

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

ANA CAROLINA DA SILVA PRADA

O LUGAR DO CORPO NA PSICOSE:
estudo de uma oficina de conscientização corporal com
pacientes psicóticos

SÃO PAULO
2012

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

ANA CAROLINA DA SILVA PRADA

O LUGAR DO CORPO NA PSICOSE:
estudo de uma oficina de conscientização corporal com
pacientes psicóticos

Trabalho de conclusão de curso como exigência parcial para
a graduação no curso de psicologia, sob orientação da Prof^a
Dr^a Noely Montes Moraes

SÃO PAULO
2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço minha mãe Neusa e meu pai Alberto pelo apoio que sempre me deram, cada um a sua maneira, mesmo quando minhas escolhas frustravam suas expectativas. Vocês são meu porto seguro...

Agradeço meus dois irmãos, Neto e Gustavo, pela companhia sempre agradável, carinhosa, confortante e cada vez mais madura. A nossa amizade me dá muita força e me faz muito bem!

Agradeço meu namorado Daniel pela dedicação e paciência comigo, principalmente na véspera dos dias de entrega deste trabalho. Nossa convivência diária me organiza e me estrutura, e isso foi extremamente importante para a realização do meu TCC.

Agradeço minha “segunda mãe” Iolanda pelo carinho e pelas comidinhas que alimentam o corpo e a alma.

Agradeço meus terapeutas, Beto e Denise, por terem me acompanhado em um intenso processo de transformação e amadurecimento pelo qual venho passando desde 2005. Vocês sempre foram um belo exemplo para mim...

Agradeço meus queridos amigos da PUC, da FAAP, de Americana, da fisioterapia, enfim, da vida, pelos momentos de troca e compartilhamento sobre a angústia de se fazer um TCC e se formar psicóloga, e também pelos momentos de diversão, descontração, possibilidade de falar besteira e rir a toa!

Agradeço minha orientadora Noely pela praticidade e o acolhimento que sempre permearam nossas conversas de orientação durante um ano e meio que seguimos juntas neste projeto.

Agradeço a todos os professores da PUC, que de um jeito ou de outro, contribuíram para a linda formação profissional e pessoal pela qual passei durante os intensos 5 anos do curso de Psicologia.

Autora: Ana Carolina da Silva Prada

Título: O lugar do corpo na psicose – estudo de uma oficina de conscientização corporal com pacientes psicóticos

Conclusão: junho de 2012

Orientadora: Profª Drª Noely Montes Moraes

RESUMO

Este trabalho buscou estudar e compreender a relação que os psicóticos têm com o próprio corpo e qual a contribuição das técnicas corporais para o tratamento destes pacientes. Sob o enfoque da psicologia analítica, o presente estudo entende que o corpo e a psique estão intimamente ligados e que as manifestações de ambos devem ser consideradas relevantes em toda e qualquer intervenção psicoterápica. Além do estudo teórico relacionado ao tema, foi feita a análise de uma oficina de conscientização corporal realizada por uma psicóloga com pacientes psicóticos. O estudo revelou que o trabalho corporal com este público pode ser bastante benéfico ajudando nas questões relativas à dificuldade de contato com a realidade e à ausência de bordas e limites que acaba causando uma sensação de indiferenciação com o ambiente ao redor.

Palavras-chave: psicose, corpo, técnicas corporais, psicologia analítica, relação psique-corpo.

SUMÁRIO

Introdução	6
O Corpo	6
Psicologia Analítica	7
A Psicose	8
Objetivos	10
Método	11
Pesquisa Bibliográfica	13
Artigos	13
Trabalhos de conclusão de curso	14
1ª Parte: Referências Teóricas	
Abordagem analítica da psicose	17
O conteúdo da psicose	18
A interpretação psicológica dos processos patológicos	19
A questão dos tipos psicológicos	20
A importância do inconsciente na psicopatologia	22
O trabalho corporal na psicoterapia junguiana	24
O contexto atual	24
O desenvolvimento da abordagem psicofísica	24
O conceito de imagem corporal e suas implicações	26
Uma ilustração dos recursos e técnicas	29
O trabalho psicofísico na psicose	31
A reforma psiquiátrica	33
O método BMM e outras influências	37
Body Mind Moviment	37
Massagem Biodinâmica	38
Terapia Formativa de Stanley Keleman	40
O método GDS	41
2ª Parte: apresentação da entrevista e da Oficina	
1. Síntese da entrevista	44
2. Registro da observação de uma oficina	47
Discussão	50
Considerações finais	56
Referências	57
Anexos	59

INTRODUÇÃO

O espírito pode ser qualquer coisa, mas somente a terra pode ser algo definido. Então manter-se fiel a terra significa manter-se em relacionamento consciente com o corpo. Não fuçamos e não nos tornemos inconscientes dos fatos corporais, pois eles nos mantêm na vida real e ajudam-nos a não perder nosso caminho no mundo das meras possibilidades (JUNG, apud FARAH, 2008, p. 289).

Quando comecei a pensar sobre meu trabalho de conclusão de curso, a primeira ideia que surgiu foi pesquisar algo relacionado ao uso de técnicas corporais na psicoterapia, mas ainda era bastante vago. Com a ajuda da minha orientadora percebi que o tema estava incompleto, que eu precisava decidir quem eram os sujeitos que eu pretendia estudar. Eu queria pesquisar a relação psique-corpo de quem?

Foi então que tive a ideia de unir dois temas que me interessam muito: o trabalho corporal e a psicose.

O primeiro deles eu experiencio no meu próprio corpo há um bom tempo através de dois tipos de trabalho: psicoterapia de metodologia pós-reichiana de Federico Navarro e trabalho de conscientização corporal com base no processo formativo de Stanley Keleman e nas cadeias musculares de Godelieve Denys-Struyf.

Já o segundo tema foi meu objeto de trabalho e estudo durante todo o ano de 2010 como acompanhante terapêutica de uma senhora com esquizofrenia. Ela era paciente do CAPS-escola da Unifesp e por isso tive a oportunidade de discutir profundamente seu caso com uma equipe multidisciplinar e ainda conhecer e acompanhar de perto o tratamento de outros usuários deste serviço também com diagnóstico de psicose.

Acredito que a utilização de técnicas corporais, em conjunto com a psicoterapia tradicional e todos os outros tipos de trabalho que já são oferecidos aos pacientes psicóticos – como terapia ocupacional, atendimento psiquiátrico e assistência social –, tem muito a contribuir para seu tratamento.

O Corpo

A psicoterapia que inclui o trabalho corporal – ou pelo menos destina um olhar para o corpo do paciente, não só para sua psique – está presente em diversas linhas teóricas: Jung, Reich e até mesmo Lacan falam disso. Muitos artigos e produções científicas do campo da Psicologia abordam o uso de técnicas corporais em conjunto com a psicoterapia verbal, como está apresentado no capítulo 1: Revisão Bibliográfica.

Wahba (1982), em sua dissertação de mestrado intitulada *Consciência de si através da vivência corporal*, diz que “quanto à utilidade ou auxílio que as abordagens corporais oferecem, não nos resta dúvida de tratar-se de um instrumental valioso” (p.7).

A hipótese que fundamenta a presente pesquisa é que o trabalho corporal com pacientes psicóticos contribuiria para a melhoria da relação psique-corpo, aproximando essas duas instâncias e integrando-as em um todo único. Segundo McNeely (apud FARAH, 2008, p. 276), “o terapeuta usa o centro físico além da atenção tradicional aos processos psíquicos, a fim de incrementar o diálogo entre o consciente e o inconsciente”.

Para verificar essa hipótese foi realizada uma análise de uma oficina de terapia corporal já aplicada com pacientes psicóticos durante um período de 3 anos. O tempo para realização da presente pesquisa é bastante curto (um ano) e por isso não comporta a elaboração e aplicação de um novo trabalho corporal.

Devido à importância do corpo humano em sua capacidade de sinalizar conflitos, emoções e desejos, acredito que diversos trabalhos corporais feitos como complemento a psicoterapia tradicional são eficazes. Portanto não defenderei nesta pesquisa a utilização de uma técnica corporal específica, mas sim a necessidade de um olhar atento para o corpo do indivíduo que busca tratamento.

Como a pedra de Rosetta, para aqueles que sabem decifrá-lo, o corpo é um registro vivo de vida transmitida, de vida levada, de esperança de vida e de cura (ESTÉS, 1994, pág. 251).

Psicologia Analítica

Para entender a psicose, o funcionamento psíquico do ser humano e a relação psique-corpo, optei pela utilização dos conceitos da psicologia analítica. É importante salientar que referências a outros teóricos do campo da Psicologia foram feitas no percurso desta pesquisa para a elucidação de seu problema e o alcance de seus objetivos.

A psicologia analítica é permeada de conceitos que ilustram a importante relação existente entre psique e corpo. Quando Jung desenvolveu o teste de associação de palavras, no início do século passado, ele percebeu que a ativação de complexos patológicos – produtos de experiências traumáticas que se encontram no inconsciente pessoal de quem as vivenciou – produz diversas sensações orgânicas (palpitação, sudorese, alteração do ritmo da respiração, etc.).

À essa interação contínua e simultânea entre o corpo e a mente Jung deu o nome de paralelo psicofísico e explicou que

tudo o que se pode observar empiricamente é que processos do corpo e processos mentais desenrolam-se simultaneamente e de maneira totalmente misteriosa para nós (JUNG, 2007, par. 69).

Ramos (2006), autora junguiana contemporânea, apresenta uma interessante recapitulação histórica da relação psique-corpo em seu livro *A psique do corpo*. Ao invés de utilizar o termo relação, ela fala sobre o “fenômeno psique-corpo”, pois acredita não se tratar

de duas entidades separadas que se relacionam, mas sim dois componentes de uma mesma totalidade.

Segundo a autora, “a unidade original (*leia-se união entre psique e soma*) encontra-se muito mais preservada na criança e no homem primitivo que no homem moderno” (pág. 20). Apesar de Descartes descrever a mente e o corpo como instâncias interdependentes, interpretações superficiais de sua obra possibilitaram que elas passassem a ser pensadas separadamente e assim ele ficou “estigmatizado como o criador do dualismo mente-corpo” (pág. 28). A partir da primeira metade do século XIX os modelos científicos se alternavam e eram baseados em conceitos que ora consideravam mente e corpo como uma unidade, ora como uma dicotomia.

Atualmente, com a existência de um modelo de ciência mais holístico, que revela a interdependência mente-corpo, é bastante comum a existência de críticas severas aos médicos que cuidam do corpo, mas não olham para a alma ou a psique de seus pacientes. Entretanto, o inverso também deve ser tomado como relevante, ou seja, um profissional que se propõe a cuidar da psique de quem lhe procura, independentemente da linha teórica que ele segue, não pode negligenciar o corpo desta pessoa, afinal é através dele que ela existe no mundo.

Acostumados a desprezar o mundo das formas por achá-lo superficial, falamos em essência, conteúdo, motivação. Eu, porém, me realizo através da minha forma, fixo e estabeleço meu lugar no mundo, delimito minha posição e meus contatos (WAHBA, 1982, pág. 12).

Hoje em dia há uma valorização extrema do corpo, uma busca para atingir padrões de beleza impostos pela sociedade e que muitas vezes não são saudáveis e tampouco possibilitam a integração psique-corpo. Não abordei esse tema com profundidade, mas acho importante ressaltar que quando falo em técnicas corporais ou trabalhos corporais, o objetivo final não é estético.

A Psicose

A maioria das definições que encontramos para a psicose, seja no dicionário, no Wikipédia, em manuais de psiquiatria ou em teorias psicológicas, traz um ponto em comum: se trata de um estado psíquico onde há perda de contato com a realidade.

Os autores de orientação psicodinâmica tendem a dar ênfase à perda de contato com a realidade como dimensão central da psicose (DALGALARRONDO, 2008, pág. 327).

As explicações para esse afastamento são diversas, algumas vezes se complementam, em outras se conflitam. Há autores que dizem se tratar de disfunções orgânicas envolvendo neurotransmissores e pré-disposições genéticas; outros que

defendem falhas na estruturação psicológica ou vivências traumáticas, como Lacan e Jung; e ainda os que falam em causas sociais, como Foucault.

Devido a essa multiplicidade de teorias sobre a origem da psicose, há também uma variedade de posturas com relação ao tratamento mais adequado, o que oferecer, como fazer, e quem se responsabiliza por isso. As medicações são usadas pela grande maioria destes pacientes – muitas vezes pelo resto da vida, entretanto atualmente há uma preocupação bastante forte em não se restringir somente ao atendimento psiquiátrico e proporcionar um tratamento com equipes multiprofissionais, incluindo psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentre outros.

No Brasil, o tratamento de pacientes psicóticos é feito em hospitais-dia, dispositivos que ficam próximos dos centros das cidades e não afastados como eram antigamente os hospitais psiquiátricos. Além dessa característica que visa maior convivência dos pacientes com a sociedade, o tratamento não se dá mais em regime de internação.

Formalizada em 2001, a lei nº 10.216 estabeleceu as diretrizes da saúde mental no país, moldurando uma nova estratégia, fundada na humanização do tratamento e na formação de uma rede, cujo núcleo deixou de ser o hospital (PIERRO, 2011).

Alguns desses tratamentos incluem técnicas corporais e a observação de um deles foi realizada para a reflexão que pretendo fazer neste trabalho, conforme detalhado na metodologia.

OBJETIVOS

1. Objetivo geral: verificar como o trabalho corporal contribui para o tratamento de pacientes psicóticos.

2. Objetivos específicos:

- Estudar a relação psique-corpo dos psicóticos
- Conhecer trabalhos corporais com psicóticos, destacando as possibilidades e limites deste procedimento

MÉTODO

Para os objetivos deste trabalho, foi tomada como fonte de dados, a oficina de terapia corporal do Instituto A Casa. Foi realizada uma entrevista em profundidade com a psicóloga que coordenou essa oficina por mais de 3 anos. Para a entrevista o seguinte roteiro serviu como um tópico-guia:

Perguntas gerais

1. Qual é a sua formação?
2. Por que buscou conhecer técnicas e métodos relacionados ao corpo?
3. Em que trabalhos você colocou / coloca em prática o que sabe sobre corpo?
4. Atualmente você trabalha onde?
5. Atualmente você faz algum tipo de trabalho corporal como paciente / aluna?
6. Sofre algum preconceito por utilizar técnicas corporais em seu trabalho?

Perguntas sobre a Oficina

1. Como começou a trabalhar na Casa? Foi direto com esta oficina?
2. Como montava / preparava suas aulas lá?
3. Percebia uma frequência dos mesmos pacientes semanalmente?
4. Participava de alguma reunião com os demais profissionais onde pudesse falar / escutar sobre os resultados da sua Oficina?
5. O que percebia em seus pacientes logo após a realização da Oficina?
6. Olhando para os pacientes que frequentavam sua Oficina assiduamente, consegue perceber mudanças significativas em sua organização psíquica e corporal que atribui ao seu trabalho?

Perguntas sobre a abordagem corporal no tratamento de psicóticos

1. Por que você acredita que se justifica a realização de trabalhos corporais em clínicas de tratamento de pacientes psicóticos?
2. Você acredita que a abordagem corporal com pacientes psicóticos também funciona individualmente? Ou é mais produtivo que esse trabalho seja feito em grupo?
3. O que acha mais complicado em um trabalho corporal com pacientes psicóticos? (Tanto para você, como profissional, como para eles, como pacientes).
4. Você conhece outros lugares onde há trabalhos corporais com pacientes psicóticos?

Como forma de complementar a análise também foi utilizado um registro de uma observação livre da oficina, feito pela autora deste trabalho.

Como suporte teórico para uma análise reflexiva sobre a oficina corporal e a entrevista com a psicóloga foram elaborados os seguintes capítulos teóricos:

1. Abordagem analítica da psicose
2. O trabalho corporal na psicoterapia junguiana
3. A reforma psiquiátrica
4. O método BMM e outras influências

PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Artigos

Este capítulo tem o objetivo de apresentar trabalhos científicos atuais que relatam os temas abordados nesta pesquisa: a psicose, os trabalhos corporais e o lugar atribuído ao corpo pelos pacientes psicóticos. Nenhuma restrição quanto à orientação teórica dos trabalhos foi feita, portanto neste capítulo há grande diversidade de conceitos.

Goidanich (2003), no artigo *Configurações do corpo nas psicoses*, se baseia na teoria lacaniana e em Walter Benjamin (conceito de corpo despedaçado) para falar sobre as particularidades da constituição do corpo nos psicóticos. Apesar de generalizar inúmeros quadros sob um mesmo nome (psicóticos), a autora faz questão de salientar a riqueza de singularidades subjetivas existentes dentre os que integram este grupo e por isso acredita que “qualquer reflexão sobre o estatuto do corpo nas psicoses será sempre um recorte parcial” (pág. 67).

O artigo aponta que uma relação de grande estranhamento é freqüentemente mantida pelos psicóticos com seu corpo e eles “relacionam-se com ele como se fosse um outro, um objeto estranho” (pág. 67), muitas vezes ignorando-o completamente. Mas essa relação se altera profundamente nos momentos de crise, quando os psicóticos são totalmente tomados pelos estímulos que atingem seu corpo (uma invasão de sons, dores, visões, etc.).

A autora entende a psicose como a não simbolização da metáfora paterna, “compreendendo a função paterna como aquilo que possibilita o corte, como a intervenção necessária de um terceiro para a separação sujeito/outro” (pág. 69). Como a separação não ocorre, o sujeito não se estrutura e é invadido pelo outro; não consegue estabelecer uma relação entre dentro e fora, entre eu e outro.

