

LIGARE - CENTRO DE TERAPIA CORPORAL

EDNA KAZUE UEMURA

**ESTUDO DE CASO DE UMA PACIENTE COM TRANSTORNO DE
PERSONALIDADE BORDERLINE SOB A ÓTICA DA
BIOENERGÉTICA**

PRESIDENTE PRUDENTE - SP
2019

EDNA KAZUE UEMURA

**ESTUDO DE CASO DE UMA PACIENTE COM TRANSTORNO DE
PERSONALIDADE BORDERLINE SOB A ÓTICA DA
BIOENERGÉTICA**

Monografia apresentada como requisito para conclusão de Curso de Especialização em Psicologia Clínica – Análise Bioenergética, oferecido pelo Ligare Centro de Psicoterapias Corporais.

Orientadora: Prof.^a M.^a Odila Weigand.

LIGARE - CENTRO DE TERAPIA CORPORAL

BANCA EXAMINADORA

Prof. (Nome do orientador)
Afiliações

Prof. (Nome do professor avaliador)
Afiliações

Prof. (Nome do professor avaliador)
Afiliações

Edna Kazue Uemura

Presidente Prudente, ___ / ___ / _____

Resultado _____

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pelas graças recebidas.

Ao Instituto Ligare de Presidente Prudente, dirigido por Marli Bonini, pela oportunidade de realizar o curso e ao Instituto Ligare de Americana pelo aprendizado proporcionado pelos professores e toda a equipe.

Agradeço pelo apoio de toda minha família.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

*Somos feitos para a felicidade. Para a troca.
Para a paz. Para a bondade.
Para facilitarmos a existência uns dos
outros. Para a coragem e alegria de
simplesmente ser.*

(Ana Jácomo)

RESUMO

O objetivo deste estudo é analisar como a terapia corporal bioenergética pode se associar em trabalhos com um paciente que sofre de transtorno de personalidade borderline. A leitura corporal é complexa e demanda a constatação quanto às características clínicas do caráter proposta por Reich e Lowen e o levantamento dos fatores históricos e etiológicos determinantes que auxiliam na elaboração do diagnóstico. Assim, este trabalho foi definido como um estudo de caso com abordagem qualitativa. Ao analisar a paciente portadora do transtorno de personalidade borderline, através de estudos e práticas, observamos através dos exercícios, da fala e da escuta terapêutica, os traumas vividos pela paciente. Embora o caso seja complexo verificamos alguns avanços no tratamento. Demonstrou ser uma grande ferramenta para auxiliar no tratamento da paciente.

Palavras Chave: Terapia Corporal, Bioenergética, Lowen, Transtorno de Personalidade Borderline, Tratamento.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze how the bioenergetic body therapy can associate in works with a patient who suffers from borderline personality disorder. The body reading is complex and demands identifying in the patient the clinical characteristics proposed by Reich and Lowen collecting historical and etiological decisive facts that help the diagnosis. Therefore, this is a case study with a qualitative approach. When analyzing the patient with borderline personality disorder, her traumas could be identified through sessions of physical exercises, speech and therapeutic listening, taking into account studies already done in this field. Even though it is a complex case, some advances in the treatment were identified, showing that the bioenergetic body therapy has proven to be a great tool to assist patients with borderline.

Key words: Body therapy; bioenergetics; Lowen; borderline personality disorder; treatment.

Sumário

AGRADECIMENTOS.....	4
INTRODUÇÃO	9
1 TERAPIA CORPORAL BIOENERGÉTICA.....	11
1.1 COURAÇA.....	13
1.2 CARÁTER.....	14
1.3 GROUNDING.....	20
2 TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE	23
3 ESTUDANDO UM CASO	30
4 CONCLUSÃO	40
5 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	42
6 ANEXOS.....	45

INTRODUÇÃO

Esse trabalho teve a intenção de abordar a psicoterapia corporal bioenergética no tratamento de uma paciente com transtornos de personalidade borderline, com fundamento na teoria bioenergética de Alexandre Lowen (1982).

A terapia corporal bioenergética é uma grande aliada no tratamento de várias patologias e foi incluída na “Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde, através da Portaria Ministerial nº 702, de março de 2018, que ampliou as abordagens de cuidado à saúde e pode proporcionar ao paciente, boas condições de liberar tensões, facilitar a expressão, favorecer o autoconhecimento e promover uma vida mais saudável” (BRASIL, 2018, p. 08).

Na mesma linha de raciocínio Volpi assinala também que:

A bioenergética, técnica psicoterapêutica embasada na análise do caráter de Reich, enfatiza as correlações da dinâmica caractereológica com os processos energéticos presentes no corpo. Além disso, passou a ser um rico instrumento para o trabalho em grupo, no qual a análise do caráter pode ou não estar presente. Dessa forma, alcançou empresas, escolas e outras instituições, estabelecendo-se como uma forma de se chegar a uma saúde mais integral, a partir da auto-expressão, tanto em termos individual quanto grupal. (VOLPI, 2003, p. 131)

Com este trabalho pretendeu-se apresentar em linhas gerais o conteúdo teórico dos conceitos e fundamentos da terapia corporal bioenergética para realizar a leitura corporal da paciente, analisar e elaborar o significado das tensões musculares crônicas que nortearam o diagnóstico corporal e as discussões sobre o processo de acompanhamento e dos resultados obtidos, assim como, os efeitos e ou contribuições que a terapia corporal bioenergética trouxe à paciente borderline.

Um das descrições das características borderline está contida no CID – 10 que o descreve da seguinte maneira:

Várias das características de instabilidade emocional estão presentes: em adição, na autoimagem, objetivos e preferências internas (incluindo a sexual) do paciente que são com frequência pouco claras ou perturbadas. Há em geral sentimentos crônicos de vazio. Uma propensão a se envolver em relacionamentos intensos e instáveis pode causar repetidas crises emocionais e pode estar associado a esforços excessivos para evitar abandono e uma série de ameaças de suicídio ou atos de autolesão. CID -10 (F60.31, p.200).

A metodologia utilizada foi o estudo de caso de um paciente com transtorno de personalidade borderline. Optamos por esta metodologia, pois conforme Yin (2001) o estudo de caso pede uma estratégia de pesquisa que compreende um método que abrange tudo em abordagens específicas de coletas e análise de dados. A partir da descrição do caso clínico, elaborou-se uma proposta do trabalho corporal, tendo como referência as teorias de Reich (1998) e Lowen (1982). Foi um estudo empírico, de observação e intervenção que buscou investigar o contexto real, utilizando de fontes de evidências cujo objetivo foi o de descrever o estudo de caso.

Em busca das respostas para este trabalho, foram propostos dois objetivos:

- 1) Discutir uma abordagem da psicoterapia corporal no tratamento de uma paciente com transtornos de personalidade Borderline.
- 2) Sugerir algumas formas de melhorar a convivência do paciente com outros pares no seu cotidiano através da terapia corporal.

As respostas obtidas neste trabalho foram organizadas em três capítulos, a saber:

No primeiro capítulo, apresentou-se o resultado das leituras e pesquisas sobre terapia corporal bioenergética.

No segundo capítulo organizou-se algumas das principais teorias sobre o transtorno de personalidade borderline que correspondiam ao caso em questão.

No terceiro capítulo foi descritivo sobre o tratamento e os resultados do trabalho do caso B. com as dificuldades e aplicação da terapia corporal bioenergética no tratamento de pacientes borderline.

1 TERAPIA CORPORAL BIOENERGÉTICA

Criada nos anos 50, tendo como seu principal fundador Alexander Lowen, a Análise Bioenergética surgiu da identificação de Lowen com as ideias reichianas a respeito do corpo e emoção. Para Lowen (Lowen & Lowen 1985, p. 11) a bioenergética é o modo de entender a personalidade com relação ao corpo e a produção da energia através da respiração, do metabolismo e da descarga de energia no movimento. Afirma, também, que a bioenergética é uma terapia que combina o trabalho com o corpo e a mente no sentido de ajudar as pessoas a resolverem seus problemas emocionais e melhor perceberem o seu potencial para o prazer e para a alegria de viver. Lowen assim a descreve:

Na terapia bioenergética, a pessoa é levada a entrar em contato consigo mesma através de seu corpo. Usando os exercícios descritos neste livro, a pessoa começa a sentir como inibe ou bloqueia o fluxo de excitação no seu corpo; como limita a sua respiração, restringe seus movimentos e reduz sua auto-expressão; em outras palavras como ela diminui sua vitalidade. A parte analítica da terapia ajuda a entender o porquê dessas inibições e bloqueios, na maioria inconsciente, em termos de suas experiências infantis. Ela é ajudada e encorajada a aceitar e expressar os sentimentos suprimidos no contexto protegido da situação terapêutica. (LOWEN & LOWEN, 1985, p. 17)

O precursor da terapia corporal, Wilhelm Reich, descobriu que o nosso corpo é dotado de uma carga energética, que circula em nosso organismo através do processo “tensão-carga, descarga-relaxamento” (Reich, 1975, p. 138).

Na abordagem bioenergética a energia é dinâmica, que movimenta, flui e pulsa. É a energia biológica sentida pelo corpo e pensamentos, num movimento que, em equilíbrio, é tido como agradável, e se expressa em bem-estar. Esse movimento estabelece ciclos, a partir de uma necessidade que busca satisfação, e quando alcançada, permite um relaxamento. Nesse sentido um organismo sadio apresenta um equilíbrio energético e mantém o nível de energia entre a carga e descarga coerente com suas necessidades e oportunidades (Volpi, 2018).

Lowen (1982, p. 40), afirma que todas as atividades requerem e utilizam energia, e está associada em todos os processos da vida, nos movimentos, sentimentos e pensamentos. A quantidade de energia que um indivíduo possui e como ele a usa irá determinar e refletir na sua personalidade. Sendo assim, pessoas possuem mais energia e outras são mais debilitadas, por exemplo no caso de uma pessoa impulsiva, esta não consegue conter qualquer aumento no seu nível de excitação ou energia e descarrega-o o mais rápido possível.

Segundo Volpi, (2018), a Bioenergética se propõe a identificar os bloqueios, liberá-los e superá-los, atuando simultaneamente sobre a carga e descarga, nos exercícios corporais e em situações do dia a dia. O aumento do nível de energia através da respiração e dos movimentos proporciona a auto-expressão e restaura o fluxo de sentimentos corporais. A atuação, na Análise Bioenergética, se dá sobre o funcionamento energético atual do indivíduo e sobre sua história de vida, acredita-se que ambos estão correlacionados. O autor ressalta que:

Um dos principais pressupostos da Análise Bioenergética é o prazer, e nunca a dor. O sentimento de prazer é a percepção de um movimento expansivo, como um fluxo de sentimento e energia que se dirige para a periferia do corpo. Parte do coração em direção aos pontos de contato com o mundo: olhos, boca, pele, mãos, pés e genitais. A contração, por sua vez, é experiência de dor, de fechamento e de retraimento, o organismo direciona toda sua busca à satisfação prazerosa, no contato com o mundo. Caso se encontre ameaçado, o resultado é a contração e, por consequência, a dor. A musculatura se encarrega de conter a excitação, quando a musculatura falha, surge a ansiedade. A promessa de prazer associada à possibilidade de dor gera a angústia latente em todos os distúrbios neuróticos e psicóticos. (VOLPI, 2003, p. 22)

Lowen sobre os princípios e a prática da terapia bioenergética (Lowen, 1984, p.30/31) se baseia na identidade funcional entre mente e corpo. Qualquer mudança no pensamento, sentimento e comportamento condiciona uma mudança no funcionamento de seu corpo. Suas principais funções são a respiração e os movimentos. As sensações são determinadas pela respiração e pelos movimentos. Para que uma sensação volte precisa restaurar a sua mobilidade. Se a respiração for contida a mobilidade do corpo é reduzida. O mesmo acontece ao contrário as emoções fortes estimulam a respiração e a tornam mais profunda.

Vieira (2018) acrescenta que a incapacidade para respirar configura o principal obstáculo para se recuperar a saúde emocional. Se a inibição da respiração é utilizada para reprimir emoções e sensações, o caminho inverso também pode ser trilhado. Portanto, um trabalho que tenha como foco a liberação das tensões que limitam a respiração, ajuda a relaxar todo o corpo, a elaborar os conflitos emocionais e promover a espontaneidade e expressão dos sentimentos.

Segundo Lowen (1982, p. 120), podemos compreender a personalidade através da identidade funcional do caráter psíquico e a estrutura corporal ou atitude muscular, e nos permite fazer a leitura do caráter a partir do seu corpo e explicar sua atitude corporal por meio de seus representantes psíquicos e vice versa.

Lowen (1982, p. 13) acrescentou que as couraças estão ligadas ao padrão geral das tensões musculares crônicas do corpo, sendo assim definidas porque servem para proteger o indivíduo contra experiências emocionais dolorosas e ameaçadoras.

Stanley Keleman (1992) pesquisou o processo formativo das couraças e escreveu as deformações (insultos à forma) que desenvolvemos durante o processo de aquisição de cultura defeituoso, que leva a uma ausência de sincronia entre pensamento, disposição e atos.

1.1 COURAÇA

Reich (apud Navarro, 1996, p. 20), propõe que essas couraças estariam localizadas nos sete segmentos ligados entre si, cada qual afetando aspectos específicos do comportamento dos indivíduos.

O quadro abaixo contém algumas características relacionadas aos níveis ou segmentos corporais descritas por Navarro (apud Fragoso; Volpi, 2019), e descreve como as couraças nelas se instalam conforme esclarece Fadiman (1986 p. 97/98).

