

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SÃO PAULO
PUC-SP**

AGHATA PANDOLFI

**Análise Bioenergética:
um recurso psicoterapêutico no processo de luto**

DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

São Paulo
2018

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

AGHATA PANDOLFI

**Análise Bioenergética:
um recurso psicoterapêutico no processo de luto**

DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Tese apresentada a Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de DOUTORA em Psicologia Clínica sob a orientação da Profa. Dra. Maria Helena Pereira Franco.

São Paulo
2018

BANCA EXAMINADORA

As pessoas enlutadas em especial, àquelas que compartilharam suas dolorosas experiências, fonte inspiradora desta pesquisa. Tenho por vocês uma imensa gratidão.

Aos meus grandes amores que já partiram:

*Meu **filho Breno** e a minha **filha Gabriela**, fonte incessante de muito amor. Vocês continuam presentes em todos os momentos da minha vida. **Sinto viva a ausência de vocês!***

*Meu pai, homem de muita fé, com quem aprendi, na simplicidade do existir, a autenticidade de ser.
Minha mãe, pela fonte contínua de força e coragem.
Vocês me ensinaram de forma positiva a me adaptar às adversidades sem perder a esperança e o encantamento pela vida.*

Meu irmão amado Rafael e minha Irmã amada Ana pela oportunidade que me deram de conhecer o amor fraterno.

Paulinho, pai dos meus filhos, que, na sua jornada em busca de si mesmo, compartilhou comigo a riqueza de seu coração, por um breve tempo.

Meu sogro querido, cujo cuidado com as pessoas e com a natureza refletiam o amor pela vida.

AGRADECIMENTO CNPq

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, pela concessão da bolsa de doutorado, nos últimos anos, possibilitando a realização desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS, que tanto me ajuda encontrar esperança em meio à dor.

Agradeço a minha orientadora querida, por quem tenho grande admiração e afeto. Suas provocações inteligentes, incentivo, e envolvimento no tema me permitiu desenvolver esta tese.

Agradeço à professora doutora Denise, pelo acolhimento desde o começo da minha trajetória e por suas importantes contribuições oferecidas no exame de qualificação. Gratidão, carinho e admiração.

Agradeço à professora doutora Rosa, exemplo de profissionalismo, pelos ensinamentos, acolhimento, apoio e generosidade.

Agradeço as professoras doutoras Maria Angélica Ferreira Dias e Vera Lúcia Rodrigues Alves, por terem aceitado o convite de participarem da banca examinadora de defesa desta tese.

Meu agradecimento especial à professora doutora Mathilde Neder, pelo acolhimento e incentivo, desde a especialização em Psicologia Hospitalar, a realizar o mestrado e doutorado. Exemplo de uma grande profissional, pela sua vitalidade, generosidade, seriedade, competência, disponibilidade, compreensão, agradável convivência e ensinamentos que serão levados por toda minha vida.

Aos professores do Núcleo de Família e Comunidade, Psicossomática e Psicologia Hospitalar, que acreditaram na minha pesquisa e me apoiaram ao longo de todos esses anos.

A professora doutora Terezinha Calil Padis Campos, que, de uma forma ou de outra, me impulsionou nesta trajetória, compartilhando com generosidade sua sabedoria.

Aos colegas do curso de especialização Psicologia Hospitalar, mestrado e doutorado, que entraram na minha vida, inspiraram-me, comoveram e me iluminaram com suas presenças, experiências, incentivos e apoio.

A minha querida professora da graduação Maria Dolores Pinheiros de Souza, que me encantava com as aulas sobre Psicologia Corporal.

Ao Instituto de Análise Bioenergética de São Paulo – IABSP. Aos queridos professores: Liane Zink, Odila Weigand, Ercilia Rielli, Zoca Freire, Luiza Revoredo, Leila Cardenuto,

Rebeca Berger, Ana Silvia Limeirinha, Elaine Gloeden, Sonia, Marina Pedroso, Karin Giambiagi e aos inesquecíveis colegas de turma, meu muito obrigada!

A minha família, meu porto seguro, meu *grounding* básico, por confiarem na minha capacidade e por apoiarem e incentivarem as minhas decisões e escolhas.

A professora doutora Yara Pisanelli Gustavo de Castro, que realizou a análise estatística desta pesquisa. Tarefa fundamental para a compreensão dos resultados finais.