Leite (2006), em seu artigo intitulado *Delírio: contorno do Real*, diz que o ponto de origem do sujeito é o trauma, um encontro com um real que é inassimilável. Segundo a autora, que se embasa na teoria freudiana, há duas formas de responder à situação traumática: a neurose e a psicose. Na primeira delas a fantasia substitui esse impossível, algo é simbolizado e passa a compor o aparelho psíquico; enquanto que na segunda, o delírio faz uma tentativa mal sucedida de responder ao Real traumático, pois, ao se compor de elementos somente do mundo externo, não possibilita uma integração com o próprio eu.

O artigo define fantasia como uma “estratégia psíquica para que o sujeito suporte a realidade faltosa” (pág. 160) e delírio como uma tentativa “de reconstrução após a catástrofe, após o momento de eclosão da psicose propriamente dita” (pág. 160). Fica claro então que tanto na neurose como na psicose há uma perda da realidade e uma tentativa de reparação desta, a diferença é o momento em que a perda ocorre. O psicótico tem uma

perda num primeiro tempo e com isso um “estilhaçamento do recalçamento originário” (pág. 163); o neurótico, por sua vez, tem num segundo tempo, quando o recalçamento primário, que já havia sido estabelecido, fracassa.

Rosa (2009), em seu artigo *A psicose ordinária e os fenômenos de corpo* toma como objeto de estudo, apoiada na teoria lacaniana, as manifestações psicóticas de difícil classificação, aquelas que o discurso psiquiátrico chamou de psicose simples ou inespecífica. A autora aponta que, para Lacan, a psicose só pode ser diagnosticada quando, além da presença de fenômenos que concernem ao corpo (decomposição, estranheza, etc.) e ao sentido, há também distúrbios de linguagem, mostrando que “aquilo que não foi simbolizado retorna no real” (pág. 120).

O artigo retoma uma convenção que aconteceu em Antibes, França, em 1998 e traz alguns pontos da discussão que ocorreu lá, dentre eles o termo “nova conversão”, sob o qual se colocaram os fenômenos dos psicóticos que estão ligados ao corpo e que não são interpretáveis à maneira freudiana. Percebeu-se que vários usos do corpo são possíveis e não só sua utilização para a realização de um desejo através da produção de um sintoma. A autora diz que esses novos fenômenos trazem “uma relação entre o corpo e a linguagem que, deixando de lado o campo metafórico, nos confronta como uma escritura que nem sempre se dá a ler” (pág. 121), e com isso mostra a insuficiência das formulações lacanianas dos 1950 frente às manifestações contemporâneas da psicose.

Estes três artigos trazem contribuições relevantes para a presente pesquisa. As autoras apontam claramente em seus trabalhos a existência de uma sensação de estranheza no indivíduo psicótico com relação ao seu corpo, como se ele fosse um outro. Segundo elas, há idéias de decomposição e não-integração, afinal, as referências que compõem esses sujeitos vêm, em sua maioria, do mundo externo. Entendo, a partir do que foi colocado, que um caminho possível seria aproximá-los de seu corpo, propor contato com seus limites físicos e consciência destes, tentando assim mostrar a esses pacientes o que é dele e o que outro.

Trabalhos de Conclusão de Curso

Baruffaldi (1999), em seu trabalho de conclusão de curso (TCC), desenvolve um projeto de conscientização corporal com mulheres de idade entre 16 e 56 anos e que participam de grupos de reeducação alimentar. O objetivo era verificar se, através da aplicação de técnicas corporais, ocorreriam alterações na imagem corporal que estas mulheres tinham de si.

O instrumento que auxiliou a autora a perceber a existência de mudanças foi o Desenho da Figura Humana (DFH), aplicado antes e depois das sessões de trabalho corporal. Elaboradas principalmente através do conteúdo do livro *Integração Psicofísica* de

Farah (1995), as sessões eram compostas de exercícios de relaxamento, alongamento, respiração, estimulação dos segmentos corporais e auto-massagem.

Para analisar os dados obtidos e elaborar uma conclusão, Baruffaldi recorre a conceitos da psicologia analítica: em conflito com a própria sombra, “a mulher obesa tem como sua libido a comida (e *busca com ela*) preencher seu vazio dando uma forma concreta ao símbolo” (pág. 50). A autora afirma ter percebido mudanças positivas na imagem corporal das mulheres que se submeteram a sua pesquisa e relata que os desenhos obtidos após o trabalho têm mais clareza e menos correções e deformações.

Denardi (2010), em seu trabalho de conclusão de curso (TCC), faz uma análise, de base lacaniana, da relação eu-corpo nas estruturas psicótica e neurótica e da constituição corporal particular de cada organização psíquica. Para ilustrar o trabalho utiliza-se de cenas do documentário *Estamira* (2005), um retrato da vida de uma mulher brasileira que apresenta manifestações psicóticas.

Segundo a autora, na estrutura neurótica há uma idéia de um corpo-continente e “essa representação psíquica do corpo fornece aos sujeitos neuróticos uma ilusão tranquilizadora, o que inexiste no sujeito psicótico” (pág.6). Diversas falas de Estamira são trazidas para o trabalho afim de ilustrar essa relação com o corpo como algo separado de si, estranho, dispensável, esfacelado e sem limites.

Quando conclui sua pesquisa, Denardi, através da análise das falas de Estamira, diz que “como consequência da inoperância da metáfora paterna, não houve a separação entre o eu e o Outro, e a protagonista não pode constituir um eu próprio simbolizado, separado do Outro” (pág. 57).

Strotbek (2007), em seu trabalho de conclusão de curso (TCC), se baseou na teoria de Stanley Keleman, em particular no processo que este autor denominou Método do Como. São cinco etapas que visam uma conscientização corporal e emocional profunda: (1) identificação da ação presente, (2) percepção de como essa ação se estrutura muscular e corporalmente, (3) intensificação e desorganização dessa forma, (4) percepção do que acontece quando essa ação é suspensa e da possibilidade de novas formas, (5) identificação de como usar o que emergiu deste processo.

Segundo a autora, “toda emoção, seja raiva, alegria, prazer, tem um padrão de ação muscular e visceral estruturado” (pág. 6), e é por isso que se torna possível, através do trabalho corporal, alcançar e transformar também o nível emocional e psíquico das pessoas. Afinal,

a vida emocional pode então ser compreendida como um *continuum* de sentimento e forma, que estruturam as situações que passamos em nossa existência (STROTBEEK, 2007, pág. 6).

Para verificar a eficácia deste método, a autora entrevistou uma pessoa que o experimentou em um grupo teórico-vivencial, onde teve acesso a sua teoria e realizou vivências do método através de exercícios corporais, análise de seus comportamentos e realização de somagramas (desenho onde a pessoa retrata a si mesma do jeito que se vivencia). Strotbek concluiu que a entrevistada obteve mudanças significativas com esse processo: melhor reconhecimento de si, possibilidade de desorganização de uma forma que estava fixada, reorganização de outra forma e com isso ampliação na capacidade de vincular e conectar-se e também de adaptar-se a diferentes situações.

Estes três trabalhos contribuem de diversas maneiras para com a presente pesquisa. Baruffaldi, ao aplicar técnicas corporais com um determinado grupo de sujeitos, mostra a possibilidade de transformação da imagem corporal e valida assim esse tipo de trabalho. Denardi se mantém em uma análise mais teórica, mas expõe as particularidades da relação do psíquico com seu corpo, caminhando na mesma direção dos artigos citados acima. Strotbek, por sua vez, apresenta uma teoria mais recente e, ao analisar um trabalho corporal já vivenciado pelo seu sujeito de pesquisa, também mostra que este tipo de trabalho é capaz de mudanças profundas na psique de quem o vivencia.

1ª Parte: Referências teóricas

ABORDAGEM ANALÍTICA DA PSICOSE

As informações teóricas que compõem este capítulo foram encontradas a partir de pesquisa realizada nas primeiras publicações de Jung, datadas de 1908 a 1914, e resultantes do período em que ele trabalhava na Clínica Psiquiátrica Burgholzli, em Zurique, junto com Eugen Bleuler¹. Durante este período ele estudou profundamente a psicose através do contato direto e diário com pacientes psicóticos que estavam em tratamento nesta instituição e que inclusive realizavam sessões de atendimento psicoterápico individual com Jung.

Apesar de ser psiquiatra e ter iniciado seus estudos nesta área, produzindo um material de importância significativa, a psicose não foi o assunto pelo qual Jung se dedicou extensamente durante sua vida. No entanto, o contato com pacientes psicóticos propiciou que o autor desenvolvesse um dos conceitos principais de sua obra e pelo qual ele costuma ser reconhecido até mesmo por pessoas que não são das áreas de psicologia e psiquiatria: o conceito de inconsciente coletivo e seu conteúdo arquetípico.

A concepção junguiana da psicose, elaborada no início do século XX, teve, na época, sua validade científica contestada principalmente porque não postulava alterações anatômicas/orgânicas como o fundamento primário do distúrbio psicológico. Jung reconhecia a existência de achados anatômicos, principalmente nos casos de esquizofrenia, entretanto não acreditava que isso justificava a afirmação de que os sintomas psicológicos derivavam destas alterações. Segundo ele,

ao invés de supor que um processo orgânico de doença seja introduzido por uma disposição hereditária ou por uma toxina, inclino-me a pensar que, por uma disposição de natureza ainda desconhecida, aparece uma função psicológica inadequada, que pode desenvolver até uma manifestação de distúrbio mental e provocar, secundariamente, manifestações de degeneração orgânica. Essa visão se justifica pela total inexistência de provas da natureza primária do distúrbio orgânico, enquanto que são numerosas as provas da existência de uma falha primária na função psicológica, cuja história pode ser traçada se nos voltarmos para a infância dos pacientes. Essa visão também se justifica pelo fato de a prática analítica conhecer vários casos em que, na fronteira da *dementia praecox*², os pacientes ainda podem ser trazidos de volta à vida normal (JUNG, 2011a, par. 318).

A partir de uma leitura aprofundada de certos momentos da obra de Jung onde ele aborda o tema da psicopatologia, é possível compreender qual foi o percurso que ele percorreu para elaborar tal concepção e quais são as colocações que ele faz que a torna

¹ Psiquiatra suíço responsável pela criação do termo esquizofrenia para designar o que antes se chamava *dementia praecox*.

² Hoje em dia conhecida como esquizofrenia.

viável. No texto a seguir a autora deste trabalho buscou proporcionar ao leitor um contato com os fundamentos desta concepção.

O conteúdo da psicose

Existe algo comum entre o poeta e o doente mental que, na verdade, todo ser humano traz consigo: uma fantasia em constante criação que se esforça em polir arestas da realidade (JUNG, 2011a, par. 385).

Devido à concepção que Jung e seus colegas de trabalho tinham das psicoses, eles abandonaram o caminho da anatomia no tratamento realizado na clínica de Zurique e se voltaram completamente para a investigação psicológica da doença mental. Nesse percurso, em busca da história anterior do doente, freqüentemente descobriam que a doença mental tinha eclodido num momento de grande emoção e percebiam que os sintomas que daí surgiam eram compreensíveis e carregados de significado quando relacionados à vida pregressa do indivíduo (Jung, 2011a).

A essência da investigação psicológica – método que Jung utilizava no tratamento de seus pacientes psicóticos – está em “descobrir um sentido no sem-sentido, conquistando assim, uma aproximação mais humana do doente mental” (Jung, 2011a, par. 339). Na verdade, o que se acredita é que o discurso do paciente psicótico só é sem-sentido ou sem significado quando está descontextualizado, pois “mesmo as coisas mais absurdas são símbolos do pensamento” (Jung, 2011a, par. 387) e precisam ser compreendidas através de uma análise profunda capaz de revelar a riqueza da vida interior de indivíduos que parecem obtusos e apáticos quando olhados de fora.

Segundo Jung, quando

penetramos nos segredos do doente, percebemos que a loucura possui seu sistema próprio, e passamos a reconhecer na doença mental apenas uma reação inusitada a problemas emocionais que pertencem a todos nós (JUNG, 2011a, par. 339).

Uma das reações comuns que o autor cita em seu livro, com base na experiência que teve em Zurique, é que grande parte dos doentes “ficam perdidos no labirinto de um jardim mágico, onde a mesma velha história se repete num presente intemporal” (Jung, 2011a, par. 356), perdendo assim o contato com a realidade. Isso não significa que o paciente perdeu completamente a razão, mas sim que ela foi arrastada para algum lugar enquanto a psique está ocupada com idéias patológicas que

absorvem o interesse do doente porque constituem subprodutos das questões que mais ocupavam o seu espírito quando normal. Em outras palavras, o que hoje na doença é uma miscelânea incompreensível de sintomas era um dos campos de interesse mais centrais de sua personalidade normal (JUNG, 2011a, par. 362).

É característico do ser humano tentar encobrir e esconder aspectos seus e assuntos que lhe são custosos, mas esta atitude em si não é capaz de gerar nenhum problema. A questão se dá quando ela predomina sobre todas as outras e acaba levando o indivíduo a se distanciar cada vez mais da realidade e das pessoas que estão ao seu redor para viver numa espécie de realidade-sonho que é só dele.

Segundo Jung (2011a) é comum entendermos esse comportamento – o afastamento da realidade – como algo destrutivo que precisa ser eliminado, mas há também a possibilidade de enxergá-lo como manifestação de uma vida psíquica que, apesar de obscura, não é equivalente à concepção de pobreza mental postulada por muito tempo pela psiquiatria.

A interpretação psicológica dos processos patológicos

Se pretendemos conhecer mais profundamente a questão psicológica, devemos ter em mente que todo conhecimento, no fundo, é condicionado pela subjetividade. O mundo também é *como nós o vemos*, e não o puramente objetivo; isso vale ainda mais para a psique (JUNG, 2011a, par. 397).

Para Jung, nas doenças mentais, e principalmente na esquizofrenia, existe uma enorme atividade simbólica e por isso o “método analítico-redutivo”, que trabalha com uma compreensão retrospectiva, causal, e que se iniciou com Freud, apesar de ser revelador em alguns aspectos, não é suficiente para compreender a totalidade das manifestações psíquicas. Para poder alcançar a compreensão que ele gostaria, criou e passou a utilizar o “método construtivo”, pautado em uma compreensão prospectiva.

Este método era utilizado para compreender os símbolos do processo psíquico de todos os pacientes, tanto neuróticos, como psicóticos. Diferentemente do que predominava nas questões científicas da época de Jung (começo do século XX), este método não tinha como base o princípio da causalidade, ou seja, não buscava somente a causa dos acontecimentos, sua origem, mas também sua finalidade e seu sentido, pois assim seria possível compreender as duas “metades” da psique.

A psique humana é somente em parte algo *passado* e como tal sujeito ao ponto de vista causal. Por outro lado, porém, a psique é um *dever*, que apenas pode ser entendido de modo sintético ou construtivo. O princípio de causalidade investiga apenas de que maneira essa psique se tornou o que é agora, tal como ela hoje se apresenta. A perspectiva construtiva, ao contrário, pergunta como se pode construir uma ponte entre esta psique e seu futuro (JUNG, 2011a, par. 399).

Através do método construtivo, Jung visa compreender o que pretendem os sistemas de delírios e alucinações criados pelos doentes mentais, pois sim, eles pretendem alguma coisa, não existem em vão, e “o doente põe sua força de vontade a serviço do sistema”

(Jung, 2011a, par. 410). Um sistema que, na perspectiva junguiana, não é patológico nem infantil, mas sim subjetivo e por isso deve ser interpretado como tal. Entretanto, vale ressaltar que, “mesmo os sistemas mais individuais de delírios não são de todo únicos, oferecendo analogias evidentes com outros sistemas” (Jung, 2011a, par. 413), por isso, no método construtivo também pode acontecer uma redução. Se trata, no entanto, de uma redução a tipos gerais e não a algum princípio específico, como por exemplo, a sexualidade ou o desejo de poder; é comum “encontrar várias construções típicas que são, sem dúvida nenhuma, análogas às construções mitológicas” (Jung, 2011a, par. 414).

O problema no uso destes sistemas criados pelo paciente psicótico para assimilar fenômenos psíquicos e ordenar o seu próprio mundo, é que eles se referem a uma compreensão de si e de mundo *apenas* subjetiva. Quando o sujeito fica preso nesse subjetivismo, ele deixa de fazer contato com a realidade, com o mundo objetivo tal como é visto pela sociedade e tem uma visão incompleta do mundo, pois “uma compreensão *apenas* subjetiva não é de modo algum uma compreensão verdadeira e definitiva” (Jung, 2011a, par. 416).

Vale retomar aqui, conforme já dito brevemente no início deste capítulo, que Jung elaborou suas idéias e concepções acerca das psicopatologias a partir do contato e tratamento de seus pacientes do hospital Burgholzli, onde havia uma enorme predominância de sujeitos com *dementia praecox* (esquizofrenia). Além disso, naquela época não existiam tantas diferentes classificações para as doenças mentais tal como acontece hoje em dia, um nome costumava abranger um grande grupo de manifestações³. Dentro deste contexto, a teoria junguiana sobre as doenças mentais tende a ter descrições mais próximas dos quadros esquizofrênicos.

Entretanto, independentemente da patologia abordada,

o método construtivo, para se manter fiel à sua natureza, deve se ajustar às pistas fornecidas pelo próprio sistema de delírios. Os doentes devem ser levados a sério e acompanhados de maneira conseqüente (JUNG, 2011a, par. 421).

A questão dos tipos psicológicos

Jung desenvolveu uma extensa e complexa teoria dos tipos psicológicos que apesar de trazer enormes contribuições para a área da Psicologia, quando estudada superficialmente é erroneamente tomada como uma teoria classificatória e redutivista. Não

³ Para os que se interessam pelo tema e queiram se atualizar, podem consultar o DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ou o CID-10 (Classificação internacional de doenças), na seção de desordens mentais.

cabe aqui discorrer detalhadamente sobre ela⁴, mas é interessante abordá-la no que tange ao surgimento das psicopatologias.