Níveis ou segmentos	Características descritas por Navarro	Como a couraça se instala segundo Fadiman
Primeiro nível Ocular compreende os ouvidos, olhos, nariz e pele	Há um prejuízo na leitura e interpretação que a pessoa terá do mundo e de si mesma;	A couraça dos olhos é expressa por uma imobilidade da testa e uma expressão “vazia” dos olhos, que nos veem por detrás de uma rígida máscara.
Segundo nível Boca-oral compreende os músculos do queixo, garganta e a parte de trás da cabeça.	Influência nos aspectos depressivos de dependência e independência	As expressões emocionais relativas ao ato de chorar, morder com raiva, gritar, sugar e fazer caretas são todas inibidas por este segmento.
Terceiro nível Pescoço compreende os músculos profundos do pescoço e também a língua.	O prejuízo será nos aspectos narcisistas e de autocontrole;	A couraça funciona principalmente para segurar a raiva ou o choro.
Quarto nível Tórax compreende os músculos longos do tórax, os músculos dos ombros e da omoplata, toda caixa torácica, as mãos e os braços.	Influenciará nos aspectos da identidade e na ambivalência do sentir e posicionamentos de vida;	Ele serve para inibir o riso, a raiva, a tristeza e o desejo. A inibição da respiração, que é um meio importante de suprimir toda emoção, ocorre em grande parte no tórax.
Quinto nível Diafragma compreende o diafragma, estômago, plexo solar, vários órgãos internos e músculos ao logo das vertebrae torácicas baixas	Influenciará nos aspectos masoquistas e ansiosos;	A couraça é expressa por uma curvatura da espinha para frente, de modo que há um espaço considerável entre a parte de baixo das costas do paciente e o colchão. É muito mais difícil expirar do que inspirar. A couraça inibe principalmente a raiva extremada.
Sexto nível Abdômen compreende os músculos abdominais longos e os músculos	Influenciará nos aspectos compulsivos e anais;	A couraça nos flancos de uma pessoa produz instabilidade e relaciona-se com a inibição do rancor.

das costas. Tensão nos músculos lombares está ligada ao medo de ataque.		
Sétimo nível Pélvis compreende os músculos da pelve e membros inferiores.	Influenciará nos aspectos genitais, na possibilidade de sentir prazer e no superego. Quanto mais intensa a couraça, mais a pelve é puxada para trás e saliente nesta parte. Os músculos glúteos são tesos e doloridos; a pélvis é rígida, “morta” e assexual.	A couraça pélvica serve para inibir a ansiedade e a raiva bem como o prazer.

Quadro 1 Fonte: Navarro (apud Fragoso; Volpi, 2019) e Fediman (1986)

É de extrema importância reconhecer os bloqueios energéticos de uma pessoa, pois eles contribuirão para a formação da personalidade e do caráter individual (Fragoso; Volpi, 2019).

O objetivo da bioenergética é desbloquear essa circulação, que em geral vem carregado de repressões, de tal forma que ao longo da relação terapêutica a pessoa se dá conta de seus traumas e dificuldades, restaurando um fluxo melhor e mais dinâmico de seu corpo. (Kingel, 2005).

1.2 CARÁTER

Lowen (1982, p. 50) também esclarece que a experiência de vida está registrada no corpo do paciente, e revela seus sentimentos e seu estilo pessoal. Aliás, o padrão de defesa desenvolvido pelo corpo é a base do trabalho sobre o caráter na bioenergética, e assim define essa tipologia:

O caráter é como um padrão fixo de comportamento, como o modo típico de uma pessoa conduzir sua busca pelo prazer. O caráter estrutura-se a nível corporal na forma de tensões musculares em geral inconscientes, e crônicas, as quais bloqueiam ou limitam os impulsos em seu trajeto até o objeto ou fonte. O caráter é também uma atitude psíquica que se escora num sistema de negações, de racionalizações e de projeções, voltada ainda para a concretização de um ego ideal que confirme seu valor. A identidade funcional do caráter psíquico com a estrutura corporal ou atitude muscular é a chave da compreensão da personalidade, já que nos permite ler o caráter a partir do corpo e explicar uma atitude corporal por meio de seus representantes psíquicos e vice e versa. (LOWEN. 1982, p. 119,120)

E de acordo com o padrão de defesas psicológico e muscular desenvolvidos pela pessoa, a bioenergética classifica as estruturas de caráter em cinco tipos básicos (Lowen, 1982, p. 132 a 152), como veremos a seguir, resumidas desta forma:

O primeiro é o caráter esquizoide

O trauma aconteceu entre a fase pré-natal e os dias logo após o nascimento. A rejeição materna foi acompanhada por uma hostilidade que criou o medo. Faltou segurança e alegria. É comum o retraimento e a raiva.

A criança não foi aceita na sua existência, e criou um conflito entre existência e necessidades. É um indivíduo que investe muito pouco na realidade. Evita relacionamentos íntimos e afetuosos, o contato com o meio é deficitário, as emoções são desvalorizadas, o ego é fraco e o contato com o corpo também é comprometido.

Energeticamente, há uma desconexão corporal, a cabeça é separada do resto do corpo, que pode ser percebido a nível físico, através de uma forte tensão na nuca. Essa pode ser sentida como o indivíduo que tem uma cabeça grande (muito mental) apresentando pensamentos, vontades e ideias que são de suma importância para ele. Sua espontaneidade é difícil, uma vez que expressar emoções não são consideradas, pois se desvaloriza o resto do corpo.

A energia central não alcança de maneira satisfatória as áreas periféricas, representando baixo contato com o exterior (realidade). Está bloqueada por tensões crônicas na base da cabeça, nos ombros, na pelve e nas articulações dos quadris. Ao redor do diafragma a tensão é forte que divide o corpo em duas partes, a de cima e a de baixo. Seus olhos não possuem a vivacidade normal nem faz contato visual com os demais. Seu olhar é de evitação. Ele não investe na vida real.

A pessoa sente que só pode existir se não tiver necessidade de intimidade, e tenta permanecer em isolamento.

É um indivíduo em cuja personalidade denota tendências a formação de um estado esquizofrênico. Estas tendências são:

- 1- Cisão no funcionamento unitário da personalidade.
- 2- Refúgio dentro de si mesmo rompendo ou perdendo contato com a realidade externa, com uma intensa vida de fantasia do seu corpo a fim de sobreviver.

O objetivo da Análise Bioenergética, em que o caráter é denominado esquizoide, será o de restabelecer o contato com o próprio corpo, com as próprias necessidades, com a auto-expressão e por fim, com o meio circundante.

O segundo é o caráter oral

O trauma ocorreu entre a primeira infância até doze meses. O que houve foi uma carência afetiva ou física. Esta privação inicial pode ser devida à perda real de uma figura materna calorosa e amiga, seja por morte, doença ou ausência determinada pela necessidade de trabalhar. Houve a redução da força do impulso de sugar, ou também ter tido outras experiências de desamparo. Esta frustração tende a deixar marcas de amargura na personalidade, e por ter medo do abandono, cria uma fachada de independência, em conflito com suas necessidades.

Esse caráter apresenta muitos traços da primeira infância como uma sensação interna de precisar ser carregado, apoiado e cuidado. Não consegue ficar em cima de seus pés. Tende a inclinar-se ou amparar-se em alguém. Não consegue ficar sozinho. Há um desejo exagerado de estar em companhia de outras pessoas, para receber seu calor e apoio. Pode manifestar a ideia de que o mundo deve sustentá-lo. Fisicamente e energeticamente, o corpo é frágil, não há substância muscular caracterizada pela baixa carga, não há força.

A sensação das pessoas bloqueadas nessa fase é de carência, de vazio interior, e pela falta de força para reagir diante de uma tensão, seus sentimentos são reprimidos. A agressividade é precária e manifesta principalmente pela boca. Há a alternância de humor entre depressão e euforia.

A energia é baixa e chega até os órgãos periféricos de contato de forma minguada. Como se tivesse recebido uma alimentação deficitária, tanto os órgãos quanto os ossos crescem de forma deficitária e os músculos são subdesenvolvidos. O corpo tende a escorregar devido à fraqueza de todo sistema muscular. A respiração é superficial, o que explica o baixo nível energético de seu corpo.

A falta de energia e de força é sentida no olhar, que é ingênuo e pedinte. O nível de excitação genital é reduzido. A pelve pode ser menor. O pelo do corpo é esparso. Em algumas mulheres, todo processo de crescimento é retardado, conferindo-lhes corpos de crianças.

Na Análise Bioenergética, o trabalho dará ênfase à aceitação da própria realidade, ou seja, andar sobre seus próprios pés e ao desenvolvimento da força para buscar satisfazer a si próprio sem esperar que o outro tenha de satisfazer suas necessidades toda hora.

O terceiro é o caráter psicopático

As vivências traumáticas ocorreram na fase anal com início da fase genital, que é a terceira fase do desenvolvimento emocional, entre os 18 a 30 meses, e envolve as questões de sedução e controle. O indivíduo foi traído em sua essência e manipulado na fase de desenvolvimento de sua autonomia. Para ser aceito e reconhecido, o indivíduo aprende a não ser ele mesmo e tende a atender as expectativas do que os outros projetam nele, negando a sua própria identidade.

A criança desprezará sua necessidade, ou ficará satisfeita manipulando os pais, e controlará a si mesmo e aos outros que estão ao seu redor. Ela poderá apresentar traços masoquistas, se tornando submissa, para agradar os pais, provocando sentimentos de ser especial ou ser melhor que os outros. Vivem na ilusão, onde o ego é forte para manter a imagem narcisista criada, porém é distante do corpo e da realidade. A essência da atitude psicopática é a negação do sentimento, da necessidade e da fragilidade, e a manutenção de uma imagem narcisista, criando um conflito entre sua independência e sua intimidade. A necessidade de controle está vinculada ao medo de ser controlado, que significa ser usado.

Há dois tipos de corpos que corresponde a estrutura psicopática. O tipo tirânico que se utiliza da manipulação mental para obter mais poder que outra pessoa e tem a sensação de superioridade. O outro é o perfil sedutor, que se utiliza da sexualidade para dominar e controlar. Em ambos os casos há um distúrbio entre estas duas metades do corpo.

No tipo sedutor, as costas são hiperflexíveis, e a energia se concentra na pelve, mas é desconectada. No perfil tirânico a energia é maior na cabeça, menor nas partes inferiores do corpo e a pelve tem uma carga reduzida e é sustentada de maneira rígida. Há uma hiperexcitação da capacidade mental para conseguir controlar e dominar as situações. A cabeça fica muito erguida, mantendo assim o corpo sob um rígido controle. Os olhos são atentos e desconfiados e não estão abertos para ver os inter-relacionamentos com tensões nítidas no segmento ocular.

Na Análise Bioenergética, o foco deverá estar sobre o resgate das sensações e no abandono da imagem e da manipulação, ou seja, sobre si mesmo e sobre o ambiente.

O quarto é o caráter masoquista

O trauma nessa estrutura deu-se também na fase anal, no segundo ano de vida. Vem de um lar acolhedor e com amor, o pai é passivo e submisso, porém a mãe é dominadora, que sufoca a criança, embutindo-lhe o sentimento de culpa em qualquer tentativa de libertação. A

criança não tem direito a expressão de sua independência e integridade. Ao mesmo tempo em que é amada, ela é repreendida. As manifestações física ou emocional são reprimidas. Necessita cumprir as regras sociais e é muito repreendida quando erra, e por essa razão questiona sobre o certo e errado, os prós e os contras e sobre as ambivalências. Há uma contradição entre as suas emoções e as respectivas exteriorizações. A submissão e a cordialidade são traços característicos do comportamento masoquista. Ao nível consciente há a tentativa de agradar, mas inconscientemente reprime seu sentimento de despeito, negativismo e por hostilidade. Então faz muita força muscular de contenção, seus músculos são densos e poderosos, restringindo qualquer acesso direto sobre si, e seus sentimentos se expressam através das queixas e de lamentos.

Assim, carregam para a idade adulta a sensação de que os outros é que devem lhe dizer o que, como, quando e quanto fazer. O masoquista, nome dado a esse caráter, tem medo de ser afastado dos relacionamentos e submete-se, abdica-se de sua independência, causando-lhe um conflito interno com relação a sua intimidade, da proximidade e da sua liberdade, pois não respeita suas próprias necessidades, tanto emocionais quanto físicas.

Devido à contenção severa, a agressão e a autoafirmação são bastante reduzidas. O sentimento é exteriorizado através de lamentações, as quais são uma forma de expressar a raiva por ter sido tão severamente controlado. No entanto, há a conduta provocativa, na tentativa de receber uma resposta que lhe permita reagir de maneira violenta e explosiva.

O corpo típico do masoquista é encurtado, grosso, musculoso. O pescoço é curto, grosso e enterrado no peito. A cintura também é mais curta e mais grossa. A energia é estagnada e presa no corpo, concentrando-se principalmente entre pescoço e cintura, causando pressão para sair. Os órgãos periféricos estão poucos carregados, o que impede a descarga da energia.

O trabalho da Análise Bioenergética será o de liberar as contenções impostas às próprias sensações, e o estabelecimento de limites internos.

O quinto caráter é o rígido

Os traumas aconteceram na fase genital aos 05 anos, na fase do desenvolvimento da sexualidade. A criança é rejeitada em suas expressões de afeto corporal. O trauma também poderia ser a frustração na base de gratificação erótica, principalmente a nível genital.

O conflito incide sobre o medo que possui de ceder ao amor e de um temor à submissão que possam causar a perda de sua liberdade.

