

LIGARE – CENTRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS

**Técnicas Bioenergéticas no manejo da dor na Síndrome da
Fibromialgia.**

PRESIDENTE PRUDENTE-SP
2011

Carolina Guilherme de Souza

Técnicas Bioenergéticas no manejo da dor na Síndrome da Fibromialgia

**Monografia apresentada como
crédito parcial para obtenção do
título de Especialista em Psicologia
Clínica - Análise Bioenergética,
pelo LIGARE - Centro de
Psicoterapia Corporal.**

**Orientador: Prof. Ms. Cassiano
Ricardo Rumin.**

**Co-orientadora: Prof^a Ms. Odila
Weigand.**

Sumário

I - INTRODUÇÃO.....	3
II - A DEFINIÇÃO DO FENÔMENO DENOMINADO FIBROMIALGIA.....	3
III – A ANÁLISE BIOENERGÉTICA COMO TÉCNICA TERAPÊUTICA....	6
IV - OBJETIVO.....	8
V - METODOLOGIA.....	8
Descrição dos trabalhos corporais realizados.....	9
VI – RESULTADOS E DISCUSSÃO	12
Avaliações das pacientes.....	12
Comparação entre a primeira e a segunda avaliação de cada paciente.....	14
VII – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
VIII – BIBLIOGRAFIA.....	24
ANEXOS.....	26
Modelo do FIQ – Questionário de qualidade de vida para portadores de Fibromialgia.	
Modelo do questionário McGill.	

Agradecimentos

A Vida, pelas oportunidades de crescimento e evolução.

Aos meus pais pelo carinho, compreensão e apoio em todos os momentos de minha vida.

Ao meu irmão pela paciência e respeito nos meus momentos mais difíceis.

A todos os professores do LIGARE, que de forma direta e indireta ajudaram na conclusão deste trabalho, com uma palavra amiga ou com um gesto de incentivo.

Aos amigos queridos do grupo de formação, que sempre estiveram presentes com palavras e gestos de apoio e incentivo, me fazendo acreditar em minhas capacidades pessoais.

Às participantes deste trabalho, sem as quais ele não seria possível, pela colaboração e confiança no trabalho proposto.

Dedicatória

Dedico a todas as pessoas que direta ou indiretamente colaboraram para a concretização deste trabalho.

LIGARE – CENTRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS

**Técnicas Bioenergéticas no manejo da dor na Síndrome da
Fibromialgia.**

Carolina Guilherme de Souza

PRESIDENTE PRUDENTE-SP
2011

Carolina Guilherme de Souza

Técnicas Bioenergéticas no manejo da dor na Síndrome da Fibromialgia

Monografia apresentada como crédito parcial para obtenção do título de Especialista em Psicologia Clínica - Análise Bioenergética, pelo LIGARE - Centro de Psicoterapia Corporal.

Orientador: Prof. Ms. Cassiano Ricardo Rumin.

Co-orientadora: Prof^a Ms. Odila Weigand.

**PRESIDENTE PRUDENTE-SP
2011**

Sumário

I - INTRODUÇÃO.....	3
II - A DEFINIÇÃO DO FENÔMENO DENOMINADO FIBROMIALGIA.....	3
III – A ANÁLISE BIOENERGÉTICA COMO TÉCNICA TERAPÊUTICA....	6
IV - OBJETIVO.....	8
V - METODOLOGIA.....	8
Descrição dos trabalhos corporais realizados.....	9
VI – RESULTADOS E DISCUSSÃO	12
Avaliações das pacientes.....	12
Comparação entre a primeira e a segunda avaliação de cada paciente.....	14
VII – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
VIII – BIBLIOGRAFIA.....	24
ANEXOS.....	26
Modelo do FIQ – Questionário de qualidade de vida para portadores de Fibromialgia.	
Modelo do questionário McGill.	

Agradecimentos

A Vida, pelas oportunidades de crescimento e evolução.

Aos meus pais pelo carinho, compreensão e apoio em todos os momentos de minha vida.

Ao meu irmão pela paciência e respeito nos meus momentos mais difíceis.

A todos os professores do LIGARE, que de forma direta e indireta ajudaram na conclusão deste trabalho, com uma palavra amiga ou com um gesto de incentivo.

Aos amigos queridos do grupo de formação, que sempre estiveram presentes com palavras e gestos de apoio e incentivo, me fazendo acreditar em minhas capacidades pessoais.

Às participantes deste trabalho, sem as quais ele não seria possível, pela colaboração e confiança no trabalho proposto.

Dedicatória

Dedico a todas as pessoas que direta ou indiretamente colaboraram para a concretização deste trabalho.

Técnicas Bioenergéticas no manejo da dor na Síndrome da Fibromialgia.

Resumo:

A Fibromialgia é uma síndrome dolorosa que determina prejuízos à participação social dos indivíduos por ela acometidos. Em razão dos prejuízos que a Fibromialgia ocasiona ao desenvolvimento de ações motoras, se caracteriza como um determinante para o afastamento do trabalho. Em razão da necessidade de investigar proposições terapêuticas para o manejo da Fibromialgia, objetivou-se neste estudo avaliar a eficácia das técnicas terapêuticas de Bioenergética no tratamento da Fibromialgia. Foi utilizado o método de pesquisa longitudinal, onde um grupo de 4 mulheres diagnosticadas com Fibromialgia receberam atenção em saúde a partir de práticas de Bioenergética. As participantes da pesquisa foram avaliadas no início de março de 2008 com o instrumento de avaliação denominado FIQ – Questionário de qualidade de vida para portadores de Fibromialgia. Ao final de outubro de 2008 foram reavaliadas pelo mesmo instrumento e assim, foi possível comparar o nível de comprometimento ocasionado pelas manifestações dolorosas antes de receberem as práticas de Bioenergética e no período posterior ao desenvolvimento dessas práticas. Os resultados indicaram que não houve melhoras nos quadros dolorosos, de acordo com a avaliação produzida a partir do instrumento denominado FIQ. Entretanto, é necessário destacar que algumas características do instrumento de avaliação permitiram que as participantes da pesquisa simulassem respostas sobre a incapacidade ocasionada pelas manifestações dolorosas. Durante o período de desenvolvimento da pesquisa, foi possível perceber que limitações motoras relatadas pelas participantes da pesquisa não ocorriam durante a execução das práticas em Bioenergética e seus relatos também indicavam a redução das limitações nos afazeres cotidianos. Deste modo, é possível concluir que a simulação de respostas na avaliação da síndrome dolorosa encobria alguma temerosidade em relação à participação nas atividades cotidianas sem a perspectiva de interdição ocasionada pelo adoecimento. Ainda, é pertinente destacar que a observação da crescente plasticidade motora ao longo do período que desenvolveram as práticas Bioenergéticas sugere a eficácia das práticas corporais de Bioenergética no manejo da Fibromialgia.

Palavras-chave: Fibromialgia, Psicoterapia Corporal, Psicologia da Saúde.

Abstract:

The Fibromyalgia is a painful syndrome that determines damage to social participation of individuals affected by it. Because of the damage that Fibromyalgia causes the development of actions driven, is characterized as a determinant for the removal of work. Because of the need to investigate alternative therapies for the management of Fibromyalgia, this study aimed to evaluate the effectiveness of therapeutic techniques of Bioenergetics in the treatment of Fibromyalgia. We used the method of longitudinal research, where a group of 8 women diagnosed with Fibromyalgia received attention in health from practices of Bioenergetics. The participants of the survey were evaluated at the beginning of March 2008 with the assessment tool called FIQ - Questionnaire for quality of life for people with Fibromyalgia. At the end of October 2008 were reviewed by the same instrument and thus were unable to compare the level of impairment caused by the painful events before receiving the practices of Bioenergetics and the period after the development of these practices. The results indicated that there was no improvement in pain management, according to the assessment generated from instrument called FIQ. However, it is necessary to emphasize that some characteristics of the assessment tool enabled the participants to answer faked research on disability caused by the painful events. During the development of research, it was possible to realize that motor limitations reported by participants in the research not occurred during the execution of Bioenergetics and practices in their reports also indicated the reduction of limitations in everyday tasks. Thus, we conclude that the simulation of responses in the evaluation of the painful syndrome mask some temerosidade for participation in daily activities without the prospect of interdiction caused by illness. Still, it is pertinent to emphasize that the observation of motor plasticity increasing over the period who developed the practice bioenergetical suggests the effectiveness of the practice of corporal Bioenergetics in the management of Fibromyalgia.

Key words: Fibromyalgia, Body Psychotherapy, Health Psychology.

