores. A habilidade de se encourçar só está disponível as estruturas rígidas de caráter, baseadas num funcionamento genital. A couraça é somaticamente representada por tensões e espasticidades musculares (LOWEN, 1977).

O estudo bioenergético da estrutura de caráter histérico está baseada numa total rigidez corporal. As costas são rígidas, não se curvam. O pescoço é duro e a cabeça ereta. A pélvis é mais ou menos retraída e mantida apertada. É a rigidez do peito e do abdômen o elemento essencial para uma couraça [...] Psicologicamente, a armadura é a expressão de uma atitude de endurecimento para enfrentar um ataque mais do que para revidar (LOWEN, 1977, p. 232).

A mudança na estrutura do caráter se desenvolve a partir de uma alteração na dinâmica da estrutura do caráter; é a liberação da agressividade de sua função defensiva que muda o caráter histérico. Não se remove nenhuma couraça sem pôr em liberdade à raiva (LOWEN, 1977, p. 232).

A terapia analítica almejou a reversão do padrão profundamente enraizado de submissão presente neste caso. Através do estímulo da reivindicação, expressão da raiva e choro, embora tenha apresentado resistência em aprofundar a análise em certos momentos, sendo o choro difícil de manifestar, como também, dificuldade em permanecer durante muito tempo nos exercícios corporais.

## 8 PROCEDIMENTO TECNICO

### 8.1 Leitura Corporal

O movimento e ações da paciente pareciam mecânicos, refletidos em um corpo de aparência harmônica e sensual, com muita rigidez muscular em todas as partes do corpo, na parte superior o pescoço era tenso apresentando vermelhidão, ombros eram altos, retos, as costas não cediam, a sensação era de que elas iriam “quebrar”, peito com certa fragilidade com pouco seio, como os de uma adolescente.

A parte inferior do corpo denotava uma pélvis estreita, mantida apertada, pernas torneadas com um tornozelo fino e os pés com os tendões tensos como garras para se fixar ao chão. O queixo também era muito rígido.

A paciente demonstrava como característica o orgulho e a determinação, que se refletiam nas tensões do queixo e pescoço, que eram rígidos e a paciente não conseguia relaxar. Os olhos eram atentos, assustados e amedrontados. E escondia a tristeza.

O trabalho com o corpo no processo terapêutico propõe a expressão do paciente diante de seus desejos, colocando-os através de intervenções e exercícios que estimulem a catarse entrando em contato literalmente pela re-vivência dos traumas e repressões.

O trabalho relacionado às tensões musculares auxiliou a paciente a entender como é que suas atitudes psicológicas são condicionadas pelas tensões em seu corpo. Por exemplo, as tensões musculares na garganta da paciente analisada, lhe causavam vermelhidão. Ao aplicar uma pressão na garganta, com os dedos, pedindo para a paciente soltar um grito, a mesma sentia muita dor e não conseguia emitir som alto, demonstrando vergonha como se não tivesse o direito de expressar sua dor.

Depois do exercício corporal de expressão do grito, na sessão, foi relacionada as razões de tanta vergonha e inibição, relacionados ao excesso de superproteção exercidas na infância onde o pai era a voz da casa, deixando todos impotentes, principalmente M.C. Sendo mulher, considerada como frágil por isso não precisava “gritar seus direitos”, “gritar pelos seus interesses”.

A qualquer toque a paciente reclamava e dizia estar dolorido, declarando a forte resistência, não deixando a psicoterapeuta aproximar-se e aprofundar a análise.

## 8.2 Técnicas

As técnicas que em nos baseamos são as que compõem a psicoterapia bioenergética focada e serão descritas na ordem que foram propostas no processo de um ano de trabalho.

O material escolhido para análise diagnóstica, foi à técnica de desenho projetivo da figura humana.

Hamner (1981) amplia o conceito de projeção de Freud, onde o que é projetado é sempre recalcado, e a define como a “colocação de uma experiência interna ou de uma imagem interna, no mundo exterior”. E completa: “... a projeção é o processo psicológico de se atribuir qualidades, sentimentos, atitudes e anseios próprios, aos objetos do ambiente (pessoas, outros organismos ou coisas). O conteúdo da projeção pode ou não ser conhecido pelo sujeito como parte de si próprio” (RETONDO, 2000 p. 15).

A escolha partiu da técnica do Somagrama desenvolvida pelo SAPS, clínica social, para a observação da auto-imagem do paciente. O somagrama é um desenho subjetivo e emocional da própria experiência que o paciente vive no corpo. É um mapa com a ilustração das projeções dos estados emocionais do paciente.

Foi utilizado no momento inicial da psicoterapia, para estabelecer um foco e psicodiagnóstico. E o outro momento foi na finalização do processo de um ano, dando condições para a paciente visualizar no desenho os recursos alcançados e resultados obtidos.

Para complementar a análise do desenho projetivo, foi realizada a escolha do Manual Prático de Avaliação do HTP (Casa, Árvore – Pessoa) e Família.