A todos aqueles que, nomeados ou não, estiveram presentes neste meu processo dual, possibilitando transformações significativas em minha vida.

*“O que a memória ama, fica eterno.
Te amo com a memória, imperecível!”*

Adélia Prado

“Quando toca alguém nunca toque só um corpo. Quer dizer, não esqueça que toca uma pessoa e que neste corpo está toda a memória de sua existência. E, mais profundamente ainda, quando toca um corpo, lembre-se de que toca um Sopro, que este Sopro é o sopro de uma pessoa com seus entraves e dificuldades e, também, é o grande Sopro do universo. Assim, quando toca um corpo, lembre-se de que toca um Templo.”

Jean-Yves Leloup

PANDOLFI, Aghata. **Análise Bioenergética: um recurso psicoterapêutico no processo de luto.** São Paulo, 2018. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP, São Paulo.

RESUMO

A Terapia Corporal Bioenergética, criada por Lowen e Pierrakos, tem sido utilizada desde os anos 1950 com o intuito de ajudar as pessoas a expressarem dor, experiência traumática, conflitos emocionais e prazer. Defende a ideia de que o ser humano é seu corpo como também seus pensamentos, emoções, sensações e ações. A presente pesquisa é um estudo de métodos mistos, fazendo uso de uma abordagem de investigação que associa as formas quantitativa e qualitativa, com estudos de casos múltiplos, à luz da Teoria do Apego de Bowlby e da Análise Bioenergética que descende das descobertas e teorias de Wilhelm Reich e da Psicanálise de Freud. O objetivo desta pesquisa, portanto, consiste em investigar os efeitos da ação psicoterapêutica obtidas por meio da Análise Bioenergética com pessoas enlutadas; analisar os resultados da ação psicoterapêutica, considerando os fatores de proteção e os fatores de risco presentes no processo de luto. Os participantes foram oito pessoas adultas enlutadas com idades variadas que tinham perdido entes queridos por causas diversas. Foram divididos em dois grupos: Grupo Experimental – GE, que recebeu 14 sessões de psicoterapia durante seis meses e o Grupo Controle – GC, que ficou em lista de espera durante seis meses. Os instrumentos de investigação utilizados foram: entrevista clínica (antes e após das intervenções), instrumento de mensuração Hogan Grief Reaction Checklist – HGRC (antes e após das intervenções), exercícios e vivências corporais. Foram realizados estudos de caso, articulando o observado no trabalho corporal aos resultados obtidos no HGRC e na entrevista. Os resultados do instrumento de mensuração Hogan Grief Reaction Checklist – HGRC apresentaram melhoras estatisticamente significativas no GE nas seis subescalas: desespero, pânico, crescimento pessoal, culpa e raiva, desapego e desorganização. O GC apresentou melhoras apenas no crescimento pessoal. Os resultados indicam que os efeitos da ação psicoterapêutica obtidos por meio da Análise Bioenergética favoreceram os participantes desta pesquisa no seu processo de luto.

Palavras-chave: Luto; Psicoterapia; Análise Bioenergética.

PANDOLFI, Aghata. **Bioenergetic Analysis: a psychotherapeutic resource in the bereavement process.** São Paulo, 2018. Thesis (Ph.D. in Clinical Psychology) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP, São Paulo.

ABSTRACT

Bioenergetic Body Therapy, created by Lowen and Pierrakos, has been used since the 1950s to help people express pain, traumatic experience, emotional conflict and pleasure. It defends the idea that the human being is not only their body but also their thoughts, emotions, sensations and actions. This research is a study of mixed methods, making use of a research approach that associates the quantitative and qualitative forms with multiple case studies, in the light of Bowlby's Attachment Theory and Bioenergetic Analysis that descends from the discoveries and theories of Wilhelm Reich and Freud's Psychoanalysis. The objective of this research, therefore, is to investigate the effects of the psychotherapeutic action obtained by means of the Bioenergetic Analysis with bereaved people; to analyze the results of the psychotherapeutic action, considering the factors of protection and the factors of risk present in the grieving process. The participants were eight adults of varying ages who were in bereavement for having lost their beloved ones due to various causes. The participants were divided into two groups: Experimental Group – EG, which took part of 14 sessions of psychotherapy for six months, and the Control Group – CG, which remained on the waitlist for six months. The research instruments employed were: clinical interview (before and after the interventions), the Hogan Grief Reaction Checklist measuring instrument – HGRC (before and after the interventions), exercises and body experiences. Case studies were carried out, articulating the data observed during the body work to the results obtained through the HGRC and the interviews. The results of the Hogan Grief Reaction Checklist measuring instrument – HGRC showed statistically significant improvements in the EG in the six subscales: despair, panic, personal growth, guilt and anger, detachment and disorganization. The CG showed improvements only in personal growth. The results indicate that the effects of the psychotherapeutic action obtained through Bioenergetic Analysis favored the participants of this research in their grieving process.