I – Introdução:

Este trabalho surgiu a partir de estágio supervisionado em Psicologia da Saúde, realizado na Clínica de Fisioterapia da FAI – Faculdades Adamantinenses Integradas, onde durante seis meses foram propostos, a quatro mulheres acometidas pela Síndrome da Fibromialgia, práticas bioenergéticas. Esta pesquisa visa avaliar a eficácia dessas técnicas no tratamento da Fibromialgia, e pode ser considerada relevante em razão da necessidade de constituição de modelos terapêuticos para o tratamento da Fibromialgia.

Durante o planejamento e toda execução deste trabalho pude contar com supervisão de um professor que possui formação em psicoterapia reichiana, o que auxiliou muito. A leitura das obras de Alexander Lowen foram fundamentais na realização desta pesquisa e a prática do *grounding* e a terapia pessoal em análise bioenergética foram-me extremamente útil ao longo deste processo.

II - A definição do fenômeno denominado Fibromialgia.

A Fibromialgia é uma síndrome dolorosa crônica, que é caracterizada por dores músculo-esqueléticas localizadas principalmente em pontos dolorosos anatomicamente determinados.

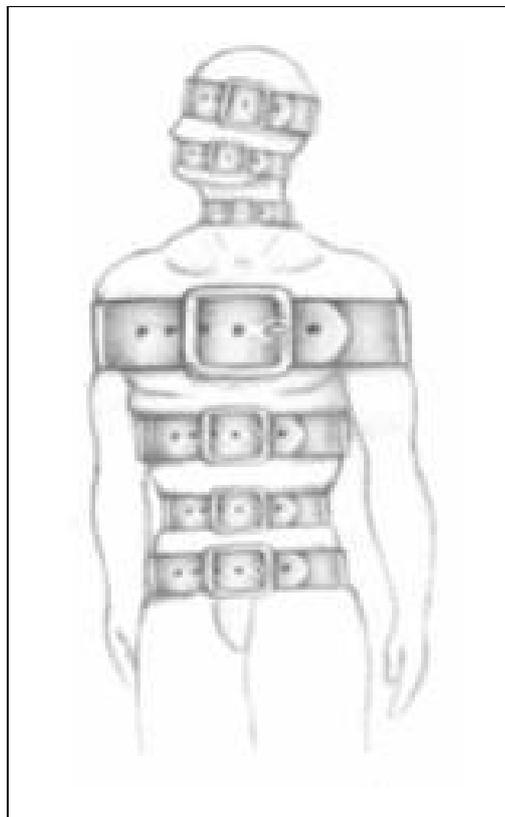
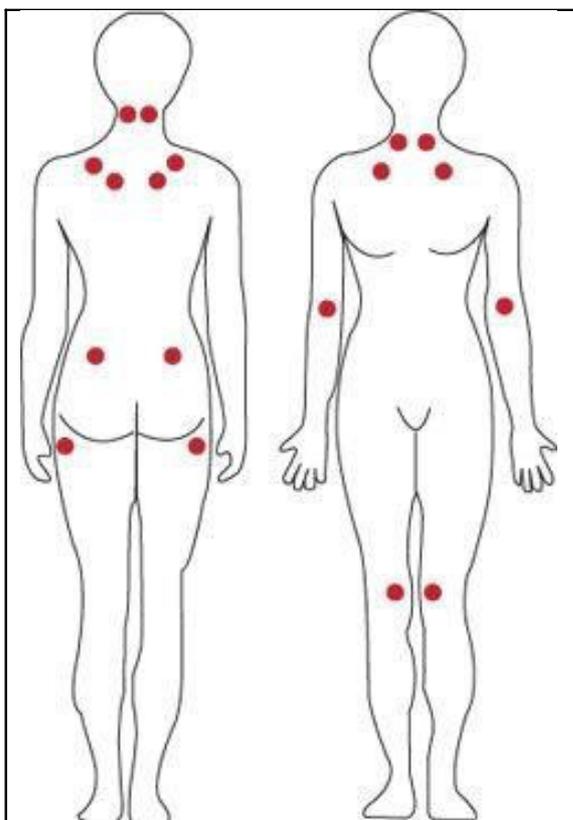
Essa síndrome é muito freqüente em mulheres de 30 a 60 anos, entretanto acomete também homens, crianças e idosos em menor escala; a expressão “dói tudo” é uma constante na anamnese desses pacientes. A dor, cuja intensidade varia de moderada à severa é o seu principal sintoma, podendo iniciar-se em uma região do corpo, particularmente nos ombros e pescoço, tornando-se generalizada. As características clínicas que acompanham o desenvolvimento da Fibromialgia são: o distúrbio do sono (bruxismo, sono não-reparador, interrompido, superficial, que dá a sensação de acordar cansado), depressão, ansiedade, síndrome do pânico, fadiga, déficit de memória, desatenção, obstipação ou diarreia, distúrbios da articulação têmporo-mandibular, boca seca, cefaléia e enxaqueca (Chaitow, 2000).

De acordo com Goldemberg (2002), o perfil psicológico dos pacientes está associado ao perfeccionismo, à autocrítica severa e à busca excessiva pelo detalhe.

O Colégio Americano de Reumatologia, em 1990, definiu como critérios diagnósticos a continuidade de queixas dolorosas difusas por um período maior do que três meses e a presença de dor em pelo menos 11 de 18 pontos anatomicamente determinados (Chaitow, 2002).

Considerou-se positivo um ponto quando era referido desconforto doloroso no local, após digitopressão com intensidade de força equivalente a 4 kgf/cm² com o uso de dolorímetro. O diagnóstico fica bem definido com a positividade de 11 dos 18 chamados *tender points* (9 pontos de referência anatômica considerados bilateralmente) (Chaitow, 2002):

- Occipital - inserção dos músculos suboccipitais;
- Cervical- coluna cervical baixa (C5-C6);
- Trapézio - músculo trapézio;
- Supraespinhal - borda medial da espinha da escápula;
- Glúteo - quadrantes externos superiores das nádegas;
- Grande trocanter - proeminências dos trocânteres maiores do fêmur;
- Segunda costela - segunda junção costocostal;
- Cotovelo - epicôndilo lateral do cotovelo;
- Joelho - coxim adiposo medial a linha de articulação.



Pontos de dor na Síndrome da Fibromialgia.
Fonte: Revista do DN

O diagnóstico dessa síndrome é somente clínico, pois não há alterações laboratoriais específicas observáveis. As causas da Fibromialgia são desconhecidas e tem sido relacionada à:

- Eventos estressantes ou traumáticos;
- Lesões repetitivas;
- Certas doenças.

Fibromialgia também pode acontecer por si mesma. Alguns cientistas acreditam que um gene, ou genes, poderiam ter envolvimento sobre a Fibromialgia. Os genes poderiam fazer a pessoa reagir fortemente a coisas que outros poderiam não achar doloroso (Weidebach, 2002).

O tratamento da Fibromialgia tem por objetivo aumentar a analgesia central e periférica, melhorar os distúrbios do sono, minimizar os distúrbios de humor e reduzir os prejuízos ao quadro geral de saúde dos indivíduos afetados (Goldemberg, 2002).

O tratamento divide-se em farmacológico (com medicamentos) e não farmacológico.

O tratamento farmacológico da Fibromialgia que, quando utilizado isoladamente não apresenta bons resultados, tem como base a indução de um sono de melhor qualidade, o que pode ser obtido com o uso de medicações como a ciclobenzaprina ou a amitriptilina em baixas doses. Inibidores da recaptção de serotonina, como a fluoxetina ou a sertralina podem ser associados ao esquema terapêutico com efeito aditivo. Analgésicos e relaxantes musculares como o carisoprodol podem ser úteis no controle dos sintomas; os analgésicos, embora não curativos da Fibromialgia, são muito úteis no seu tratamento. Muito dificilmente um remédio analgésico resolverá totalmente a dor em um paciente com Fibromialgia. Porém, eles podem reduzir a dor a um ponto que permita aos pacientes realizarem suas tarefas de vida diária e, principalmente, que possam realizar atividade física aeróbica programada. Derivados de anticonvulsivantes são indicados nos casos mais exuberantes de Fibromialgia, nos quais espasmos musculares, amortecimento, formigamento e crises agudas de dor estão presentes (Weidebach, 2002).

O tratamento não farmacológico é obrigatório e os pacientes devem ser orientados a realizar exercícios de alongamento ou hidroterapia bem como atividades que melhorem a performance cárdio-respiratória (Goldemberg, 2002).