Devido ao forte desenvolvimento egóico da pessoa, o caráter rígido não abandona a sua consciência. Constrói defesas poderosas para se proteger do mundo e de sua própria sexualidade, e para que mantenha controle de seus impulsos e comportamentos, reprime sentimento de frustração oral. Consegue criar uma fachada de autoconfiança e segurança. Seu orgulho é um sentimento defensivo, que reprime todos os impulsos de se abrir e que busca o exterior.

O prazer erótico, a sexualidade e o amor são sinônimos em sua mentalidade infantil. Por isso, o maior bloqueio, a nível físico, é nas partes do corpo capazes de expressar emoções e de efetivamente senti-las.

O corpo é enrijecido. A cabeça é bem erguida, a coluna reta e rígida. Há uma carga poderosa em todos os pontos periféricos de contato com o meio ambiente. Isto favorece a capacidade de testar a realidade antes de agir. A contenção da energia é periférica; sendo assim, os sentimentos podem fluir, mas sua manifestação é limitada. Há inúmeros pontos de tensão ao longo do corpo, representando sua defesa contra os sentimentos e sensações, principalmente a de exercer o amor.

Quando a contenção é moderada, a personalidade é ativa e vibrante. O corpo é proporcional e mostra harmonia entre as partes. A pessoa se sente integrada e conectada. Seus olhos são brilhantes, boa cor de pele, leveza de gestos e movimentos denotando vivacidade. Se a rigidez for grave, haverá uma redução correspondente de coordenação, graça e leveza. Os olhos perdem brilho e a pele pode se tornar pálida e acinzentada.

Há uma rigidez no contato e justamente o nome dado a esse caráter é rígido. No ciclo carga-descarga o que se apresenta sob bloqueio é a capacidade de entrega à satisfação das próprias necessidades e de relaxamento. O conflito interno está entre sentir e entregar-se às sensações, por isso a Análise Bionérgica deverá focalizar a entrega e a expressão.

Lowen (1982, p. 120) comenta que na bioenergética não se encaixa uma pessoa como exemplar deste ou de outro tipo de caráter. Esta pessoa é olhada com seus aspectos particulares onde a busca do prazer foi bloqueada pela ansiedade e precisou montar um sistema para se defender todo seu. A estrutura de caráter define melhor o seu problema mais

profundamente assim ajudando a resolver seu problema ou conflito, libertando-o de certas das amarras impostas pelas experiências da vida passada.

1.3 GROUNDING

A prática do grounding consiste em provocar, pelo estresse da musculatura, movimentos involuntários no corpo, chegando à dissolução de padrões de couraça estabelecidos na história do desenvolvimento da pessoa e, ao mesmo tempo, construindo uma identidade conectada ao verdadeiro self, ao cerne, em que a energia vital flui de forma saudável. (VOLPI 2003, p.18 e 19)

O grounding é um tipo de exercício corporal que surgiu da necessidade de desbloqueio das tensões das pernas dissolvendo a rigidez muscular criando condições de o tecido tolerar uma maior carga energética. Weigand (2006,) aborda os vários tipos de grounding (enraizamento), tais como o postural, o interno, o prematuro, o do olhar, na família, na cultura e na religião entre outros.

Volpi descreve o exercício básico de grounding da seguinte maneira:

Em pé, busca-se manter uma distância entre os pés que corresponda aproximadamente à largura de nossos quadris e ombros;
 Os pés permanecem em paralelo, e para isso é útil imaginar linhas traçadas nas laterais exteriores de cada um dos dois pés, sendo que essas linhas mantêm-se paralelas entre si;
 O peso do corpo deve ser distribuído igualmente tanto entre as pernas direitas e esquerdas quanto entre as partes anteriores e posteriores de ambos os pés,
 Os joelhos dobram-se levemente, alinhando-se aos pés, sendo que essa flexibilização dos joelhos é fundamental para que o movimento involuntário possa fluir pelas pernas e até mesmo pelo corpo todo;
 A pelve simplesmente descansa sobre as pernas, assim como o tronco sobre a pelve, o pescoço sobre o tronco e a cabeça sobre o pescoço; a pelve não se projeta para a frente, contraindo as nádegas e não se arrebita para trás;
 A coluna permanece ereta, os ombros soltos, o maxilar relaxado, de forma a permitir que a respiração se dê através da boca, além do seu caminho normal por meio das vias nasais;
 Os olhos permanecem abertos e o olhar focado a frente;
 A expressão da voz pode ser estimulada no grounding. (VOLPI, 2003, p.132,133)

Volpi (2003, p. 18) comenta que a prática do exercício de grounding significa desenvolver a sensação de estar enraizado, de reencontrar a sua base, o chão, com o que permite se sustentar a partir de si mesmo. O grounding é um exercício de contato energético com a realidade e promove a relação do mundo interno individual com o mundo externo social. Este exercício ajuda no desbloqueio do fluxo de energia para as áreas do corpo que estão em contato com o mundo, a saber: a pele, os demais órgãos dos sentidos, os braços, as mãos, as pernas, os pés e os genitais. Dessa forma, ao mesmo tempo em que se estabelece uma identidade o grounding também promove uma relação, pois quando o individuo entra em

contato consigo mesmo, através de seu corpo, pode se comunicar com a realidade ao seu redor, encontrando a sua possibilidade do contato com outras pessoas.

Boadella, (1992, p. 89) fala do grounding como forma de comunicação e relata a experiência do grounding como firmeza. Boadella explica como o bebe vai percebendo vários tipos de sensações de firmeza ou grounding. Por exemplo: Ela se deita no abdômen da mãe e sente-se grounded (firmada) na parte externa de seu corpo, sentindo os mesmos ritmos das batidas cardíacas de quando se sentia no útero. A criança pode se envolver em parte do corpo materno em uma mão ou numa curva de seu corpo, e é envolvida pelo contato com a mãe. Quando o bebê esta mamando no seio, pode se dizer que ele está em grounding (firmando sua boca). Quando olha para sua mãe esta firmando seus olhos. No desenvolvimento da linguagem, o bebê começa a firmar suas ideias. Nos movimentos progressivos de se deitar de bruços, manter a cabeça erguida, engatinhar e agachar-se, levantar-se, ele aprende a manter um contato rico ou pobre, com a terra física. Tudo isso acontece num ambiente emocional que organiza a atividade da criança.

Boadella continua a pontuar sobre essas formas de contato e de como a energia flui no corpo através do grounding (firmar):

O trabalho terapêutico envolve experiências de restabelecer o contato com o chão, já que as diversas formas de firmar ocorrem de maneira errada para muitas pessoas. Essa descoberta envolve a forma como uma pessoa aprendeu a se comunicar e a possibilidade de novas formas de comunicação. Na terapia, desejamos estabelecer uma série de experiências nas quais as pessoas venham a sentir seus próprios impulsos internos na vivência social; como ela se construiu no passado e que nova forma de se firmar pode ser possível. Qualquer trabalho de firmar o corpo através de um trabalho postural, situações de estresse e liberação catártica de emoções bloqueadas têm o seu valor, mas produzem apenas uma firmeza externa. Precisamos aprofundar e enriquecer este processo, prestando atenção à maneira como uma pessoa constrói seu espaço ou organiza seu tempo, que percepção ela tem da sua capacidade de se formar através de uma participação mais intensa em seu próprio processo. Precisamos ajuda-la a encontrar sua firmeza interior. É dessa fonte que flui a própria energia curativa, que tem o poder de integrá-la novamente, não importa o quanto ela esteja condicionada a não se sentir viva. Recapitulando e restabelecendo vários estágios do processo de desenvolvimento, uma pessoa pode regenerar os padrões de sentimento e interação com os quais se relaciona com o mundo. Com uma orientação apropriada, ela pode tentar estabelecer novos tipos de contato que sejam mais estimulantes e satisfatórios; dar os passos que irão transformar sua vida. (BOADELLA, 1992, p. 89)

Para Lowen (Lowen & Lowen, 1985, p. 23), conseguir fazer o grounding é uma maneira de dizer que uma pessoa está com seus pés firmados no chão, a pessoa sabe qual é o seu lugar, onde está e quem se é. O grounding proporciona uma sensação nas pernas intensa, mesmo depois de terminado o exercício, aumentando a sua função de sustentação com o peso do corpo. A visão e a percepção também se ampliam. A respiração se torna mais profunda. É

quando o indivíduo entra em contato com as realidades de sua existência. A pessoa está firmemente identificada com seu corpo, consciente de sua sexualidade e orientada para o prazer. Quando não se consegue fazer o grounding, todas essas sensações e formas de comunicações, faltam à pessoa que está “suspensa no ar” ou na sua cabeça, em vez de estar em cima dos próprios pés.

Reich (1995, apud Volpi, 2003, p.24) conceitua as formas de acessar o corpo para o trabalho terapêutico: uma delas é a leitura corporal que compreende como o corpo do cliente se estrutura e de que forma sua postura, suas tensões seus movimentos e sua expressão mostram a história de sua vida. Outra forma de acessar o corpo é através da conscientização das sensações e mudanças que vão ocorrendo durante uma sessão de psicoterapia. Também pontuar gestos e posturas habituais aumenta a consciência corporal do cliente. Outra ferramenta é o toque em pontos específicos que tem por objetivo maximizar algumas expressões emocionais. Todas essas técnicas associadas à fala e escuta do processo terapêutico formam o trabalho corporal expressivo da análise do caráter proposta por Reich (1897 – 1957) psicanalista, o precursor da terapia corporal.

2 TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

O borderline é considerado um transtorno da personalidade (DSM-V, 2014), e a sua definição passou por múltiplas complexidades e controvérsias. Frequentemente é confundido com neurose, psicose, transtorno do humor, outros transtornos de personalidade e transtornos cognitivos. Sua manifestação de problemas se dá na separação-individação, problemas no controle afetivo, impulsividade e vínculos pessoais intensos.

De acordo com os diagnósticos, sinais e sintomas do DSM-V os critérios de diagnóstico para transtorno da Personalidade Borderline são:

Um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes aspectos:

1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado.
2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.
3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo.
4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar).
5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante.
6. 6. Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor (p. ex., disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias).
7. Sentimentos crônicos de vazio.
8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes).
9. Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos. DSM-V (2014, p. 663)

Para Navarro (1996, p. 45) é inexata a definição que considera o borderline um indivíduo fronteiro entre a psicose e a neurose, e vive num limite da sanidade, pois os mecanismos psicóticos são diferentes dos mecanismos neuróticos, e é possível encontrar os dois no mesmo indivíduo.

Kernberg (apud Hegenberg, 2009, p. 38) considera o borderline uma organização/estrutura, e baseia-se em três critérios estruturais para o seu diagnóstico: difusão de personalidade, pois lhe falta a integração do self e do conceito de outras pessoas, nível de operações defensivas centrada na clivagem e a capacidade de teste da realidade mantida.

Bergeret (2000, p. 132), enquadra a patologia na estrutura estado-limite. A relação de objeto é anaclítica, de apoio, com relação de dependência, da necessidade de afeto, de compreensão. O ego é frágil. O objeto anaclítico tem o papel de Superego auxiliar e o Ego auxiliar as vezes é protetor as vezes é interditor. O sujeito se espelha no Ideal do Ego. A sua angústia vem da perda do objeto a qual é dependente. O autor apresenta no quadro abaixo, os principais critérios de classificação para os três tipos de personalidade, psicótica, neurótica e estado-limite (ou limítrofe). É importante notar que o autor acrescenta uma estrutura para borderline:

	Instância dominante na organização	Natureza do conflito	Natureza da angústia	Defesas principais	Relação de objeto
Estrutura neurótica	Superego	Superego Com id	De castração	Recalcamento	Genital
Estrutura Psicótica	Id	Id com a Realidade	De fragmentação	Recusa da realidade, Clivagem do Ego; Projeção	Fusional
Organizações limítrofes	Ideal do ego	Ideal do ego com id e realidade	De perda do objeto	Clivagem dos objetos; forclusão	anaclítica

Quadro 2- Comparação entre as classes estruturais. Bergeret, 2000, p.141

Segundo Volpi (2003, p.100), a estrutura borderline caracteriza-se pela depressão, pela confusão e pela angústia frente à perda objetal. As principais características são a atuação, as percepções difusas e a impulsividade que gera esgotamento. Podem ter experimentado situações abusivas na infância, experiências que se traduzem por abusos físico, psicológico e até sexual.

Teixeira (2011, p. 258/259) esclarece que os tipos de violência com a criança são os atos ou omissões que causam danos ao desenvolvimento psicológicos, cognitivos, físicos com reflexos na área social e compreendem a carência de condições mínimas de sobrevivência, de proteção e atenção às necessidades básicas da pessoa. Pode gerar traumas na criança, expressas sob a forma de dificuldades de relacionamentos, medos constantes, dificuldades alimentares, pesadelos, isolamento, ansiedade e sintomas depressivos. A forma mais frequente é caracterizada pela negligência e abuso físico, e a relação mais direta entre abuso e maus tratos ocorre entre a criança e as figuras cuidadoras, em particular, os familiares, tais como exposição da criança a situações familiares de violência, de uso de drogas, e promiscuidade dos pais e responsáveis.

Para Navarro (1996, p. 21/22), se o período neonatal acontecer com uma maternagem inadequada pode gerar um estresse emotivo ligado ao medo de perda, e resultará na necessidade de dependência. A maternagem, entre amamentação e o desmame, é simbiótica, e também se traduz em contato, calor e amor, indispensáveis a gênese da comunicação. É um período de intensa e profunda ressonância afetiva. O desmame, rompimento da condição simbiótica, é um momento delicado, que necessita uma separação gradual do campo materno ao campo familiar, passando da motilidade à mobilidade muscular intencional.