Segundo o autor, existem duas atitudes possíveis e cada um de nós tem uma delas como predominante, a introversão ou a extroversão. Elas indicam qual é o movimento da libido⁵ do sujeito com relação ao objeto; no primeiro caso trata-se de alguém que privilegia referências internas para tomar decisões e agir no dia-a-dia, e no segundo, referências externas.

O tipo introvertido se caracteriza pelo fato de sua libido estar voltada, sobretudo, para a própria personalidade: ele encontra o valor absoluto em si mesmo. O tipo extrovertido, ao contrário, dirige sua libido principalmente para fora, encontrando valor no objeto (JUNG, 2011a, par. 419).

Além destas atitudes, Jung lista quatro funções que se combinam de diferentes formas e produzem 8 tipos psicológicos. São elas: pensamento, sentimento, sensação e intuição. Todos nós temos as quatro, entretanto, em níveis de desenvolvimento e diferenciação diferentes. Por isso é comum que certas pessoas utilizem mais a função pensamento do que a função sentimento e outras pessoas ajam ao contrário.

Portanto todos nós carregamos uma tipologia psíquica que, a princípio, é saudável e nos orienta na relação com o mundo, com o outro e consigo mesmo. Entretanto, cada tipologia traz consigo uma tendência a desenvolver um certo tipo de psicopatologia quando o tipo psicológico predominante fica muito polarizado, sem interação com a(s) função(ões) menos desenvolvida(s). Sendo assim, aquilo que a princípio é um talento, quando exacerbado, pode descambar para uma estereotipia e em um grau muito mais avançado para uma patologia.

Com base na direção em que libido toma em cada uma das duas atitudes possíveis, sem entrar no mérito específico das funções, Jung afirma que a “histeria pertence ao tipo extrovertido, a psicastenia e a *dementia praecox*, pelo que dela se conhece, ao tipo introvertido” (Jung, 2011a, par. 418).

A exacerbação extrema de um tipo psicológico se torna patológica porque impede o trabalho dos mecanismos compensatórios da psique e o indivíduo se fixa em uma das polaridades existentes, apresentando um comportamento rígido e estereotipado. Na teoria junguiana, inclusive no que tange às tipologias, aquilo que temos em nossa consciência, temos o seu oposto no inconsciente; e esse “jogo” entre consciência e inconsciente, essa circulação de energia entre os dois sistemas, produz o que chamamos de auto-regulação

⁴ Quem quiser estudar o assunto profundamente deve consultar o volume 6 das obras completas de C. G. Jung: Tipos Psicológicos.

⁵ A libido aqui deve ser tomada como “um impulso fundamental, hipotético” (Jung, 2011, par. 418) e não somente com um significado sexual.

psíquica. Quando um sujeito está congelado em uma determinada tipologia, a auto-regulação fica impedida e a saúde do sistema psíquico fica prejudicada.

A importância do inconsciente na psicopatologia

O inconsciente abrange todos os processos psíquicos que não possuem a intensidade suficiente para ultrapassar o limiar que divide a consciência do inconsciente. Esses processos, por conseguinte, permanecem sob a superfície da consciência, manifestando-se algumas vezes, de modo subliminar (JUNG, 2011a, par. 439).

Esta definição de inconsciente abarca mais do que somente os conteúdos reprimidos, relacionados a vivências traumáticas e difíceis de lidar, pois para a psicologia junguiana, o inconsciente também contém aquilo que perdeu força e por isso não tem mais sentido em permanecer na consciência, e os germes de experiências futuras que podem vir a tona ou não. Este é o conteúdo da camada conhecida como inconsciente pessoal. Além dela, Jung descreveu outra camada chamada inconsciente coletivo, que é arquetípica, universal e comum à toda a humanidade. Entretanto, apesar de o autor não ter discorrido sobre camadas intermediárias, estudiosos de sua teoria acreditam que existe um “*degradé*” de camadas inconscientes entre a pessoal e a coletiva, como por exemplo, o inconsciente cultural e o histórico.

Tanto a psicologia junguiana como as outras linhas teóricas que postulam a existência do inconsciente consideram que os delírios e as alucinações são oriundos de processos psíquicos inconscientes. Entretanto, tudo indica que o material psíquico inconsciente se comporta diferentemente nos sujeitos ditos saudáveis e nos pacientes psicóticos: enquanto que nos primeiros sua função é “estabelecer uma compensação e um equilíbrio” (Jung, 2011a, par. 446), atenuando as tendências extremistas da consciência, nos outros acontece uma irrupção anormal desta atividade na consciência, “perturbando assim o ajustamento do indivíduo ao meio” (Jung, 2011a, par. 446).

Os impulsos corretivos ou compensações que começam a se manifestar na consciência deveriam significar o início de um processo de cura (...). Mas, na realidade, isso não ocorre porque os impulsos corretivos do inconsciente se manifestam de tal modo que a consciência não é capaz de aceitá-los.

O conteúdo que vem a tona é carregado de símbolos e precisa passar por um processo de interpretação simbólica para fazer sentido, pois caso contrário parecerá um amontoado de imagens e discursos desconexos que facilmente colocarão o sujeito que os carrega no lugar de louco.

Concluindo, a função do inconsciente em todo e qualquer sujeito é compensar a unilateralidade da consciência, porém, como nas psicopatologias essa unilateralidade está

muito exacerbada, o conteúdo compensatório vem com uma carga enorme e inunda o sujeito ao invés de equilibrá-lo psicicamente.

O TRABALHO CORPORAL NA PSICOTERAPIA JUNGUIANA

O contexto atual

Vivemos em uma época em que a percepção e compreensão dessas correlações (*psicofísicas*) se mostram mais do que nunca, necessárias e urgentes. (...) O corpo, expressão mais concreta e objetiva do “ser humano”, nunca antes foi tão passível da nossa própria manipulação, modelagem e aparente controle (FARAH, 2008, pág. 21).

Essa relevância atual do corpo reflete também nas demandas e nos conflitos que têm chegado aos consultórios de psicologia. Não só os pacientes procuram e aceitam mais o trabalho corporal, como as próprias doenças ditas *da nossa época* – anorexia, bulimia, síndrome do pânico, etc., parecem bastante propícias a este tipo de tratamento “justamente por se expressarem em sintomas multifacetados, variando entre o físico e o psíquico” (Farah, 2008, pág. 24). Isso resulta em uma maior aceitação deste tipo de abordagem também por parte dos profissionais da área.

Cabe aos psicólogos que se interessam por esta linha de atuação se informar sobre os recursos disponíveis, experienciá-los em seu próprio corpo e se instrumentalizar para poder complementar o trabalho clínico da escuta especializada com uma visão integradora dos fenômenos psique-corpo. Também é possível que um profissional bem instrumentalizado crie novos modos de intervenção corporal, entretanto, deve-se fazê-lo “sem que se perca de vista a nossa especificidade enquanto psicoterapeutas” (Farah, 2008, pág. 27).

A queixa que chega ao consultório pode ou não ser orgânica, mas quando assim for, é preciso que o psicoterapeuta entre em contato com o simbolismo do corpo, fique atento aos sinais não-verbais que o paciente está transmitindo e tente entender o que essa gama de aspectos físico-comportamentais está tentando dizer sobre a subjetividade daquele indivíduo; caso se atenha simplesmente ao nível orgânico, o psicólogo invade uma área que não é a sua e sobre a qual não tem capacidade de atuar.

O desenvolvimento da abordagem psicofísica

As emoções não são manejáveis, como as idéias ou pensamentos, pois são idênticas a certas condições físicas, sendo portanto profundamente enraizadas na matéria pesada do corpo (JUNG, 2007, par. 317).

Jung não chegou a desenvolver, ele próprio, técnicas de abordagem corporal para serem utilizadas durante o atendimento psicoterápico, entretanto, seguidores da sua linha de pensamento, tal como Petho Sándor⁶, desenvolveram um extenso e respeitado trabalho

⁶ Médico húngaro, ginecologista e obstetra, viveu em São Paulo de 1949 até 1992, ano de sua morte. No Brasil desenvolveu um extenso trabalho clínico e acadêmico, deu aulas na PUC-SP e no Instituto Sedes Sapientiae.

nesta área, baseando-se em conceitos junguianos, e que pode ser aplicado até mesmo em outros segmentos de atuação, como por exemplo, os grupos terapêuticos. Segundo ele,

“temos que, logo, dessa maneira – não em termos eclesiais e teológicos, mas em termos existenciais –, consagrar de novo o corpo” (SÁNDOR, 1987 APUD FARAH, 2008, pág. 27).

Este desenvolvimento posterior foi possível porque Jung, em sua obra, já havia dado muitos indícios da importância atribuída por ele a questão corporal; seus escritos são fartos “em alusões ao corpo e ao seu reconhecimento das estreitas correlações existentes entre os processos psicofísicos” (Farah, 2008, pág. 25). Ele considerava o corpo como um importante canal de expressão do sujeito, inclusive dos conteúdos inconscientes, e acreditava que entre corpo e psique havia uma relação muito especial que podia ser explicada através do princípio da sincronicidade. Uma relação sincrônica se define pela existência simultânea de diferentes fatos que não possuem relação de causa e efeito entre si e sim uma relação de significado.

Além da capacidade expressiva do corpo, este também assume um lugar de grande importância na constituição do sujeito desde os primórdios, pois é a partir da percepção corporal que o nosso ego se forma.

E o que seria o ego? É um dado complexo formado primeiramente por uma percepção geral de nosso corpo e existência e, a seguir, pelos registros de nossa memória (Jung, 2007, par. 18).

Com base nesta afirmação de Jung podemos então dizer que o ego é, antes de tudo, corporal e que há uma importante correlação entre as instâncias corpo, ego e consciência. É a partir da experiência e percepção da primeira delas que a segunda se estrutura; e somente aquilo que se relacionar com a segunda é que atingirá a terceira (Jung, 2007). Essa correlação também é afirmada por Wahba no momento em que ela diz que “a consciência é o ser no mundo e o corpo é o veículo deste ser no mundo” (1982, pág. 11).

Entretanto,

embora o corpo seja o *órgão* da consciência, não temos consciência de todos os processos que se desenrolam nele. (...) O corpo é, portanto, a unidade viva onde consciente e inconsciente se encontram e o local onde a interação soma/psique acontece (SEIXAS, 2012, pág. 188).

Os conteúdos inconscientes não podem ser acessados diretamente, entretanto sua existência pode ser aferida através de emoções que afetam nosso corpo, como por exemplo, ao alterarem o ritmo cardíaco e respiratório e causarem manifestações corporais que demonstram claramente as correlações psicofísicas.

Outra contribuição junguiana que está na base do desenvolvimento da abordagem psicofísica é existência do par arquetípico⁷ *Curador-Ferido*, um modo de relacionamento que sempre existiu (não há nenhum momento na história da humanidade em que não haviam doentes e quem os acolhesse) e que exige a presença de “gestos de cura através dos quais o homem tenta restabelecer sua unidade” (Farah, 2008, pág. 258).

Para a Psicologia Analítica, os relacionamentos humanos se estabelecem sob uma ou várias constelações arquetípicas, sendo que na maioria das vezes há uma dominante. No relacionamento terapêutico espera-se que se constele o par Curador-Ferido citado acima, mas terapeuta e paciente não devem se cristalizar em suas posições, pois todo arquétipo é bipolar (tem dois lados opostos) e os sujeitos envolvidos na relação precisam experimentar ambas as posições para que ela seja saudável e não crie dependência. É preciso despertar no paciente seu lado curador e no terapeuta seu lado enfermo, pois um processo terapêutico que se baseia nos arquétipos Sacerdote-Fiel ou Profeta-Adepto corre sérios riscos de não atingir seus objetivos e não proporcionar ao paciente que este caminhe para sua individuação.

O conceito de imagem corporal e suas implicações

A partir do exposto no item acima, fica evidente que a imagem corporal que cada um tem de si (uma representação internalizada do corpo) é de extrema importância para a compreensão dos processos psicofísicos⁸ e o desenvolvimento egóico dos sujeitos, portanto, é com este conceito – o de imagem corporal – que a maioria das abordagens terapêuticas corporais, seja junguiana ou não, visam trabalhar.

Esta representação interna vai muito além da percepção daquilo que é objetivo e concreto, ou seja, do corpo em si; é uma representação simbólica, complexa e individual.

Essa imagem é formada não apenas a partir do registro de dados objetivos fornecidos pelas vias sensoriais e cinestésicas. Esses registros são também permeados – de forma sutil e variada – pelos significados afetivos e cognitivos adquiridos durante nossa vivência dos mesmos (FARAH, 2008, pág. 57).

A imagem corporal influencia na relação que cada um tem consigo e também na que estabelece com o ambiente onde está inserido, afinal de contas, “o corpo físico, tal como percebido pelo indivíduo, é o instrumento pelo qual a pessoa pode estabelecer contato” (Farah, 2008, pág. 57). Vale ressaltar que não se trata de uma imagem estática e definida

⁷ Arquétipos são “possibilidades herdadas para representar imagens similares, formas instintivas de imaginar” (SILVEIRA, 1997, pág. 68), também entendidos como modos inatos e universais de conduta que todo ser humano tem como potencialidade dentro de si.

⁸ Nome dado por Sándor à relação psique-corpo e utilizado até hoje pelos profissionais que seguiram sua linha de trabalho.

para todo o sempre, pois as interações estabelecidas com o meio e suas conseqüências (físicas e/ou psíquicas) ressoam na imagem e podem alterá-la.

A imagem corporal constitui-se num dinamismo em constante mutação. É, ao mesmo tempo, um dinamismo resultante e em certa medida também determinante das formas como se dão as relações do indivíduo consigo próprio, com seu meio ambiente, com seus semelhantes (FARAH, 2008, pág. 58).

Uma das características mais importantes no âmbito das relações para a construção e reconstrução da imagem corporal é o contato, tanto no sentido literal (tátil), como em um sentido maior (estar em interação); ele sinaliza os limites físicos e psíquicos entre os indivíduos, dando contorno ao corpo, ao mesmo tempo em que proporciona uma aproximação entre eles. A forma e a qualidade do contato são fatores importantes que indicarão o nível de influência que este terá na criação ou atualização da imagem corporal.

Esta imagem está intimamente conectada com a noção de identidade que o indivíduo tem de si, pois a noção de “quem sou eu” provém, segundo Lowen⁹ (1979), da sensação de contato que a pessoa é capaz de fazer com o próprio corpo.

Para saber quem ele é, o indivíduo precisa ter consciência daquilo que sente. Deve conhecer a expressão de seu rosto, a sua postura e a forma de movimentar-se. Sem esta consciência de sensação e atitudes corporais a pessoa torna-se dividida: um espírito desencarnado e um corpo sem alma (LOWEN, 1979, pág. 16).

A pessoa que se afasta do contato com o próprio corpo se aliena de si mesma, da sua própria realidade, se refugia em um lugar que não espelha o seu eu real. Este movimento pode ser visto inclusive como um mecanismo de defesa para a pessoa não entrar em contato com conteúdos emocionais conflitivos que certamente se manifestarão também no corpo. Entretanto, este distanciamento no nível corporal poderá causar rupturas estruturais complexas em quem o faz.

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

Voltemos agora ao pensamento junguiano e sua relação com o conceito de imagem corporal.

⁹ Alexander Lowen foi um psicoterapeuta reichiano, que, portanto, construiu sua linha de pensamento baseado nos conceitos da psicanálise. Entretanto o conhecimento de sua obra, com especial atenção ao livro “O corpo traído”, é de grande importância para quem se interessa pela relação psique-corpo, independentemente da linha teórica que se pretende seguir. Isto posto, parece válido a inserção de trechos do autor no presente capítulo.

Aqueles que conhecem a obra de Jung sabem que o conceito de individuação ocupa nela um lugar de destaque. Segundo o autor, se trata de “um *processo de diferenciação* que objetiva o desenvolvimento da personalidade individual. É uma necessidade natural” (Jung, 2011b, par. 853), um caminho que o sujeito percorre para se tornar aquilo que ele realmente é, um trabalho para toda a vida.

Este processo começa com o surgimento do ego, que, como já foi dito anteriormente, surge a partir da percepção geral do próprio corpo. O ego é o centro da consciência e a instância que possibilita a conscientização de um conteúdo psíquico; nada se torna consciente sem se relacionar com ele. “Um elemento psíquico me é consciente enquanto estiver relacionado com o complexo do eu (*ou do ego*)” (Jung, 2011b, par. 796).

Para a Psicologia Analítica a consciência deriva-se do inconsciente e, apesar de ser uma instância da psique de fundamental importância para a estruturação do sujeito, ela não é a maior e nem a principal; há outras partes que não são englobadas por ela e que têm autonomia perante o ego (inconsciente coletivo, inconsciente pessoal).

A consciência individual da criança começa a se desenvolver através e durante o contato entre mãe e bebê, em uma fase em que estes ainda constituem uma única unidade, nomeada por Neumann (1995) como *fase embrionária pós-uterina*. Segundo o autor, “todo o primeiro ano da infância precisa ser considerado como fazendo parte da fase embrionária” (pág. 8), pois o bebê humano nasce totalmente dependente de um cuidador adulto e necessita deste tempo para atingir um nível de amadurecimento que já está presente nos demais mamíferos no momento em que estes nascem. Após esta *fase embrionária*, surge então a fase citada no início do parágrafo, onde

a criança já fez sua entrada na sociedade humana e, como seu ego e sua consciência começam a desenvolver-se, vai incorporando a linguagem e os costumes do grupo (NEUMANN, 1995, pág. 8).