Na concepção de Goldemberg (2002), o acompanhamento psiquiátrico pode ser útil nos casos em que a depressão, a ansiedade ou o pânico forem proeminentes. Também se pode sugerir a psicoterapia, em casos de ansiedade ou depressão extremas; nestes casos, a terapia que mais tem sido recomendada é a de abordagem comportamental.

Entretanto, a Psicologia possui diferentes abordagens que comportam diferentes vertentes. Entre essas vertentes, destaca-se a Psicoterapia Corporal Reichiana que combina a ação interpretativa e práticas corporais. No desenvolvimento das concepções reichianas, Alexander Lowen constitui os exercícios de Bioenergética para realizar sua intervenção psicoterápica.

III – A Análise Bioenergética como técnica terapêutica.

A Bioenergética é baseada no trabalho de Wilhelm Reich sobre a identidade funcional do caráter da pessoa com sua atitude corporal ou couraça muscular

Essa couraça se refere ao padrão geral das tensões musculares crônicas do corpo; são assim definidas pois servem para proteger o indivíduo contra experiências emocionais dolorosas e ameaçadoras; são como um escudo que o protege contra impulsos perigosos oriundos de sua própria personalidade, assim como das investidas de terceiros. (Lowen, 1975, p.13)

A Bioenergética é uma técnica terapêutica que ajuda o indivíduo a redefinir a relação com o seu corpo e utilizá-lo como elemento que sustenta e efetiva suas relações desejantes. A Bioenergética busca apreender a personalidade humana a partir da conformação dos usos do corpo, pois, segundo Lowen (1975) “os processos energéticos do corpo determinam o que acontece na mente, da mesma forma que determinam o que acontece no corpo”.

Por processos energéticos, entende-se a produção de energia através da respiração e do metabolismo. A descarga da energia ocorre nos movimentos corporais que se orientam para a satisfação pulsional. Esses processos estão relacionados à vitalidade do corpo, pois quanto mais vigorosa a pessoa está, mais energia ela tem, enquanto que a rigidez e tensões crônicas resultantes de conflitos emocionais diminuem a vitalidade da pessoa.

As tensões musculares crônicas causam a redução da percepção corporal, e assim se estabelece um padrão corporal inconsciente. Na concepção de Lowen (1975), todo grupo de músculos com uma tensão crônica representa um conflito emocional que não está resolvido e provavelmente se encontra reprimido.

As práticas Bioenergéticas incluem procedimentos manipulatórios de massagens, pressão controlada e toques suaves e também de exercícios corporais que ajudam a pessoa a entrar em contato com suas tensões e liberá-las. Esses exercícios ajudam a pessoa na delimitação das potencialidades corporais através de:

- Aumento do estado vibratório do corpo;
- *Grounding* das pernas e do corpo;
- Aprofundamento da respiração;
- Agudização da consciência corporal;
- Ampliação das potencialidades expressivas.

Essas práticas poderiam promover uma melhora em quadros álgicos e de tensões musculares, pois:

As referidas práticas levam a pessoa a entrar em contato consigo mesma através do corpo, dando a sensação de estar conectada e integrada totalmente [...] a pessoa começa a sentir como inibe ou bloqueia o fluxo de excitação no seu corpo, como limita sua respiração, restringe seus movimentos e reduz a auto-expressão e vitalidade... (Lowen, 1.975, p.17).

O objetivo das práticas Bioenergéticas é ajudar a pessoa a vivenciar o prazer. O prazer é uma resposta corporal que em quadros álgicos, como na Síndrome da Fibromialgia, torna-se limitado e impede o indivíduo adoecido de investir libidinalmente em objetos e pessoas para produzir vínculos.

Segundo Lowen (1975), todo espasmo muscular crônico é uma limitação da liberdade do movimento e expressão do indivíduo. É, portanto, uma restrição de sua capacidade de prazer. O objetivo da Terapia Bioenergética, assim, é recuperar a mobilidade natural do corpo.

Lowen (1975), postulou que a Terapia Bioenergética deve começar com a respiração, pois ela fornecerá a energia para os movimentos e para permitir que estes fluam mais livremente, podendo assim ser o veículo de expressão dos sentimentos reprimidos. Posteriormente, o conflito específico, envolvendo o grupo muscular tenso, deve se tornar consciente. Para o estabelecimento do contato consciente com o conflito, movimentos expressivos são utilizados. Deste modo, é possível tornar aquilo que não poderia ser simbolizado em linguagem (neste caso, corporal).

Um outro instrumento terapêutico da Bioenergética é a construção do *grounding*. Esta noção pode ser entendida como “enraizamento”, ou seja, a capacidade da pessoa posicionar-se no contato consigo mesma e com o mundo exterior (Weigand, 2006).

Estar *grounded*, num sentido amplo, representa o contato de um indivíduo com as realidades básicas de sua existência; a pessoa estar firmemente plantada na terra, identificada com seu corpo, ciente de sua sexualidade e orientada para o prazer [...] implica em que a pessoa “deixe acontecer” (Lowen, 1985).

O *grounding* é uma prática corporal que envolve a estrutura corporal nos seguintes procedimentos: ficar em pé com os pés paralelos e separados, cerca de 20 cm; joelhos ligeiramente dobrados e a bacia solta. Levar o peso do corpo para frente, sem levantar os calcanhares do chão, de modo que o peso caia no peito do pé. A coluna reta, porém sem enrijecer, a cabeça erguida e alinhada, olhando para frente, na horizontal; ombros, braços e mãos pendentes e relaxados. Mandíbula solta, garganta relaxada, lábios entreabertos. Relaxar o tórax e o abdômen, de forma que a respiração seja plena e profunda (Lowen, 1975).

Em quadros álgicos, como no caso da Síndrome da Fibromialgia, percebemos que o padrão de rigidez muscular crônica está presente em larga escala, pois a dor faz com que o corpo reaja retraindo-se e contendo as tensões provocadas pela dor, o que, por sua vez, contribui para que esta dor seja mais intensa; então, as práticas corporais poderão auxiliar no sentido de desbloquear essas tensões crônicas, possibilitando maior flexibilidade à musculatura do corpo e dando possibilidades deste experimentar o prazer, apesar de sua condição de dor.

IV – Objetivo:

Este trabalho tem o objetivo de avaliar a eficácia das técnicas terapêuticas de Bioenergética no tratamento da Fibromialgia. Esta pesquisa é relevante em razão da necessidade de constituição de modelos terapêuticos para o tratamento da Fibromialgia.

V – Metodologia:

Para a realização deste trabalho, contou-se com a colaboração de um grupo de 4 mulheres, com a faixa etária entre 30 e 70 anos, com o devido consentimento prévio por parte destas. Este grupo de mulheres, todas acometidas pela Síndrome da Fibromialgia, freqüenta a Clínica de Fisioterapia da FAI, participando de práticas terapêuticas com exercícios cardiovasculares em solo e hidroginástica.

Foi utilizado o método de pesquisa longitudinal, que consistiu na aplicação e análise de uma avaliação de Fibromialgia, aplicada pelos profissionais da Fisioterapia antes do início dos atendimentos psicológicos e posteriormente a estes. A primeira avaliação foi realizada no mês de março de 2008 e a segunda avaliação ocorreu em outubro de 2008, no segundo semestre, quando foram interrompidos os atendimentos psicológicos.

Foram dirigidas ao grupo práticas corporais bioenergéticas que consistem em: procedimentos manipulatórios de massagens, pressão controlada e toques suaves e também de exercícios corporais que ajudam a pessoa a entrar em contato com suas tensões e liberá-las, bem como a ampliar suas percepções corporais.

Alguns materiais foram utilizados nessas práticas: toalhas de banho, bambus (de 100 cm aproximadamente), bolinhas de tênis, bolas suíças e bolinhas massageadoras.

Essas práticas foram realizadas em grupo, onde as pessoas, após as vivências, eram convidadas a compartilhar suas impressões e sentimentos com o grupo, que funcionava como um continente.

Descrição dos trabalhos corporais realizados:

Ao longo de todo o processo do grupo, a prática do *grounding* e da percepção da própria respiração foram realizados no início de cada encontro, seguido de alguns minutos dedicados à fala das pessoas que quisessem se manifestar. Feito isso, era proposto um exercício da Bioenergética. Relato, a seguir (não em ordem de execução), todos os trabalhos corporais propostos no grupo no período de março a outubro de 2008.