“O *HTP* investiga o fluxo da personalidade à medida que ela invade a área da criatividade artística” (Hammer, 1981). A linguagem do inconsciente é fundamentalmente imaginativa e simbólica e, emerge com bastante facilidade por meio dos desenhos. Tanto a linguagem simbólica, quanto os desenhos alcançam níveis primitivos da personalidade, permitindo o acesso ao mundo interno (RETONDO, 2000 p. 16).

Primeiramente foi proposto o exercício de grounding para a paciente concentrar sua atenção no nível sensorial das sensações de cada parte do corpo, iniciando-se pelos pés até a cabeça. Obtendo um relaxamento através do aprofundamento da respiração.

Após este primeiro momento de auto-percepção e registro das sensações do corpo, foi dado o segundo momento.

- Consigna: *“Faça um desenho de sua auto-imagem, ou seja, de você mesma”*.

Após terminar de desenhar a paciente foi orientada a indicar a direção das forças percebidas na musculatura em forma de tensão e espaços internos, sensações e sentimentos com flechas e outros tipos de risco, cores e escrita, observados no exercício em grounding proposto anteriormente.

- Consigna: *“Contemple o que você criou na projeção de sua auto-imagem”*.

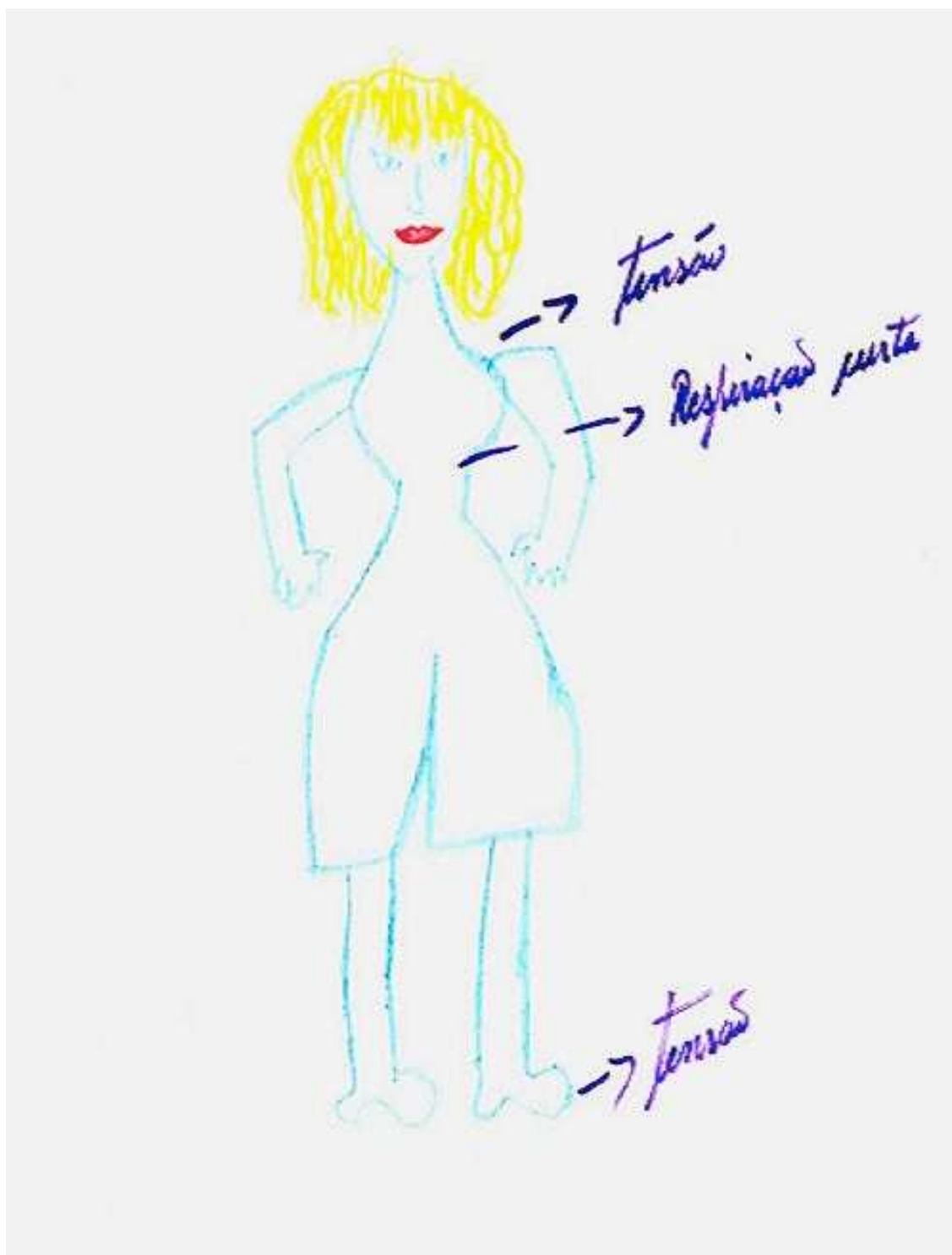
Após desenhar, a paciente respondeu a sete perguntas.