Bachbauer (apud Volpi, 2003, p.101) afirma que entre um ano e meio e dois anos de idade, a criança descobre que existe um mundo gigantesco além da mãe e que ela própria é um ser separado e frágil. Vivencia, de forma ansiosa, a ambivalência entre aproximar-se e afastar-se da mãe. É de suma importância que a mãe dê suporte aos dois momentos de aproximação e afastamento, pois caso contrário abre-se um caminho para a estruturação borderline, ao estabelecer um vínculo traumático para a criança, no qual se confunde amor, dependência e maus tratos. A fragmentação entre objeto bom e objeto mau não é superada pelo borderline e a constância objetal não é alcançada.

Segundo Romaro (2008, p. 27), o ambiente familiar pode ser considerado um dos possíveis fatores predisponentes à patologia Borderline. Famílias em que há predominância de dificuldades conjugais, de hostilidade, agressividade, brigas recorrentes, quadro de alcoolismo são frequentes nos casos borderlines.

Esse fator poderá trazer prejuízo ao desenvolvimento da criança rumo à autonomia e a independência. O vínculo primário com o pai não acontece e é substituído por uma relação estressante, desconfiada e distorcida. Embora a criança demonstre estar ajustada à situação, no seu íntimo ela idealiza a pessoa que a salvará de seu abandono. Muitas vezes sua visão da realidade é distorcida por esses anseios e expectativas que coloca nas pessoas, e quando elas não correspondem a esses anseios se frustra muito. O borderline sonha em conectar-se com uma figura materna inteiramente boa. Este sonho faz parte de sua vida, e ter de renunciar a essa ilusão é a principal fonte de desespero que o borderline experimenta. (Aalbese, 1997, p. 128).

Outra condição que se instala no período neonatal é a distímia que também pode ser associada ao borderline e expressa uma depressividade de tipo psicótico como reação às lesões narcisísticas associada ao sentimento de perda (Navarro, 1996, p.45/46). Navarro

esclarece que distímia é um distúrbio do equilíbrio emocional, que provoca alterações do humor, tristeza e depressão.

Da mesma maneira, Teixeira (2011, p. 259) exemplifica que a violência na adolescência pode ser física como o uso de força excessiva, negligência, abandono físico e psicológico e violência sexual. Todas trazem consequências físicas e psicológicas como fobias, pânico, depressão, comportamento suicida (ideação suicida e tentativa de suicídio), ansiedade, dificuldade alimentar e dificuldade de relacionamento com pessoas do sexo agressor mostrando a desigualdade de forças que existe entre o adulto ou criança.

Teixeira (2011, p.263) sinaliza sobre os riscos do suicídio e os grupos com maior incidência são os jovens e idosos. Ressalta que entre os borderlines são marcados por traços de impulsividade, agressividade e frequentes alterações do humor. Entre a maioria dos eventos estressores de quem comete o suicídio estão: problemas interpessoais, eventos de perda como separação, luto, perda financeira, perda de emprego e aposentadoria.

Hegenberg (2009, p.96) fala sobre a ocupação do borderline. São pessoas produtivas, inteligentes e capazes. Por causa do vazio, tédio e falta de sentido em sua vida nem sempre tem um trabalho ou estudam. O borderline em razão das exigências do seu ideal de ego considera-se exageradamente capaz tornando-se arrogante, crítico e irritando quem está ao seu redor mas de fato se está diante de uma pessoa frágil e insegura que sempre está solicitando ajuda. Com apoio e suporte o borderline tem um desempenho satisfatório, se tirar seu apoio o borderline tem dificuldade de se virar sozinho e não consegue terminar o que começou. As vezes esse apoio tem de ser constante. O borderline não é capaz de se ligar muito tempo a alguma coisa que não seja de seu interesse.

Bowlby (1985-2004) refere-se ao luto como a elaboração das perdas e o autor dividiu o luto em algumas fases de passagem sendo a primeira reação a de entorpecimento ou choque, seguida da segunda fase que seria a de anseio, protesto e busca da pessoa perdida sendo esta fase muito emotiva e com muito sofrimento psicológico. A terceira fase seria a de desorganização e desespero onde nada vale a pena. E por fim a recuperação e restituição onde se estabelece novas relações e reatamento de antigos laços. No luto complicado, o enlutado tenta negar ou evitar aspectos da perda e segurar ou evitar o desligamento da pessoa perdida (Bowlby, 2004, vol 3).

Second (1992, p. 437) em seus estudos, situa a delinquência como uma transgressão familiar e é vista como “um gesto e se pensa logo em passagem ao ato, ao acting-out” e que tem a ver com a perda da noção de limites.

Os atos impulsivos são ações isoladas, súbitas, involuntárias, e podem, eventualmente, se manifestar como verdadeiras explosões emocionais como ensina Paim (1986, p. 270). Caracteriza-se pela impetuosidade, rapidez e falta de consideração consigo mesma ou com os demais. Inesperadamente, podem se tornar perigosos e violentos. Spoerri (1979, p. 79) classifica o impulso como podendo se apresentar com maior ou menor grau de intensidade, como a hipersexualidade ou a hipossexualidade, e com alterações qualitativas, como perversões, conduta sexual aberrante, resultante de anormalidade na escolha do objeto, ou na execução do ato sexual.

Hegenberg (2009, p. 67) acha que a impulsividade no borderline está ligada a desesperança e ao vazio de sentido na vida. Ao sentir-se sem apoio, a falta de esperança leva ao desespero e aos atos impulsivos, colocando-o em situações de risco. Também comenta que o borderline pode usar a impulsividade para se conhecer ou buscar os limites de seu self.

Romaro (2008, p. 17) com relação a impulsividade, cita as consequências desta forma autodestrutiva de lidar com a vida que podem gerar perdas tanto nas relações interpessoais quanto de trabalho, levando a uma desestabilização. Pode haver história de consumo de drogas ou álcool e vários parceiros sexuais ao mesmo tempo.

Romaro (2008, p. 17) mostra que a perturbação da identidade no Borderline é percebida pela instabilidade persistente da autoimagem e do sentimento de si próprio. Se manifesta nas áreas de autoestima, orientação sexual, metas a longo prazo, escolha da profissão, tipos de amigos e valores preferidos. A identidade sexual por vezes parece ser estabelecida por padrões de atributos externos, com expectativas estereotipadas em relação ao próprio sexo, sendo frequente a indefinição sexual com sexualidade polimorfa, promiscuidade, presença de fantasias e ou relações sadomasoquistas. A visão distorcida da realidade interna e externa, por vezes pode conduzir a comportamentos autodestrutivos. Isto implica em um estado de ego mutuamente dissociado, com ausência de integração das representações do self, do objeto e do superego. Distorções do processo de estabilidade de identidade tendem a desenvolver um falso self. Despersonalização e desrealização ocorrem com frequência.

Kernberg (1975 apud Romaro, 2000, p. 46) denominou de síndrome de difusão da identidade quando existe um estado de ego dissociado, com ausência das representações do self, do objeto e do superego. Essas expressões de difusão da identidade podem ser percebidas pelo sentimento de vazio, de percepções pouco integradas de si e dos outros, baixa auto-estima, comportamentos e sentimentos contraditórios que o paciente não consegue entender e integrar levando a uma relação superficial com o próximo. Suas relações passam a ser superficiais, confusas, instáveis, intensas, com pouca capacidade de suportar frustração e pela reduzida capacidade empática levando a comportamentos destrutivos.

Romaro (2008, p. 46) relata que em função desta falta de integração do superego, o borderline conduz a reprojeção de núcleos do próprio superego sob a forma de tendências paranóides e também a representação de objetos sádicos e idealizados. O Borderline tem fortes sentimentos de culpa e oscilações depressivas.

A definição de paranóia de Laplace e Pontalis é:

sintoma: psicose crônica caracterizada por um delírio mais ou menos sistematizado, pelo predomínio da interpretação e pela ausência de enfraquecimento intelectual e que, geralmente, não evolui para a deterioração, Incluem-se os delírios de ciúmes, a perseguição, as grandezas e a erotomania. Etiologia: define-se nas suas diversas modalidades delirantes pelo seu caráter de defesa contra a homossexualidade. (LAPLACHE E PONTALIS, 1970 apud Cromberg, 2010, p. 45)

Fréchette (1995) acrescenta que essas vivências abusivas na infância, levam o borderline a deserdar o seu corpo. O corpo não está grounded e não contém cargas emocionais e energéticas. Ele migra para sua cabeça que acaba dominando o corpo. A conexão entre a cabeça e o corpo é fraca e as partes do seu corpo não combinam entre si. O borderline tenta dominar seu corpo através de diferentes tipos de proezas e alienação do corpo. Ao retornar ao seu corpo, são rapidamente inundados pela intensidade dos seus sentimentos, não havendo como conter a carga emocional e a carga energética, pois não está grounded devido à fraca conexão com as pernas, pés e chão. A respiração é habitualmente superficial. Há uma falta de coordenação quando os movimentos involuntários aparecem. Frequentemente é como se o corpo tivesse sido pego numa armadilha e não pudesse evitar a dor.

Com relação à formação do caráter, Volpi (2003, p. 102) considera que o borderline desenvolve padrões de defesa esquizoide, com medo de aniquilação pelos pais. Por causa desse medo, perde os limites, como se isso garantisse sua integridade. Do oral o borderline captou o medo do abandono, o que o faz buscar nutrição nas relações. E também defesa

masoquista. Quanto às couraças, ele desenvolve bloqueios na região occipital e no segmento diafragmático, dividindo o corpo humano em parte superior e inferior. Uma característica marcante do border é ter olhos intensos demonstrando a profusão de sentimentos internos

Em uma leitura corporal do borderline Fréchett (1995) observa que o borderline pode apresentar descuido de seu corpo da mesma maneira que pode se importar demais com sua aparência, mas de qualquer forma, aparenta não ter contorno definido do corpo e não tem muito tônus; eles podem ser obesos ou muito magros. A couraça parece ter migrado dos músculos para o campo energético. Existe um profundo conflito interno que causa hipersensibilidade, rigidez defensiva e baixa autoestima.

Por essa razão, segundo Aalbese (1997, p. 128) pode-se dizer que, na bioenergética, o Borderline tem pavor do grounding, pois ao estrar em contato consigo mesmo através do exercício de grounding, este se deparara com um vazio apavorante, sente-se abandonado e passa a ter medo do abandono absoluto. Uma criança sente-se abandonada ao ser privada de algo que lhe é muito importante para sua vida, ao ser rejeitado, ofendido, ridicularizado, ao ver seus sentimentos não reconhecidos ou postos de lado. Esta sensação de ter sido abandonada se aprofunda quando os pais não podem reconhecer a dor da criança e responder a ela com compaixão. A criança introjetará aos poucos a rejeição dos pais, tanto para manter algum tipo de conexão com seus pais quanto para não entrar em contato com seus sentimentos de abandono.

Para Volpi (2003, p.104) o trabalho corporal com o borderline tem o objetivo de desenvolver a corporiedade e seus limites. Quanto ao aspecto energético trabalha-se melhor o campo e depois a musculatura. Seus sentimentos negativos devem ser olhados para que supere a clivagem entre o amor e o ódio, o bom e o mau. Com a ajuda do terapeuta, estruturar seu corpo, a contenção, a respiração e o grounding.

3 ESTUDANDO UM CASO

A paciente B. E. C. L, doravante B, é do sexo feminino, brasileira, cor branca, 19 anos, solteira, estudante de curso universitário e frequentava a igreja adventista do sétimo dia.

A queixa inicial da paciente foi depressão por luto e de muita tristeza. O tratamento recomendado foi tratamento psiquiátrico com tratamento psicológico. No ano de 2012 faleceram seus três avós. B. foi criada pelos avós maternos, a avó materna faleceu por infarto e quatro meses depois, o avô. Um mês após o falecimento do avô materno faleceu a avó paterna.

B. é a primeira filha do casal, sendo o esperado pelo pai um menino, e foi entregue aos cuidados dos avós maternos, com quem habitou até os 15 anos. Quando os avós faleceram se viu órfã. Seu tio, que também morava com seus avós, havia prometido que cuidaria dela, mas não cumpriu o prometido e entregou B. aos seus pais. Tem duas irmãs mais novas, que permaneceram em casa e foram criadas pelo casal. O padrão socioeconômico da família é de classe média, o pai A.C.S.L tem 44 anos, possui negócio próprio e ensino médio e a mãe A.E.C.L. 43 anos, possui o magistério e é evangélica da igreja Senhor dos Exércitos (Assembleia de Deus). B. contou que o ensino fundamental foi conturbado, mas gostava das professoras das 1ª a 4ª séries, pois achava que cuidavam dela. Das 5ª a 8ª séries estudou em escolas distintas e reclamou que não tinha amigos. B gostaria de ajudar crianças abandonadas, e por essa razão pretendia ser professora.

Sua mãe a culpava pela morte da avó. B. tinha muitos conflitos com seus pais, inclusive pelo sentimento de abandono, de vazio e de que não podia contar com eles. Seu pai não a ajudava no sustento da faculdade, sequer para os medicamentos.

A princípio, a paciente começou a apresentar crises depressivas após a morte da avó materna. Não conseguia se desfazer das roupas da avó e se apegou a um pedaço do cobertor dela até virar um trapinho. Apresentou uma reação negativa à separação e ao luto (de muitas perdas em um ano), com depressão e muita tristeza.

Fez uma tatuagem para lembrar-se da avó materna, mas não conseguia ir ao cemitério visitar o túmulo. Posteriormente fez outras tatuagens, da sobrinha e de símbolos que lhe agradavam e significavam que sempre estariam com ela.