- **Bolinha de tênis nos pés:** Trabalhar com pés é trabalhar nosso enraizamento, nossa base e contato com a realidade. Para realizá-lo, ficamos em pé, em *grounding* com uma bolinha em um dos pés, que será rolada e pressionada por ele, juntamente com movimentos de inspiração e expiração do ar, concomitante a sons expressivos (dor, relaxamento etc) e em seguida, alterna-se o pé. São destacadas também durante a prática, as percepções sobre os próprios pés. Esta prática auxilia a conscientização sobre o modo como a pessoa está no contato com a realidade, a relaxar e expressar as tensões e possíveis dores e a ampliar o contato com a realidade. Este exercício foi realizado varias vezes ao longo deste trabalho, sendo valorizado pelas participantes por trazer “alívio” e deixá-las mais “presentes”, de acordo com elas.

- **Alongamento com atenção focada nas articulações do corpo:** Este trabalho visa à consciência do próprio corpo e de sua mobilidade. Trabalhar articulações

é trabalhar a flexibilidade do corpo, conseqüentemente, a flexibilidade egóica, tão necessária aos pacientes acometidos pela Fibromialgia. Para isso, ficamos em *grounding* e sempre atentas à respiração; realizamos movimentos de extensão/contração/rotação sequencialmente com pés, joelhos, virilha e quadril, ombros, cotovelos, mãos, dedos e pescoço. Importante ressaltar que, sempre após esta prática as verbalizações das participantes aumentavam e eram mais espontâneas.

- **Caminhar pela sala sentindo: o próprio corpo; os sons internos; o olhar do outro:** Objetiva a agudização da consciência corporal pela própria percepção e pelo olhar do outro, que para algumas participantes era perturbador, pois no momento da verbalização foi dito que “o olhar do outro incomoda, dá medo e vergonha”. Estas percepções foram relacionadas a fatos vivenciados no passado, trazendo emoções à tona, através do choro de uma delas; neste momento apareceu a função continente do grupo, que deu suporte e ficou bem presente.

- **Grounding de pernas e olhos em duplas:** Este trabalho consiste em ficar em *grounding* em pé, respirando e mantendo olhos nos olhos com o outro. Após a vivência, abrimos para verbalização. Houve dificuldade de ficar no contato visual, cansou, o *grounding* incomodou também. Trabalhamos verbalmente essas questões.

- **Trabalho de delimitação de campo e dar limite ao outro:** Realizado após a vivência do *grounding* de pernas e olhos. As participantes sentiram bem o campo energético com as mãos e o contato de olho não incomodou tanto, o que pode ser conseqüência do sentimento de segurança dentro do próprio campo ou da não-invasão do olhar do outro. Dar limite ao outro precisou ser exercitado várias vezes até ser possível fazê-lo com mais firmeza.

- **Grounding invertido:** Esta postura criada por Alexander Lowen, consiste em ficar em pé com pés paralelos, inclinar-se à frente tocando o chão com os dedos das duas mãos; o peso do corpo deve cair nos pés e a cabeça ficar pendurada o máximo possível; respirando pela boca e de olhos abertos. O interessante na execução dessa postura foi que, apesar das dores características da Fibromialgia, elas realizaram-na corretamente e disseram não ter sentido dor; ao levantar bem devagar e “encaixando” as vértebras, sentiram uma leve vibração e relataram uma sensação de bem-estar.

- **Respiração com rolo de toalha e bambu posicionado horizontalmente em três pontos da coluna:** Para realizar este exercício, utiliza-se um bambu com cerca de 100 cm, envolto por uma toalha de banho. É realizado deitado, de costas no chão, com joelhos flexionados, colocando-se o rolo de toalha e bambu horizontalmente em

três pontos da coluna: na altura da lombar, do diafragma e do tórax, sempre mantendo o foco na inspiração e expiração do ar, com possibilidades de expressar sons. Esta prática trouxe às participantes uma ampliação da capacidade respiratória e o alívio de tensões na coluna, concomitantes à sensação de bem-estar.

- **Respiração com bambu posicionado verticalmente no centro das costas:** Esta postura sempre era realizada após o exercício descrito acima e consiste em posicionar o bambu, sem a toalha, verticalmente ao longo da coluna vertebral e respirar; é uma postura que incomodou no início, mas ao respirar e soltar sons, os relatos eram de alívio. Ao retirar o bambu da coluna, as participantes disseram que sentiam a sensação de presença e de coluna “inteira”, integrada.

- **Grounding de parede com bolinha de tênis na coluna:** Neste exercício a pessoa deve estar em *grounding* de pernas e pés, com a coluna apoiada na parede e utilizar uma bolinha de tênis que deverá ser posicionada em vários pontos ao longo da coluna, coordenando com a respiração. As participantes tiveram muita dificuldade com esta prática no início, pois reclamavam de dor nas pernas por não agüentarem a postura por muito tempo; com algumas repetições, em outros encontros, já não sentiram mais tanta dor e inclusive algumas delas sentiram a vibração do corpo aumentar, o que trazia aquecimento e, de acordo com elas, “mais vida”. Duas delas sentiram a vibração se intensificar.

- **Trabalho de expressão torcendo uma toalha:** Este é um exercício forte, mas que foi vivenciado como “aliviante”, pois deixa vir à tona sentimentos fortes reprimidos, como: raiva, ira, cólera, ódio entre outros. Elas foram incentivadas à expressarem com palavras e frases esses sentimentos enquanto torciam a toalha e encaravam-na. Após este trabalho, apareceram sentimentos de culpa pelo próprio sentimento, de indignação frente a conteúdos manifestos e de medo da própria força, que foram trabalhados em seus desdobramentos cotidianos. Foi um encontro muito rico em termos de auto-conhecimento e auto-consciência.

- **Contorno do corpo com bambu/ mãos:** Este exercício foi realizado diversas vezes, ao fim de trabalhos envolvendo carga. Para dar contorno corporal e contenção da energia, visando evitar o vazamento para que saíssem energizadas. Ele é realizado utilizando o bambu para dar batidinhas ao longo do corpo todo/ tocar firmemente com as mãos todo o corpo.

- **Trabalho com bolas suíças:** Utilizamos as bolas suíças para trabalhar equilíbrio, energização e conexão pés-pernas-pelve-tronco-cabeça. Os exercícios são

realizados com pés no chão, sentado na bola, focando atenção na postura e na respiração. As participantes foram incentivadas a pular sentadas na bola, fazer círculos com o quadril sobre a bola, pular de um lado para o outro trabalhando a articulação do quadril, realizando esses movimentos coordenados com a respiração e com a expressão de sons. Após os exercícios, foram convidadas a alongar o corpo todo usando a bola como apoio. Esta sequência de exercícios trouxe algo de lúdico e prazeroso, elas riam durante o trabalho e faziam comentários sobre a sexualidade através de brincadeiras. Durante os comentários sobre a prática, foi nítida a abertura para trazerem assuntos de sexualidade à tona – experiências, frustrações, medos etc. e também a sensação de calor e leveza que o trabalho produziu.

VI – Resultados e discussão:

Avaliações das pacientes:

A avaliação das participantes da pesquisa pelo instrumento denominado FIQ permitiu que se apreendesse algumas limitações relacionadas a validade do instrumento de pesquisa para a realização de caracterizações sobre o quadro geral de saúde dos indivíduos avaliados. Destacam-se a falta de objetividade na apresentação dos critérios avaliativos, a formulação deficitária de algumas questões e estão ausentes aspectos importantes sobre a adaptação do indivíduo adoecido aos fenômenos dolorosos. A seguir, apresenta-se uma descrição pormenorizada dos elementos que constituem este instrumento de avaliação.

A aplicação é feita na presença de um estagiário de Fisioterapia e da paciente; há uma coleta de dados pessoais: nome, idade, sexo e diagnóstico fisioterapêutico. A seguir, há um campo onde deveria constar o histórico da paciente, mas que em apenas duas avaliações aparece preenchido.

Em seguida, há duas figuras de silhuetas humanas: uma da parte anterior do corpo, e a outra da parte posterior, onde a paciente deve assinalar os pontos onde sente dores. Feito isso, ela deverá assinalar, numa escala de 0 a 10, a intensidade de sua dor.

Nesta primeira parte da avaliação, podemos perceber que é necessário que a paciente tenha domínio sobre a territorialização da dor em seu esquema corporal, o que nem sempre acontece, pois, é característica da Fibromialgia a dor expandir-se por uma extensa área osteomuscular. A Fibromialgia apresenta irradiação da dor, fazendo com que, na maioria das vezes, não haja possibilidade de determinar pontos específicos. Ainda, deve-se salientar que a escala visual de dor permite que a resposta dada não

corresponda à realidade, pois o critério avaliativo indica que a extremidade direita da escala representa dor insuportável e a extremidade esquerda representa ausência de dor. Nesta situação, os indivíduos avaliados podem apresentar a seguinte interpretação da escala: a extrema direita representa doença e, portanto, manutenção do afastamento do trabalho; a extrema esquerda representa cura e, por consequência, determina alta do serviço de atenção à saúde e interrupção do benefício previdenciário. Portanto, a escala visual de avaliação da dor permite que o indivíduo avaliado organize ganhos secundários em relação ao adoecimento.