- 1) Tente ver no desenho um comportamento?
- 2) Como esta pessoa se sente?
- 3) O que ela precisa?
- 4) Que qualidades ela tem?
- 5) O que ela está disposta a desistir?
- 6) O que acredita a respeito de si mesma?
- 7) O que este desenho reflete sobre sua existência?

<u>Pergunta</u>	<u>Resposta Somagrama</u> <i>Data: 13/11/2009</i>  <u>Inicial</u>	<u>Resposta Somagrama</u> <i>Data: 19/10/2009</i>  <u>Final</u>
1. Tente ver no desenho um comportamento, qual é o nome desse comportamento?	R: <i>Comportamento sempre preocupada, com todas as coisas ao redor.</i>	R: <i>Nesse desenho, me vejo uma pessoa mais tranqüila.</i>
2. Como esta pessoa se sente?	R: <i>Sinto um pouco de solidão.</i>	R: <i>Sinto uma sensação de maior segurança.</i>
3. O que ela precisa?		R: <i>Atualmente preciso de mais carinho.</i>
4. Que qualidades ela tem?	R: <i>Perseverante, fiel, honesta, amorosa.</i>	R: <i>Prestativa, sincera, leal, fiel, trabalhadora.</i>
5. O que esta pessoa está disposta a desistir?	R: <i>Quero desistir de parar de preocupar-me (sic), contudo ao meu redor, em sentido exagerado.</i>	R: <i>Não quero mais ser tão ansiosa e preocupada com tudo e com todos.</i>
6. E o que acredita a respeito de si mesma?	R: <i>Acredito que eu sou uma pessoa capaz com inteligência para atingir os meus objetivos.</i>	R: <i>Acredito ter capacidade de conquista.</i>
7. O que este desenho reflete sobre a sua existência?	R: <i>Reflete a pessoa que passa por momentos tensos, sem muita esperança, mas com muita vontade de mudar interiormente.</i>	R: <i>Hoje esse desenho reflete na minha existência, uma mulher mais segura e decidida.</i>

*Nota: O campo da terceira resposta, não foi preenchido pela paciente no momento da aplicação do somagrama.*

## 8.2.1 Somagrama inicial



No somagrama inicial, foi interpretado o desenho da figura humana como sendo a própria paciente. Os aspectos que chamaram mais atenção foram:

O desenho do próprio sexo e posição de frente, denota aceitação de si mesmo, boa evolução psicosexual e relacionamento com o meio externo.

O movimento é de uma figura parada, sugerindo estar estática denotando dificuldade para relaxar, controle dos impulsos e espontaneidade.

Aparência de uma mulher de idade superior a M.C. de aparência envelhecida aponta para aspectos depressivos.

A cabeça de tamanho normal representa ter auto-conceito positivo, no entanto o cabelo parece estar desordenado, revelando discordância com entre limitações e convenções de ordem social.

O olhar está desviado para o lado, fixo em um objeto externo, sugerindo controle sobre o ambiente, persecutoriedade e medo de perder o controle.

A boca em negrito demonstra a ansiedade a respeito da necessidade de dependência, demonstrando oralidade.

O pescoço longo e fino mostra a cisão entre a racionalidade da cabeça e os sentimentos na região do peito e controle dos impulsos sexuais.

Os ombros desproporcionados afirmam o estado de desequilíbrio. O estado de tensão é evidenciado pelos braços erguidos como se estivesse preparada para se defender de um perigo eminente.

O tórax pequeno sinaliza a constrição emocional, sugerindo a supressão dos sentimentos.

A cintura pequena e bem apertada é o que chama mais atenção na figura, revelando a divisão da parte superior e parte inferior do corpo, como também, o controle das emoções, o conflito na sexualidade e repressão sexual.

Utilizou cores frias, traços finos e sem tônus, sinônimo de falta de vitalidade.

Nos pés a paciente escreveu sua sensação com a palavra: tensão. Sinalizando não estar em grounding, ou seja, insegurança.

A paciente escreveu: tensão nos ombros, respiração curta e tensão nos pés.

### 8.2.2 Somagrama final



No somagrama final, foram observadas mudanças relevantes e positivas da figura desenhada.

O desenho do próprio sexo e posição de frente, denota aceitação de si mesmo, boa evolução psicosexual e relacionamento com o meio externo.

O movimento é de uma figura parada com movimento moderado sugerindo estar relaxada denotando espontaneidade.

Aparência de uma mulher de idade próxima a M.C. de aparência jovial denotando aspectos de vitalidade e maturidade.

A cabeça de tamanho normal representando ter auto-conceito positivo. O cabelo parece estar bem penteado, denotando interesse pela aparência social, desinibição, boa energia. Foi observado pelo sombreado dos traços a preocupação em seduzir, revelando o narcisismo e exibicionismo.

O olhar está para frente, sugerindo contato com a realidade. Os olhos bem desenhados sugerem feminilidade, sedução, afirmação sexual e desejo de chamar atenção.

A boca em negrito demonstra máscara social e necessidade de aceitação.

O pescoço mais proporcional com a diminuição da divisão entre as partes, embora ainda permaneça a cisão entre a racionalidade da cabeça e os sentimentos na região do peito e controle dos impulsos sexuais, representado pelo colar.