O pai proibiu-a de dirigir veículos, pois apresentava conduta imprudente com veículos, porém B. burlava a proibição e utilizava o carro e a moto do pai sem permissão. Já se acidentou com moto algumas vezes, e em uma delas seus pais não a socorreram, deixando-a sozinha. Ressentia-se quando o pai permitia que seu namorado usasse a moto e ela não. B. mantinha forte sentimento de raiva. A paciente se continha com as pessoas amigas, mas tinha grande dificuldade no relacionamento com os familiares, com quem brigava muito, e fugiu de casa várias vezes.

B. é muito parecida com a mãe fisicamente. São ruivas, brancas e bonitas. B. arrumava o cabelo com topete, por vezes era engraçada, gostava de histórias de internet, “fanpic”, de animais como hamster e cachorros.

B. tinha uma ótima memória por datas. Sabia de todas as datas de acontecimentos. Mantinha um diário com suas lembranças tristes, mas não lia. Apresentava dificuldades em organizar seu tempo, esquecia-se dos medicamentos quando visitava a família na casa dos pais. Seu pai não enviava seus remédios pelo correio, B. não possuía recursos para adquiri-lo e ficava sem tratamento medicamentoso até novo retorno à casa dos pais.

Aos 10 anos de idade, sua mãe traiu o pai e houve uma breve separação. Os pais, enquanto separados, voltaram a se encontrar e deste encontro nasceu a 3ª filha, porém o pai não pagava a pensão. Sua mãe, inconformada, alimentava a raiva que sentia pelo ex-marido em suas filhas e lhe criava problemas apresentando queixas na delegacia de polícia. Houve um episódio em que sua mãe viu seu pai com outra mulher e num acesso de raiva, atingiu o carro que o pai tanto gostava, causando danos no veículo. B. achava a mãe “piradinha” e “barraqueira”.

B. ingressou no curso superior em outra cidade e voltava para casa dos pais para visitar as irmãs e sua sobrinha, mas quando isso acontecia se isolava da família, pois ainda não tinha bom relacionamento com a mãe ou ia para a igreja para ficar com os amigos.

Sua irmã engravidou aos 16 anos com a intenção de sair de casa e foi morar com a família do namorado. Terminado o relacionamento, a irmã retornou à casa dos pais a quem entregou a filha para cuidarem. A paciente não se conformava com o fato da irmã entregar a filha para seus pais cuidarem para se divertir nas baladas. B. queria assumir os cuidados da sobrinha.

B. tentou trabalhar e terminar o curso, porém não conseguiu concluir o semestre por assumir mais matérias do que suportaria ou por faltar às aulas por desinteresse e dormir demais.

Durante a faculdade, em outra cidade, morava com estudantes universitários e recebia uma ajuda de custo. Seus pais não a ajudavam financeiramente. Gostava dos amigos e se apoiava fortemente neles. Mas quando brigavam, a separação lhe causava muito sofrimento e criava um sentimento de vazio. Em uma sessão de terapia, B. veio com sua amiga de quarto para que ela permanecesse junta no atendimento (não foi permitido).

A experiência de B. ao ser abandonada e a de estar só, gera a necessidade de fundir-se a alguém, a um grupo ou a um objeto. E segundo Aalberse (Aalberse, in Kingel, 1997, p. 137), essa busca por fusão implica em negar a sua singularidade, a sua particularidade e a do outro. A pessoa se perde e desaparece no outro, procurando se afastar daquilo que a assusta e oprime, o que pode dar início a uma despersonalização. Ao se entregar a essa fusão, o borderline perde a noção de si mesmo e do que quer para sua vida.

B. iniciou o tratamento psicológico com queixa de depressão em 28/07/2015, porém havia abandonado o tratamento psiquiátrico. Retomou o tratamento psiquiátrico, mas apresentava um comportamento instável, ora interrompendo o tratamento e a terapia atribuindo-se alta, ora retornando ao tratamento quando entrava em momentos de crise. Tinha dificuldades para dormir, pois ou dormia muito ou chegava ficar dois dias sem dormir. Os seus medicamentos consistiam em remédios para depressão, para diminuir a vontade de se matar, para o sono e para um tratamento de ovário. B. tinha ideações suicidas que ainda permanecem. Usava a ideia do suicídio para manter as pessoas perto de si. Chegou a tomar comprimidos tentando suicídio.

Na primeira sessão estava com muito sono, não falou muito e já na segunda sessão falou bastante. A paciente mostrava sua depressão e luto no estágio inicial com baixa carga energética. Tinha muito sono. Faltava às sessões e relatava que os remédios a deixavam sedada. De início era muito difícil para a paciente participar dos exercícios.

O primeiro passo é estabelecer um contato onde o paciente possa falar sobre seus conteúdos e elaborar suas perdas, e nesse sentido Aalbarse orienta que:

Esses estilos de vínculo proporcionam a segurança necessária de que o cliente necessita antes que possa enfrentar o pavor da sensação de abandono ao fazer o grounding. Só assim o terapeuta pode chegar até o nível que foi abandonado. O

cliente pode começar a encarar as suas ilusões, seus sentimentos de abandono e lamentar suas perdas. Pode internalizar gradualmente imagens benignas realistas dos outros e se engajar em tarefas inacabadas do desenvolvimento. Então, ele se torna capaz de estabelecer vínculos mais flexíveis e maduros com as pessoas que lhe são importantes. (...) A confrontação e o trabalho com a depressão de abandono são aspectos essenciais do crescimento rumo a um vínculo maduro e uma percepção unitiva. (AALBERSE, Kingel, 1997, p. 129)

Quando tentou um suicídio com atentado a vida real, a paciente relatou que a vontade de se matar sempre existiu, e que o remédio somente diminuía essa vontade, mas não desaparecia (ver no anexo 2 o relato da paciente sobre o episódio da tentativa de suicídio). Ainda que o paciente decida morrer, o compromisso do terapeuta é sempre com a vida e deve direcionar a terapia no sentido de encontrar outra solução para seus problemas. É muito útil manter uma relação de endereços e telefones de amigos e dos pais do borderline caso necessite entrar em contato.

B. namorava rapazes mais novos que ela. Ao término do último namoro, B. sentiu-se rejeitada e tentou suicídio, ingerindo medicamentos em grande quantidade. Foi acudida pela amiga e foi levada ao hospital, onde sofreu infarto. Mobilizou muitas pessoas ao seu redor até chamarem seus pais. Queria embutir o sentimento de culpa em alguém. O suicídio para B. tinha a função de causar culpa em outros pelo seu sofrimento. Relatou não ter se arrependido do ato, mas ao mesmo tempo ficou aliviada por não morrer. Nota-se neste fato o sentimento ambivalente entre viver e morrer e uma grande mobilização de pessoas para salvá-la.

A paciente retornou à casa dos pais, onde ficou aos cuidados de tratamento psiquiátrico, período em que teve que interromper a faculdade.

De relacionamentos heterossexuais passou a relacionamentos homoafetivos com várias mulheres. Chegou ao ponto de marcar encontros com 10 parceiras ao mesmo tempo, provocando brigas, ciúmes e rupturas amorosas. Demonstrou um comportamento destrutivo de relacionamentos.

B. foi orientada sobre o quanto é agressivo ter muitos parceiros, pois não se ama dessa forma e magoa as pessoas que não tem culpa da sua raiva e impulsividade.

O impulsivo não suporta carga, logo quer descarregar. Um exercício proposto pela bioenergética é o de inspirar, segurar a respiração, contar até quatro e expirar. Este exercício tem como premissa a de que a respiração representa a emoção. Então quando o paciente consegue manter o ar dentro de si por poucos momentos, isto aumenta a sua tolerância a emoção. Vão surgir conteúdos emocionais relacionados à impulsividade e a dificuldade do

borderline em querer soltar logo a emoção, sem pensar. No entanto, B. não gostava de exercícios, não gostava da maioria dos exercícios para sentir.

B. diminuiu seus comportamentos impulsivos em relação aos parceiros e passou a se relacionar com apenas uma namorada. Iniciou um relacionamento firme, cuja namorada, que era professora do ensino fundamental da 1^a à 4^a série, apresentava um histórico de abandono semelhante ao dela. A namorada também foi deixada aos cuidados da avó pela mãe quando bebê e também fez tratamento para depressão. B. achava injusto o que a mãe da namorada fizera com sua parceira. B. e a mãe da namorada não se davam bem e estava inconformada por elas voltarem a se relacionar.

Ao contrário da paciente, sua companheira trabalhava, pretendia comprar uma casa e gostaria que a paciente colaborasse, mas B. mal conseguia se sustentar, limpava a casa e cozinhava para que a companheira não ficasse brava, o que não era o suficiente. A situação ficou insustentável, pois sua parceira arcava com a maioria das despesas e na iminência de uma separação, B. ameaçava e/ou tentava suicídio.

A paciente manipulava a companheira com as ameaças e tentativas de suicídio, para que esta se sentisse culpada caso a abandonasse. Sua terapeuta foi acionada por uma amiga quando B. ameaçou se matar. Sua parceira também entrou em contato com a psicóloga solicitando auxílio em outra tentativa de suicídio. A psicóloga orientou B. a ter outras formas de se relacionar com sua parceira. Que não era tentando o suicídio que a teria de volta e que essa atitude já não faria o efeito desejado. Que sua namorada estava se sentindo muito pressionada de ter que morar com alguém que não se sabe se estaria viva no dia seguinte. Que outras formas ela poderia ter, para se relacionar melhor com sua parceira? Se B. tivesse uma relação mais equilibrada, onde ela dividisse as despesas da casa, que tivesse mais tolerância com a mãe da parceira ainda poderiam se relacionar. Quando se casa com alguém também se casa com a família toda do parceiro. Passam-se as férias, natal, ano novo com a família. Casamentos e funerais são os eventos de encontro entre famílias. E sua parceira estava terminando com ela por que B. não suportava a mãe da namorada.

B. oscilou em tentar o suicídio e não tentar. Sua namorada levou-a para uma Unidade de Pronto Atendimento porque B. dizia que ia se matar, que ia se cortar ou tomar remédios. No entanto, não a atenderam, pois não havia cometido o suicídio. Após muita insistência, sedaram B. que dormiu por um bom tempo. Terminaram o relacionamento e B. não tentou o suicídio.

A história de B. é repleta de eventos estressores em seu ambiente familiar e social. B. teve vivências traumáticas, de vínculos fragilizados, sentimentos de abandono pela sua mãe e pai, com perdas precoces. Tinha muita raiva dos pais, sentimentos de vazio, e depressão. Apresentou instabilidade afetiva acompanhada de ambiguidade nos sentimentos e embora apresentasse dificuldade na manutenção de vínculos afetivos, criava uma grande dependência. Ocorreram tentativas de suicídio com grande impacto sobre quem vivia ao seu redor e aplicações de tatuagens para lembrar-se de entes queridos. Demonstrou intensa impulsividade, comportamento imprudente com veículos, variedade de parceiras para relacionamentos provocando brigas. Tinha dificuldade em aceitar limites e organizar seu tempo.

Considero que a terapia bioenergética tem como objetivo ajudar a compreender as formas de lidar com a realidade do paciente aprendida no decorrer de sua história e apresentar novos recursos para lidar com diversas situações baseado neste diagnóstico corporal de caráter de estágio do desenvolvimento. É na relação terapêutica que essas situações aparecem e tentam ser reeditadas.

Quando se faz uma análise bioenergética, esta observação do caráter tem como objetivo mostrar o estágio em que o indivíduo ficou fixado no seu desenvolvimento em função de um trauma.

O que se observou é que o paciente tenta usar recursos destes estágios de desenvolvimento ao longo da vida de forma automática e inconscientemente. Muitas vezes um recurso infantil não traz bons resultados para uma pessoa adulta na sua conduta do dia a dia. Isso mostra que aprendeu a se comportar assim e que lida com a realidade a partir deste estágio de desenvolvimento em que houve o trauma.

Na terapia bioenergética usa-se a fala do paciente associada de avaliações corporais como a leitura corporal. Esta leitura corporal engloba a análise da energia corporal, das áreas de tensão de segmentos de couraças, do tipo de respiração e de como se posiciona no mundo através do grounding, e assim, elaborar um diagnóstico do caráter corporal desta pessoa.

O trabalho bioenergético visa trazer a expressividade das emoções para as partes do corpo que estão bloqueadas por alguma tensão. Esse contato com essas áreas bloqueadas podem trazer a memória do acontecimento que causou o trauma. Assim ao se propor exercícios corporais que movimentam a pelve, podem surgir memórias relativas a relacionamentos, pois esta é uma área onde se tem filhos, onde se é pai, onde se tem

relacionamentos afetivos. Ao se liberar um segmento, aparecem fantasias, memórias, necessidades reprimidas, que podem ser elaboradas através de movimentos expressivos, como o de falar sobre uma necessidade com a frase: eu quero! E o cliente complementa o que quer.

Este tipo de abordagem faz com que o paciente entre em contato com suas necessidades reais e que fazem sentido para ele podendo agir conforme o que necessita. A despersonalização acontece quando não faz sentido o que fazemos com nossa vida.

Aqui o conflito de seu caráter pode aparecer. Então o paciente pode relatar que se precisar demonstrar seu amor por alguém ficará vulnerável a rejeição. Na análise bioenergética percebemos que um caráter rígido reagiria dessa forma. A Bioenergética colocaria exercícios de expressividade do amor para ajudar este caráter.

Enquanto numa análise cotidiana do terapeuta corporal se observariam dois tipos de caráter no paciente, no caso do borderline ele oscila entre três tipos de caráter o caráter esquizoide, oral e masoquista. Em termos de caráter, Volpi também diz que o caráter borderline traz um desconforto na análise por que ele é diferente dos outros. Não se encaixa.