Num segundo momento da avaliação, há o questionário do impacto da Fibromialgia, onde há 10 questões sobre atividades que a paciente consegue realizar, às quais deve optar pelas respostas: “sempre; muitas vezes; ocasionalmente ou nunca”. Dessas respostas, é obtido um escore que será comparado entre a primeira e a segunda avaliação em geral. Apesar do procedimento avaliatório parecer simples, há problemas na contagem da pontuação geral quando o indivíduo não vivencia aquelas condições. Em algumas questões questiona-se a respeito de: “passa aspirador de pó no tapete” (e se a pessoa não possui tal eletrodoméstico?); “trabalha fora” (há pacientes que já não trabalhavam fora antes do diagnóstico da Fibromialgia); “dirige carro” (e se ela não tiver habilitação?). As respostas para essas questões poderão ser “nunca”, porém, não saberemos se a Fibromialgia traria impedimento quanto à realização destas tarefas. Esse questionário possibilita ainda que a verdade seja ocultada, pois houve respostas em que foi assinalado “nunca” para a possibilidade de caminhar vários quarteirões por pacientes que sabemos que atravessam a cidade a pé para comparecerem aos atendimentos. Não há como ter a certeza da fidedignidade das respostas das pacientes, pois para isso seria necessário ter acesso a conteúdos verbais ao longo de certo tempo para que as contradições aparecessem.

Um outro quesito pede para que a paciente assinale a quantidade de dias na semana (de 1 a 7) em que sentiu-se bem. Pode-se observar outra falha, pois “sentir-se bem” nem sempre significa ausência de dor e o fato de não sentir-se bem nem sempre estará relacionado à sensação dolorosa. Trata-se de uma percepção subjetiva que envolve diversos aspectos do cotidiano de uma pessoa que vão além da questão da dor.

Há uma questão sem aproveitamento, pois tenta verificar quantos dias da última semana a pessoa faltou ao trabalho por causa da Fibromialgia. Em nenhuma das avaliações essa questão foi respondida, pois nenhuma das pacientes trabalhava no momento da avaliação.

A parte final da avaliação conta com 7 perguntas cujas respostas devem ser assinaladas em uma reta onde a extremidade esquerda corresponderia a 0 e a extremidade direita corresponderia a 10. Como não há numeração na reta, a quantificação das respostas é feita após a aplicação da avaliação, mediante uma escala baseada em uma régua, onde são contabilizados os centímetros de 0 a 10. Nem todas as questões são bem elaboradas: “você sente tensão, nervosismo ou ansiedade?” a resposta só contempla “nenhuma tensão até muita tensão”; “você se sente deprimido ou triste?” a resposta só contempla “nenhuma depressão até muita depressão”. As questões podem confundir a pessoa e até mesmo serem respondidas sem clareza do que se quer avaliar, pois da forma como estão elaboradas, podem levar a pessoa a fazer associações incorretas, como por exemplo, depressão e tristeza serem a mesma coisa.

Há ainda a possibilidade das pacientes fazerem uso deste instrumento de maneira perversa, pois se não houve melhora, denota-se que faltou empenho ou competência dos estagiários; e ainda, a manutenção do quadro possibilita que se perpetue o ganho secundário da doença.

Embora a avaliação tenha sido entendida pela Fisioterapia como instrumento validado, não foram observadas evoluções significativas, de acordo com a supervisora de estágio em Fisioterapia. De acordo com esta, apenas foi observada evolução em números de dias da semana em que a paciente se sentiu bem.

Contudo, ao observar mais atentamente a avaliação (relevando suas limitações) e tendo dados de realidade fornecidos pelas pacientes em atendimentos psicológicos, puderam ser observadas evoluções aquém das apontadas pelos escores quantitativos.

Comparação entre a primeira e a segunda avaliação de cada paciente:

Participante A

No início deste ano, ela chorava muito ao falar do marido, que encontra-se acamado há 10 anos em razão de um Acidente Vascular Cerebral. Reclamava bastante de dores e da sua situação financeira, porque sobreviviam com o salário de aposentadoria por invalidez de seu marido. Segundo ela, era insuficiente para pagar as despesas da casa e principalmente da farmácia em virtude dos medicamentos que necessitava comprar para si e para seu marido. A Síndrome de Fibromialgia foi diagnosticada em 2003.

Ao longo dos encontros para o desenvolvimento das práticas corporais foi possível perceber algumas características de seu corpo que encontravam correlatos

emocionais. Primeiramente, foi apontado o quão seu corpo é assimétrico e frágil, parecendo que a qualquer momento poderia se fragmentar. Esta fragmentação do esquema corporal foi identificada como elemento que determina a desefetivação da potência orgástica. Para Reich (1995), a potência orgástica possibilitaria a mobilização do corpo para experienciar as situações de sofrimento e constituir ações defensivas contra vivências conflituosas. O prejuízo à função orgástica pode ter contribuído para episódios depressivos intensos, que conforme seu relato, foram tratados com fármacos de utilização psiquiátrica.

Nos primeiros encontros para a prática dos exercícios de Bioenergética, estava nesse processo depressivo: chorava muito, não gozava de sono reparador, não queria sair de casa, sentia intensa tristeza, tinha pensamentos suicidas e relatava ter episódios de dor aguda freqüentes. Relatava que havia momentos em que sentia que poderia perder a lucidez e parecia que iria enlouquecer. Compreende-se que a energia pulsional encontrava limitações para sua circulação e investimento em objetos. Por isso, de acordo com Lowen (1975) era necessário vitalizar este corpo a partir dos movimentos vibratórios produzidos pelo grounding. O contato mais intenso com o corpo propiciaria o fortalecimento dos recursos egóicos para lidar com o cotidiano conflituoso.

Esta pessoa apresenta um tipo de caráter que Lowen (1975) define como Caráter Esquizóide, cuja principal defesa consiste em fragmentação e desintegração. Pessoas com este tipo de caráter têm uma estrutura corporal alongada e assimétrica tanto entre direito/esquerdo quanto frente/costas podendo ter curvatura da espinha - escoliose; seus pés e mãos são muito frios; há a sensação constante de estar “desconjuntado” e a vida geralmente também possui dificuldades de articulação com o cotidiano e muitas vezes está inteiramente devotado a uma visão de mundo espiritual. Usualmente são limitados na interação interpessoal, faltando-lhes habilidades de comunicação e cuidados consigo mesmo.

A. é um típico exemplo deste tipo de proposição de caráter. Estes conhecimentos foram utilizados para estruturar as práticas corporais e em alguns momentos realizou-se apontamentos sobre aquilo que é percebido pelo método caracterológico-analítico (sem expor tipologia de caráter à ela). Reich (2004) afirma que com o método caracterológico-analítico é possível abordar as expressões emocionais que propiciam sofrimento.

Assim, os trabalhos corporais consistiram em exercícios de aprofundamento da respiração, conhecimento da unidade corpo-mente e agudização da consciência corporal.

Num segundo momento, pôde-se contar com a utilização de uma sala com espelho grande onde sucederam-se trabalhos corporais mais intensos, pois houve a concretização da possibilidade de olhar para o corpo e poder vê-lo sob ângulos diversos. Assim, o contato com os pontos de tensão e fragmentação da unidade corporal permite “uma distinção funcional entre as estruturas pulsionais que permitem à economia libidinal funcionar normalmente e aquelas que a subvertem” (Reich, 2004, p.25). A noção de subversão determina limitações à expressão afetiva e determina a esta última indiferenciação. Esta indiferenciação da expressão afetiva determina um estado incômodo onde o indivíduo não consegue definir aquilo que surge como sofrimento.

Essa conscientização passou para o âmbito emocional também porque o grupo já entendia nesse momento a unidade corpo-mente, então puderam aparecer os conteúdos emocionais de algumas pessoas.

A. foi uma das pessoas do grupo que mais se dedicou às práticas. Desde o início do segundo semestre ela vinha apresentando melhoras significativas em diversos aspectos: seu quadro algico melhorou consideravelmente. Segundo seus relatos, as crises de dores agudas foram diminuindo até serem extintas; ela tornou-se mais ativa, inclusive participando de festas familiares onde comparecia com o esposo; os pensamentos suicidas e de desfragmentação já não lhe acometiam mais; tornou-se capaz de conciliar e experienciar um sono reparador. A habilidade de comunicação e expressão foi ampliada, de maneira que já conseguia construir um discurso mais coeso e coerente, pois livrando-se da subversão libidinal, o corpo pôde ser percebido em seus limites e, conseqüentemente, respeitado em suas possibilidades.