Os ombros bem proporcionados afirmam o estado de equilíbrio, flexibilidade e harmonia.

Mãos com dedos pontudos demonstram a agressividade e a raiva contida.

A cintura pequena e bem apertada é o que chama mais atenção na figura, revelando a divisão da parte superior e parte inferior do corpo, como também, o controle das emoções, o conflito na sexualidade e repressão sexual. Mesmo ao final do processo terapêutico apresentou os mesmos traços do desenho inicial.

Nos pés a paciente escreveu sua sensação com a palavra: sinto os pés mais firmes ao chão. Sinalizando estar em grounding, ou seja, apoiada em seus pés com segurança.

Utilizou cores quentes, traços fortes e com tônus, sinônimo de maior presença e vitalidade.

Foi observado um acentuado perfeccionismo nos traços pela preocupação em seduzir.

A resistência em aprofundar os conteúdos de maior conflito, ligados à sexualidade e a raiva reprimida, estando os mesmos inconscientes a paciente, foram revelados no primeiro desenho e permaneceram no segundo desenho, como no traçado do pescoço e da cintura estreita, por exemplo.

## 8.3 Exercícios Corporais

### 8.3.1 Grounding e Realidade

Durante todo o processo de psicoterapia a posição em grounding foi a mais utilizada, pois a paciente manifestava muita resistência em realizar exercícios que sugeriam posições regressivas, como o stool e posições deitada. Sendo a posição em pé a menos ameaçadora para a paciente.

A proposta foi colocar a paciente em pé, *grounding*, alinhando o corpo e apoiando-se em seus pés.

As posturas de *grounding* e as vibrações aumentam as ondas respiratórias e a excitação geral do organismo. O fluxo energético pulsa movendo-se pendularmente dos pés até a cabeça. O fluxo energético pulsa movendo-se pendularmente dos pés até a cabeça. O bloqueio em qualquer segmento do corpo impede este fluxo (WEIGAND, 2006, p. 44).

Fisicamente e externamente era um corpo de aparência jovial, de saúde, com músculos definidos por freqüentar diariamente a academia. No entanto no momento em que a paciente era levada a perceber seu corpo de um outro ângulo, em grounding, revelou-se a imobilidade do todo o corpo com ombros contraídos e tensos, paralisia da musculatura das pernas.

A paciente ao fechar os olhos e fazer contato com as sensações físicas e emocionais, não suportava e rapidamente abria os olhos, dizendo que já estava boa.

Por esta razão o trabalho com o grounding foi fundamental para a paciente sentir os pés e as pernas com os olhos ora abertos, ora fechados. Sentir os pés como possibilidade de apoio, de base, pois foram observados os dedos em garras no chão denotando o estado de medo, sendo apontado e interpretado para a paciente que não percebia a posição dos seus pés. As pernas musculosas eram enrijecidas e traziam a sensação de força, mas que não se ligavam aos pés inseguros.

Lowen criou as posturas em pé para promover vibrações, com o objetivo de liberar as tensões crônicas, e daí nasceu primeiramente a percepção corporal de conexão com o chão, ou seja, enraizamento. Posteriormente desenvolveu o conceito de *grounding*, a partir de suas sensações e sentimentos. Lowen se deu conta de que o enraizamento, a sensação de força, e vida nos pés e nas pernas, provocava nele sentimentos de segurança (WEIGAND, 2006, p. 44).

A energia de todo o corpo estava na cabeça, apoiada no pescoço duro e vermelho, neste sentido a proposta era apenas respirar, e muito lentamente movimentar o pescoço de em lado e depois para o outro soltando o ar e som, soltando o peso para a região das pernas e pés.

A dissociação entre o comportamento e o sentimento era uma habilidade em M.C. que aparentemente estava sempre com o sorriso no rosto, mas a aparência física foi mostrando o olhar triste. Havia também na região da cintura uma cisão, indicando conflito e repressões na sexualidade.

“Quando um indivíduo não está embasado [grounding], seu comportamento sexual também não estará, ou seja, estará dissociado da sensibilidade no resto do corpo”, afirma Lowen, 1997 p.36 (WEIGAND, 2006, p. 44).

Por isso o trabalho corporal com esta paciente precisou ser muito sutil para a paciente ir percebendo suas dores e sentindo-as com menos ameaça. Estando na posição em pé foi estimulado a paciente manter o foco de sua atenção no presente. Possibilitando-a sentir o apoio do em seu corpo, podendo perceber a vibração nas pernas com maior autonomia e maturidade.

Lowen associa ter os pés no chão a sustentar seu espaço, suas idéias, ter um lugar na família e no mundo, tomar posição para defender um ponto de vista ou uma causa, ter *standarts* no sentido de ter valores elevados. Estar sobre os próprios pés significa sentir-se independente (WEIGAND, 2006, p. 45).



**Posição:** Em pé, corpo alinhado, pés paralelos na altura do quadril, joelhos levemente flexionados, pés plantados no solo.

Orienta-se o paciente a se concentrar, ficar em silêncio e começar a perceber o próprio corpo no nível de sensações, sentimentos, imagens ou cores.