Nesta fase, além de se iniciar o desenvolvimento da consciência e a estruturação do ego – que são interdependentes, também se dá o início da formação do que posteriormente será chamado de imagem corporal internalizada. As primeiras experiências na relação mãe¹⁰-filho, permeadas por um cuidado que acontece, principalmente, através da pele (amamentação, aquecimento, acolhimento), são de grande importância para a maneira como esta imagem será internalizada e como a criança estabelecerá suas relações futuras, pois o contato com a pele dá contorno, mostra os limites e diferencia o dentro do fora.

Além disso, o trabalho corporal mais sutil, como por exemplo a Calatonia¹¹, ajuda na evolução do processo de individuação, pois consiste em um

¹⁰ A palavra mãe deve ser tomada como sinônimo do adulto que desempenha a função materna, ou seja, não precisa ser necessariamente a mãe biológica, nem tampouco uma pessoa do sexo feminino.

¹¹ Este recurso terapêutico está explicado detalhadamente mais a frente, neste mesmo capítulo.

recurso facilitador do contato do cliente com seu próprio mundo interno, sua natureza individual, estimulando-se assim a expressão mais espontânea e plena de seu próprio modo de ser (FARAH, 2008, pág. 264).

Uma ilustração de recursos e técnicas

Atualmente há vários recursos disponíveis para um trabalho corporal com enfoque junguiano. É importante que o profissional interessado em utilizá-los primeiramente experiencie-os em si mesmo, pois assim se sentirá capacitado para acolher e compreender a vivência de seus pacientes.

Abaixo segue uma breve explicação sobre alguns recursos.

Calatonia: é um método de trabalho corporal, desenvolvido por Sándor em meados do século passado e embasado principalmente na teoria junguiana. Entretanto seu criador também se inspirou em outros autores europeus, como Reich, Jacobson e Schultz, e em técnicas orientais como o Tai Chi Chuan. O método consiste em uma “estimulação suave da pele, por meio dos toques sutis em vários pontos do corpo” (Farah, 2008, pág. 207). O nome dado ao método indica

uma condição de descontração e soltura, porém não apenas do ponto de vista do tônus muscular: em seu sentido mais amplo, refere-se também àquelas possibilidades de reorganização de tensões internas (FARAH, 2008, pág. 210).

É comum, apesar de não ser uma obrigatoriedade, os pacientes relatarem ao final da sessão de Calatonia o surgimento espontâneo de imagens que carregam conteúdos subjetivos muito importantes. A interpretação destas imagens, seu acolhimento e integração devem ser feitos em um trabalho conjunto entre paciente e terapeuta, tal como é feito o trabalho com sonhos e outras manifestações do inconsciente.

Primeiramente foi desenvolvida uma seqüência que era composta de toques nos pés e na cabeça, mas, hoje em dia, há outras possibilidades de aplicação que diferem quanto ao local do toque.

Independentemente da seqüência adotada, o envolvimento do terapeuta durante a aplicação é um fator de extrema importância, pois o toque nunca é unilateral, aquele que recebe e aquele que aplica serão ambos afetados, cada um a sua maneira. “As mobilizações, nos diversos níveis a que está potencialmente submetido o cliente, atuam de modo igualmente potencial sobre o terapeuta” (Farah, 2008, pág. 267).

Alguns poucos cuidados devem ser tomados na aplicação da Calatonia. A aplicação em pessoas com febre, com graves infecções ou o toque em áreas machucadas não é recomendada porque pode acelerar o ritmo do processos orgânicos em andamento e piorar a situação. Também se recomenda cautela na aplicação em pessoas que fazem uso de

drogas ilícitas ou estão em tratamento psiquiátrico. Estas substâncias promovem alterações dos estados de consciência e portanto as reações à calatonia podem se mesclar com estas outras alterações e gerar confusão no processo de reconhecimento das respostas causadas pela técnica em si. Porém, se o terapeuta estiver consciente destes fatos pode fazer uso do toque sem problemas. Por fim, também não é recomendável estimular a área pélvica de mulheres grávidas ou durante o período menstrual (Farah, 2008).

Desenho do próprio corpo: esta é uma técnica muito utilizada por terapeutas de abordagem corporal, junguianos ou não, devido ao alcance que ela tem. Costuma vir acompanhada de um relaxamento inicial, para que a pessoa se aproxime um pouco mais de seu corpo, volte sua atenção à ele.

Conforme explicitado anteriormente, o conceito de imagem corporal é muito importante para a compreensão dos processos psicofísicos e esta é uma técnica que permite ao terapeuta acessar a imagem internalizada que seu paciente tem de si mesmo. Através do desenho e da conversa que se estabelece depois da atividade entre terapeuta e paciente, é possível uma integração e atualização de potencialidades ainda não conhecidas e a identificação de limites a serem respeitados e/ou ampliados (Farah, 2008).

A análise dos desenhos não deve ser confundida com uma busca investigativa da verdade oculta, mas, sim, como uma identificação cuidadosa daqueles aspectos da verdade interior ainda não conscientizados pela própria pessoa (Farah, 2008, pág. 62).

Os conteúdos que aparecem afastados da consciência, defendidos, devem ser respeitados, pois certamente têm (ou tiveram) um sentido na manutenção do equilíbrio da personalidade. A psique, na teoria junguiana, tem uma função auto-reguladora, ou seja, aquilo que está em excesso na consciência, terá seu oposto no inconsciente, e vice-versa. É preciso entender os movimentos feitos pela psique para atingir o equilíbrio antes de querer eliminar qualquer comportamento ou traço da personalidade do paciente.

A correlação entre corpo e psique é tão intensa que a conscientização de processos corporais também leva a um maior conhecimento de seu mundo psíquico.

A ampliação da consciência de uma pessoa a respeito da própria imagem corporal acaba por se entrelaçar intimamente – e talvez até mesmo por coincidir em alguns momentos – com o processo de desenvolvimento e ampliação da sua consciência enquanto individualidade (Farah, 2008, pág. 63).

A solicitação do desenho do próprio corpo não deve nunca ser feita de maneira isolada, pois o desenho em si já movimentará conteúdos internos da pessoa que devem ser acolhidos e trabalhados. O desenho do próprio corpo citado aqui não funciona como um

teste e sim como mais uma ferramenta disponível para que o paciente conte de si ao terapeuta. É um item no meio de todo um processo.

Toque corporal: o toque, seja suave ou mais forte, tem a potência de criar contorno, dar limite, favorecer a conscientização do corpo e conseqüentemente da distinção eu-outro. Existem inúmeros tipos de massagem e exercícios que se utilizam do toque com essa intenção, dentre eles, o Toque da Borboleta¹². Se trata de uma técnica de massagem, realizada através de toques suaves, desde a cabeça até os pés, com o intuito de aliviar o estresse e os bloqueios emocionais. Foi criada por Eva Reich, terapeuta da linha Bioenergética, com o objetivo inicial de estimular a relação mãe-bebê e a criação de vínculo, entretanto seus benefícios podem ser sentidos e aproveitados por pessoas de qualquer faixa etária.

O trabalho psicofísico na psicose

Considerando o tema da presente pesquisa, se faz necessário uma breve explanação sobre as técnicas corporais e sua possibilidade de aplicação em psicóticos. Não serão retomadas as questões relacionadas ao ego e sua estruturação (descritas no presente capítulo), mas é interessante tê-las em mente, pois a psicose pode ser entendida como um transtorno onde os limites do ego foram perdidos (Seixas, 2012), ele está enfraquecido e sua função comprometida, ou seja, a adaptação à realidade não acontece. Os limites ficam confusos e o sujeito não distingue mais aquilo que está dentro de si daquilo que faz parte do mundo lá fora.

A terapia de uma pessoa que se encontra em tal estado muitas vezes não pode ser conduzida pela fala, pois o discurso fica confuso, o não discernimento entre fantasia e realidade torna a escuta caótica e, muitas vezes, aparentemente sem sentido. Como as palavras não são suficientes, é preciso partir para outra abordagem, que pode ser a do contato físico. Quando o terapeuta mostra ao paciente que está ali concretamente e que o apóia, ele aumenta a confiança na situação, criando uma condição fundamental para o sucesso de qualquer terapia.

A terapia corporal de Sándor tem demonstrado ser um destes métodos de inestimável valor por possibilitar justamente esta amplificação da expressão verbal ao incluir o corpo com sua gama infinita de sensações (muitas vezes impossível de verbalizar) na psicoterapia (SEIXAS, 2012, pág. 198).

O corpo guarda memórias de vivências antigas, que podem ter sido prazerosas ou traumáticas e o trabalho corporal provavelmente irá despertar isso. Levando em consideração o grave contexto emocional em que os pacientes psicóticos geralmente se

¹² As informações aqui apresentadas sobre o Toque da Borboleta foram extraídas de aulas vivenciais do curso de Psicologia da PUC-SP.

encontram, é preciso que os toques realizados neles sejam ainda mais sutis, tomando o máximo de cuidado para não se tornar invasivo.

O trabalho corporal sutil e não invasivo desenvolvido por Sándor permite que o ego aprenda a conhecer o corpo e suas sensações, a controlar níveis perigosos de tensão, reconhecer o momento de não fazer nada, apenas observar, isto é, reconhecer seus limites de atuação (SEIXAS, 2012, pág. 205).

O trabalho corporal com estes pacientes deve visar, acima de tudo, uma conscientização do próprio corpo, deste lugar concreto que eles ocupam e que utilizam para se relacionar com tudo que os cerca, externa e internamente.

REFORMA PSIQUIÁTRICA

A psicose, no contexto dos sistemas carcerários tradicionais, tem seus traços essencialmente marcados ou desfigurados (GUATTARI, 1992, pág. 183)

Até muito recentemente as pessoas consideradas loucas eram internadas em hospitais psiquiátricos e permaneciam neles por toda a vida, sem contato com seus familiares e com o mundo fora da instituição onde viviam. A idéia que sustentava a existência destes espaços era a necessidade de excluir aqueles que, por alguma razão, não se adequavam às normas sociais e por isso incomodavam os demais.

O atendimento que existia na maioria dos hospitais psiquiátricos até a metade do século XX era baseado essencialmente no modelo médico positivista, ou seja, se tratava de uma busca por algo que estivesse errado no funcionamento orgânico destes doentes causando a loucura. Os psiquiatras,

em vez de tentarem compreender as dimensões psicológicas da doença mental, concentraram seus esforços na descoberta de causas orgânicas para todas as perturbações mentais (CAPRA apud SILVEIRA, 1992, pág. 11).

Desenvolvidos de acordo com essa visão mecanicista, os tratamentos que os doentes recebiam, como por exemplo, lobotomia e eletrochoque, tinham como objetivo atacar a região cerebral que era responsável pelo distúrbio, pois “essa desmontagem da estrutura psíquica seria seguida, segundo seus adeptos, de uma reconstrução sadia” (SILVEIRA, 1992, pág. 12).

Entretanto, a partir da década de 60 começaram a surgir vários movimentos em países europeus criticando o modelo manicomial para tratamento de pacientes psiquiátricos, como por exemplo, a Anti-Psiquiatria de Robert Laing e David Cooper na Inglaterra, a Psiquiatria Democrática de Franco Basaglia na Itália e a experiência de Jean Oury na França.

Apesar das particularidades de cada movimento, eles tinham em comum a reivindicação por um tratamento mais humanizado para os doentes mentais, realizado de maneira integrada com a comunidade e que não se restringisse às intervenções médicas. A idéia de desinstitucionalização dos pacientes e criação de espaços de tratamento e acompanhamento alternativos ao hospital também permeava a maioria dos movimentos.

Na base destes movimentos estava um entendimento da doença mental diferente da preconizada pelo senso comum. As propostas de reforma não se restringiam somente à mudança do local e do tipo de tratamento, englobavam também a necessidade de uma mudança conceitual com relação ao que se pensava sobre a psicose, abolindo principalmente a relação direta entre ela e a periculosidade social.

É somente com a condição de que seja desenvolvida em torno dela (*da psicose*) uma vida coletiva no seio de instituições apropriadas que ela pode mostrar seu verdadeiro rosto, que não é o da estranheza e violência, como tão freqüentemente ainda se acredita, mas o de uma relação diferente com o mundo (GUATTARI, 1992, pág.183).

Outra mudança com relação ao conceito de doença mental que também estava na base dos movimentos citados é o entendimento da doença como algo que carrega significado e sentido para o sujeito e portanto precisa ser compreendida de uma maneira mais ampla. Não se trata apenas de sintomas relacionados a uma disfunção cerebral.

Existiram algumas iniciativas parecidas com os movimentos europeus no Brasil até mesmo antes da década de 60, como é o caso do psiquiatra Ulisses Pernambucano que dirigiu um manicômio em Recife na década de 30 (SILVEIRA, 1992), entretanto o movimento para uma reforma psiquiátrica só ganhou força e mais adeptos a partir da década de 80. Esta entrada tardia do Brasil na reforma, segundo o atual coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Roberto Tykanori, tem um lado positivo. Em entrevista ao blog *Brasilianas* ele diz,

a boa coisa do Brasil é que, como ele entrou na reforma bem *a posteriori*, depois da reforma nos EUA, da França e da Itália, isso permitiu à gente fazer um amálgama daquilo que tem de interessante e positivo dessas diversas experiências (2011).

Influenciado por todos os movimentos anteriores à ele, o movimento brasileiro também requisitava uma reforma no serviço de atendimento à saúde mental que propiciasse a reinserção social dos doentes e uma assistência integral fora do modelo manicomial asilar.

Quanto mais tempo alguém passa aí (*no hospital psiquiátrico*) internado, tanto menos ele passa a valer na convivência com seu grupo em seu bairro. É um lugar onde se desaprendem as regras básicas de convivência, onde se agrega estigma e preconceito (VALENTINI, 2001, pág.14).

O grande êxito da reforma psiquiátrica brasileira foi obtido em 06 de abril de 2001, quando foi sancionada a lei nº 10.216¹³ que redireciona o modelo de assistência em saúde mental e explicita a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais. Desde então os recursos públicos têm sido destinados à substituição progressiva dos hospitais de grande porte por uma rede alternativa de atendimento composta por estabelecimentos menores, descentralizados e de fácil acesso.

Na proposta inicial da lei 10.216 havia um artigo que dizia que os hospitais psiquiátricos deveriam deixar de existir em até 10 anos após a publicação da lei, no entanto este artigo foi retirado da versão aprovada. O que acontece é um repasse cada vez maior dos investimentos do Ministério da Saúde para a rede substitutiva de tratamento em saúde

¹³ O conteúdo da lei 10.216 está disponível no site:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm

mental em detrimento dos repasses aos hospitais psiquiátricos. Segundo matéria da revista Carta Capital,

há cerca de 10 anos, 85% do financiamento de saúde mental ia para os hospitais psiquiátricos. Em 2010 esse valor foi de 35% e o restante foi investido na rede substitutiva.¹⁴

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um dispositivo que foi criado para atender este novo modelo de assistência. Segundo informações do SUS¹⁵, hoje em dia existem 1.650 CAPS instalados no país, distribuídos por todos os estados brasileiros. Este equipamento tem o objetivo de disponibilizar um atendimento integral ao doente mental através do trabalho conjunto de profissionais de diversas áreas: psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiras. Estes espaços normalmente oferecem tratamento medicamentoso, grupos terapêuticos, oficinas de geração de renda, dentre outros, sem retirar o paciente do convívio com sua família e com o resto da sociedade, pois os usuários do CAPS não moram nestes locais, eles os freqüentam durante o dia.

Existem cinco tipos de CAPS. O CAPS I é destinado a atender pessoas de todas as idades, funciona somente durante o dia e, além de atender portadores de doenças mentais, também está aberto para pessoas que têm problemas com álcool e drogas. Este tipo é mais comum em cidades de pequeno porte. O CAPS II se restringe ao atendimento de pessoas adultas com transtornos mentais e funciona somente durante o dia. O CAPS III é igual ao II, só que funciona 24 horas por dia. Existem ainda o CAPSad que atende somente quem tem problemas com álcool e drogas e o CAPSi que é específico para o público infanto-juvenil. Estes dois últimos também funcionam somente durante o dia.

Com a descentralização do atendimento, diversos locais, além do CAPS que é o equipamento principal, foram criados com o papel de acolher as pessoas com transtorno mental e proporcionar uma assistência em rede. É o caso das Casas de Acolhimento Transitório (CATs), dos Consultórios de Rua e das Comunidades Terapêuticas. Além disso há leitos também nos hospitais gerais.

Uma das partes mais complicadas da desinstitucionalização dos doentes mentais é o enorme contingente de pacientes que moram nos hospitais psiquiátricos há décadas e não têm mais nenhum contato com familiares ou outras pessoas que possam acolhê-los. Para atender esta população o governo criou, em 2003, o programa “De volta para casa” que

¹⁴ Matéria na íntegra: <http://www.cartacapital.com.br/sociedade/a-cidade-onde-a-reforma-psiquiatrica-nao-ocorreu>. Acesso em 23 de outubro de 2011.

¹⁵ Fonte: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12634. Acesso em 21 de outubro de 2011.

oferece um auxílio financeiro mensal per capita para os pacientes que receberam alta poderem retomar suas vidas fora da instituição asilar.

É possível perceber que este novo modelo de assistência à saúde mental tem foco no tratamento rotineiro dos pacientes, no acompanhamento dia a dia, e não nos períodos mais graves, como por exemplo, quando eles estão em surto. A idéia é um atendimento preventivo contínuo e não pontual em momentos de crise.

Neste capítulo foi possível apresentar como o serviço público de atendimento à saúde mental se estruturou e vem trabalhando para atender esta população e, apesar de não ter sido abordada aqui a atuação dos serviços privados em saúde mental – devido a dificuldade de se construir um panorama geral de instituições que têm modelos de atendimento específicos – vale ressaltar que estes também devem seguir o que está disposto na lei 10.216.