Posteriormente, surgiu uma vivência afetiva que barraria o processo caso se efetivasse: queixou-se de que estava chorosa, sentindo saudades do pai já falecido e com desejos de ir ao cemitério onde divagava sobre a possibilidade de morrer ou de perder o esposo. Estava apavorada com essa relação frontal com a morte; com isso a desintegração corporal foi novamente evidenciada. Este retrocesso do processo analítico é percebido por Reich (2004) da seguinte maneira: “É apenas o significado (conteúdo ideacional) do sintoma que se torna consciente. Em termos de dinâmica, o processo de tornar consciente produz um certo alívio por meio da descarga emocional que o acompanha e da eliminação de uma parte do contra-investimento pré-consciente. Mas esses processos, em si mesmos, não mudam grande coisa quanto à fonte de energia do sintoma ou traço de caráter neurótico.” (Reich, 2004, p.27).

Expliquei a ela que cada passo na direção de saúde, de uma auto-expressão mais plena, poderia estar sendo sentido como um risco, pois ao longo de sua vida ela foi sendo impedida de sentir e de viver, pelos padrões rígidos de educação e por toda situação difícil que enfrentava, o que fez com que se desligasse do seu corpo para suportar as vicissitudes da vida. Entretanto, seu corpo expressava a revitalização e agudização da percepção corporal; o prazer estava sendo experienciado pelo corpo, mas apareceu uma organização reativa que figurava como defesa do caráter na forma do medo da morte, pois a vitalidade determinaria reconfigurações no modo como se organiza frente à vida e na relação com quem estiver ao seu redor.

Essa pessoa adquiriu uma consciência de seu próprio corpo que lhe permite compreender e respeitar seus limites - que por tantas vezes foi ultrapassado em situações de desgaste físico que contribuíram para sua condição de barramento da relação de prazer com o corpo - possibilitando que suas escolhas e atividades estejam em consonância com as possibilidades corporais. As práticas Bioenergéticas constituíram uma plasticidade egóica que permitiu a esta pessoa organizar melhor os enfrentamentos cotidianos e utilizar seu corpo para estar no mundo sentindo e percebendo tudo o que o permeia de maneira mais consciente e integrada.

Participante B.

No início do primeiro semestre a participante B. compareceu ao primeiro encontro, onde na apresentação já surgiram conteúdos associados à separação e à traição sofrida, o que a fez emocionar-se bastante e chorar. Depois desse encontro, ela faltou em alguns, retornando algum tempo depois justificando suas ausências pelo sentimento de vergonha pela exposição de seus conteúdos, ao que foi pontuado que ela poderia ter o tempo que quisesse para se afastar e retornar caso achasse necessário, pois o grupo estaria ali para ouvi-la quando ela quisesse e pudesse falar, garantindo o sigilo sobre tudo o que fosse verbalizado por todas nós. Ela assentiu e disse que agora queria sair dessa situação.

Essa participante é uma mulher bonita e atraente, entretanto, não estava se percebendo desta forma, pois não estava sequer se olhando no espelho; incorporou os sentimentos associados à vitimização e passou a atacar todos os homens, não querendo sequer manter contato com eles. Havia um sentimento de revolta pela humilhação, rejeição e abandono. Também surgia a expressão de incompetência para manter um relacionamento e de vergonha pela reação agressiva apresentada contra o ex

companheiro quando soube da traição. Lowen (1983) destaca a importância de mobilizar a agressividade nos indivíduos deprimidos “seu protesto é contra um sistema que nega seu direito de ser ele mesmo e o priva da segurança associada a este direito” (Lowen, 1983, p.42).

Desta forma, fomos abordando o corpo com a construção do *grounding* e o aprofundamento da respiração. Lowen (1983) destaca que o prejuízo à atividade respiratória não se restringe ao modo de estruturação da personalidade; seu prejuízo também ocorre na reação depressiva: “A relação entre a disposição depressiva e a respiração é tão direta e imediata que qualquer técnica que ative a respiração afrouxa a garra do estado depressivo. Isso acontece pelo aumento do nível de energia do corpo e pelo restabelecimento de parte do fluxo de excitação corporal.”(Lowen, 1983, p.68); foi apontado algumas coisas quanto ao sentimento de culpa pelo fim do relacionamento, mas que era necessário perceber o momento de destituição negação da sexualidade como meio de circular no espaço social podendo articular seus afetos com outras pessoas.

Essa participante possui traços de caráter que Lowen (1975) intitulou de rígido. A pessoa rígida geralmente é orgulhosa, tende a ser arrogante e distante; usa a razão e a vontade em detrimento dos sentimentos; pode ser insensível aos sentimentos alheios; costuma ser enérgico e bem-sucedido na carreira, o que é visto como mais importante que relacionamentos pessoais íntimos. Assim, esta estrutura tende a ver as pessoas mais como instrumentos que como indivíduos. Em relação à sexualidade, tem dificuldades para se entregar e não abre mão do controle, podendo inclusive ter padrões obsessivo-compulsivos, que é o caso desta participante, que se define como perfeccionista e relata não abrir mão do controle, gostar de tudo feito a seu modo com muita ordenação, eficiência e exatidão. Destacou-se em seu discurso que essa forma de exigir do outro que tudo saia a seu contento, pode ter colaborado para a ruptura do relacionamento que teve; pontuei também que essa atitude faz com que se perca o contato consigo mesma, pois faz escolhas pelo que deve ser certo e não pelo que gostaria de fazer.

O sentimento mais evidente para quem observa o tipo de caráter rígido é a raiva, que está encoberta na obstinação, teimosia, persistência e rigidez típicas desse caráter

Enrijecer-se, com o objetivo de suportar a frustração é uma "reação de defesa natural do organismo", mas o enrijecimento acaba se transformando numa couraça inflexível "quando se torna caracterológica, isto é, quando fica sendo a única resposta que o indivíduo é capaz". Então também o ego se torna inflexível (Lowen 1958).

O padrão de rigidez corporal pode ser percebido no pescoço e na mandíbula, visto que o caráter rígido traz uma postura corporal baseada na ênfase desses locais do

corpo para manter a cabeça firme, olhar distante e mandíbula controlando as expressões faciais. Por essa postura orgulhosa, muitas vezes é necessário uma crise para que o rígido inicie um processo de auto-exame, que permita a conscientização e posterior modificação dos padrões de rigidez que forem excessivos, para que possa abrir mão do autocontrole e experimente a expansão da consciência corporal.

Conforme essas posturas surgiam nas práticas propostas, pontuava-se suas características para que ela pudesse relacioná-la à sua história de vida para encontrar-se o sentido de sua mobilização corporal, compreendendo que ela funcionou como defesa, mas que pode ser flexibilizada para que não se cronifique, podendo causar outros prejuízos.

Foi preciso vários encontros, práticas e diálogos para esclarecer essa questão, mas com seus padrões de rigidez mais flexibilizados, foi possível realizar algumas coisas que antes ela deixara de fazer: começou frequentar um curso universitário, viajou para participar de um congresso onde conseguiu estabelecer contatos com diversas pessoas (inclusive homens), começou a cogitar a possibilidade de um novo relacionamento, percebendo-se enquanto mulher atraente dotada de um corpo com potência orgástica que pode ser aproveitado em atividades prazerosas. Suas queixas de dor diminuíram consideravelmente.

Participante C:

No início deste ano, C. era uma pessoa que demonstrava sentir muita ansiedade, falava muito, chorava e estava sempre falando da dificuldade que sentia em aceitar a morte do pai, que faleceu há nove anos, e por quem sentia muito apego, o que se explica pelo fato de que, quando ela tinha por volta de nove anos de idade teve um linfoma que tratou em um hospital na cidade de Campinas e que fora seu pai que acompanhou todo este tratamento. Em virtude disso, tornou-se mais próxima ao pai e relata não possuir afinidades com a mãe, que segundo ela, tem mais afinidades com a irmã.

Ela se considerava uma pessoa ansiosa, irritada e sem paciência, principalmente com o filho, com quem briga muito.

Tomava medicamentos psiquiátricos, teve depressão, fazia tratamento psiquiátrico e psicológico em Marília. Atualmente toma medicamentos quando sente dores e um calmante que a ajuda a conciliar melhor o sono.