## Relato de suas impressões na posição em Grounding:

### Grounding realizado na primeira sessão psicológica:

<b>Partes do Corpo</b>	<b>Percepção e Sensações</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pés</li></ul>	“não sinto meus pés inteiramente no chão, e meus dedos ficam encolhidos para se segurarem”.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pernas</li></ul>	“estão bambas, trêmulas por dentro”, “parece que não consigo sair do lugar”.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pélvis</li></ul>	”não sei...normal”.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Diafragma</li></ul>	“agora não estou sentindo nada, mas às vezes sinto frio na barriga, quando passo por situações constrangedoras ou quando tem algo para acontecer”.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Peito</li></ul>	“sinto angústia; “me sinto sufocada”. Geralmente quando me sinto assim, preciso sair de casa e andar a pé ...ando e ando! Saio pelas ruas do bairro, passo nas lojinhas, encontro conhecidos, me distraio. Aí passa essa sensação ruim e volto para casa, um pouco mais aliviada”, “parece que abre os pensamentos”.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ombros</li></ul>	“nossa é o lugar mais tenso, duro”.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cabeça</li></ul>	“estou meio “zozza”, com tontura”.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Respiração</li></ul>	“sinto dificuldade em inspirar o ar”.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Olhar</li></ul>	Desviava o olhar da psicóloga, com vergonha, parecia querer se esconder.
Observação	Foi observado o quão era difícil a paciente entrar em contato com seu interior, a paciente não conseguia se concentrar, abria os olhos e fazia algum tipo de comentário ou rapidamente falava: “estou bem”, “me sinto ótima”, “vou melhorar” demonstrando resistência em aprofundar os conteúdos de maior conflito e denotando a forma em que se apresenta nas relações, com um sorriso estampado em seu rosto.

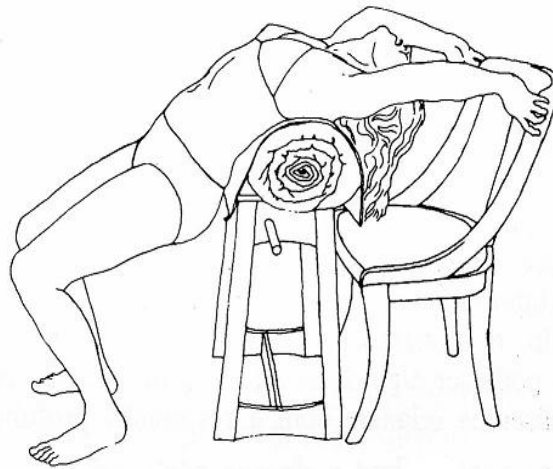
Grounding realizado na última sessão psicoterapêutica:

<b>Partes do Corpo</b>	<b>Percepção e Sensações</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pés</li></ul>	-“sinto os pés mais firmes no chão”, “estou mais segura”.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pernas</li></ul>	-“estão mais leves”.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pélvis</li></ul>	-“normal! Mais solta”.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Diafragma</li></ul>	-“tudo bem”.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Peito</li></ul>	-“mais cheio, preenchido”, “me sinto em paz” “tranqüila”.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ombros</li></ul>	-“menos tenso”.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cabeça</li></ul>	-“mais leve, não adianta eu ficar tão preocupada”.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Olhar</li></ul>	Conseguiu olhar para a psicóloga, mostrando um olhar atento, aberto inicialmente, mas não se mantinha revelava a tristeza.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Respiração</li></ul>	-“agora já consigo puxar o ar, está mais fácil”; “soltar é melhor ainda, relaxo” “alívio”. Sempre lembro de você terapeuta, me dizendo: - Respire! Aí eu paro fico nesta posição em pé e começo a respirar... Me acalmo, e depois penso no que vou fazer!
Observação	A paciente ao final do processo já conseguia aprofundar mais a respiração e encontrar nesta posição o apoio nos pés, conseguindo relaxar cabeça e ombros em forma de alívio e relaxamento, contudo, ainda apresentava dificuldade em concentrar-se.

### 8.3.2 Stool

Instrumento criado para intervenções direcionadas ao aprofundamento da respiração, aciona ansiedades, medos e traumas infantis por deixar o paciente vulnerável e sem controle frente às sensações energéticas que se manifestam, podendo ser utilizado para trabalhos com a intenção de aprofundar conteúdos mais inconscientes e regressivos.

No caso a paciente, verbalizava, “minhas costas vão quebrar ao meio”, seu corpo paralisava e seus olhos se arregalavam denotando medo e pânico. A falta de ar perante as tensões, provocava a sensação de sufocamento. A paciente não suportava ficar nesta posição, pela rigidez de seu caráter e o temor inconsciente do tema edípico. Ampliando a respiração e com tórax aberto e exposto, o sentimento era de desespero na paciente.



**Posição:** O paciente deita de barriga para cima, curvando as costas, braços e cabeça para trás, soltando toda região superior do corpo sobre o stool. A boca pode ser mantida aberta para deixar o ar circular e expandir. Os pés em base no solo, o paciente deve ser orientado a sempre permanecer apoiado sobre suas pernas e pés, para exatamente, possibilitar a confiança em deixar-se e se entregar sobre o stool.