Podemos observar na paciente B. as características do caráter esquizoide, quando diz que “voltava para casa se isolava no quarto”. Aqui aparece a característica esquizoide de isolamento. O individuo se refugia em histórias da internet construindo um mundo a parte da realidade em que vive. Há um baixo investimento na vida. O trauma pré-natal confere estas características de rejeição como se não pudesse existir. Seu pai desejava um filho homem e nasceu uma mulher. Aalberse analisa o isolamento da seguinte maneira:

Ao se isolar, nega sua necessidade de contato, esconde seus sentimentos e necessidades do outro, se protegendo da incompreensão e da rejeição. Com o isolamento, diminui a importância do outro para si para alguém que inexistente. Escolher e idealizar a solidão se torna uma defesa. O outro deixa de ser uma preocupação para si. No entanto esta é uma liberdade negativa e não uma expressão de autonomia. (AALBERSE, 1997, p. 137)

Outra característica esquizoide encontrada é a cisão, pois B. fazia uma divisão ou compartimentalização de sua mãe considerando-a como mãe má e a avó materna a mãe boa. Não perdoava sua mãe e não se conformava que sua namorada perdoasse a mãe dela. Chegou a dizer que deseja que a mãe seja a mãe má.

B. também apresentava características do caráter oral, pois “não tinha vontade de fazer nada”, faltava à terapia, chegava atrasada. Quando se sentava na poltrona seu corpo escorregava e ficava largado. Denotava baixa energia significando uma energia depressiva.

Quando convidada a fazer exercícios relatava que não conseguia. O corpo era mediano para pequeno.

Apresentou também outras características orais, pois achava que os outros tinham obrigação de cuidar dela, grudava nas pessoas, e não se preocupava com os sentimentos do próximo, lhe faltava empatia.

Sua forma de falar era oral por falar muito e não conseguia fazer exercício de descarga de raiva. Suas pernas fraquejaram quando foi pedido para bater no banquinho stool com raquete de tênis ou torcer uma toalha e não tinha boa coordenação motora. De acordo com Aalberse:

O grounding pode ser definido como um equilíbrio dinâmico entre dois polos: elevar-se acima do solo e afundar-se nele”. Encontrar o ponto de contato ótimo é o objetivo do trabalho. São duas maneiras de evitar o grounding: A primeira é recusando-se a ficar sobre os próprios pés, dependurando-se nos outros e responsabilizando-os pela sua existência e bem estar. A pessoa se coloca completamente dependente, vulnerável e incapaz. Se isto falha, afunda-se no chão. Primeiramente a sensação é de pernas extremamente pesadas. Depois se o estado se agrava, ocorre uma deserregização das pernas, que são sentidas como de borracha e incapazes de sustentar o corpo. Todo tônus postural é rebaixado, a pessoa literalmente cai sobre uma pelve sem vida. Nessas condições, a tendência é buscar a fusão com o outro; A segunda é o oposto desta. Há uma recusa a apoiar-se nos outros, erguendo-se acima do chão para não sentir o contato com a realidade da interdependência humana. É uma personalidade narcisista. A pessoa se eleva para compensar uma baixa autoestima, tentando manter uma autoimagem idealizada de alguém especial, que está acima e é melhor que os outros. (AALBERSE, 1997 p.127)

B. tinha temor pelo abandono. Nesse sentido Aalberse considera que:

na medida que vai melhorando seu grounded, o cliente entra em contato com sentimentos aterrorizantes de abandono , componentes emocionais da depressão de abandono que vão surgindo. A medida que a terapia progride, o cliente se move do abandono a aceitação da solidão existencial. O cliente pode se tornar tão preocupado com sua solidão que precise se abrir para a dimensão coletiva ou universal de sua experiência. Manter a polaridade existencial de ser só e pertencer a algo. A confrontação e o trabalho com a depressão de abandono são aspectos essenciais do crescimento rumo a um vínculo maduro e uma percepção unitiva. (AALBERSE, 1997 p.127)

Keleman faz uma descrição gráfica das estruturas corporais do que ele chamaria de estrutura em colapso explicando as deformações à forma corporal sofrida pelo transtorno de personalidade borderline. Ele explica como a postura emocional se forma em função da privação de nutrição emocional (Keleman, 1992, p. 150 a159).

A submissão com raiva é uma característica do caráter masoquista que B. apresentava. No tocante às características físicas desse caráter B. não tinha cintura, sua garganta era

atarracada, o pescoço enterrado, denotando uma compressão nessa área, provocando tensão na região occipital, que pode gerar a ansiedade. Lowen (1982, p. 165/166) também descreveria como um “corpo de gancho de açougue”, que é uma massa de tecido que se acumula exatamente da sétima vértebra cervical, na junção de pescoço, ombros e tronco.

Apresentou reações explosivas típicas do caráter masoquistas. Provocava brigas ao namorar várias parceiras ao mesmo tempo, pois surgiam brigas por ciúmes e questões de lealdade. Não pensava nas consequências, nem no seu próximo, adicionando encontros para não se sentir só.

A sua energia corporal foi percebida mais forte e tensionada nos ombros e pescoço, na parte superior. Na parte inferior do corpo era sentido como mais fraco, com tendência para pernas sem tônus, com pouco suporte de um exercício com carga.

A coordenação motora se apresentava com músculos de diferentes tonalidades de tônus também indicando diferentes reações corporais em função desse tônus desorganizado. Foi sugerido exercícios de fortalecimento muscular como pilates ou musculação, que melhorariam a distribuição de força muscular equilibrando tônus e diminuindo a descoordenação motora.

Atualmente, a paciente reatou o relacionamento com a namorada, após um período de separação de muita tristeza, e chegou a tatuar a palavra “saudade” no peito. Interrompeu a faculdade e começou a trabalhar. Consegue contribuir para custear as despesas.

O casal está mantendo reciprocidade e empatia no relacionamento. Antes sua atitude seria a de esperar que os outros fizessem tudo por ela, hoje apresenta reciprocidade no relacionamento. Ela já consegue cozinhar pratos mais elaborados para a namorada, que aprendeu através do “youtube”.

B. está planejando comprar uma moto. Sua intenção era comprar uma moto de mais cilindradas, porém reconhece que está além das suas condições e se conformou com uma de menor potência. Sua parceira lhe fornece muita firmeza e a ajuda para que conquiste suas coisas.

Sua irmã engravidou de outro rapaz e está morando com ele. B. tem pena da irmã caçula, pois acha que não está sendo bem cuidada, mas B. tem evitado voltar para casa.

B. ainda não investe em outros relacionamentos. No momento ela só importa sua namorada. Por outras pessoas ainda sente dificuldade de sentir ou se importar com elas. É indiferente. Numa ocasião em que foi enterro de uma colega de infância se desesperou por não conseguir sentir nada pela falecida e chorou por não conseguir sentir pesar pela amiga.

4 CONCLUSÃO

É sempre um grande desafio o tratamento em qualquer abordagem teórica sobre o borderline. É um caso em crescente questionamento e estruturação.

O transtorno de personalidade borderline afeta a vida da própria pessoa e produz um impacto significativo naqueles ao seu redor, e por essa razão é necessário buscar mais compreensão sobre essa patologia, de modo a auxiliar tanto os profissionais da saúde quanto as pessoas com quem ela convive.

Como diria Reich em seu livro, “O caráter impulsivo”, sobre o transtorno de personalidade borderline:

A psicanálise conseguiu mostrar o quanto o ambiente, a necessidade material, a falta de compreensão e a brutalidade por parte dos pais, numa infância marcada por conflitos e as predisposições contribuem para formar indivíduos doentes e corrompidos. A espécie humana se protege deles com a detenção, que tem efeitos negativos. Se a consciência moral da espécie humana despertar algum dia poderá lutar para consertar os danos e doenças causados por tantos membros e cooperar no trabalho de libertação da infelicidade neurótica em circunstâncias mais favoráveis que as existentes hoje. (REICH, 2009, p. 120)

Devido às graves comorbidades e mortalidade associados à patologia, o tratamento é difícil, complexo e de longa duração. As terapias complementares, se integradas, podem ser um importante recurso na remissão de sintomas ou até controlar sentimentos negativos apresentados pelo paciente.

A Análise Bioenergética, que é uma terapia complementar, é uma técnica que se fundamenta na associação do corpo e mente, conjuntamente, que visa buscar o bem-estar e restaurar a vitalidade corporal.

Para Volpi (2003, p.21) o resultado na bioenergética está ligado à ideia de reviver o passado que se encontra no corpo, criando raízes na própria história promovendo o reencontro entre o indivíduo e seu corpo. Quando se fala em corporiedade, na bioenergética, observa-se a respiração, o movimento, o sentimento, a auto-expressão e a sexualidade. É através do corpo que se chega à liberdade, a graça e à beleza. A liberdade é ausência de restrição nos sentimentos e nas sensações, a graça é a capacidade de se expressar e a beleza é a harmonia. Lowen (1982, p. 37) assim resume a terapia corporal, afirmando que [...] “a vida de um indivíduo é a vida de seu corpo”.

Este trabalho foi uma tentativa de abordar a bioenergética no tratamento de uma paciente portadora do Transtorno de Personalidade Borderline.

Embora a paciente não tenha conseguido realizar a postura do grounding e os exercícios da bioenergética propostos, ora por desinteresse e falta de vontade, ora por receio e medo, ou pela falta de tônus muscular, ainda vislumbro a possibilidade de se aplicar as técnicas de bioenergética, de maneira gradativa e paulatinamente, em algumas particularidades apresentadas pela paciente, tais como a depressão e a impulsividade.

Um bom suporte familiar, social e institucional pode contribuir para a integridade física e psicológica. No presente caso, é necessário integrar um planejamento assistencial adequado à família da paciente.

Ademais, dada à complexidade da patologia entendo que mais estudos são necessários para a sua compreensão e orientação.

5 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- AALBERSE, Maarten. O pavor do grounding e a noite negra da alma. In: KIGNEL, Rubens. Energia e caráter. São Paulo: Summus editorial, volume 1, p. 127 a 139, 1997.
- BERGERET, Jean. A personalidade normal e patológica. 3ª ed. Lisboa: Climepsi, 2000.
- BOADELLA, David. Correntes da vida. São Paulo: Summus, 1992. p. 89.
- BOLLES, R.N. Como conseguir um emprego e descobrir a sua profissão ideal. Segunda edição. Rio de Janeiro: Sextante, 2000. p. 266 e 267.
- BOWLBY, J. Perda: tristeza e depressão. Vol. 3. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Conhecendo as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: Bioenergética. 1ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_integrativas_saude_bioenergetica_1ed.pdf. Acesso em 23 jun 2019.
- Classificação de transtornos mentais e de comportamentos da CID -10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas – Coord. Organiz. Mund. da saúde; trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993. p. 200.
- CROMBERG, R. U. Paranóia. 3ª edição. São Paulo: Casa do psicólogo, 2010. p. 45.
- FADIMAN, James & FRAGER, Robert. Teorias da Personalidade. São Paulo: Editora Harbra, 1986.
- FRAGOSO, Luiza Figueiredo L. R. & VOLPI, José Henrique. Os sete segmentos de couraças e seus bloqueios. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara. Psicologia Corporal. Revista Online. ISSN-1516-0688. Curitiba: Centro Reichiano, 2019. Disponível em: http://www.centroreichiano.com.br/artigos_livres.htm. Acesso em: 22 junho 2019.
- FRÉCHETTE, Louise. Borderline: Em busca do verdadeiro Self. Apresentação para a Toronto Society for Bioenergetic Analysis. Outubro, 1995.
- HEGENBERG, Mauro. Borderline. Clínica Psicanalítica. 6ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.
- KELEMAN, Stanley. Anatomia emocional. 5ª. ed. São Paulo: Summus, 1992.
- KINGEL, Rubens. O avanço da Psicoterapia Corporal. Outubro de 2005, Disponível em http://www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/o_avanco_da_psicoterapia_corporal.html. Acesso em 10 junho 2019.
- LAPLACHE, J. E PONTALIS. Vocabulário de psicanálise. Lisboa, Moraes, 1970. Vida e morte em psicanálise. Porto Alegre: Artes médicas, 1985.
- LOWEN, Alexander & LOWEN, Leslie. Exercícios de bioenergética - O caminho para uma saúde vibrante. 8. ed. São Paulo: Agora, 1985.
- LOWEN, Alexander. Bioenergética. 11ª edição. São Paulo: Summus, 1982.