Relatava que o marido queria atenção e ela diz que eles brigavam muito; que ele é preguiçoso; diz que ele a procura sexualmente, mas que, como sua libido diminuiu

muito, não sente mais tanto desejo; reclamava do marido por falta de paciência e incompreensão para com ela, entretanto, reconhecia que não dava a atenção necessária a ele.

Sentia dores espalhadas pelo corpo e principalmente, nos pés; percebia que suas crises se intensificavam em períodos de estresse e TPM (tensão pré-menstrual).

C. era a participante que mais falava. Era-lhe fácil verbalizar o que queria, mas durante as práticas corporais que eram propostas, percebi que havia muita dificuldade de conexão com o corpo e que ela não se sentia muito bem com as práticas, pois todos os dias em que tínhamos encontros, ela fazia gracejos onde ameaçava “escapar” da prática terapêutica. Nestas situações era apresentada a função de continência do grupo que continuaria coesa mesmo em sua ausência.

Na maioria das vezes acabava ficando, e a necessidade intensa de verbalizar seus afetos se desestabeleciam frente às práticas corporais que faziam com que entrasse em contato com o próprio corpo, principalmente através do *grounding*. Ao final dos encontros, ela saía mais centrada, calma e conseguindo articular melhor seu discurso.

Conforme aconteciam as práticas, foram pontuados os indicativos que apareciam em seu corpo, como os cortes energéticos em alguns dos anéis de couraça propostos por Reich (2004): ocular, oral, cervical e pélvico.

Segundo os postulados de Lowen (1975), esta pessoa possui traços de caráter esquizóide e também de caráter oral. A esquizoidia encontra-se vinculada a história de vida da pessoa, onde possivelmente houve uma mãe (ou substituto da mãe) hostil, rejeitadora e uma experiência muito precoce de não ser desejado. Há nessa pessoa a facilidade em dispersar energia e ficar fora de si quando há uma carga maior, ou literalmente deixar o corpo físico, criando uma “cortina” de confusão ou de hostilidade que não permite aproximações. Já os traços de caráter oral evidenciam padrão de depressões repetidas, falta de energia para manter relação de trabalho ou amorosa, fortes sentimentos de injustiça, justificando o afastamento do trabalho ou do amor; tem dificuldades em manter a circulação da energia. Essas pessoas têm dificuldade em enfrentar qualquer oposição - tende a fugir ou ficar paralisado em lugar de encarar um ataque, o que pude observar através de seus gracejos e ensaios de fugas dos nossos encontros.

A fala em excesso é usada para obter atenção e por causa das necessidades infantis não satisfeitas, que mantiveram a energia fluindo para a boca em lugar de dirigir-se ao aparato corporal e genital, pois há um histórico de mãe não nutridora

Logo depois do direito de existir, emerge a necessidade de nutrição, suporte e toque no bebê humano. Quando essas necessidades são satisfeitas de modo incompleto, estabelece-se um outro conjunto de questões centrais, conduzindo a um ajustamento caracterológico tradicionalmente rotulado “oral”[...] A oralidade se desenvolve quando a criança terá sido essencialmente desejada, a formação do apego começa ou ainda é fraca, mas a nutrição se torna errática, produzindo um abandono emocional repetido, ou quando a criança literalmente perde a principal figura de apego, que nunca é substituída de modo adequado [...] deste modo, a vida do caráter oral irá girar em torno da questão central da necessidade.(Johnson, 1994, cap.VI).

Sendo assim, a pessoa com esses traços de caráter necessita da construção de referências para o contato corporal e ser aquecido (Lowen, 1983). O apoio ao corpo oferecido pelo terapeuta no momento em que este indivíduo se posiciona para experimentar os movimentos vibratórios representam o contato corporal. Já a experiência de ser aquecido, ocorrerá na relação com o próprio corpo quando os movimentos vibratórios organizarem a circulação energética pela territorialidade corporal.

Desta forma, os trabalhos propostos levaram esses aspectos em consideração; os exercícios realizados até meados do ano foram de construção de *grounding*, conscientização e aprofundamento da respiração, conhecimento da unidade corpórea, agudização da consciência corporal e construção de contorno corporal para fortalecimento de limites do Ego.

Após esse período, continuamos nossas práticas em uma sala mais ampla, melhor arejada e com um espelho grande onde era possível intensificar o contato com o corpo, entretanto, ocorreu certo incômodo no início. As práticas propostas tinham a função de promover desbloqueios energéticos nos anéis de couraça ocular, oral, cervical e pélvico, sendo que este último foi difícil para ela, fazendo inclusive com que entrasse em um processo de resistência que a levou a afastar-se do contato com o grupo. Entretanto, esteve presente na nossa confraternização de encerramento dos trabalhos e do ano.

Entretanto, nos nossos últimos encontros, percebia-se que ela estava melhor; as crises de dor aguda haviam diminuído consideravelmente e ela havia construído uma plasticidade egóica que permitiu que buscasse atividades produtivas para suprir suas próprias necessidades, o que no seu caso foi muito benéfico e evidencia que houve uma evolução positiva. A questão da sexualidade permaneceu praticamente inexplorada devido à resistência apresentada.

Participante D:

Além da Síndrome da Fibromialgia, foi diagnosticada artrite, artrose e osteoporose. Apesar desse diagnóstico e da idade avançada, ela aparenta uma boa

condição física, faz exercícios físicos regularmente, realiza movimentos com naturalidade e facilidade. Não era uma participante assídua, comparece aos nossos encontros apenas esporadicamente.

Nos primeiros encontros que participou, ela estava bem sensibilizada em relação às dores; queixava-se bastante e chorava quando falava sobre sua família, pois os filhos moram em outras cidades e o marido estava adoentado. Porém, ao longo do ano ela foi se fortalecendo, chorava e reclamava com menos frequência e sua dependência em relação ao atendimento da Fisioterapia e de Psicologia diminuiu bastante.

D apresentava um padrão de caráter rígido; relata obsessão por organização e limpeza de ambientes, tentava a todo o momento controlar as situações e quando não conseguia sentia-se impotente.

Em seu histórico destaca-se a noção de que sempre exerceu a função de cuidadora; sempre organizou cuidados em saúde, tanto no trabalho quanto em família, o que pode guardar relações com os padrões obsessivos de comportamento. Esses padrões quando se repetem ao longo do tempo podem trazer um grande desgaste físico ao corpo, podendo causar doenças decorrentes do uso abusivo do corpo. Sua utilização está articulada a utilização de subversão. Dejours (1997, p.13) destaca a noção de subversão como “uma ordem psíquica por meio da qual ele [o sujeito] tenta se livrar da ordem fisiológica”. Nesta concepção, Dejours (1997, p.99) salienta que “a subversão libidinal conduz, em última instância, a modificações anatômicas”. O psíquico consegue, por intermédio do apoio, cristalizar-se, organizar-se e se anatomizar. Assim, as limitações corporais compreendidas pelas dores corporais poderiam ser a anatomização da subversão libidinal.

Apareceram também conteúdos que traziam a questão da decadência da potência orgástica em função da idade avançada; foi posicionado para ela o quanto seu corpo mostrava vitalidade, apesar de sua idade e que havia formas diversas de utilizar seu corpo para obtenção de prazer que iam além de relações sexuais, que parecia ser uma preocupação, pois ela acreditava no ato sexual como única possibilidade de gozo; busquei destacar que o prazer deve fazer parte de nosso corpo, que ele é uma possibilidade que não se restringe ao ato sexual.

Nosso contato diminuiu ainda mais nos últimos encontros, mas percebe-se que ela conseguiu ampliar sua percepção corporal e com isso pôde respeitar melhor os limites corporais, contribuindo para o não agravamento de seu quadro algico.

VII – Considerações finais:

Os resultados obtidos através desta pesquisa indicaram que não houve melhoras nos quadros dolorosos, de acordo com a avaliação produzida a partir do instrumento denominado FIQ - Questionário de qualidade de vida para portadores de Fibromialgia.

Entretanto, faz-se necessário destacar que, embora esse instrumento tenha sido entendido pela Fisioterapia como validado, pôde-se observar algumas limitações relacionadas à validade desse instrumento para pesquisas que objetivem fazer caracterizações sobre o quadro geral de saúde dos indivíduos avaliados, pois a escala visual de avaliação da dor permite que o indivíduo avaliado organize ganhos secundários em relação ao adoecimento.

Contudo, ao observar mais atentamente a avaliação (relevando suas limitações) e tendo dados de realidade fornecidos pelas pacientes em atendimentos psicológicos, puderam ser observadas evoluções aquém das apontadas pelos escores quantitativos.