### 8.3.3 Grounding Invertido

Este exercício, também, possibilitou o relaxamento da parte superior de M.C, pois seus ombros e costas eram extremamente tensas. A vibração se manifestava sutilmente, a paciente não se permitia soltar inteiramente, mas foi considerado como um início e avanço para quem não sentia nada. O incentivo era fazer contato com seus pés e pernas, tornando-os mais fortalecidos. E sentir o soltar da cabeça como um descanso, balançando de um lado para o outro.

Quando este exercício atinge sua finalidade, o paciente costuma sentir suas pernas vibrando involuntariamente, a vibração das pernas e outras partes do corpo estimulam e liberam os movimentos respiratórios. Isso acontece porque o estado vibratório de um corpo é a manifestação de suas reações emocionais.



**Posição:** Em grounding em pé, o paciente é orientado a inclinar a parte superior do corpo para frente até encostar os dedos no chão. Esse movimento deverá ser lento, primeiro a cabeça, sentindo todo o seu peso, depois os ombros, e assim vai parte por parte.

Ao descer deixar a cabeça solta, boca aberta para aprofundar a respiração abdominal, o paciente pode fechar ou permanecer com os olhos abertos.

Deve deixar o paciente por alguns minutos até o momento em que o paciente sentir dor ou a vibração, sendo este, a finalidade do exercício.

Pode deixar os olhos abertos ou fechados. Para finalizar o paciente deverá apoiar-se em sua base, e ir subindo, lentamente, encaixando cada parte e principalmente a coluna, no sentindo de organizar e fortalecer o alinhamento das vértebras na coluna vertebral.

### 8.3.4 Respiração

Lendo a biografia de Freud escrita por Ernest Jones: “Em uma carta um ano depois, ele (Freud) também assinalava essa ansiedade como sendo a reação à obstrução a respiração – uma atividade que não tem uma elaboração psíquica – que poderia tornar-se a expressão de uma acumulação de tensão” (LOWEN, 1983 p.199).

A respiração identificada, no caso, sendo restrita e curta provocando ansiedade, irritabilidade, dificuldade de concentração e tensão. A dificuldade era notável pelos episódios de ansiedade generalizada.

A respiração cria sensações e a paciente demonstrava o medo de sentir aprofundando a respiração. Havia o medo de sentir sua tristeza, sua raiva e suas apreensões.

Para Lowen (1984, p.34) “o neurótico sente dificuldade de esvaziar completamente os pulmões. Segurando o ar, como medida de segurança, pois a expiração completa é como ceder, aceitar a supremacia do corpo. Deixar o ar sair, é sentido pelo neurótico como uma perda de controle”.

O controle era um dos mais fortes mecanismos que a paciente utilizava para lidar com sua elevada ansiedade.

A respiração sadia reveste-se de uma qualidade plena e única. A inspiração começa com um movimento do abdômen para fora quando o diafragma se contrai e os músculos abdominais relaxam-se. [...] Ao atingir profundidade na respiração o corpo carrega-se de vida. Uma das verdades óbvias sobre o corpo vivo é que ele mostra a expressão: os olhos brilham, a tonicidade muscular é boa, a pele mostra uma tonalidade brilhante e o corpo é quente. Tudo isso acontece quando a pessoa respira profundamente. (LOWEN, 1984, p.35)

Durante a terapia bioenergética, nas sessões, o incentivo da respiração, foi uma das técnicas mais utilizadas e que beneficiou a paciente, pois esta começou a utilizar os exercícios em sua prática de vida, a consciência despertou e toda situação de tensão a paciente se colocava a respirar para se dar mais tempo para agir, pensar e relaxar.

## 9 PROCESSO TERAPEUTICO

No processo psicoterapêutico foi adotada a abordagem de regressão e progressão, vivenciados nos workshops ensinados pelos professores, mas principalmente pelo trainer Len Carlino e Liane Zink que nos ensinou a visão do pêndulo de levar o paciente para a regressão dos padrões infantis e vivências traumáticas, para possibilitar elaborações possibilitando seguir para a progressão dos conflitos atuais possibilitando atingir estágios mais elaborados da consciência.

### 9.1 A viagem da auto-descoberta

O psicólogo funciona como um mediador esclarecendo questões inconscientes ao próprio paciente. Para isso é necessário que o profissional invista em congressos e workshops de aperfeiçoamento e inserir-se em um grupo de movimento.

O curso de especialização em análise bioenergética tem como princípio:

*“Tentar levar o paciente até onde o próprio terapeuta chegou;  
Enquanto expansão da consciência”.*

Portanto, durante todo o curso, o grupo de alunos vivenciaram em aulas e workshops todos os conceitos e técnicas corporais propiciando recursos para o alcance de camadas mais profundas para o autoconhecimento. No grupo com a orientação e acompanhamento dos professores, os alunos aprendiam com o atendimento de outro colega, atingindo estados de catarse, choro, raiva e vibrações, sendo assim, o corpo, um recurso e instrumento para o alcance do emocional se tornando objeto de estudo na prática e aprendizado.