Keywords: Loss; Grief; Psychotherapy; Bioenergetic Analysis.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Caps –	Centro de Atenção Psicossocial
GC –	Grupo de Controle
GE –	Grupo Experimental
HGRC –	Hogan Grief Reaction Checklist
IABSP –	Instituto Análise Bioenergética de São Paulo
LELu –	Laboratório de Estudos e Intervenções sobre o Luto
MOI –	Modelo Operativo Interno
TCLE –	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Características dos participantes do GE	61
Quadro 2: Características dos participantes do GC	61

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1:	Resultado (médias) das dimensões do instrumento de mensuração – HGRC do Mark antes e depois da psicoterapia79
Gráfico 2:	Resultado (médias) das dimensões do instrumento de mensuração – HGRC da Mel antes e depois da psicoterapia89
Gráfico 3:	Resultado (médias) das dimensões do instrumento de mensuração – HGRC da Yaci depois da psicoterapia.....97
Gráfico 4:	Resultado (médias) das dimensões do instrumento de mensuração – HGRC da Vitória antes e depois da Psicoterapia 105
Gráfico 5:	Resultado (médias) das dimensões do instrumento de mensuração – HGRC da Bela 1ª e 2ª aplicação em um intervalo de seis meses.. 106
Gráfico 6:	Resultado (médias) das dimensões do instrumento de mensuração – HGRC da Graça 1ª e 2ª aplicação em um intervalo de seis meses 107
Gráfico 7:	Resultado (médias) das dimensões do instrumento de mensuração – HGRC da Lua 1ª e 2ª aplicação em um intervalo de seis meses... 108
Gráfico 8:	Resultado (médias) das dimensões do instrumento de mensuração – HGRC da Jana 1ª e 2ª aplicação em um intervalo de seis meses.. 109
Gráfico 9:	Resultados (médias) do HGRC dos participantes dos grupos: GC e GE..... 112

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:** Resultado (média) das dimensões do instrumento de mensuração HGRC dos participantes do GE, antes e após a psicoterapia bioenergética..... 110
- Tabela 2:** Resultado (média) das dimensões do instrumento de mensuração HGRC dos participantes do GC aplicado duas vezes com intervalo de seis meses 111

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
Justificativa	19
Objetivos	23
Objetivo geral	23
Objetivo específico	23
CAPÍTULO I – A TEORIA DO APEGO E A COMPREENSÃO DO PROCESSO DE LUTO	24
1.1. Modelo operativo interno e a construção de significados	27
CAPÍTULO II – O LUTO E SUAS EXPRESSÕES	31
2.1. Processo de luto	31
2.2. Luto e luto complicado	34
CAPÍTULO III – RECURSOS TERAPÊUTICOS NO PROCESSO DE LUTO	39
3.1. Contribuições dos recursos terapêuticos no processo de luto	39
CAPÍTULO IV – ANÁLISE BIOENERGÉTICA	45
4.1. Relato histórico do surgimento da Análise Bioenergética	45
4.2. A Análise Bioenergética como um recurso terapêutico	49
4.2.1. <i>Grounding</i> /enraizamento	51
4.2.2. Respiração	52
4.2.3. Respiração e energia.....	54
4.3. A Análise Bioenergética diante do processo do luto	55
CAPÍTULO V – MÉTODO	59
5.1. Participantes	60
5.1.1 Critérios de inclusão	62
5.1.2. Critérios de exclusão	62
5.2. Local da pesquisa	62
5.3. Instrumentos	62
5.3.1. Hogan Grief Reaction Checklist – HGRC	62
5.3.2. Entrevista clínica inicial.....	63
5.3.3. Trabalhos corporais e técnicas em Análise Bioenergética	64
5.3.4. Entrevista clínica final	64
5.4. Procedimento para realização da pesquisa	64