Durante o período de desenvolvimento da pesquisa, foi possível perceber que limitações motoras relatadas pelas participantes da pesquisa não ocorriam durante a execução das práticas em Bioenergética e seus relatos também indicavam a redução das limitações nos afazeres cotidianos. Deste modo, é possível concluir que a simulação de respostas na avaliação da síndrome dolorosa encobria alguma temerosidade em relação à participação nas atividades cotidianas sem a perspectiva de interdição ocasionada pelo adoecimento. Ainda, é pertinente destacar que a observação da crescente plasticidade motora ao longo do período que desenvolveram as práticas Bioenergéticas sugere a eficácia das práticas corporais de Bioenergética no manejo da Fibromialgia.

É importante considerar também a necessidade de, em estudos posteriores, rever o uso do instrumento de avaliação FIQ - Questionário de qualidade de vida para portadores de Fibromialgia, que poderia ser substituído, visando à fidedignidade dos resultados. Um instrumento de avaliação extremamente minucioso e que aborda os diversos aspectos da dor é conhecido como Questionário McGill (em anexo), que analisa a intensidade da dor e seus componentes sensorial e afetivo; avalia os tipos de dor especificamente e os impactos psicológicos impostos por ela.

Ressalto também o fato de que sempre acreditei que poderia ajudar as pessoas que participaram desta pesquisa a ampliarem a mobilidade corporal, que refletiria na

vitalidade e melhora na qualidade de vida de cada uma delas, pois concordo plenamente com Lowen, quando escreve

Todo espasmo muscular crônico é uma limitação da liberdade de movimento e expressão do indivíduo. É, portanto, uma restrição à sua capacidade de sentir prazer. O objetivo da terapia bioenergética, assim, é recuperar a mobilidade natural do corpo [...] a mobilidade de uma pessoa se reflete na vitalidade. (Lowen, 1970, pag 42).

VIII – Bibliografia:

CHAITOW, Leon. **Síndrome da Fibromialgia: um guia para o tratamento**. Barueri: Manole, 2002.

DEJOURS, Christophe. **Repressão e subversão em Psicossomática: pesquisas psicanalíticas sobre o corpo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

GOLDEMBERG, Evelin Diana. **Fibromialgia**. Vol.48 no.4. São Paulo: Rev. Assoc. Med. Bras. Oct./Dec. 2002.

JOHNSON, Stephen M. **Character Styles**; cap. VI. New York: Norton, 1994.

LOWEN, Alexander. **Bioenergética**. 11ª ed. São Paulo: Summus, 1982

LOWEN, Alexander. **Exercícios de Bioenergética**. 8ª ed. São Paulo: Ágora, 1985.

LOWEN, Alexander. **O corpo em depressão: as bases biológicas da fé e da realidade**. São Paulo: Summus, 1.983.

LOWEN, Alexander. **Prazer**. 1ª ed. São Paulo: Círculo do livro, 1970.

REICH, Wilhelm. **Análise do caráter**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

REICH, Wilhelm. **A função do orgasmo**. São Paulo: Brasiliense, 1995.

WEIGAND, Odila. **Grounding e autonomia**. 1ª ed. São Paulo: Person, 2006.

WEIDEBACH, Wagner Felipe de Souza. **Fibromialgia: evidências de um substrato neurofisiológico**. vol.48 no.4. São Paulo: Rev. Assoc. Med. Bras. Oct./Dec. 2002.

Anexos

AVALIAÇÃO GRUPO DE FIBROMIALGIA

DADOS PESSOAIS:

Nome: _____ Idade: _____

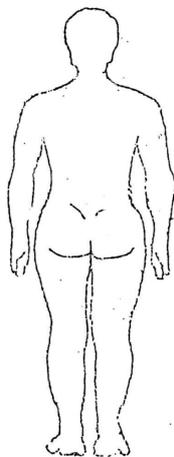
Sexo: () F () M

Diagnóstico Fisioterapêutico: _____

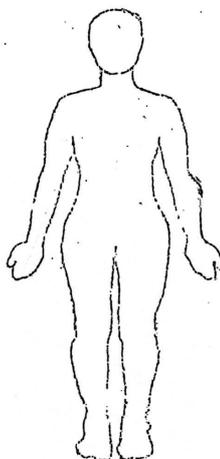
Histórico

(HMP/HMA)

Assinale nos desenhos abaixo com um X os pontos nos quais você sente dores e gradue na escala a intensidade da sua dor, sendo que a extremidade direita representa dor insuportável e a extremidade esquerda representa ausência de dor.

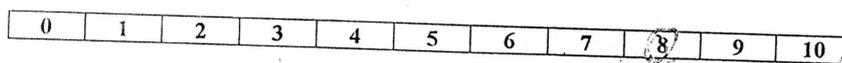


(costas)



(frente)

Escala visual de dor:



Questionário De Dor McGill: Proposta De Adaptação Para A Língua Portuguesa

REV. BRAS. ANESTESIOLOGIA. 1997; 47: 2: 177-186 ARTIGO DIVERSO
Cibele Andruccioli de Mattos Pimenta, Manoel Jacobsen Teixeira.

TABELA II
Proposta de adaptação do Questionário de dor de MCGILL para a Língua Portuguesa. São Paulo, 1995.

“Algumas palavras que eu vou ler descrevem a sua dor atual. Diga-me quais palavras melhor descrevem a sua dor. Não escolha aquelas que não se aplicam. Escolha somente uma palavra de cada grupo. A mais adequada para a descrição de sua dor”.

1	5	9	13	17
1-vibração	1-beliscão	1-mal	1-amedrontadora	1-espalha
2-tremor	2-aperto	localizada	2-apavorante	2-irradia
3-pulsante	3-mordida	2-dolorida	3-aterroizante	3-penetra
4-latejante	4-cólica	3-machucada		4-atraversa
5-como batida	5-esmagamento	4-doida		
6-como pancada		5-pesada		
2	6	10	14	18
1-pontada	1-fisgada	1-sensível	1-castigante	1-aperta
2-choque	2-puxão	2-esticada	2-atormenta	2-adormece
3-tiro	3-em torção	3-esfolante	3-cruel	3-repuxa
		4-rachando	4-maldita	4-espreme
			5-mortal	5-rasga
3	7	11	15	19
1-agulhada	1-calor	1-cansativa	1-miserável	1-fria
2-perfurante	2-queimação	2-exaustiva	2-enlouquecedora	2-gelada
3-facada	3-fervente			3-congelante
4-punhalada	4-em brasa			
5-em lança				
4	8	12	16	20
1-fina	1-formigamento	1-enjoada	1-chata	1-aborrecida
2-cortante	2-coceira	2-sufocante	2-que incomoda	2-dá náusea
3-estrapalha	3-ardor		3-desgastante	3-agonizante
	4-ferroada		4-forte	4-pavorosa
			5-insuportável	5-torturante

Número de Descritores	Índice de Dor
Sensorial.....	Sensorial.....
Afetivo.....	Afetivo
Avaliativo.....	Avaliativo
Miscelânea.....	Miscelânea
Total.....	Total

Os sub-grupos de 1 a 10 representam respostas sensitivas à experiência dolorosa (tração, calor, torção, entre outros); os descritores dos sub-grupos de 11 a 15 são respostas de carácter afetivo (medo, punição, respostas neurovegetativas etc.); o sub-grupo 16 é avaliativo (avaliação da experiência global) e os de 17 a 20 são miscelânea

O grupo sensorial-discriminativo (subgrupos de 1 a 10) refere-se às propriedades mecânicas, térmicas, de vividez e espaciais da dor; o grupo afetivo-motivacional (subgrupos de 11 a 15) descreve a dimensão afetiva nos aspectos de tensão, medo e respostas neurovegetativas; os descritores do componente cognitivo-avaliativo (subgrupo 16) permitem, ao doente, expressar a avaliação global da experiência dolorosa. Os subgrupos de 17 a 20 compreendem itens de miscelânea. Cada subgrupo é composto por dois a seis descritores qualitativamente similares, mas com nuances que os tornam diferentes em termos de magnitude. Assim, para cada descritor corresponde um número que indica sua intensidade.

A partir do questionário de McGill pode-se chegar às seguintes medidas: número de descritores escolhidos e índice de dor. O número de descritores escolhidos corresponde às palavras que a pessoa escolhe para explicar a dor. O maior valor possível é 20, pois só pode escolher, no máximo, uma palavra por subgrupo. O índice de dor é obtido através da somatória dos valores de intensidade dos descritores escolhidos. O valor máximo possível é 78. Estes índices podem ser obtidos no total e para cada um dos quatro componentes do questionário: padrão sensitivo, afetivo, avaliativo e subgrupo de miscelânea.