O trabalho de análise de um psicoterapeuta é identificar qual foi à *crença interna* formada pelo paciente a partir da percepção, sensação e interpretação dos primeiros modelos de identificação do núcleo familiar e ideologias da sociedade.

A psicoterapia corporal fornece ao terapeuta uma segunda linguagem para se comunicar com o cliente. O trabalho com esta segunda linguagem possibilita ao cliente reviver relações primárias [...] alcançando um nível mais profundo de experiência do que aquele obtido com a abordagem puramente verbal (WEIGAND, 2006, p. 17).

Para apreender em profundidade a estrutura do cliente, frequentemente mascarada pelo discurso verbal, a Análise Bioenergética utiliza a leitura corporal. Esta ferramenta permite a

observação da energia (sua intensidade, fluxo, bloqueios e contenção), do centramento (autoconhecimento) e do *grounding* da pessoa, que é o contato com a realidade interna, emocional, e com a realidade externa, o mundo (WEIGAND, 2006, p. 18).

A análise bioenergética focaliza os processos somáticos criando técnicas para entender a personalidade através do corpo, pois é com o corpo que nos comunicamos e vivenciamos o meio externo, assim como, é através do corpo que entendemos as sensações, as vibrações, reações físicas do mundo interno.

Resgatar a liberdade, a graça e a beleza do ser – trinômio definido por Alexander Lowen como natureza primária do homem – foi e ainda é o grande objetivo da Análise Bioenergética. Ele referia-se a liberdade de pensar e sentir, á graça de se movimentar e a beleza de viver amorosamente, com saúde e alegria (WEIGAND, 2006, p. 14).

O movimento é a essência da vida; crescimento e declínio são dois aspectos do movimento e dualidade do ser. Um bom trabalho terapêutico é fazer com que o cliente dê início a um movimento de ascendência em espiral tornando conscientes as dinâmicas de percepção do meio externo interligado aos processos internos (LOWEN, 1975).

Para Lowen um indivíduo genuinamente saudável continuaria tendo as quatro camadas: ego-consciente, muscular, emocional e centro (coração). A diferença é que não seriam mais defensivas e sim coordenadas e expressivas.

Todos os impulsos fluiriam a partir do coração, ou seja, a pessoa poria o coração em tudo o que fizesse [...] Responderia assim, emocionalmente, a todas as situações e estas respostas sempre teriam uma base sentimental (LOWEN, 1975, p. 107).

Os sentimentos representariam à expressão genuína, uma vez isentos de repressões, e para tanto, a camada muscular estaria livre de tensões crônicas, as ações e movimentos seriam espontâneos e criativos (LOWEN, 1975).

- "*Alexander Lowen fala de um idea!*".

Embora utópico, devemos estimular nossos pacientes e entrar em contato com o seu centro flexibilizando todas as camadas, apropriando-se do auto-conhecimento adquirido em psicoterapia.

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo terapêutico se manteve em um movimento contínuo pela pontualidade, presença e participação de M.C.

De acordo com as normas da clínica social – SAPS a psicoterapia foi concluída, tendo um tempo de, um ano, conforme o previsto e de acordo com as normas da clínica social que acompanhou e proporcionou supervisões clínicas para melhor entender o caso.

A terapia evoluiu durante este ano, do primeiro foco sendo no grounding e centramento e ao longo do processo evoluiu para a auto-expressão e auto-apropriação.

A busca da paciente era encontrar um ponto de apoio, pois em meio à história de perdas, desorientou a paciente, tornando sua vida monótona e sem amor. M.C. foi direcionando-se ao externo, em uma espera passiva, de um trabalho e de um homem, de alguém que a reconhecesse para ela ser e sentir.

Ao final da psicoterapia no campo familiar, a paciente continuou mantendo o padrão de dedicação no cuidado com a mãe com mais limite dividindo melhor o tempo para ter momentos de lazer e liberdade diminuindo o sentimento de culpa.

Nas relações sociais da paciente demonstrou mudanças consideráveis, como a ampliação das amizades partindo da paciente à iniciativa em se expor procurando as pessoas do seu convívio. A possibilidade de estar no grupo, facilitou o aprofundamento das relações apacando o sentimento de solidão e menos valia.

Foi trabalhada a possibilidade de maior satisfação nas atividades cotidianas. Reconhecendo a mulher ativa e comprometida por administrar sua vida com dedicação e esforço. Foi trabalhada a elaboração da frustração de não ter reivindicado o seu desejo frente ao pai na época de adolescente, período este, onde poderia ter vivenciado atividades profissionais.

Ao final demonstrou maior tranquilidade quanto à área profissional, pela diminuição da frustração e vergonha social através de maior tranquilidade.

O medo e a insegurança em tomar iniciativa estavam relacionados à dinâmica familiar de mulheres que não precisavam ir trabalhar, entregando esta função ao homem provedor pela troca da dedicação a família e lar. Portanto continha o significado de ir contra uma crença familiar.