5.4.1. Grupo experimental (GE).....	64
5.4.2. Grupo controle (GC).....	65
5.5. Procedimentos utilizados na análise do observado com cada participante	66
5.5.1. Grupo experimental (GE).....	66
5.5.2. Grupo controle (GC).....	68
5.6. Cuidados éticos.....	69
CAPÍTULO VI – RESULTADOS	70
6.1. Apresentação dos casos clínicos do grupo experimental – GE e análise dos dados.....	71
6.1.1. Caso Mark	71
6.1.2. Caso Mel	79
6.1.3. Caso Yaci	89
6.1.4. Caso Vitória	97
6.2. Apresentação dos casos do grupo de controle – GO e análise dos dados.....	106
6.2.1. Caso Bela	106
6.2.2. Caso Graça	106
6.2.3. Caso Lua	107
6.2.4. Caso Jana	108
6.2. Resultados estatísticos	109
6.2.1. Participantes do grupo experimental – GE	110
6.2.2. Participantes do Grupo controle – GC	111
CAPÍTULO VII – DISCUSSÃO	114
CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
REFERÊNCIAS.....	121

INTRODUÇÃO

A morte e a vida fazem parte do processo do desenvolvimento humano, sendo a morte reconhecida como natural, universal e inevitável, do ponto de vista biológico. Contudo, o ato de morrer contém uma dimensão simbólica que varia entre as culturas de cada civilização. O luto, pelas pessoas amadas, é vivido de maneira e com intensidade diferentes, dependendo do que foi investido na relação de afeto com quem partiu. As dinâmicas do amor se refletem nas do luto, e estas, por sua vez, funcionam de diferentes formas nas experiências de perda.

O luto coloca-se entre as emoções mais intensas que o ser humano pode viver, quando se perde entes queridos. Para as pessoas que ficam, de uma hora para outra, o mundo se transforma completamente, os dias se tornam sombrios e vazios. Legitimamente é um processo doloroso, porém normal, saudável e necessário para a cicatrização e elaboração das feridas provocadas a partir da morte do ser amado. Consiste em um trabalho subjetivo de estabelecer um novo equilíbrio das referências e representações de espaço, tempo e identidade. Tarefa árdua que o enlutado tem que realizar para ir se adaptando gradualmente com a nova realidade.

O luto é uma reação natural e esperada ao rompimento de um vínculo afetivo. É um processo de elaboração de uma perda significativa, por tempo indeterminado, e que não ocorre apenas em casos de morte, mas também em outras situações de perdas como: um divórcio, a perda do emprego, a mudança da cidade, a saúde comprometida. Vivenciar o luto é uma experiência única a cada indivíduo e, assim, cada um tem a sua própria representação (de morte e de vida). É um processo que exige um trabalho psíquico de elaboração por meio do qual a pessoa reorganiza sua vida, sendo um percurso gradual de ressignificações de relações, atividades e papéis.

Assim como a morte, o luto tem sofrido um processo de interdição, principalmente na sociedade capitalista ocidental, sendo valorizadas cada vez mais as atitudes discretas, silenciadas. Esses valores acabam por abafar a expressão do luto e muitas pessoas passam a apresentar um comportamento socialmente aceitável, contrariando suas necessidades psicológicas, ficando esmagado entre o peso do sofrimento e o interdito da sociedade. Tal posição contribui para que ocorra um despreparo da nossa sociedade para lidar com a finitude humana.

As situações mais dolorosas referem-se à perda de uma pessoa com a qual se mantém vínculos afetivos. As perdas mais significativas ocorrem no contexto da unidade familiar, o que ressalta a importância de considerar o impacto da morte no sistema familiar inteiro, uma vez que a família é uma unidade interacional em que todos os membros influenciam um ao outro.

Os seres humanos evidenciam uma tendência natural para estabelecer vínculos afetivos. Segundo Bowlby (1969/2002), o apego tem sua origem em um conjunto de comportamentos do bebê que, além de buscar proximidade com a mãe ou cuidador, procura também explorar o ambiente em que se encontra. O que Bowlby denominou de Teoria de Apego é um modo de conceituar a tendência dos seres humanos em estabelecer fortes vínculos afetivos com alguns dos seus pares, bem como de explicar as múltiplas maneiras de manifestação e conflito emocional, incluindo ansiedade, raiva, depressão e desligamento emocional que a separação e a perda dão origem.