O MÉTODO BMM E OUTRAS INFLUÊNCIAS

Este capítulo tem a intenção de discorrer sobre as teorias, métodos e técnicas de abordagem corporal que a psicóloga Mariana Camarote – entrevistada para este trabalho – utilizava para compor as aulas da oficina de consciência corporal do hospital-dia A Casa e hoje em dia utiliza nos atendimentos individuais em seu consultório.

Vale ressaltar que se trata de uma breve descrição sobre cada um deles para que o leitor possa ter um primeiro contato com esses conteúdos. Aqueles que se interessarem e quiserem conhecer mais podem buscar um conhecimento aprofundado em outros trabalhos mais específicos.

A apresentação desta diversidade de abordagens também tem como objetivo complementar o que já foi dito no capítulo “O trabalho corporal na psicoterapia junguiana”.

Body Mind Moviment (BMM)

BMM é um método de educação somática que visa promover o bem estar e a transformação pessoal através de um processo de conscientização da relação corpo-mente. As técnicas para se obter essa conscientização são toques corporais, visualizações guiadas, estudo vivencial da anatomia humana, mudança dos padrões de movimento e percepção corporal.

Através do estudo dos padrões de desenvolvimento motor e dos sistemas do corpo humano, percebemos nossos padrões de movimento (físicos, emocionais e mentais), bem como os sistemas que mais conhecemos e utilizamos e aqueles que temos menos contato¹⁶.

O método foi criado pelo norte-americano Mark Taylor, nos EUA, e tem como principal influência “o Body-Mind Centering®, técnica de educação somática criada por Bonnie Bainbridge Cohen¹⁷”, também nos EUA. Ainda influenciaram o método a experiência de seu criador com a dança contemporânea e outras abordagens somáticas. Atualmente o ensino do BMM está centralizado em Pittsburgh, Pensilvânia, e atrai profissionais de diversas áreas que trabalham com o corpo e se interessam por isso, como por exemplo, bailarinos, psicólogos e fisioterapeutas.

O objetivo do ensino do BMM é possibilitar que estes profissionais ganhem mais recursos terapêuticos para trabalhar com seus pacientes, clientes e alunos e que utilizem também esta formação para conhecer melhor a si mesmo, pois se trata de um processo de

¹⁶ Fonte:

http://www.fap.pr.gov.br/arquivos/File/Arquivos2009/Pesquisa/Anais2007/Corpoemovimento/3_4_Bodymind.pdf.

Acesso em 02/11/2011.

¹⁷ Fonte: idem. Acesso em 02/11/2011.

auto-investigação que enriquece os campos físico, relacional, mental e espiritual de quem o aprende e vivencia.

O criador e os praticantes do método enxergam a experiência corporal como um fenômeno capaz de gerar transformação em diversas camadas, inclusive na emocional e psicológica. Por isso há uma grande valorização da “*corporalização* do conhecimento, ou seja, um processo de tornar o conhecimento parte do nosso soma¹⁸”, trazer a teoria para a vivência.

No estudo do BMM se aborda diversos níveis de funcionamento do corpo – celular, muscular, esquelético –, pois isso deverá ser considerado no momento de realização dos exercícios e na observação do paciente. O método trabalha com a integração e a comunicação que acontece entre estas diferentes camadas do nosso corpo, pois acredita que

cada conteúdo da mente encontra-se expresso no corpo e vice-versa, e esta relação é observada através do movimento nos seus mais diversos níveis¹⁹

O que está na base da criação do BMM é a crença de que o corpo humano tem um fluxo de energia e a estagnação ou interrupção deste fluxo é responsável pelo aparecimento de doenças.

Nossa essência pode ser descrita como a energia sem desvios, fluindo como um rio desobstruído. No nosso cotidiano perdemos a nossa essência, criamos bloqueios que se manifestam como doenças, padrões mentais e emocionais repetitivos. Nosso rio vira represa²⁰.

O objetivo do BMM é fazer este fluxo correr harmoniosamente de novo e possibilitar aos seus praticantes a oportunidade de criarem formas de expressão mais funcionais, quando as que conhecem já não funcionam mais.

Massagem Biodinâmica

Esta técnica faz parte de uma teoria neo-reichiana chamada Psicologia Biodinâmica, criada na década de 60, em Londres, pela psicóloga e fisioterapeuta norueguesa Gerda Boyesen. Trata-se de uma visão de mundo que percebe corpo e mente como elementos de um mesmo organismo e acredita que o homem vive em função de 2 movimentos: a homeostase e a evolução pela mudança e pelo movimento.

¹⁸ Fonte:

http://www.fap.pr.gov.br/arquivos/File/Arquivos2009/Pesquisa/Anais2007/Corpoemovimento/3_4_Bodymind.pdf. Acesso em 02/11/2011.

¹⁹ Fonte: idem. Acesso em 02/11/2011.

²⁰ Fonte: <http://www.bmmbrasil.blogspot.com/>. Acesso em 02/11/2011.

Segundo o site do Instituto Brasileiro de Psicologia Biodinâmica (IBPB)²¹, esta teoria é descendente tanto do pensamento de Wilhelm Reich como de Sigmund Freud. Com relação ao pensamento de Reich, compartilha, por exemplo, da valorização do trabalho corporal na psicoterapia, da aceitação da respiração na dinâmica emocional e da afirmação da capacidade humana de auto-regulação somática e psíquica. E com relação às características freudianas que foram aderidas pela Biodinâmica estão, por exemplo, a noção da existência de processos mentais inconscientes como base dos distúrbios psíquicos, a importância decisiva da sexualidade na existência humana, o uso dos conceitos de fixação e regressão e a valorização da atenção flutuante e da associação livre.

Além das influências acima citadas, Gerda Boyesen também considerou, ao elaborar sua teoria, alguns outros autores e experiências, como por exemplo, o aprendizado que teve com Aadel Bülow-Hansen sobre conceitos e técnicas de massagem e o contato com a teoria junguiana no que diz respeito

aos conceitos de inconsciente coletivo, self, interpretação prospectiva dos sonhos, individuação, sincronicidade, trabalho com imaginação ativa²².

Após considerar todas estas influências, seguem algumas particularidades da Psicologia Biodinâmica. Se trata de uma teoria que dá ênfase à singularidade de cada pessoa e não se utiliza de tipologias; procura trabalhar a partir dos estímulos internos do paciente; considera as vísceras como detentoras de um lugar muito importante na psicoterapia corporal; se atenta aos movimentos peristálticos como um guia do processo clínico; propõe o uso da massagem e do toque corporal.

A psicoterapia Biodinâmica tem duas formas de abordagem somática: a massagem Biodinâmica e a vegetoterapia Biodinâmica, ambas seguem os conceitos da teoria elaborada por Gerda Boyesen que estão descritos acima e trabalham para que o paciente recupere e restabeleça o seu próprio mecanismo de auto-regulação através da dissolução do estresse físico e emocional.

A massagem Biodinâmica é uma forma de comunicação não verbal que se estabelece através do contato físico entre terapeuta e paciente e que visa proporcionar ao segundo uma boa circulação e harmonização de sua energia vital. Há diversas técnicas diferentes de massagem e sua utilização deve ser feita de acordo com cada fase do processo terapêutico. Dentre elas se destaca “a massagem psicoperistáltica, que utiliza um estetoscópio colocado sobre o ventre como guia do processo²³”.

²¹ <http://www.ibpb.com.br/>

²² Fonte: <http://www.ibpb.com.br/>. Acesso em 02/11/2011.

²³ Fonte: <http://www.ibpb.com.br/>. Acesso em 02/11/2011.

A vegetoterapia Biodinâmica se refere às intervenções corporais que não requerem contato físico, como por exemplo, a associação livre de movimentos e o trabalho com respiração.

Terapia Formativa de Stanley Keleman²⁴

A história de nossas satisfações e insatisfações emocionais deixa sua marca (KELEMAN, 1994, pág. 22).

O pensamento kelemaniano teve diversas influências: Bergson, Heidegger, Merleau-Ponty, Freud, Jung, Reich, Lowen, Adler. Entretanto, o conhecimento que ele obteve através do contato com estes autores e suas teorias nunca deixou de ser relacionado com o profundo conhecimento que Keleman tinha da Biologia.

Keleman vê o ser humano como um processo somático que acontece em diversas camadas, se formando através de experiências que vão do âmbito celular ao social. Estas experiências se dão no corpo do sujeito e por isso ele apresenta o conceito de “self somático”, onde a forma corporal se molda pela experiência e também gera experiência.

A pessoa que é capaz de compreender seu processo (*somático*) é capaz de se colocar de um modo apropriado ou flexível nas situações e não de um modo estereotipado (KELEMAN, 1994, pág. 25).

Para podermos nos conhecer melhor e descobrir como cada um de nós deu forma a si mesmo ao longo da vida, é preciso perguntar, diante dos acontecimentos que vivenciamos, “Como?” e não “Por quê?” aquilo aconteceu. É na forma, e nos sentimentos que aquela forma traz, que se encontra a chave para o auto-conhecimento e a possibilidade de transformação.

Nosso corpo e seu modo de funcionamento são efeitos de diversos fatores:

da cultura; da genética com seus aspectos ligados à hereditariedade; da vida do sujeito e dos acontecimentos vividos; dos tipos de vínculos estabelecidos ao longo de uma existência e da subjetividade que acompanha, molda e orienta certos modos de funcionamento dos corpos e da vida em determinado tempo/espaço, entre tanto outros aspectos (LIBERMAN, 2010, pág. 450).

Para Keleman a excitação é o pulso básico da vida, a base da experiência. Ela tem tons e qualidades e o modo como a vivemos mostra como moldamos nossa vida. Existem pessoas que a reprimem e pessoas que se deixam inundar por ela, ou seja, as que têm limites rígidos e as que não têm limites. Entre estes pólos extremos há inúmeras maneiras de se viver a excitação.

²⁴ Informações sobre o método de trabalho na terapia formativa de Stanley Keleman podem ser encontradas no capítulo de pesquisa bibliográfica deste trabalho, pois um dos trabalhos de conclusão de curso lidos trata disso.

Cada pessoa “perpetua um nível particular de sentimentos e expressão” (KELEMAN, 1994, pág. 30), por isso, quando Keleman sugere que o sujeito se pergunte “Como” ele reage diante de tal situação, o que ele quer é que este sujeito busque aprender qual é o padrão de suas respostas e com isso possa retrabalhá-las se julgar necessário.

O reconhecimento do padrão, feito através da observação e não da correção, é uma etapa muito importante do processo. Não é possível alterar um padrão antes de reconhecê-lo, acolher os sentimentos que estão ligados à ele e entender porque ele acontece, qual é sua função. Somente depois da etapa do reconhecimento é que é possível experimentar variações daquele mesmo padrão e/ou respostas novas.

O desafio é estar em contato com o sentimento de formação, o sentimento de como nos moldamos em relação aos eventos e às pessoas, e de aproveitar a oportunidade para mudar os padrões pessoais de funcionamento, caso os estereótipos não sejam mais satisfatórios (KELEMAN, 1994, pág. 37).

A forma física, corporal, garante uma forma subjetiva, mas nós não precisamos ter a mesma forma durante toda a vida. Assim como amadurecemos subjetivamente / psiquicamente, o corpo também vivencia processos de amadurecimento e transformação.

O método GDS

Este método foi criado nos anos 60 e 70 pela fisioterapeuta, osteopata e biomecanicista belga Godelieve Denys-Struyf. O nome do método refere-se às iniciais de seu nome.

Ela também era retratista e costumava desenhar o corpo de seus pacientes. Através da observação de muitos destes desenhos, ela percebeu que existiam diferentes maneiras de estar em pé e descreveu 6 tipologias baseadas nas cadeias musculares e articulares que utilizamos para nos sustentar²⁵.

O objetivo do GDS não é fazer pré-julgamentos, apenas enriquecer a visão do terapeuta em relação ao paciente, para que o trabalho seja individualizado (PRONIN, 2008).

Todos nós temos as 6 cadeias que estão na base das tipologias em nossos corpos e cada uma tem sua função específica; entretanto, segundo as observações de Denys-Struyf, cada um de nós tem uma tendência a utilizar mais uma delas e isso pode ser percebido através das nossas marcas corporais e modos de se relacionar com o mundo.

Os nomes das cadeias são determinados por siglas que identificam a localização dos músculos e das articulações que as definem, como por exemplo, a cadeia AM, que significa

²⁵ Uma explicação detalhada de cada cadeia, com imagens corporais, pode ser encontrada no endereço: <http://noticias.uol.com.br/ultnot/cienciasaude/ultnot/2008/09/01/fisioterapeuta-belga-traca-paralelo-entre-postura-e-comportamento.jhtm>.

antero-mediana e se encontra na parte da frente do corpo. Esta cadeia tem a função de nos segurar para não cairmos para trás e também é responsável por nosso enraizamento. Quando uma pessoa a tem em excesso, ela costuma ter um corpo mais curvado na altura da coluna e uma bacia deslocada mais para frente, formando uma imagem que parece que a pessoa vai se sentar.

Denys-Struyf não se restringiu a parte orgânica quando criou seu método, pois ela relacionou cada cadeia com características comportamentais específicas, integrando corpo e psique. Tomemos novamente como exemplo a cadeia AM: muito provavelmente a pessoa que a tem como cadeia principal – mais utilizada – será bastante afetiva e acolhedora. Por isso mesmo é que esta cadeia está ligada ao arquétipo da Grande Mãe, assim como a cadeia PA (postero-anterior) está ligada ao arquétipo do Velho Sábio e a cadeia PM (postero-mediana) ao arquétipo do Guerreiro.

O trabalho do GDS consiste em estimular – através de manobras específicas que levam em consideração os pontos fortes e os pontos fracos de cada pessoa – as cadeias que são pouco utilizadas, tentando assim obter uma harmonia no uso do corpo e também nas reações comportamentais e psicológicas que cada cadeia traz consigo. A patologia, para o método GDS, aparece quando a pessoa se fixa em uma forma, tanto corporal como relacional.

O corpo saudável é aquele que se adapta às diferentes situações com eficiência, de modo que nenhum grupo muscular fique sobrecarregado ou sem estímulo (PRONIN, 2008).

Este método me fez lembrar da teoria junguiana por duas razões: a teoria dos tipos psicológicos e a complementariedade entre pólos opostos.

Quanto ao primeiro item – a tipologia – Jung descreve 8 tipos psicológicos, mas tal como Denys-Struyf, diz que estes tipos não são possíveis de serem vistos em sua forma pura. No método GDS,

um "PA" típico ou um "AM" puro talvez só existam no universo dos desenhos animados, ricos em estereótipos (PRONIN, 2008).

Outra similaridade no campo das tipologias está na condição de que, na junguiana nós temos todas as funções disponíveis (sentimento, pensamento, sensorialidade e intuição) e na do GDS temos todas as cadeias. Ambas as teorias afirmam que algumas funções ou cadeias incidem mais em cada um de nós do que outras.

Na psicologia analítica, o caminho da individuação quanto à tipologia requer uma harmonização das funções, tornando-as menos polarizadas e mais acessíveis. Para o método GDS também é assim, sua “criadora defende que o ideal é olhar para alguém e não

identificar nenhuma tipologia em especial” (PRONIN, 2008), pois esta pessoa estará harmonizada, sabendo fazer uso das diversas tipologias, de acordo com sua necessidade.

Com relação à segunda razão que me fez lembrar da teoria junguiana – a complementariedade entre pólos opostos – podemos dizer que as 6 cadeias que Denys-Struyf descreveu são 3 pares de opostos que funcionam juntos para equilibrar o ser humano. Se um dos pólos de um par tem mais energia, ou seja, aparece mais corporal e psiquicamente, significa que o outro está enfraquecido e precisa ser trabalhado.

2ª Parte: Apresentação da Entrevista e Oficina

1. SÍNTESE DA ENTREVISTA

O conteúdo da entrevista realizada com a psicóloga Mariana Camarote foi organizado em 4 categorias que estão apresentadas abaixo. A entrevista na íntegra pode ser encontrada nos anexos deste trabalho, sendo que neste capítulo o texto foi produzido pela autora desta pesquisa com base no material obtido.

Formação pessoal, interesse e aceitação

Mariana é formada em psicologia pela PUC-SP, entretanto nunca se identificou muito com o que aprendia na faculdade. Sempre se interessou por trabalhos corporais e por isso buscou se especializar nesta área. Fez um curso de extensão em massagem biodinâmica no Sedes Sapientiae, um outro chamado “Clínica Corporal” no Cogear, participou de grupos de estudo em Biodinâmica e Biosíntese, fez uma formação de educação somática chamada BMM (Body Mind Moviment) nos EUA e na época da entrevista estava se formando na especialização em psicossomática psicanalítica do Sedes Sapientiae.

Atualmente Mariana faz terapia com uma terapeuta de abordagem corporal que segue o método de Stanley Keleman, frequenta um grupo de consciência corporal conduzido por uma fisioterapeuta que também se baseia neste autor, mas utiliza outras influências técnicas e teóricas como o método GDS, e faz supervisão dos casos que atende em seu consultório com uma terapeuta corporal²⁶.

Mariana conta que sofre preconceito por utilizar técnicas corporais em seu trabalho e acredita que isso acontece porque as pessoas não conhecem a fundo o trabalho corporal e as teorias que o sustentam. Ao partir da pré-concepção que têm sobre o assunto, as pessoas dão espaço para idéias fantasiosas que não correspondem com a realidade e por isso olham com desconfiança para o trabalho corporal. Isso acontecia até mesmo no hospital-dia em que Mariana realizava a oficina de conscientização corporal, eles reconheciam a importância do trabalho mas alguns profissionais subestimavam a participação dela em discussões de caso mais teóricas.