- LOWEN, A. Prazer uma abordagem criativa da vida. 7ª edição. São Paulo: Summus, 1984.
- NAVARRO, Frederico. Terapia Reichiana I, fundamentos somatopsicodinâmica. São Paulo: Summus, 1987
- NAVARRO, Frederico. Terapia Reichiana II, fundamentos somatopsicodinâmica. São Paulo: Summus, 1987
- NAVARRO, Federico. Somatopícopatologia. São Paulo: Summus, 1996.
- OLIVEIRA, G.F. & OLIVEIRA, S.M. & FREITAS, S.F.C. Análise Bioenergética: Relato de Experiência. Id online Revista de Psicologia, Novembro de 2013, vol.1, n.21, p. 133-145. ISSN 1981-1189.
- PAIM, Isaías. Curso de Psicopatologia. 10ª ed. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda., 1986.
- Referência rápida aos critérios diagnósticos do DSM-V. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. (Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5 tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.)
- REICH, Wilhelm. A função do Orgasmo. 9ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1975.
- REICH, Wilhelm. Análise do caráter. 3. ed. Tradução de Ricardo Amaral do Rego. São Paulo: Martins Fontes, 1998, p.329-366.
- REICH, Wilhelm. O caráter impulsivo. 1ª ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009.
- ROMARO, Rita A. Psicoterapia breve dinâmica com pacientes Borderline: uma proposta viável. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.
- SECOND, P. Família e transgressão. Psicologia: teoria e pesquisa. Suplemento, 8, 1992, p. 443-445.
- SPOERRI, T. H. Compêndio de psiquiatria. 8ª ed. Rio de Janeiro: Livraria Ateneu, 1979.
- TEIXEIRA, C.M.F. da S. Situações de risco. In: BECKER, L.A. Psicologia para concursos e graduação. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p. 258 a 261.
- VIEIRA, Fabio Martins & VIEIRA, Andressa Santos & FERNANDES, Gisele Jacinta Rodrigues Calegari & REICHOW, Jeverson Rogério Costa. A respiração como ferramenta de intervenção da psicoterapia corporal. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara. Psicologia Corporal. Revista Online. ISSN-1516-0688. Curitiba: Centro Reichiano, 2018. Disponível em: <http://www.centroreichiano.com.br/artigos-cientificos/> Acesso em: 18 jun 2019.
- VOLPI, José Henrique & Volpi, Sandra Mara; Psicologia Corporal. Outubro de 2018. Disponível em <http://centroreichiano.com.br/psicologia-corporal-um-breve-historico/>, acesso em 10 junho 2019.
- VOLPI, J. H. & VOLPI, S. M. Reich: A análise bioenergética. Curitiba:centro reichiano,2003.(p. 131, 132, 133).
- WEIGAND, Odila. Grounding na análise bioenergética: Uma proposta de atualização. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- WEIGAND, Odila. Grounding e autonomia. São Paulo: Edições e produções Person Ltda, 2006.

YIN, Roberto K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2ª Ed. Porto Alegre. Editora: Bookmam. 2001.

6 ANEXOS

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,....., fui informada a respeito do objeto de estudo e concordo em participar da atividade acadêmica proposta por Edna Kazue Uemura, aluna do Curso de Bioenergética do Instituto Ligare de Presidente Prudente.

Estou ciente de que é uma atividade didática, e fui informada de maneira clara e detalhada do objetivo deste estudo, bem como esclareci minhas dúvidas.

Meu consentimento é voluntário e poderei cessar o processo a partir de minha comunicação.

Autorizo a utilização das informações por mim prestadas, as atividades desenvolvidas e os resultados obtidos na literatura científica, resguardadas as normas de sigilo e anonimato.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via foi entregue a mim e a outra será arquivada pela aluna responsável.

Presidente Prudente, 10 de junho de 2019

PACIENTE (RG)

ALUNA: EDNA KAZUE UEMURA

ANEXO II – RELATO DA PACIENTE

Primeira tentativa de suicídio

31/08/16- Quarta-feira, 20h50min.

Acordei, era aula de didática, detestava aquela aula, então faltei. Levantei da cama depois do almoço para ir para o estágio no colégio A., fiquei até às 5 da tarde e depois fui direto para o consultório da psicóloga, seria a minha primeira consulta depois de muitos meses.

Uns dias antes pedi para que voltássemos a terapia, pois como sempre, estava afetando a minha faculdade de novo. Quando cheguei ao consultório, o dia tinha sido normal, tão bonito, passei o dia na escola, o lugar que eu mais adorava ficar, nenhum tipo de pensamento tinha passado pela minha cabeça o dia todo.

Eu só sei que a consulta seria de apenas uma hora, mas viraram exatamente 3 horas. Durante o tempo todo da consulta eu falava que não tinha mais vontade de viver e que me mataria caso eu mandasse mensagem para meu ex-namorado e ele não quisesse mais nada comigo. Mas eu falava de uma forma tão comum, tão natural, que qualquer pessoa que ouvisse, não acreditaria que eu estava falando sério.

Na questão do ex-namorado: eu não o amava, e sim, a ideia de ter “a vida perfeita” com alguém da igreja. Foi eu quem terminou o namoro de quase dois meses, eu não queria, mas quando vi que ele não se importava e caiu a ficha de que fui rejeitada, de que tudo que eu tinha planejado não ia ser mais possível, entrei em desespero, fiquei péssima, quis sumir, queria que ele me quisesse de volta, mesmo sabendo lá no fundo que nem de homem eu gostava, porém não me aceitaria nunca.

O ritmo da conversa foi sobre isso o tempo todo, parecia que eu estava dopada, como a psicóloga mesma disse, mas eu não tinha tomado remédio nenhum, acho que eu só tinha desistido da vida mesmo.

Na época, fazia pouco tempo que eu tinha feito 20 anos.

Saí do consultório as 20h30 e fui direto para a residência, cheguei as 20h50, já tinha mandado a mensagem e ele não se importou, disse que eu podia me matar se quisesse. Depois disso sentei na cama com uma garrafa de água e bebi por volta de 100 comprimidos, logo em seguida mandei fotos dos remédios vazios e só disse: eu fiz. Ela me mandou vomitar, passar o

telefone para alguém e eu apenas ignorei e desliguei o celular. (eu tinha que mostrar que ela não podia duvidar de mim). Não passou 5 min e o remédio começou a fermentar no meu estômago, então logo corri para o banheiro, não consegui segurar o vômito. Só lembro de estar sentada no chão do banheiro abraçada ao vaso enquanto vomitava e um telefone fixo me ligou, atendi, já estava dopada, então não respondia mais por mim. Era a psicóloga, ela pediu que eu passasse o telefone para alguém e eu o fiz.

ANEXO III – TESTE

Agora vou pedir a você para fazer um teste. É importante que você o faça com a maior sinceridade pois é para você fazer um auto diagnóstico e só a você ele interessa.

Escreva no quadro, no final de cada frase, o número que melhor descrever suas ações.

(0) raramente (1) algumas vezes (2) quase sempre (3) sempre

1. Planejo as ações do meu dia antes de iniciar o trabalho	0
2. Delego tudo o que pode ser delegado	1
3. Comunico-me com as pessoas de forma clara e fácil de ser entendido	1
4. Estabeleço uma lista de tarefas com prioridade clara e ocupo-me com as mais importantes primeiro	0
5. Ajusto meu trabalho diário adequado às melhores condições mentais, físicas e emocionais de execução	0
6. Mantenho arquivos, mesa e gavetas bem organizados	2
7. Faço o que é preciso fazer agora - não deixo para depois	0
8. Quando preciso dizer não, eu ligo	0
9. Utilizo o telefone de forma planejada tanto para chamadas quanto para receber	0
10. Somente participo ou convoco reuniões se necessárias e bem planejadas	0
11. Procuo fazer certo da primeira vez	2
12. Procuo não permitir que os outros ocupem o meu tempo em demasia principalmente quando tenho coisas importantes a fazer	0
13. Trabalho com pessoal mal treinado e ineficiente	0
14. Somente leio revistas, jornais, relatórios que tenham importância direta com meus objetivos profissional e pessoal	0
15. Procuo fazer somente coisas produtivas (pró-ativas)	0

6 pontos

RESULTADO

0 a 20 pontos

Você está gerenciando mal o seu tempo e provavelmente está deixando ser influenciado pelos outros.

21 a 28 pontos

Você procura gerenciar seu tempo mas provavelmente não está conseguindo bons resultados.

29 a 36 pontos

Seu gerenciamento do tempo é bom, mas pode melhorar.

37 a 45 pontos

Você sabe gerenciar seu tempo e tira o máximo proveito dele. Ajude o outro passando seu conhecimento e experiência.

Resultados: Minha Principal Motivação

Percorra suas sete histórias e sublinhe em vermelho todos os verbos que empregou. Depois, verifique quais dos verbos abaixo são insistentemente repetidos. Essa operação vai lhe revelar aquele resultado que você está sempre perseguindo, que realmente significa recompensa para seu esforço e dedicação em tudo o que faz. Claro que você não deve ficar limitado a um único objetivo — então, pode escolher três ou quatro, contanto que dê a eles uma ordem de prioridade.

Adquirir / Possuir (*dinheiro, status, pessoas*) Você quer o seu próprio. : **bebê**, brinquedos, bens, **casas / família** Principal recompensa: “Isso aqui é meu!”

Ser Responsável / Estar no Comando (*outras pessoas, coisas, organizações*) Você quer estar no topo, estar por cima, ter a autoridade nas mãos — estar no centro das decisões. Principal Recompensa: “Eu decido!”

Lutar / Prevaler (*adversários, o mal, filosofias contrárias*) Você quer lutar contra os bandidos, **enfrentar o sistema** as coisas estabelecidas, velhas tecnologias. Principal recompensa: “Eu venci!”

Desenvolver / Construir (*estruturas, tecnologias*) Você quer criar alguma coisa do nada. Principal recompensa: “Eu criei isso!”

Superar / Ser o Melhor (*contra os outros, os preceitos convencionais*) Você quer ser o mais rápido, o primeiro, o mais persistente, o que chega mais cedo, o mais sofisticado, o melhor de todos, enfim. Principal recompensa: “Eu me destaquei!”

Explorar / Concretizar o Potencial (*de situações, mercados, coisas, pessoas*) Você procura enxergar longe, perceber quando está diante de um grande talento, de um produto que irá fazer sucesso, de um mercado promissor. Principal recompensa: “Eu tive a visão do que poderia fazer e, graças a mim, ela tornou-se realidade!”

Obter Respostas / Influenciar Comportamentos (*de e através de pessoas*) Você quer que tanto cachorros e gatos quanto indivíduos e grupos reajam à sua intervenção. Principal recompensa: “Tive uma forte resposta!”

Obter Reconhecimento / Atenção (*dos seus iguais, das autoridades*) Você quer acenar para a multidão que o saúda, aparecer nos jornais, ser conhecido, ter um holofote iluminando seus passos. Principal recompensa: “Sou famoso!”

Aprimorar / Fazer Melhor (*para você, para os outros, no trabalho*) Tornar o que é fraco em bom, tornar o bom melhor ainda, mais lucrativo, mais eficiente. Principal recompensa: “Eu melhorei isso!”

Fazer parte do Time / Oficializar-se (*diantes dos outros, dos regulamentos, do sistema*) Você quer ser escalado, ganhar seu diploma, entrar para o clube, para uma associação profissional, para a sala de refeições dos executivos na empresa, etc. Principal recompensa: “Eu consegui!”

Corresponder a Necessidades / Expectativas (que sejam colocadas pelo momento, inerentes, essenciais) Você se esforça para atender a especificações, cumprir cronogramas, atender bem ao cliente, a necessidades do patrão. Principal recompensa: “Eles estão impressionados comigo!”

Fazer Funcionar / Fazer Funcionar Direito (*coisas, sistemas, operações*) Consertar o que está quebrado, trocar o que está com validade vencida, redesenhar o que foi mal concebido. Principal recompensa: "Agora, essa coisa funciona!"

Ensinar / Aperfeiçoar (*algum tema, habilidade, equipamento, objetos*) Perseguir recordes, o domínio completo de determinada técnica, o controle total de variáveis. Principal recompensa: "Eu dominei isso!"

Organizar / Operar (*negócios, equipes, linhas de produtos*) Você quer ser o inovador, o iniciador de um negócio. Principal recompensa: "Fui eu que dei início a essa coisa!"

Ultrapassar / Perseverar (*obstáculos, dificuldades, imprevistos*) Você quer ser do tipo que vai atrás do tigre com uma espingarda de chumbo, que remove montanhas. Principal recompensa: "Eles diziam que ninguém seria capaz de fazer isso!"

Ser Pioneiro / Descobrir (*tecnologias, bens culturais, idéias*) Você quer pressionar o sistema, superar o conhecimento, demolir barreiras. Principal recompensa: "Para ir até onde ninguém jamais foi."

Atender / Ajudar (*pessoas, organizações, grandes causas*) Você quer matar a fome dos pobres, ajudá-los a encontrar emprego, auxiliar os enfermos. Principal recompensa: "Fazer desse mundo um lugar melhor!"

Marcas / Influenciar (*coisas materiais, pessoas política*) Você quer deixar sua marca, provocar mudanças e causar impacto. Principal recompensa: "Nunca vão me esquecer!"

Adaptado por Richard N. Bolles de MILLER, Arthur F. e MATTSON, Ralph T. The truth about you: discover what you should be doing with your life. 1ª ed., 1977, pp 68-69. Não deve ser reproduzido sem a permissão por escrito de Arthur Miller, People Management Inc., P.O. Box 33608, Seattle, WA 98133.

V – ANAMNESE

Anexos 127

ROTEIRO DE ANAMNESE

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: B.E.C.L.

Idade: 19a

Data de Nascimento:

Sexo: Fem.

Endereço:

Telefone:

Pai ou substituto:

Nome: A.C.S.L

Idade: 44a

Estado civil: casado

Tempo de união conjugal:

Grau de instrução: colégio completo

Profissão: açougueiro

Local de Trabalho:

Renda líquida:

Mãe ou substituta:

Nome: A.E.C.L.

Idade: 43a

Estado civil: casado

Tempo de união conjugal:

Grau de instrução: Magistério

Profissão: do lar

Local de Trabalho:

Renda líquida:

Outras pessoas que moram na casa

Nome	Grau de parentesco	Idade	Instrução	Profissão	Renda líquida	Saúde	Tabagismo
Mãe							

HISTÓRIA PESSOAL:**1. Concepção:**

- a) Como se sentiu quando soube que ia ter o (a) seu (sua) filho (a)?
Foi planejado. Pai a criou como menino. Colocou no Judo.
- b) Posição da criança na ordem das gestações?
Mais velha. Queria filho homem mas exerceu a vontade como para paciência não pagar.
- c) Posição da criança na ordem dos nascimentos?
- d) Abortos naturais? Abortos provocados?
- e) Natimortos?
- f) Filhos vivos?
- g) Filhos mortos? Causa das mortes e idade?