Os bebês experimentam forte ansiedade de separação, expressa em choro, alvoroço e gritos, no momento em que se sentem afastados dos cuidadores. A compreensão dos fenômenos desse protótipo é imprescindível para o entendimento do impacto da perda e dos comportamentos que se verifica estarem a ela associados.

Franco (2010) ressalva que a reação ao luto inclui muito mais que apenas o pesar pela perda da pessoa amada. O luto, na maioria das vezes, nos coloca diante de situações de ameaça à segurança, mudanças importantes na vida e na família, uma vez que, as reações de uma família merecem ser avaliadas à parte das reações dos membros individualmente.

Por isso, estudar o luto requer uma visão ampla que não seja restrita ao psiquismo, mas que também leve em conta a necessidade de considerá-lo uma experiência humana com raízes em diversas áreas do conhecimento além da psiquiatria, psicanálise, psicologia como sociologia, antropologia e etologia.

A ideia de vincular Análise Bioenergética à psicologia do luto tornou-se viável pela possibilidade de trabalhar os processos energéticos no corpo, entendendo que a vida e a morte coexistem no espaço do corpo desde o nascimento.

Justificativa

O interesse da autora pelo tema iniciou-se muito antes da sua graduação em Psicologia. Vivenciara a experiência do luto na pré-adolescência, presente em toda sua trajetória pessoal e profissional. Por meio da especialização em Psicologia Hospitalar e do mestrado em Psicologia Clínica, ambos concluídos na PUC-SP, o contato com o tema estreitou-se.

Por experiência pessoal de perdas múltiplas, na condição de irmã que perdeu uma irmã e um irmão, de filha que perdeu os pais, de nora que perdeu o sogro, de esposa que perdeu o marido e de mãe que vivencia a perda de um filho e uma filha, a autora vem se dedicando ao estudo, ao conhecimento e à compreensão do morrer, da morte, do luto, do sofrimento, do medo, buscando uma explicação significativa do sentindo da perda e dos elementos socioculturais que ela traz e buscando também, de uma forma mais contemplada, o sentido do viver.

O motivo que levou a autora a estudar a terapia corporal bioenergética como um recurso no processo de luto está interligado a sua história pessoal e a construção teórica de Alexander Lowen (autor da Análise Bioenergética). Na graduação, seu interesse pela abordagem corporal foi relevante. Concomitantemente com o desenvolvimento das disciplinas na especialização em Psicologia Hospitalar e na pós-graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP, teve a oportunidade de realizar esse desejo, fazendo a formação em Análise Bioenergética no Instituto de Análise Bioenergética de São Paulo – IABSP.

Dando continuidade aos estudos no doutorado, desenvolveu um projeto que inclui a escuta do sofrimento dos enlutados com intervenções realizadas diretamente no corpo, uma vez que as práticas corporais podem ser utilizadas pelo indivíduo, pela família, pelos grupos de apoio, pela comunidade local. Seu fundamento, portanto, foi a Análise Bioenergética.

Um dos mais importantes legados de Lowen (1975/1982) é o conceito de *grounding* que expressa a relação do indivíduo com a realidade básica de sua existência. *Grounding* é um processo energético em que um fluxo de excitação percorre o corpo, da cabeça aos pés. Estar *grounding* é estar em contato com o chão, enraizar-se, estar sobre os próprios pés e pernas, o que implica se sentir mais seguro, mais centrado, podendo suportar uma maior carga energética e os mais diversos sentimentos, é poder sentir toda a intensidade da vida.

Aos 28 anos, Lowen sentiu-se vazio e deprimido quando percebeu que seu sentimento de depressão estava relacionado com a falta de excitação e alegria no seu corpo. Sentiu-se sem *grounding*. Começou, então, a exercitar-se por 30 min diariamente. Os exercícios afastaram a depressão e despertaram nele o desejo de realizar um trabalho ligado à saúde física e mental que incluísse a compreensão e o uso do corpo.