Trabalho corporal com psicóticos

Mariana trabalhou durante 4 anos no hospital-dia A Casa coordenando uma oficina de conscientização corporal com pacientes psicóticos. Sua maior influência para montar as aulas vinha do aprendizado que teve com a formação em Body Mind Moviment, mas outras

²⁶ O leitor encontra uma breve descrição sobre Stanley Keleman e o método GDS no capítulo “O método BMM e outras influências”.

influências também existiam. Ela costumava preparar as aulas por blocos temáticos: começou com algo mais parecido com yôga (pois antes era uma professora de yôga que coordenava a oficina) e foi entrando na questão da conscientização corporal (padrões neurológicos, alinhamento, consciência dos órgãos e dos conteúdos internos, etc.). Sempre ao final da aula havia um momento para que os pacientes pudessem falar sobre a experiência que tinham tido naquele dia e assim Mariana podia ajudá-los a transformar em palavras o que eles tinham vivenciado no corpo, no concreto.

O que ela percebia nos pacientes logo após a oficina era que acontecia uma organização corporal que proporcionava uma organização ainda mais ampla, pois eles conseguiam ajudá-la a guardar o material que tinha sido utilizado, falavam com mais clareza, ficavam mais presentes e menos delirantes.

Apesar de Mariana achar que o trabalho com pacientes psicóticos é bastante complicado e que, muitas vezes, o resultado não permanece a longo prazo, ela conseguiu perceber algumas diferenças significativas nos pacientes que freqüentavam assiduamente sua oficina. Segundo ela, estes pacientes ganharam um contato maior com o corpo, aprenderam a nomear as partes, reconhecer e sentir o próprio corpo; o que era muito abstrato passou a ser mais real e presente. Além disso, devido à dinâmica da oficina de pedir aos pacientes que trabalhassem juntos, eles ganharam mais contato entre si, podiam tocar um ao outro sem se sentirem invadidos e ficaram mais a vontade para o contato físico próximo, o que costuma ser bem difícil para um psicótico.

Avaliação do trabalho

Mariana acredita que o trabalho corporal é benéfico para os pacientes psicóticos por dois motivos. O primeiro deles está relacionado ao momento de desorganização psíquica destes pacientes, que normalmente acontece muito cedo, numa época em que se costuma ter mais contato com o próprio corpo. Segundo ela, parte do trauma ou da situação que gerou o enlouquecimento faz com que a pessoa cinda com seu próprio corpo e o trabalho corporal pode ajudá-la a recuperar esse contato que foi perdido no início da vida. O outro motivo está relacionado à ausência ou ao excesso de investimento corporal por parte dos pais dos pacientes psicóticos, então o trabalho corporal serviria para proporcionar uma relação mais positiva e prazerosa com o corpo.

Apesar de não ter em seu consultório pacientes diagnosticados como psicóticos, Mariana atende algumas pessoas que “têm um pezinho ali na psicose” (sic) e estas costumam lhe pedir o trabalho corporal, mostram que se beneficiam com isso, então ela acredita que este tipo de trabalho também pode ser aplicado individualmente.

Com relação às dificuldades para a realização do trabalho corporal com os psicóticos, Mariana cita a falta de noção do próprio corpo, uma visão corporal difusa, uma

desconexão do corpo, e diz que essas coisas dificultavam o trabalho dela, mas também eram difíceis para os pacientes, pois eles percebiam o próprio desconhecimento. Outro fator que lhe chamava atenção era a inexistência da noção de fora e de dentro, pois segundo ela, para seus pacientes é tudo uma coisa só, eles estão esparramados no mundo sem limite entre si mesmo e o outro.

Mariana acredita que é muito importante que o profissional que se dispõe a trabalhar corporalmente com psicóticos saiba muito bem o que ele está fazendo, pois ao tocar o corpo você pode despertar coisas difíceis, traumas, reações automáticas violentas, e cabe ao profissional ajudar o paciente a integrar o que aconteceu.

Apesar de achar que está havendo um interesse maior pelos trabalhos corporais, Mariana desconhece a existência de lugares que oferecem este tipo de atendimento à pacientes psicóticos e reconhece que mesmo na Casa o trabalho não tem um peso e não ocupa um espaço semelhante ao da terapia falada.

Como garantir a eficácia terapêutica das técnicas corporais

Mariana acredita que é preciso ficar bastante atenta ao se utilizar de técnicas corporais durante o trabalho de psicoterapia para que o profissional não se atenha somente à informações superficiais que o corpo pode lhe passar. É preciso buscar entender porque o paciente está daquela maneira, o que está por trás daquilo que é visível, qual é a história de vida desta pessoa, seus traumas, conflitos, dificuldades. Não dá para tentar mudar somente no concreto, no próprio corpo do paciente, pois há uma conexão entre corpo e psique que precisa ser olhada. É preciso ter sempre em mente que o uso da técnica corporal em si não garante que o trabalho terapêutico esteja acontecendo, é preciso que o paciente e o terapeuta possam reconhecer e transformar o concreto em abstrato e vice-versa.

2. REGISTRO DA OBSERVAÇÃO DE UMA OFICINA

Psicóloga responsável: Mariana Camarote

Data da observação: 03 de Maio de 2011

Horário: 14:30 às 15:30

Cheguei perto de 14:15 e ajudei a arrumar o espaço para a realização da oficina. Organizamos vários *mats* de ioga (pequenos tapetes feitos de borracha) em um espaço aberto que fica nos fundos da instituição, perto das salas onde os pacientes fazem as demais oficinas. Os *mats* foram colocados um ao lado do outro de maneira a forrar um grande espaço do chão onde os pacientes poderiam se deitar e fazer os exercícios a vontade. Também deixamos perto do local diversas bolas de tamanhos, cores e materiais diferentes, que seriam utilizadas durante a aula.

As pessoas foram chegando, retirando o sapato e sentando no espaço que tínhamos organizado. Treze pacientes fizeram a oficina neste dia – mulheres e homens de diversas idades, duas estagiárias e mais uma psicóloga, além da psicóloga que estava conduzindo a oficina.

No início Mariana me apresentou e eu falei um pouco também da razão pela qual eu estava presente naquele dia. Ficou bem nítida a curiosidade que a minha presença despertou nos pacientes, mas não percebi ninguém com vergonha ou inibido por isso e sim querendo saber informações sobre mim, quem eu era, como eu conhecia a Mariana, de onde eu vim, porque estava ali.

Antes de iniciar a atividade do dia, Mariana contou aos pacientes que ela iria parar de dar essa oficina, que ainda iria na próxima semana, mas que depois não seria mais ela que faria este trabalho, alguém a substituiria e ela estava escolhendo essa pessoa com muito carinho. Alguns alunos ficaram bem tristes com isso, fizeram algumas perguntas no momento, mas depois se concentraram na atividade. Somente um dos pacientes, um homem com aproximadamente 45 anos, é que ficou totalmente fixado na ideia de que ela iria embora. Ele falou sobre isso durante todo o tempo, perguntando como era a outra pessoa e porque Mariana estava saindo.

Foi formada uma roda e Mariana passou uma folha de sulfite com desenhos da caixa torácica para que todos pudessem ver e falar o que era aquilo. Alguns sabiam, outros não. Esse desenho foi apresentado porque o tema daquele dia era tomar consciência dessa parte do corpo – as costelas, desde a mais alta, próxima ao pescoço, até as mais baixas, na cintura – através de toques, movimentos e danças que focassem essa região.

O primeiro exercício, depois de passada a folha, foi localizar as costelas em si mesmo. Mariana foi orientando e os pacientes começaram a apalpar suas costelas, na frente e atrás do corpo, entrando em contato com essa área.

Depois cada um deles recebeu uma bola e a instrução era que eles deitassem em cima dessas bolas, sempre pressionando-a contra alguma parte da costela. O intuito era que eles pudessem sentir suas costelas e soltá-las um pouco através desse trabalho, destensionando as regiões ao redor das costelas. A maioria dos pacientes gostou da atividade e conseguiu fazê-la, mas alguns não entenderam muito bem e ficaram fazendo coisas diferentes, passando a bola em outras partes do corpo sem conseguir manter o foco da atividade sugerida por Mariana.

O exercício seguinte foi feito em duplas. Mariana orientou alguns tipos de toque que o paciente tinha que fazer em seu companheiro: tapinhas, apertões, massagem, esfregamento, balanço, sempre na região que era o tema do dia. Foi preciso ajudar alguns a encontrar as regiões certas, mas todos conseguiram fazer. Depois dos toques em dupla, foi o momento de formar uma roda, em pé, e fazer movimentos circulares, como danças, mas sem música, com movimentos que deveriam começar pelo tórax. Cada um fazia o movimento que quisesse, desde que seguisse a orientação de iniciar por esta parte do corpo.

Após este momento sem música Mariana colocou e ligou o rádio e convidou os pacientes a dançarem da maneira que eles quisessem, começando ou não pelo tórax, agora eles estavam livres para criar sua dança e sentir seu corpo.

Durante a oficina foi interessante notar os diferentes tipos de pacientes que estavam ali e o que aquele trabalho despertava em cada um. Havia os mais quietos e concentrados, que já têm uma consciência corporal maior e conseguem realizar os exercícios mais facilmente; alguns que não têm tanta consciência corporal e algumas vezes não fazem exatamente o que foi proposto, entretanto não desistem fácil; aqueles que não conseguem entrar em contato com o próprio corpo e para quem ficar trabalhando corporalmente parecia uma punição. Uma das pacientes que se encaixa neste último tipo acabou até saindo da oficina bem antes que esta terminasse, pois ficou insuportável para ela. Segundo Mariana, esta paciente tem bastante dificuldade em ficar a hora inteira nesse trabalho e dispersa bem rápido.

Alguns exercícios despertaram questões ligadas a sexualidade e os pacientes pareciam felizes com isso. Mariana soube lidar de maneira natural com isso, sem repreender mas cuidando para que o limite dos outros pacientes não fosse invadido.

Durante o decorrer da oficina, ao tentar fazer o que tinha sido dito, alguns pacientes acabavam inventando novos movimentos e Mariana sempre acolhia todos eles, pedia que os demais pacientes fizessem e experimentassem em seu corpo aquilo que o outro tinha

criado. Isso mostrou que apesar de a psicóloga se preparar com uma seqüência de exercícios para a oficina ela também estava livre para variar caso essa demanda surgisse no grupo.

Mariana não ficou de fora dando instruções, ela estava junto com os pacientes, fazendo as mesmas atividades, ajudando-os e entrando em contato físico com eles.

Ao final houve um espaço para os pacientes falarem sobre como foi fazer essa oficina e como estava a parte do corpo que tinha sido trabalhada. Todos tinham gostado muito da oficina e alguns relataram que estavam sentindo mais a região, que ela tinha se soltado, que estavam respirando melhor.

DISCUSSÃO

Conforme dito anteriormente este trabalho não visa defender a utilização de alguma técnica ou método de trabalho corporal específico e sim estimular a prática, dentro do atendimento psicoterapêutico, de um olhar atento aos processos corporais como complementação ao discurso apresentado através da palavra. O que está por trás desse convite para um trabalho com o corpo é a crença da autora – confirmada com a leitura e análise de todo o material consultado aqui – de que o corpo é o instrumento pelo qual a pessoa estabelece contato com o mundo (interno e externo) e portanto não pode ser negligenciado.

O trabalho corporal deve ser visto como mais uma maneira, tal como os sonhos, de o psicoterapeuta conhecer seu paciente e também deste se auto-conhecer; é uma maneira de incrementar o diálogo entre consciente e inconsciente, facilitar o trânsito de informações entre essas duas instâncias, pois os conteúdos inconscientes não são passíveis de acesso direto, mas podem ser aferidos através de emoções que afetam o nosso corpo e causam reações orgânicas tais como palpitação, suor e tremor. Entende-se então que este tipo de trabalho possibilita uma ampliação da expressão verbal ao incluir no processo terapêutico o corpo e sua enorme gama de sensações, que muitas vezes são impossíveis de verbalizar.

Uma pessoa que tem consciência daquilo que sente, que entra em contato com o próprio corpo e reconhece suas reações muito provavelmente tem uma noção de si mais verdadeira do que aquela que está dissociada de sua corporeidade. Isso acontece porque o corpo é a expressão mais concreta e objetiva do ser humano, é o nosso laço mais forte com a realidade, é a maneira pela qual circulamos pelo mundo, nos relacionamos e nos apresentamos; e se manter inconsciente do que se passa em nosso corpo é se manter distante da nossa condição mais verdadeira.

É preciso entender que o corpo humano é capaz de sinalizar conflitos, emoções e desejos, o que o torna um canal de expressão do inconsciente e da subjetividade do indivíduo e isso se dá através de manifestações simbólicas. Portanto, todo esse conteúdo expresso por sinais não-verbais, posturas e aspectos físico-comportamentais precisa ser decifrado, interpretado, elaborado, integrado; ele não será compreendido por meio de associações simplistas e estereotipadas, pois cada corpo diz de si e portanto é uma fala de significado único. Considerando então que nosso aspecto mais concreto – o corpo físico – é um registro vivo da vida levada por cada um de nós, faz sentido que ele seja considerado como um importante instrumento para um processo de autoconhecimento tal como a terapia, seja ela com pacientes psicóticos ou não.

Segundo vários autores citados neste trabalho, o contato com o corpo é necessário e tem caráter estruturante desde os primórdios da vida do ser humano, pois é a partir da

percepção corporal – iniciada na relação mãe-bebê com cuidados que se dão, principalmente, no nível da pele – que o ego se forma. Ele é o centro da consciência e os conteúdos psíquicos precisam se relacionar com ele para se tornarem conscientes; isso nos permite dizer que o ego, antes de tudo corporal, dá forma à consciência e é esta que nos possibilita ser no mundo através do veículo chamado corpo. Há então uma forte conexão entre essas 3 instâncias: corpo, ego e consciência, e quanto mais afinada ela for, mais o ego saberá sobre suas sensações, conseguirá identificar perigosos níveis de tensão e seus limites de atuação.

A psicose é entendida, pelos autores aqui estudados, como um estado psíquico onde há perda de contato com a realidade, pois os limites do ego foram perdidos e este, por estar enfraquecido, não consegue cumprir com sua função de adaptação ao mundo real. Portanto, é plausível supor a ocorrência de alguma falha no processo inicial de formação e consolidação do sistema ego-consciência, aquele que começa a se formar através das percepções corporais, tal como dito anteriormente. Essa falha, que provavelmente se deu devido à vivência(s) de forte impacto e impossível assimilação, desorganiza e enfraquece a instância central e estrutural da consciência – o ego – possibilitando que o sujeito seja invadido por conteúdos inconscientes de difícil elaboração e integração.

Apesar de reconhecer a existência de achados anatômicos no cérebro de psicóticos, principalmente em esquizofrênicos, e disfunções nos neurotransmissores destes pacientes, autores psicodinâmicos, inclusive Jung, não se sentem capazes e nem dispostos a afirmar que os sintomas comportamentais e psicológicos presentes nestes casos derivam destas questões orgânicas, pelo menos não exclusivamente, e por isso investem em uma terapia de cunho psicológico. O trabalho corporal se propõe a ser mais uma ferramenta que vai nesta mesma direção, a da busca por um processo terapêutico subjetivo e singular que respeita a vivência individual sem classificar ou padronizar reações e seus significados.

Estudiosos da psicose afirmam que é comum uma sensação de estranheza por parte do psicótico com relação ao próprio corpo, como se fosse um outro, algo separado de si, dispensável, com idéias de decomposição ou não-integração e uma ausência de limites que gera indiscriminação entre dentro e fora e entre o que sou eu e o que é o outro. Na psicose não há a ideia do corpo como um continente de si, questão presente na estrutura neurótica; se trata de um corpo aberto e indiferenciado, que carrega um enorme conflito com o ego a ponto de se dissociar completamente deste.

A ideia de se incluir o trabalho corporal no tratamento de pacientes psicóticos vem justamente na direção de tentar fortalecer essa relação/contato tão frágil que eles têm com o próprio corpo e propor que, através das experiências concretas, estes pacientes possam alcançar também um nível mais abstrato no que tange aos limites psíquicos e relacionais, dando contorno e diferenciando dentro e fora. Isso parece possível porque a correlação

entre corpo e psique é tão intensa que a conscientização de processos corporais leva também a um maior conhecimento do mundo psíquico.

Psique e corpo são duas instâncias que funcionam sincronicamente, uma influencia a outra e não há predomínio de nenhuma delas. A forma corporal se molda pela experiência e também gera experiência, a forma física garante uma forma subjetiva, e assim como amadurecemos no corpo, amadurecemos a alma, a psique, o subjetivo. A forma não consegue ficar estagnada, pois todas as nossas vivências emocionais, seja de prazer ou desprazer, deixam marcas e vão moldando o nosso corpo; é isso que chamamos de sincronicidade: a existência de processos psíquicos e corporais que caminham juntos em significado.

A psicóloga entrevistada para este trabalho acredita que há várias razões que justificam o trabalho corporal com pacientes psicóticos e cita duas de grande importância: (1) ajudar na recuperação de um contato com o corpo que provavelmente foi perdido no início da vida, no momento em que ocorreu uma desorganização psíquica muito forte e (2) proporcionar uma relação mais prazerosa e positiva com o próprio corpo, visto que é comum, segundo ela, uma ausência ou um excesso de investimento corporal por parte dos pais ou cuidadores de bebês que posteriormente se estruturam de maneira psicótica.