2. Gestação:

- a) Quanto tempo após o casamento?
(24) Mãe casou em janeiro e nasceu em Junho.
- b) Idade da mãe na época da gravidez?
24 anos.
- c) Como passou a mãe durante a gravidez?
Tinha bastante foto.
- d) Duração da gestação? (Idade gestacional)
- e) Tratamento pré-natal? Exames clínicos? Quais?
- f) Outras observações: radiografia, exame de sangue, transfusão, medicamentos (quais?), acidentes, hemorragia, convulsão, rubéola, outras doenças (quais?)
- g) Alimentação da mãe durante a gestação?
- h) Usou álcool, drogas ou cigarros durante a gestação?

3. Parto:

- a) Local (em casa, na maternidade?): *Casaria, não dilatava*
- b) Desenvolvimento do parto (natural, fórceps, cesariana?):
- c) Descrição do parto:
- Duração do parto:
 - Duração (desde os primeiros sinais até o nascimento):
- d) Posição da criança no momento do nascimento:
- e) Características da criança após o nascimento: *(ver cartão do nascimento)*
- Apgar 1º. minuto:
 - 5º. minuto:
 - peso e tamanho ao nascimento:
 - necessidade de cuidados especiais (incubadora, p.ex.):
- f) Atitude dos familiares?

Logo que nasceu, ficou com a avó! A mãe só veio vê-la aos finais de semana.

4. Desenvolvimento:

- a) Como foi o (a) quando nenê: foi um bebê fácil ou difícil de lidar?
- b) Alimentação:
- Leite materno (exclusivo): até quando?
 - Leite materno (junto com outros alimentos ou outro tipo de leite): até quando?
 - motivos do desmame?
 - 1ª. sucção, como foi? e, depois?
 - mamadeira: até quando?

- comida de sal:
- quando começou a comer sozinha?
- recebe ajuda na alimentação (até quando recebeu ajuda)?
- quem dá refeições à criança? *avó!*
- qual o tipo de alimentação servida na sua casa normalmente?
- a criança rejeita algum tipo de alimentação?
Comia de tudo
- é forçada a comer? *não*
- é super alimentada?
não.
- qual a atitude tomada frente à refeição?
- utiliza adequadamente que tipo de talheres?
- horários das refeições?
- preferências alimentares?

Vicou vegetariano

c) Sono:

- Dorme bem? Horários:
sim
- Sono agitado?
fala e ~~muda~~ a noite.
- Baba à noite?
não.

*Obs: Mãe ensinou a ter raiva dos parentes, mas B não senti.
Só do sobrinho porque o pai dá mais atenção a ele. O pai é meu,
relata B. ~~este~~ ~~sobrinho~~ comentava que o pai trava com outros sobrinhos.
*este**

- Insônia?
não
- Acorda várias vezes durante a noite?
não
- Volta a dormir facilmente?
- Fala dormindo?
fala
- Movimenta-se muito durante a noite?
sim
- Range os dentes?
- Tem pesadelos? Acorda?
às vezes
- Dorme sozinho ou com outras pessoas no quarto?
sozinha
- Tem cama individual?
sim
- Costuma ir para a cama dos pais?
não
- Qual a atitude frente aos problemas surgidos?

d) Controle de esfínteres:

- anal diurno: quando?
- anal noturno: quando?
- vesical diurno: quando?
- vesical noturno: quando?
- Atitude frente ao não controle:
- Como adquiriu? Dificuldades?

foi para escola com Zano, já sabia ler e ~~escrever~~ escrever.

e) Medos ou Fobias:

- De que?

de exauro

- Quando começou?

desde a faculdade

Motivo?

*não consigo controlar,
não sei o que está 'lei',
pude as pessoas que ame
da criança de depressão. Se está sozinho
na noite, não vai para a cozinha.
Atitude dos pais?
não sabe porque acontece.*

f) Tiques (ou estereotipia: roer unhas, arrancar cabelos, morder lábios, balançar-se para frente e para trás, movimentos não funcionais repetitivos, etc):

- data de aparecimento?

não tem

- atitudes tomadas?

5. **Desenvolvimento motor:**

a) Quando sustentou a cabeça?

b) Quando engatinhou pela primeira vez?

c) Quando ficou em pé sozinho, apoiando-se?

d) Quando começou a andar?

10 meses

e) Preferência por alguma das mãos (atual e anteriormente)? Reação dos pais?

Dextra

6. **Linguagem:**

a) Quando começou a falar?

b) Fala anterior (correta, gagueira, letras trocadas)?

c) Fala corretamente? - sabe relatar fatos em seqüência temporal?

d) Chupa dedo?

Já chupou?

Até quando?

- e) Compreende bem a linguagem falada?
- f) Compreende e atende ordens simples (em cadeias de ordens)?
- g) Imita (verbal ou motor)?
- h) Quais as dificuldades específicas de fala?

7. Atividades Psicomotoras:

- a) Como realiza as seguintes atividades:

- pintura: *gosta*
- desenho: *gosta*
- recorte: *) não gosta*
- colagem: *) não gosta*
- encaixes: *gosta*
- quebra-cabeça: *ama*

- b) sabe andar e gosta de bicicleta (tico-tico ou similar, conforme a idade)? Com que idade e como aprendeu?

- c) Gosta e como se sai nas seguintes brincadeiras movimentadas:

- bola: *não gosta*
- correr: *por diversão*
- corda: *preta*
- peteca: *não gosta*
- subir em muros/árvores: *gosta*
- natação: *gosta*
- esportes em geral: *não gosta*

- d) Sabe abotoar e desabotoar roupas, trocar-se, dar laços?
- e) Consegue pegar objetos bem pequenos?
- f) Que brinquedos tem?
de esculenta.
- g) Que tipo de brinquedos gosta?
- h) Brincadeiras praticadas sozinhas:
- i) Além dos alimentos e brinquedos citados, do que mais a criança gosta?
- j) Quais as coisas que a criança não gosta?
não gosta do boneco assassino, tem medo.

8. Sexualidade:

- a) Curiosidades / Manipulações:
- b) Atitude dos pais?
pai esperava filho homem. Operou para não ter mais filhos.

9. Funcionamento Psicossocial atual:

- a) Na creche:
- Frequenta esta creche desde quando?
da entrada até o pré.
 - Já frequentou alguma outra? :
 - O que você acha do atendimento da creche?
 - Seu filho gosta de vir à creche?
gostava.
 - Gosta da tia (professora/monitora)?
sim, até hoje.
 - Como se relaciona com os colegas da creche?
nunca gostou.
 - Dificuldades observadas da criança no ambiente da creche por você e/ou pela tia?

b) Com amigos:

- Tem companheiros fora da creche? (quantos, idades)

não.

- Como foram escolhidos?

- Dá-se bem com eles?

- Prefere brincar sozinho ou com amigos?

Se não encher o saco, brinca, mas prefere ficar sozinho
gosta de amigos para se divertir.

c) Na família - interrelações:

- entre mãe e criança?

ela para cá e da mãe e briga. A avó era dela, co' de
está como avó não precisava de mais nada.

- entre pai e criança?

é melhor do que com a mãe. Não briga. Conversa raramente.
Pai também tem ótima memória para datas. Também gostava de contar.

- entre irmãos (reação de ciúmes)?

conversa e precisa de ajuda
não tem paciência com criança.

- entre os pais?

mãe estressa toda mundo.

- entre outros habitantes e a criança?

avó e avó materno brigavam muito com a mãe.

- entre outros habitantes e os pais?

- quem exerce autoridade na casa?

A mãe que manda. Ela grita e todos ficam quietos.

c) Na família - ambiente social:

- A família faz visitas? (reação da criança)

Não, a mãe briga com outros, se bebem na sua casa, faz
barato.

- A família recebe visitas? (reação da criança)

- A família frequenta clubes? (reação da criança)

não

- A família viaja? (reação da criança)

não. A última vez que lembro foi em um carnaval
de 2007, a mãe estava grávida e foram para o Paraná.

d) Levantamento de um dia comum da criança:

não havia rotina.

e) Levantamento de um dia do fim de semana (descrição de todas as atividades e horários):

Ida para a Igreja.

10. Doenças da Criança:

a) Tipos de doenças, idade, como a criança reagiu, teve febre, atitude da família:

com 4a Teve gripe, catapora e varicela.

b) Hospitalização:

Em julho de 2003 teve problema na veia do pi e tinha pulmão fraco.

c) Sofreu alguma operação? Idade? Com ou sem anestesia?

d) Sofreu algum acidente nos últimos dias? Qual? Onde?

de moto em 6 de setembro —

e) Vacinas? Reação às vacinas? (carteira de vacinação)

Sim.

e) atendimentos médicos atuais?

f) Está utilizando algum medicamento? Qual? Recomendação médica ou por conta própria?

Remédios para depressão.

g) Outros atendimentos (psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, etc)?

h) Antecedentes patológicos da família - pessoas doentes (nervoso, débil mental, asma, alergia, ataque, **alcoolismo** - lado materno e paterno):

Irmão do pai tem AVC em 2011 e não anda mais.

i) A família possui algum plano de saúde?

não, usa o S.U.S.

AMBIENTE FÍSICO:

1) Há quanto tempo mora em Ribeirão Preto? De onde veio? Porquê veio?

Sempre morou.

2) A sua casa é:

- () alugada (R\$......) (X) própria () outros
 () financiada (R\$......) () emprestada

3) Há quanto tempo mora nessa casa?

Entraram em janeiro de 2010.

4) Descrição da casa:

- cômodos (descrição):
3 quartos, sala, cozinha e banheiro.
- saneamento básico (água e esgoto):
Tem
- energia elétrica:
Tem
- lixo (recolhimento):

5) A sua casa conta com: (quantos?)

- televisão () video () Rádio/som ()
 geladeira () ventilador () ferro elétrico ()
 chuveiro elétrico () Máq. de lavar roupa/tanquinho ()
 automóvel () telefone () livros/jornais/revistas ()

6) Gastos mensais (médios):

- Aluguel/prestação da casa: R\$ *0*.....
- Alimentação: R\$ *150*.....
- Contas (água, luz, gás, etc): R\$
- Saúde: R\$
- Vestuário: R\$
- Outros (especificar): R\$

*Dentista
psicólogo
cartões de crédito*

gastos do cliente.

Dicas de questionamentos durante anamnese para elaboração do psicodiagnóstico infantil. Quem tiver mais dicas faça um comentário (será moderado e publicado).

Deve-se obter o máximo de informações e detalhadamente sobre a queixa para os pais ou responsáveis pela criança. Houve queixa antiga diferente da atual? Caso positivo perguntar o que mudou, ou seja, comparar a queixa atual com a antiga. Observe abaixo algumas questões que podem ser úteis:

- Quando iniciou-se o problema?
- Qual foi a atitude da criança? (comportamento frente o problema)
- Qual foi a atitude dos pais ou demais pessoas que residem na casa? (comportamento frente ao problema)
- Como os pais reagem? (batem, reclamam, gritam)
 - Como foi a concepção? (desejado, sentimento dos pais quando souberam, tempo de casados, antes de casar)
 - Houve irmãos abortados ou natimortos? (motivo)
 - Quantos irmão? (meninos, meninas) Qual posição cronológica ocupa? (mais novo, do meio)
 - O que a mãe lembra do período de gestação?
 - Qual expectativa quanto ao sexo do bebê? (esperava menino ou menina)
 - Ocorreu hemorragias, acidentes, agressões, brigas ou discussões na fase pré-natal?
 - A mãe ingeriu drogas durante a gestação? (cigarro, álcool, cocaína, psicotrópicos)
 - A mãe teve depressão na fase pré-natal ou pós parto? (o que acontecia)
 - Qual foi o tempo de gestação e tipo de parto? (assistência médica, parteira)
 - Qual a atitude da família antes e depois do parto?
 - Ocorreram problemas de pele no primeiro ano de vida? (qual o tratamento)
 - Quem cuidou da criança quando a mesma começou a diferenciar as pessoas?
 - Quais ocorrências frequentes durante primeiro ano de vida 0 – 1 ano? (gases, problemas alimentares, refluxo)
 - Mamou até quanto tempo de vida? (mãe fala: “nossa detestava” ou adorava amamentar)
 - Quem determinou a alimentação fornecida ao bebê? (nutricionista, sogra)
 - Porque e como parou de ser amamentado?
 - O que a mãe ou cuidadoras fazia quando a criança chorava? E o pai? (dava chupeta, mamadeira, batia)

Sobre o desenvolvimento psicomotor:

- Quando sentou sem apoio?
- Quando andou?
- Quando falou?
- Já gaguejou ou está gago?
- Quem ensinou a criança durante as etapas motoras acima?
- Ocorreu algo durante esta fase que chamou atenção dos pais? (fase motora)
- Durante o ato de urinar a criança segura, faz na roupa ou não é notado nada de anormal?
- Destrou ou canhoto? Foi forçado a usar a direita?

AMBIENTE SÓCIO-CULTURAL:

1) O que vocês fazem juntos no tempo livre?

• TV:

• Saem para passear (onde?):

não sei com a família. Ou vai na casa dos amigos e eu fico na rua.

• Brincam juntos (do quê?):

como é mais velho vai fazendo algo na casa e conversando com eles.

• Praticam esporte (qual?):

não praticam

2) Na TV, o que assistem?

*CSI, Gosta de Uma Thruman, John Travolta, Angelina Jolie, Marg. Helgenberger. Funpik,***DADOS FORNECIDOS POR:**

• Data da Entrevista: ___/___/___

• Duração da Entrevista: _____

• Informante: _____

• Entrevistador: _____