Uma pessoa, ao proporcionar um maior contato com o seu corpo por meio da respiração e de exercícios expressivos, cria condições para a percepção de bloqueios emocionais, possibilitando uma reorganização de conteúdo internos e o aumento da vitalidade. Quanto mais vivo for seu corpo, mais vibrante a pessoa estará no mundo (LOWEN, 1977/1985 e 1995/1997).

As práticas corporais buscam, portanto, promover o desenvolvimento de recursos que levam o indivíduo a lidar com a dor, resgatando a integridade física, emocional e mental, habilitando-o a se reintegrar no seu cotidiano comunitário. Identifica o corpo como o lugar em que o sofrimento acontece, ou seja, se expressa e carrega em si mesmo o potencial de transformação. Quando se fala em corpo na bioenergética, fala-se em respiração, em movimento, em sentimento, em autoexpressão, em sexualidade (LOWEN, 1975/1982).

A autora vivenciava o luto pela perda da família (marido, um filho e uma filha) e, durante o processo de intensa dor, sentia-se aliviada quando praticava os exercícios da bioenergética. Durante seu processo de luto, percebeu que a terapia corporal bioenergética foi um recurso eficiente, dinâmico que muito contribuiu para que os significados dessa vivência fossem sendo construídos paulatinamente, amenizando seu sofrimento.

Para buscar respostas às indagações norteadoras deste trabalho, foram levados em consideração os estudos fundamentados na Teoria de Apego de John Bowlby (1969/2002) e da Análise Bioenergética do Lowen (1975/1982) que descende das descobertas e teorias de Wilhelm Reich (1989/1998) e da psicanálise de Freud (1917/1996). A Teoria do Apego mostra-se pertinente para fundamentar a análise e discussão desta tese, tendo em vista a necessidade de compreensão da relação que existe entre o vínculo afetivo, ou apego construído na infância, e nos relacionamentos posteriores entre os adultos.

A Bioenergética desperta um diálogo com a psicologia do luto e, nos meandros desse diálogo, apresenta uma proposta de um novo recurso terapêutico que envolve corpo e também pensamentos, emoções, sensações e ações.

Ao discorrer sobre o luto, vários aspectos são relevantes para a compreensão do assunto. Desse modo, esta pesquisa se encontra estruturada da seguinte forma:

No capítulo I, discute-se a importância da Teoria do Apego para a compreensão do processo de luto, considerando que a qualidade das relações afetivas primárias determinará os padrões de vinculações futuros. Destaca-se também a importância de se atentar aos modelos operativos internos – MOI para entender o processo de construção de significado dos enlutados.

No capítulo II, destaca-se o luto e suas reações ao rompimento de vínculos afetivos. O ser humano é essencialmente um ser vincular que organiza suas percepções e sentimentos buscando a segurança da proximidade do outro, como fator de sobrevivência. A vinculação é o que, essencialmente, determina o ser humano como pessoa, assim sendo, é possível assegurar que a perda de pessoas com as quais se mantêm vínculos afetivos representa muita dor e ameaça, remetendo às sensações primitivas de medo e desamparo.

Luto, luto complicado, tema importante para pesquisas, já que muitos profissionais não estão preparados para lidar com esse fenômeno, surgindo dificuldades de identificar o que se considera como fatores complicadores. Destaca-se também o modelo dual de luto que enfatiza não somente a maneira como os enlutados oscilam entre picos de sofrimento e pesar, com foco no sujeito falecido, como também os eventos destinados ao afastamento da perda. É um processo regulatório de enfrentamento de oscilação, em que o indivíduo enlutado, às vezes, enfrenta e, em outros momentos, evita as diferentes tarefas de luto.

O capítulo III dedica-se a apresentar os recursos terapêuticos no processo de luto por meio de uma revisão de pesquisa para melhor definir o problema e também para obter uma ideia precisa sobre o estado atual dos conhecimentos sobre o tema, as suas lacunas e a contribuição da investigação para o desenvolvimento do conhecimento. Nesse processo de investigação, discutiu-se a compreensão do processo de luto de uma forma resumida e fluida, as muitas maneiras de atuar em terapia; os diferentes olhares que advêm de terapeutas com percursos acadêmicos de diferentes culturas; as diversas abordagens teóricas e, sobretudo, as várias interações que se entrecruzam entre um cliente e um clínico.