Na literatura pesquisada é sugerido que a inserção deste tipo de trabalho no atendimento de psicóticos seja feita com cautela e a psicóloga entrevistada para a presente pesquisa – Mariana Camarote – também faz esta mesma recomendação. A razão para isso é que as técnicas corporais provavelmente vão suscitar conteúdos emocionais difíceis (como em qualquer paciente, entretanto mais complicados no caso dos psicóticos tanto em relação ao conteúdo como em sua possibilidade de elaboração) e o profissional precisa estar ciente disso e preparado para acolher o que vier, ajudando o paciente no processo de integração não só dos conteúdos, mas também da vivência corpórea.

Esta necessidade de elaboração do vivido remete para a importância de sempre se abrir um espaço de fala e escuta após o trabalho corporal, onde o paciente poderá, com auxílio do terapeuta, dar voz e significado ao que se passou com ele. A psicóloga entrevistada acredita que não dá para tentar mudar somente no concreto, pois há uma conexão entre corpo e psique que precisa ser olhada e o uso da técnica corporal em si não garante que o trabalho terapêutico aconteça. É preciso que o paciente e o terapeuta possam reconhecer e transformar o concreto em abstrato e vice-versa. A autora deste trabalho esteve presente em uma oficina do Instituto A Casa, coordenada por esta psicóloga, e verificou a real importância do momento relatado acima: ao final das atividades foi aberto um espaço onde os pacientes puderam falar o que sentiram e a psicóloga ajudou-os a perceber as mudanças e nomeá-las.

É importante ter em mente, quando se trabalha terapeuticamente com pacientes psicóticos, seja na abordagem corporal ou não, que os conteúdos que a princípio parecem sem sentido devido a forma caótica em que são apresentados, na verdade são carregados de significado e devem ser compreendidos de uma maneira ampla; muitas vezes os delírios e as alucinações, oriundos de processos inconscientes, se compõem de assuntos e temas que eram de muito interesse para o paciente antes dele se desorganizar e que tinham espaço em sua consciência. Para isso Jung propôs o método de compreensão prospectiva que entende que o conteúdo tem uma conexão com a vida pregressa do paciente e com momentos de emoções fortes pelos quais ele passou, mas, ao mesmo tempo, também enxerga uma relação entre esse conteúdo e o futuro, como um dever.

O sistema psíquico busca, em todos os seres humanos, uma harmonia que se dá através de um mecanismo de auto-regulação. Entretanto, como a unilateralidade da consciência nos pacientes psicóticos é extrema, o conteúdo inconsciente que deveria funcionar como uma compensação se manifesta tão abruptamente que a consciência fica incapaz de assimilá-lo e a auto-regulação impedida de acontecer. Isso mostra que a terapia destes pacientes, tal como acontece com os demais, também deve buscar entender os movimentos feitos pela psique antes de tentar eliminar qualquer comportamento, delírio ou alucinação, pois se trata sempre de uma tentativa de reequilíbrio.

Quanto mais de perto se olha um paciente psicótico, mais se percebe a existência de um sistema próprio criado para assimilar os fenômenos psíquicos, entretanto se percebe também que isto é somente uma reação inusitada a problemas emocionais que pertencem a todos os seres humanos, é um modo diferente de se relacionar com o mundo. Porém, apesar de se tratar de uma vida psíquica rica, ainda que caótica, o problema se dá porque esse sistema criado se refere a uma compreensão de si e do mundo extremamente subjetiva, afastada e até mesmo desconectada da realidade. Esta é mais uma das razões para a realização do trabalho corporal com estes pacientes, lembrando que o objetivo é aproximá-los de seu corpo, propor contato com seus limites físicos, caminhar em direção a uma tomada de consciência destes limites e extrapolar essas experiências concretas para o mundo psíquico através de processos sincrônicos e espaços de elaboração e integração conduzidos por profissionais capacitados.

Aliás, vale fazer um adendo sobre o que significa ser um profissional capacitado. Todas as técnicas e métodos de trabalho corporal aqui pesquisados acreditam que o terapeuta precisa experimentar em seu próprio corpo aquilo que pretende propor/aplicar em seus pacientes para se sentir seguro em fazê-lo e principalmente para passar pelo processo de autoconhecimento e auto-investigação de seus fenômenos corporais. Conforme explicado no capítulo “O trabalho corporal na psicoterapia junguiana”, os relacionamentos humanos se baseiam em relacionamentos arquetípicos e o par de arquétipos mais

adequado para a situação de terapia é o par Curador-Ferido. Quando o terapeuta experientia as técnicas e métodos de trabalho corporal ele está ocupando o lugar de ferido/paciente e essa circulação entre os pólos do arquétipo é extremamente necessária para que a relação terapêutica funcione. Durante a observação que a autora deste trabalho fez da oficina da Casa, foi possível perceber que a psicóloga que a conduzia não se cristalizou na posição de dona do saber, ela estava junto dos pacientes, ajudando-os, mas também sentindo em seu próprio corpo o que as atividades despertavam.

Outro conceito que fundamenta e justifica a inserção de um trabalho com o corpo no campo da psicoterapia é o conceito de imagem corporal. Se trata de uma representação internalizada do corpo que se forma a partir de percepções objetivas e concretas, mas que vai muito além disso e engloba também os sentimentos e emoções que o sujeito daquele corpo vivencia durante sua vida. É uma construção simbólica, complexa e individual que, apesar de sofrer grande influência das relações iniciais de nossa vida, está em constante mutação e portanto pode ser alterada e atualizada através de um trabalho corporal bem conduzido. O contato, tanto no sentido literal como em um sentido amplo de estar em interação com um outro, é o que possibilita a construção e a reconstrução dessa imagem que tanto influencia na maneira como nos relacionamos com o mundo. A qualidade e a forma deste contato, não só a sua existência em si, é que vai determinar a influência que este exercerá sobre a imagem.

No caso dos psicóticos, como a separação eu-outro está confusa e misturada, as referências que ele tem para compor essa imagem costumam vir do meio externo que é percebido por eles com distorções; o trabalho corporal visa fazer com que estes pacientes entrem em contato consigo mesmo, reconheçam o que é de si e possam formar uma imagem mais condizente com sua realidade concreta e subjetiva a partir de suas próprias referências.

Com todas as colocações e reflexões expostas até aqui, parece que o trabalho corporal com psicóticos pode ser mais produtivo e seguro se iniciado por toques que têm a intenção de mostrar o limite do corpo e demarcar o território, do que diretamente pela calatonia ou alguma outra técnica que busca de maneira mais profunda fazer a ligação com os conteúdos inconscientes. Todo e qualquer trabalho corporal pode despertar conteúdos e emoções que até então estavam adormecidos, entretanto entendo que alguns tem um potencial maior para isso. O caminho que me parece mais apropriado com estes pacientes é primeiro trabalhar o reconhecimento do corpo concreto que eles têm para depois partir para vivências mais profundas que podem evocar imagens e idéias que precisarão de um trabalho maior para serem integradas e de um ego mais estruturado para recebê-las sem se desorganizar ainda mais.

Por fim, vale dizer que resultados da oficina analisada – relatados pela psicóloga e observados pessoalmente pela autora deste trabalho – corroboram para a realização de trabalhos corporais com psicóticos de maneira mais abrangente, em outros dispositivos de atendimento à saúde. Os resultados incluem: organização corporal que proporciona uma organização ainda mais ampla, sendo que os pacientes ficam mais presentes e menos delirantes logo após o término da oficina; ganho de um contato maior com o corpo e conseqüentemente a possibilidade de nomear as partes; reconhecer e sentir o próprio corpo; tornar real e presente aquilo que é muito abstrato; ganho de contato entre os pacientes, pois a dinâmica de funcionamento da oficina requer que eles trabalhem juntos, tocando um ao outro sem se sentir invadido e com isso ficando mais a vontade para o contato físico, o que costuma ser uma questão para os psicóticos.

A complexidade da psicose requer um acompanhamento multiprofissional e é necessário que o psicólogo esteja sempre atento a isso. Baseada em uma nova concepção, descolada da noção de periculosidade social e afastada da visão mecanicista de “consertar” o que está errado no cérebro destes pacientes, a rede brasileira de atendimento aos psicóticos vêm se estruturando com lugares alternativos de tratamento, mais próximos da comunidade, de fácil acesso e com atendimento multidisciplinar. Nestes espaços mais novos e abertos me parece haver uma maior disponibilidade para propostas de trabalhos corporais do que nos antigos modelos manicomiais, ainda mais que eles visam um trabalho contínuo de prevenção – capaz de ser realizado no enfoque corporal – e não uma intervenção pontual em momentos de crise, que necessita de soluções mais drásticas como medicamentos e assistência psiquiátrica. É preciso que os terapeutas corporais saibam defender a importância deste tipo de tratamento com este público e possam se apoderar de um espaço que ainda está se construindo. Vale lembrar que a psicóloga aqui entrevistada contou que sofre preconceito por utilizar técnicas corporais em seu trabalho, mas acredita que isso se dá porque as pessoas têm muitos mitos a respeito deste tipo de intervenção e não conhecem a fundo as teorias que o sustentam. Nada melhor do que mostrar a importância deste trabalho na prática, fazendo com que os resultados cheguem até as pessoas menos informadas e estas possam mudar de opinião ou pelo menos se sintam curiosas para entender um pouco melhor o tema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como principal objetivo verificar de que maneira trabalhos corporais utilizados na psicoterapia podem contribuir para o tratamento de pacientes psicóticos. Além disso, como objetivos secundários, visou-se estudar a relação psique-corpo destes pacientes e conhecer trabalhos deste tipo que já são realizados com este público.

Através de levantamentos bibliográficos, entrevista com uma profissional da área de psicologia e uma profunda pesquisa na teoria junguiana, esta pesquisa mostrou que os trabalhos corporais se caracterizam como um complemento bastante positivo para a psicoterapia falada independentemente do tipo de paciente a ser atendido. No caso dos psicóticos este tipo de intervenção pode ser ainda mais valiosa: para o terapeuta porque propicia que ele compreenda estes pacientes através de um recurso diferente da fala, que muitas vezes está totalmente desconexa, e para o paciente porque o ajuda em uma de suas principais dificuldades, ou seja, a falta de contato com a realidade concreta e ausência de borda corporal, ocasionando uma indiferenciação com o mundo ao seu redor.

A oficina de conscientização corporal observada também foi de grande valor para que a autora desta pesquisa pudesse perceber, na prática, os benefícios já relatados em textos teóricos e na entrevista, como por exemplo, uma melhor organização psíquica que surge como reflexo da organização corporal conquistada através da participação na oficina.

Apesar de a necessidade de se trabalhar em prol de uma integração psique-corpo já ser um consenso na área da psicologia e de esse assunto estar bem desenvolvido teoricamente, com muitos livros e produções acadêmicas acerca disso, quando se trata deste tipo de intervenção com pacientes psicóticos encontra-se pouca coisa produzida, tanto na prática como na teoria. Por isso a autora do presente trabalho sugere que mais pesquisas acerca da influência dos trabalhos corporais em psicóticos sejam realizadas, a fim de esclarecer ainda mais seus benefícios e contra-indicações.

Um dos objetivos secundários previstos no início deste trabalho, mas que não foi cumprido por falta de tempo, era um levantamento dos locais de atendimento a pacientes psicóticos na cidade de São Paulo que utilizam alguma técnica de trabalho corporal. Esse levantamento também fica como sugestão de pesquisa para aqueles que se interessam pelo tema e gostariam de se aproximar da realidade prática desenvolvida em nossa cidade.

Por fim gostaria de dizer que foi extremamente prazeroso pesquisar sobre um tema pelo qual me interesse bastante e ainda melhor perceber, ao final, que as hipóteses levantadas no início deste trabalho se confirmaram e que as intervenções corporais aqui defendidas realmente tem um forte embasamento teórico e quando bem feitas são capazes de trazer grandes benefícios aos pacientes.

REFERÊNCIAS

- BARUFFALDI, Cybelle A. *Contribuição de técnicas corporais no estudo de mulheres obesas*. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, SP, 1999.
- DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- DENARDI, Tainá Maciel. *Estamira: a visão de cada um – uma reflexão acerca do corpo na psicose à luz da psicanálise*. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, SP, 2010.
- ESTÉS, Clarissa Pinkola. *Mulheres que correm com os lobos – mitos e histórias do arquétipo da mulher selvagem*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.
- FARAH, Rosa Maria. *Integração psicofísica: o trabalho corporal e a psicologia de C. G. Jung*. São Paulo: Companhia Ilimitada, 2008.
- GUATTARI, Félix. Práticas analíticas e práticas sociais, in *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: 34, 1992.
- GOIDANICH, Márcia. *Configurações do corpo nas psicoses*. Psicologia & Sociedade, Porto Alegre, v.15, n.2, Dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822003000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 de abril de 2011.
- JUNG, Carl Gustav. *Fundamentos da psicologia analítica*. Petrópolis: Vozes, 2007.
- JUNG, Carl Gustav. *Psicogênese das doenças mentais*. Petrópolis: Vozes, 2011a.
- JUNG, Carl Gustav. *Tipos psicológicos*. Petrópolis: Vozes, 2011b.
- KELEMAN, Stanley. *Realidade somática*. São Paulo: Summus, 1994.
- LEITE, Sonia. *Delírio: contorno do real*. Psyche, São Paulo, v.10, n.17, Jun. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 04 de abril de 2011.
- LIBERMAN, Flávia. *O corpo como pulso*. Interface, Botucatu, v.14, n.33, Jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200017>. Acesso em 30 de outubro de 2011.
- LOWEN, Alexander. *O Corpo Traído*. São Paulo: Summus, 1979.
- NEUMANN, Erich. *A Criança: Estrutura e Dinâmica da Personalidade em Desenvolvimento desde o início de sua Formação*. São Paulo: Cultrix, 1995.
- PIERRO, Bruno de. *Os 10 anos da reforma psiquiátrica no Brasil*. Blog Brasilianas, 18 de abril 2011. Disponível em: <<http://www.advivo.com.br/materia-artigo/os-10-anos-da-reforma-psiquiatica-no-brasil>>. Acesso em 02 de maio de 2011.

PRONIN, Tatiana. *Fisioterapeuta belga traça paralelo entre postura e comportamento*. UOL Ciência e Saúde, 01 de setembro de 2008. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/ultnot/cienciaesaude/ultnot/2008/09/01/fisioterapeuta-belga-traca-paralelo-entre-postura-e-comportamento.jhtm>>. Acesso em 31 de outubro de 2011.

RAMOS, Denise. *Psique do corpo*. São Paulo: Summus, 2006.

ROSA, Márcia. *A psicose ordinária e os fenômenos de corpo*. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v.12, n.1, Mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142009000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 de abril de 2011.

SEIXAS, Leda Maria Perillo. Calatonia e Esquizofrenia. In: SPACCAQUERCHE, Maria Elci (Org.). *Corpo em Jung: estudos em Calatonia e práticas integrativas*. São Paulo: Vetor, 2012.

SILVEIRA, Nise da. Crise e tentativas de mutação na psiquiatria atual, in *O mundo das imagens*. São Paulo: Ática, 1992.

SILVEIRA, Nise da. *Jung: Vida e Obra*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

STROTBEK, Silvia Vieira. *A vivência do método do como no processo formativo de Stanley Keleman*. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, SP, 2007.

VALENTINI, Willians. *Nenhum ser humano será bonsai*. Campinas, Jul. 2001. Disponível em: <<http://www.candido.org.br/content/view/335/48/>>. Acesso em 02 de maio de 2011.

WAHBA, Liliana Liviano. *Consciência de si através da vivência corporal*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, SP, 1982.

ANEXOS

Transcrição da entrevista com a psicóloga Mariana Camarote

Data: 02/09/2011

1. Conversa mais geral

(Qual é a sua formação?)

M.C: Sou formada em psicologia (*pela PUC-SP*), aí eu fiz uma formação no COGEAE que chamava “Clínica Corporal”, daí eu fiz curso de massagem Biodinâmica, que é uma massagem ligada a uma linha neo-Reichiana, que é essa Biodinâmica, aí eu trabalhei um ano e meio com um professor que me deu aula no COGEAE, fiz grupo de estudos com ele de Biodinâmica e Biosíntese que também são duas técnicas neo-reichianas, daí eu fiz a formação em Body Mind Moviment (*BMM*), que é uma formação de educação somática, que é a que eu fiz nos EUA. E agora eu tô me formando em Psicossomática Psicanalítica, fazendo uma especialização, no Sedes.

(A do BMM demorou quanto tempo?)

M.C: Quatro anos, que na verdade eram módulos que a gente só tinha durante o mês de Julho. Então foram 4 anos. Cada módulo tem 3 ou 4 matérias, porque eles dividem por sistemas corporais, então cada ano que eu ía, eu estudava 3 ou 4 sistemas, sei lá, sistema nervoso, ossos, músculos e ligamentos, sabe?

(Por que você buscou conhecer técnicas e métodos relacionados ao corpo? Sempre teve esse interesse? Como que surgiu?)

M.C: Eu, é, quando eu tava na faculdade, eu não gostava de nada que eu tava tendo ali das matérias, não tinha muita identificação com nenhuma matéria, e aí eu fui no Sedes fazer esse curso de massagem Biodinâmica, eu sempre gostei de trabalho corporal.

(E esse curso podia fazer antes de se formar?)

M.C: Podia, era um curso de extensão. Aí eu fiz, eu adorei o curso, a professora me chamou para ser monitora dela no semestre seguinte e aí foi aí que eu comecei a estudar essas coisas.

(Em que trabalhos você colocou ou coloca em prática o que sabe sobre corpo?)

M.C: Eu coloquei, eu trabalhei durante quatro anos com pacientes psicóticos no hospital-dia, então lá eu usava bastante esse trabalho, na Casa; fiz um trabalho já com idosos usando o corpo, dando aula de corpo pra eles; e faço no meu trabalho na clínica né, como psicoterapeuta corporal e só fazendo trabalho de corpo, tem gente que vem só pra fazer só corpo. Tem gente que vem pra fazer massagem, pra tratar do corpo.