Estas novas percepções auxiliaram a paciente a entender como suas atitudes psicológicas refletiam as tensões em seu corpo, como também, ao reconhecimento do que a paciente continha enquanto potencial criativo e as suas ações no cotidiano resgatando sua auto-estima e autoconfiança.

O foco foi parcialmente alcançado, ainda que nem todos os objetivos terapêuticos tenham sido completamente atingidos. Podemos considerar que houve êxito do trabalho pelas mudanças no estado emocional, na auto-percepção e comportamento, considerando a resistência em aprofundar os conteúdos de maior conflito e expressão da raiva por parte de M.C.

Portanto, com a elaboração no processo terapêutico das questões trazidas pela paciente à mesma seguiu em seu curso encontrando novos sentidos e direções para sua vida.

O trabalho de análise é complexo perante a relação entre o homem e a realidade que se apresenta diante dele em meio ao controle dos instintos, emoções, fantasias e racionalidade. Sendo o indivíduo um ser biopsicosocial em constante movimento e transformações.

Na atualidade as camadas sociais vivem em quedas e desorganização emocionais, reflexo do momento da hipervelocidade, relações líquidas, disputa por ego e diferenças de classes econômicas. É necessário pensar neste cenário de urgências e crises que surgem como demanda para a busca de psicoterapia, por clientes que refletem este momento histórico cultural.

Por isso a importância de criar um novo paradigma da formalização do tratamento psicológico como um serviço de *saúde básica*, no qual a população brasileira inicie a *cultura da psicoterapia*, ou seja, tenha introjetada na forma de pensar o serviço psicológico como um meio próximo e acessível, sendo assim, *Básico* e fundamental para a saúde emocional da população.

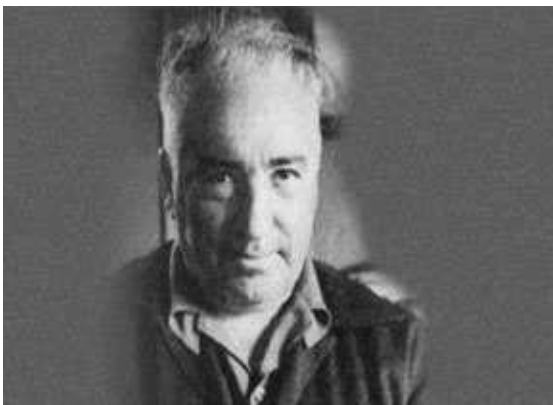
Este estudo mostrou e comprovou a validade, a eficiência e seriedade de uma psicoterapia, fundamentada na Análise Bioenergética em sua teoria e prática.

Reconhecendo a aplicação da psicoterapia corporal no âmbito de consultório e clínica social em nosso país, Brasil, que é representante do desenvolvimento de trabalhos e pesquisas junto ao Instituto Internacional de Análise Bioenergética – IIBA e escolas de outros países da América do Norte e Europa.

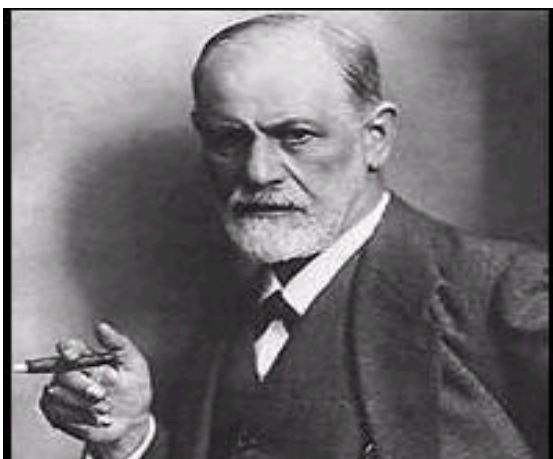
## 11 NOSSOS MESTRES



*\*Alexander Lowen*



*\* Wilhelm Reich*



*\*Sigmund Freud*

## 12 BIBLIOGRAFIA

Lowen, A. Bioenergética. 3ªed. São Paulo: Summus, 1975.

Lowen, A. O Corpo em Terapia: a abordagem bioenergética. São Paulo: Summus, 1977.

Lowen, A. Alegria: a entrega ao corpo e a vida. 2º ed. São Paulo: Summus, 1977.

Lowen, A. O corpo em Depressão: as bases biológicas da fé e da realidade. 4º ed. São Paulo: Summus, 1983.

Lowen, A. Prazer: uma abordagem criativa da vida. São Paulo: Summus, 1984.

Lowen, A. O medo da Vida: caminhos da realização pessoal pela vitória sobre o medo. São Paulo: Summus, 1986.

Lowen, A. Amor, Sexo e seu Coração. São Paulo: Summus, 1990.

Reich, W. Analisis Del Caracter. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1975.

Weigand Odila, Grounding e Autonomia: A terapia corporal Bioenergética revisitada. São Paulo: Person, 2006.

Retondo, Maria Florentina N. Godinho, Manual Prático de Avaliação do HTP (Casa - Árvore – Pessoa) e Família. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

Site: [www.bioenergética.com.br](http://www.bioenergética.com.br). São Paulo, 2010.