O capítulo IV aborda a Análise Bioenergética como um recurso terapêutico no processo de luto, envolvendo trabalhos com o corpo que vão desde a liberação das tensões, passando por posturas que facilitam as vibrações naturais do corpo, trazendo alívio para as pessoas enlutadas. Também apresenta um breve relato histórico da Análise Bioenergética em seu contexto histórico.

O capítulo V apresenta o método: participantes, local da pesquisa, instrumentos (entrevista clínica inicial, instrumento de mensuração – Hogan Grief Reaction Checklist – HGRC, trabalhos corporais, técnicas em Análise Bioenergética e entrevista clínica final). Além de procedimentos utilizados para a realização da pesquisa, procedimentos utilizados na análise do observado com cada participante e cuidados éticos.

O capítulo VI apresenta o resultado dos casos clínicos e as análises, ou seja, os efeitos da ação terapêutica obtidos por meio da Análise Bioenergética com pessoas enlutadas, considerando os fatores de proteção que facilitaram o processo de luto e os fatores de risco que o dificultaram. Apresenta também o resultado do instrumento de mensuração – Hogan Grief Reaction Checklist – HGRC do grupo experimental – GE e do grupo de controle – GC com as respectivas comparações.

A partir das discussões no capítulo VII, evidencia-se as considerações finais acrescidas de sugestões para futuras investigações sobre o tema.

Na sequência, encontram-se as referências que embasaram esta tese de doutorado e, por fim, os apêndices e os anexos.

Objetivos

Objetivo geral

O objetivo desta pesquisa é de investigar os efeitos da ação psicoterapêutica obtidos por meio da Análise Bioenergética com pessoas enlutadas.

Objetivo específico

Analisar os resultados da ação psicoterapêutica, considerando os fatores de proteção e os fatores de risco presentes no processo de luto.

CAPÍTULO I – A TEORIA DO APEGO E A COMPREENSÃO DO PROCESSO DE LUTO

Para compreender a origem da dor e sofrimento sucedidos da perda de alguém, em primeiro lugar, é importante entender por que se estabelecem fortes laços entre as pessoas.

A Teoria do Apego de Bowlby (1969/2002 e 1982/2006), desenvolvida na década de 1950, com base nos conceitos da etologia e da psicanálise, muito tem colaborado para a compreensão do luto. Sua contribuição tanto ampliou o conhecimento a respeito do tema como também realçou a necessidade de discussões relativas às questões ligadas às separações e perdas.

Segundo Bowlby (1969/2002) o apego tem sua origem em um conjunto de comportamentos do bebê que, além de buscar proximidade com a mãe ou cuidador, procura também explorar o ambiente em que se encontra. O que Bowlby denominou de Teoria de Apego é um modo de conceituar a tendência dos seres humanos de estabelecer fortes vínculos afetivos com alguns outros, bem como de explicar as múltiplas maneiras de manifestação e conflito emocional. O comportamento de apego é compreendido como qualquer forma de comportamento que permita uma pessoa alcançar e manter proximidade com outra identificada e preferida, esta considerada mais apta e confiável a lidar com o mundo.

Ainda de acordo com Bowlby (1969/2002), durante a infância, o apego se manifesta por meio de choro, chamamento, suscitando cuidados, atenção e vigorosos protestos se a criança for deixada sozinha ou na companhia de estranhos. Entre 9 e 18 meses de idade, esse comportamento se manifesta de forma mais intensa e frequente em relação à figura de apego nomeada como base segura; no entanto, à medida que a criança cresce, diminui gradativamente a sua intensidade e a sua frequência. Esses comportamentos fazem parte integrante do equipamento comportamental humano durante o ciclo vital e são suscetíveis de serem ativados quando a pessoa estiver assustada, doente ou entristecida. As circunstâncias e as experiências com as figuras de ligação nos primeiros anos de vida podem determinar os padrões de comportamento de ligação manifestados por uma pessoa.

As consequências de cada tipo de padrão de apego têm lugar importante quando se observa as reações às perdas. Para Parkes (2009), um dos aspectos relevantes dessa classificação é o fato de os padrões se mostrarem relativamente estáveis não apenas na infância, mas também nas relações estabelecidas no decorrer da vida, o que de certa forma auxilia no entendimento das reações diante das perdas.