(E tem gente que vem e faz uma psicoterapia mais falada, conversada, e corpo? Mistura as duas coisas?)

M.C: É, a psicoterapia mesmo falada eu trabalho com corpo, não quer dizer que toda vez eu vá fazer uma técnica corporal, mas eu olho pro corpo, eu interpreto o corpo enquanto a gente tá conversando, às vezes eu sugiro exercícios.

(E o trabalho com os idosos era o que?)

Era uma oficina que eu dava na prefeitura, numa casa de cultura lá de Santo Amaro, e aí eu dava aula de consciência corporal, que nem eu dava na Casa.

(Atualmente você faz algum tipo de trabalho corporal como paciente / aluna?)

M.C: É, eu faço terapia com a Regina Favre, comecei a fazer com ela, ela é uma terapeuta corporal (*dá formação de Stanley Keleman*) e às vezes eu recebo massagem de algumas pessoas assim. Faço trabalho aqui com a Denise (*Denise de Castro, fisioterapeuta que eu e Mariana freqüentamos e que trabalha com as teorias do Keleman, o GDS e força dinâmica*) e que mais? E eu tô estudando lá no Sedes, a formação que eu tô fazendo.

(Antes de fazer com a Regina, você fazia terapia em outra linha?)

M.C: Fazia com uma psicanalista, e aí eu comecei a sentir falta do corpo, porque eu trabalho assim no meu consultório, comecei a sentir falta de ter um modelo. E aí fui fazer com a Regina. Faz dois meses. E eu faço também supervisão com uma terapeuta corporal.

(De alguma linha específica?)

M.C: Ela dá aula lá no Sedes, ela conhece bastante da psicossomática e ela trabalhou com a biodinâmica também, que é essa linha de massagem.

(Atualmente você trabalha onde?)

M.C: No meu consultório e aqui com a Denise. Não tô em nenhuma instituição.

(Sofre algum preconceito por utilizar técnicas corporais em seu trabalho?)

M.C: Eu sofro. Eu sinto no Sedes, apesar de ser um curso aberto e eu ver que lá as pessoas têm uma certa abertura, eu acho que têm um preconceito porque as pessoas não conhecem o que é nem como é, então cada um parte da ideia que tem na cabeça do que é o trabalho corporal. Então às vezes as pessoas falam, "Nossa, você vai fazer um trabalho corporal com esse paciente? Não é muito forte? Não é muito invasivo? A pessoa não vai ficar pior?". Então tem muita fantasia a respeito do trabalho corporal e as pessoas reagem a essas fantasias e não ao que é de verdade, entendeu?

(Lá no curso do Sedes é todo mundo psicólogo?)

M.C: Todo mundo psicólogo e a maioria psicanalista. E aí na supervisão às vezes eu levava algum caso que eu trabalhava com o corpo né, e eu sentia uma certa desconfiança das pessoas.

2. Conversa sobre a Oficina da Casa

(Como começou a trabalhar na Casa? Foi direto com esta oficina?)

M.C: Eu tava numa época que eu não tava fazendo nada de corpo, eu tava trabalhando em escola porque era o que me dava dinheiro, e uma amiga minha que dava aula de yoga, ela não tinha formação de psicóloga e ela começou a ficar muito mal com as aulas lá na Casa e ela me chamou para substituí-la. Daí eu fui substituí-la e fiquei. Comecei direto com a Oficina que você foi ver e fiquei por 4 anos.

(Como você montava e preparava suas aulas lá?)

M.C: É, eu ia, eu fui fazendo meio por temas, então teve uma época que eu fazia muito parecido com a aula de yoga, porque eu queria fazer uma transição com eles. Depois eu trabalhei uma parte que é uma parte bem ligada ao desenvolvimento do bebê, então trabalhei com os padrões neurológicos básicos. Depois mais pra frente comecei a trabalhar um pouco mais de alinhamento, consciência dos órgãos, dos conteúdos internos. Eu ia separando mais ou menos por assuntos, por blocos.

(Mas aí você pensava antes de ir pra oficina tudo que você ia fazer?)

M.C: Eu pensava mais ou menos, eu pensava umas três atividades, e depois eu sabia que ia mudar tudo na hora, entendeu? Então eu já ia com algumas opções na cabeça, se a aula fosse muito técnica eu preparava mais em cima mesmo, e daí quando chegava lá na hora eu via como é que fazia, porque isso muda muito.

(E tinha um espaço pra eles falarem pra você o que tinham sentido?)

M.C: Tinha. Sempre no final da aula a gente conversava, a gente sentava em roda e a gente via o que eles estavam pensando, como é que tinha sido.

(Percebia uma frequência dos mesmos pacientes semanalmente? Os alunos eram sempre os mesmos?)

M.C: Variou bastante, mas tiveram vários alunos que eu acompanhei durante anos assim, tem uns 5, 6 que foram fiéis e que eu fiquei o tempo inteiro, e tiveram outros que foram mudando porque eu mudei os dias que eu ia lá, e chegou gente nova, mas as pessoas tendiam a ficar assim, tinha bastante gente que permaneceu na aula.

(Tinha alguma reunião com os outros profissionais da Casa que você podia contar o que se passava na sua Oficina?)

M.C: Tinha. Sempre teve. Sempre foi um espaço que era difícil de batalhar dentro da instituição, mas eles sempre queriam. No primeiro ano era mais difícil porque as meninas não se reuniam na hora e eu tinha sempre aquela hora e elas não se organizavam, então eu não fazia. Mas tinha uma pessoa sempre comigo. Depois quando eu mudei pra 3ª a tarde, daí era super organizado, eu tinha esse horário, eu conversava com eles, só que daí eu tinha que ficar mais algumas horas na instituição pra poder fazer essa conversa e essas horas não eram remuneradas, então era meio às vezes, foi ficando complicado. Eu tive que começar a despender muito tempo lá e não tava ganhando...

(Lá você sentia alguma coisa de preconceito com a sua oficina?)

M.C: Não. Lá eu, assim, eu sentia que a oficina tinha um espaço bem claro, que eles sabiam a importância e que a pessoa que coordenava, a “cabeça” lá do hospital, tava super de acordo com o trabalho. Então as pessoas tinham respeito, mas às vezes, quando eu entrava numa discussão mais de caso, mais teórica, eu sentia que as pessoas me davam uma subestimada, como se pelo fato de eu não ser psicanalista eu não soubesse. Lá todo mundo é psicanalista, quase todo mundo. Mas isso era com pouca gente, não era a maioria não, era raro.

(O que você percebia nos pacientes logo após a realização da Oficina?)

M.C: Que eles se organizavam, essa era a coisa que eu mais percebia. Todo mundo se organizava, todo mundo me ajudava a guardar as coisas, todo mundo falava com mais clareza, a aula de corpo dava uma organização pra eles. Eles ficavam mais presentes, mais claros, menos delirantes assim, na maioria das vezes né, eles me ajudavam a organizar o espaço, eles cuidavam da organização do espaço, de guardar os tapetes, de fazer as coisas, e isso é um sinal de que houve uma organização no corpo também né...

(Olhando pros pacientes que freqüentavam a Oficina assiduamente, você conseguiu perceber mudanças significativas na organização psíquica e corporal que você acha que veio da Oficina?)

M.C: Ah, eu acho que sim. É claro que você trabalhar com psicótico e com esse tipo de paciente você não tem um resultado a longo prazo, que é pra sempre, a pessoa melhora e pronto, mas eu vi muita gente... teve uma senhora, a Yuriko, uma senhora japonesa que fez todos os anos e ela foi se organizando, ela foi ganhando um certo destaque lá na instituição, ela começou a participar, todas as atividades que ela

participava, ela organizava tudo, cuidava das listas, das coisas, essa foi uma pessoa que eu acho que se beneficiou muito assim, e que foi ganhando mais flexibilidade também, porque ela era dura na organização dela, né. O Edu foi um cara que foi, as pessoas de um modo geral foram ganhando um contato com o corpo que eles não tinham, foram começando a saber o nome das partes do corpo, a reconhecer, a sentir o corpo, porque no começo isso era muito abstrato. Então teve uma mudança sim.

(E você acha que melhorava o contato entre eles?)

M.C: Sim. Porque assim, por exemplo, eu propunha nas aulas que eles muitas vezes se tocassem, conversassem um com o outro, que eles dessem feedback um pro outro... eles tinham muito contato. Seja contato físico, contato visual, auditivo. E isso é uma coisa complicada pra um psicótico né, então eu acho que foi, eles começaram a ficar mais a vontade no contato, eles se tocavam e eles não se sentiam invadidos, eles não levavam a coisa só pro lado sexual, eu acho que ganhou um lugar assim, tinha um significado pra eles isso.

Obs.: Hoje em dia M.C. não está mais trabalhando na Casa, indicou uma amiga sua para assumir a Oficina no final do semestre passado. Essa amiga também é formada em BMM, entretanto não é psicóloga e, segundo M.C., provavelmente suas aulas são focadas na dança.

3. Conversa sobre trabalho corporal com psicóticos

(Por que você acredita que é viável esse tipo de trabalho com pacientes psicóticos?)

M.C: Então, eu entendo assim, um paciente psiquiátrico foi alguém que se desorganizou quando ele era muito novo. E essa época é uma época em que você tem um contato maior com o seu corpo. Então parte do trauma ou da situação que gerou o enlouquecimento, que gerou a crise psicótica, fez com a pessoa cindisse com o corpo dela, né, ela fez um corte com o corpo, e eu acho que o trabalho corporal ajuda a pessoa a resgatar esse contato com o corpo, por isso que ele é tão importante, é resgatar um contato que a pessoa perdeu lá atrás. Muitas vezes essas pessoas também não foram muito investidas corporalmente pelos pais, não foram olhados ou não foram tocados, ou às vezes se foram, foram excessivamente. Então conseguir ter uma relação mais positiva, de mais prazer, de mais contato com o corpo, é também mexer com uma questão fundamental assim, então eu acho que essas coisas vão, fazem uma diferença. É muito importante pra eles ter um trabalho de corpo.

(Você acredita que a abordagem corporal com pacientes psicóticos também funciona individualmente?)

M.C: Eu nunca atendi ninguém individualmente, mas eu acho que sim. Eu acho que é importante, porque é o mesmo princípio. Tem o lado mais fácil que a pessoa pode desenvolver uma confiança maior em você, não tá sujeita a tantas mudanças quanto no grupo, cada hora é uma pessoa diferente que vem te tocar. Por outro lado também pode estabelecer uma transferência mais complicada com você né, e aí fica tudo em cima do terapeuta. Fica muito próximo. Mas eu acho que do mesmo jeito eles podem se beneficiar.

(Nunca chegou nenhum paciente psicótico no seu consultório?)

M.C: Já chegaram uns, eu tenho alguns que são bem *borders* assim, né, que tem um “pezinho” ali na psicose, que não são totalmente. E eles são pessoas que me pedem o trabalho de corpo, que precisam, que ficam bem com o trabalho corporal. Então eu acho por isso também que funciona muito.

(O que você acha que é mais complicado no trabalho corporal com pacientes psicóticos? Tanto pra você como pra eles.)

M.C: acho que é mais ou menos a mesma coisa assim, pra quem dá e pra quem recebe eu acho. O que é difícil pra mim, às vezes, era fazer uma aula e perguntar pra eles, “Ah, onde é que tá a sua bexiga? Onde é que tá seu coração? Onde fica seu pulmão?”, pra mim era difícil falar disso e pra eles era muito difícil porque eles não sabiam, eles não tinham uma noção do corpo, eles não têm um esquema corporal claro, é muito difuso, cada um acha que uma parte do corpo tá em um lugar, então essa desconexão com o corpo é muito difícil, tanto pra eles, porque eles se percebem não se conhecendo, e pra você lidar com isso né. Outra coisa que eu achava super difícil, às vezes eu tentava ajudar eles a ter uma noção do que era dentro do corpo e do que era fora, e isso não existe, a noção de dentro e fora não tem, é uma coisa só, ele tá esparramado no mundo, os órgãos estão esparramados no mundo, não tem divisão entre a pessoa e o mundo, então essa noção do que tá dentro e do que tá fora, eu e o outro né, essas noções de limite, são super delicadas pra eles.

(E tinha alguma confusão de limite entre o grupo?)

M.C: Então, às vezes tinha, mas como eu prezava muito pela coisa da organização e das regras, então eu falava “quando você for tocar alguém você faz assim, você faz assado, você para, você pergunta, você não vai fazer muito forte, você vai deixar o outro te falar”, então eu punha um monte de regra pra que eles pudessem fazer isso de um jeito mais seguro e dava certo, ajudava!

(Nunca teve nenhum problema com as regras?)

M.C: Eu acho que às vezes a coisa descambava pra uma coisa sexual e aí era divertido, ninguém era desrespeitoso com o outro, você tinha que pôr os limites. Porque, por exemplo, às vezes você vai fazer um toque e tinha um paciente que queria pegar na bunda da pessoa que ele tava tocando. E aí você tinha que colocar um outro limite novamente, mas eles respeitavam. Só que aparecia né, os conteúdos sexuais apareciam bastante. É, outra coisa que era difícil é que, às vezes, dependendo do toque ou do que você tava fazendo, você despertava coisas difíceis pra pessoa e isso era o mais complicado. Eu tinha um paciente que era autista, meio psicótico, meio autista, e ele é... uma vez eu fui tocar no peito dele, ele tava fazendo uma postura, eu fui arrumar ele e encostei no ombro, perto do peito. Ele ficou muito agressivo, falou que não era pra eu tocar na teta dele, ele teve uma viagem corporal a partir daquele toque que eu fiz nele, sabe. Então é isso, é delicado, tem que ser alguém que saiba o que está fazendo porque quando você mexe com o corpo, você mexe com as memórias da pessoa, então você pode despertar coisas difíceis, despertar os traumas, despertar as reações mais automáticas que às vezes podem ser violentas, podem ser agressivas.

(Mas de maneira geral foram 4 anos que foram ok?)

M.C: Isso, eu quase não tive problemas na aula. Às vezes tinha um ou outro paciente que tava muito agitado, que tava muito mal, eu tentava que ele ficasse, se ele tivesse muito ruim eu pedia pra sair, mas nada assim, nada grave aconteceu durante esse tempo.

(Você conhece algum outro lugar que tem trabalho corporal com paciente psicótico?)

M.C: Eu já ouvi dizer que tem, mas eu não conheço nenhum outro lugar. Eu lembro uma vez de um congresso de Reich que eu fui e lembro de alguém falando que dava uma aula num hospital, mas assim, eu não sei, não sei mapear isso. Eu acho que tá tendo um interesse maior, mas é muito pouco o que tem. Sei que tem uma menina

que dá aula no Cecco, ela deu aula no Cecco, hoje em dia ela dá aula lá na casa... como que chama aquele lugar que tem lá no centro da cidade, tem umas oficinas? Bom, não lembro. Mas ela dá aula pra um público aberto, então tem psicótico e não psicótico e ela faz um trabalho de dança parece que muito legal. Ela é psicóloga.

(Eu lembro da minha experiência no CAPS, que eu fiquei um ano lá fazendo estágio, e aí eu acabava vendo toda a grade de cursos e de oficinas que eles tinham, e era tudo na base da fala sabe? Tudo na base do discurso, “então vamos fazer oficina de terapia que é pra gente falar dos problemas”, ou no discurso ou na coisa mais T.O. assim sabe? Fazer crochê, fazer pintura e tal. E às vezes os próprios profissionais reclamavam “a gente vai lá na oficina e ninguém fala nada, a gente sentou na oficina de terapia, todo mundo em roda, e ninguém falou nada com nada”. Mas insistiam e persistiam nesse tipo de programação pros pacientes, sem ver que poderiam fazer por outro lado)

M.C: Ah, mas isso é, mesmo lá na Casa era uma oficina né. Era uma vez por semana, uma hora. Você não tem um grupo terapêutico que é a base ali do trabalho. Você não tem nenhum grupo terapêutico que trabalhe corpo por exemplo. Não que eu ache que a instituição seja fechada, mas não tinha nenhum profissional que fizesse isso ali sabe?

(O grupo terapêutico era o quê? Era um outro jeito de...)

M.C: Eram grupos que... cada paciente tem seu grupo de referência, seu grupo terapêutico. E aí são uns dois, três terapeutas, e aí eles discutem, eles fazem uma terapia em grupo. E tinha, chegou até a ter psicodrama, mas nada de corpo. E na minha oficina vinha quem quisesse, qualquer pessoa, mesmo que a pessoa não fosse daquele dia e quisesse vir só pra oficina ela podia.

4. Considerações finais

(Ao terminar a entrevista eu e Mariana ficamos conversando um pouco mais, mas já não estava mais com o gravador ligado. Abaixo seguem então algumas considerações que ela fez, entretanto não estão transcritas exatamente como ela colocou).

M.C. acredita que na prática é possível utilizar-se de técnicas corporais que surgiram de diferentes linhas de pensamento, como por exemplo, a terapia formativa de Stanley Keleman, o método BMM, as propostas de Reich, a massagem biodinâmica, pois elas se complementam e há pacientes que se beneficiam mais de uma do que de outras. Mas ela entende que teoricamente seria impossível juntá-las, pois partem de pressupostos diferentes.

Para ela as técnicas corporais são extremamente importantes, entretanto é preciso ficar atento para não se manter somente no corpo do paciente, no que é visível. Muitos trabalhos corporais acabam sendo superficiais, não procuram entender porque o paciente está daquela maneira e tentam mudar, alterar, a partir do que já está. Para M.C. o que o paciente mostra em seu corpo reflete suas experiências, sua história, e é atrás disso que o terapeuta precisa ir.