Segundo Bowlby (1969/2002), os estilos de apego, encontrados na infância, e seus respectivos modelos operativos internos – MOI, também, foram estudados na vida adulta e apresentam uma visão mais dinâmica, baseada na compreensão de que cada um dos estilos de apego tem valor adaptativo diferente, dependendo da circunstância em que ele se desenvolve, podendo se revelar como fator de risco ou de proteção.

Mazorra (2009) e Casellato (2004), corroboram com Bowlby, e juntamente com ele, concordam que o desenvolvimento dos diferentes estilos de apego, também, pode ser afetado por outras variáveis, ou seja, o estilo de apego desenvolvido na primeira infância não deve ser considerado resultado exclusivo da relação com a mãe, mas de um contexto multideterminado por vários mecanismos pelo qual a mãe e a criança influenciam e são influenciados.

Bowlby (1982/2006) sustenta que tanto a formação quanto o rompimento de vínculos, somados às características parentais, familiares e à dinâmica familiar na infância, estão profundamente ligados ao desenvolvimento de padrões de relacionamentos na vida adulta, ou seja, o estilo de apego, desenvolvido na infância, fica registrado no adulto e pode interferir no seu processo de luto.

Parkes (2009) reuniu importantes dados de suas experiências e pesquisas com situações de luto, confirmando que as pessoas que crescem tendo relações seguras com os pais, vivenciam sofrimento emocional menos intenso ao se depararem com luto na vida adulta do que aquelas que tiveram relações inseguras. A ansiedade é a antecipação ou o medo de ser descartado pela figura de apego. Se a figura não está disponível ou não responde, ocorre a angústia da separação. Provavelmente as pessoas que experimentaram apegos ansiosos na infância ou desenvolveram apegos dependentes na vida adulta sofram um luto mais severo, longo e solitário.

A falta de confiança em si e no outro, como se encontra nas pessoas com apego desorganizado, podem levá-las a tentar passar despercebidas ou a adotar estratégias de controle com diferentes graus de sucesso. Consequentemente, as premissas das

peças com apego inseguro e as estratégias adotadas por elas tendem a provocar ansiedade e depressão.

No entanto, para Franco (2010), Casellato (2004) e Santos (2005), essa situação pode mudar. A premissa da Teoria do Apego favorece as relações de amor e oferece uma grande esperança ao considerar o comportamento de apego como um padrão possível de ser modificado ainda na infância durante momento de ajustes familiares ou à medida que o adulto tenta elaborar suas experiências de vida. Ao buscar a aproximação com outras pessoas, os estilos inseguros podem se tornar seguros e vice-versa, com o passar dos anos, pela interação e pela interiorização de cada indivíduo. Frequentemente, o que ocorre é o inseguro se tornar seguro, constatando que o estilo de apego está sendo constantemente construído e modificado.

Como afirma Bowlby (1982/2006), o comportamento de apego na vida adulta é uma continuação direta do comportamento da infância, o que pode ser demonstrado pela forma como, no adulto, as mesmas respostas reaparecem quando se veem diante de ameaças, perigos ou doenças. Essas situações aguçam o comportamento de apego pela busca de pessoas conhecidas, confiáveis e acolhedoras.

Para Tyler (1984), o padrão inicial de apego seguro favorece nas crianças uma maior autoconfiança e competência social/relacional. Ele é a base para a identificação e determinação de relações duradouras e mútuas, essenciais para a formação de uma rede de apoio social. Essa rede começa a se formar quando a criança se expande socialmente, relacionando-se, por exemplo, com pessoas não familiares, como aqueles com quem convive nas escolas, clubes, igrejas. Bowlby (1982/2006) acrescenta que, na adolescência, o comportamento de apego aos pais permanece, mas o vínculo com outras pessoas, a ampliação das redes sociais, torna-se muito importante.

Os primeiros vínculos com os pais e com as figuras de apego secundárias permitem aos adolescentes a formação de um modelo operativo interno, ou representações internas, que sintetiza sua história relacional e suas expectativas sobre o sentimento pessoal e o relacionamento íntimo com as pessoas. É por meio dessa base que se definem as amizades entre pares, o envolvimento amoroso e a possibilidade de tornarem-se pais e mães de certo modelo. Essa rede de vínculo facilita aos pais consentir que seus filhos se tornem adultos e, por fim, deixem a casa

da família. Na vida adulta, os apegos recíprocos com a família e amigos continuam a dar segurança.

Segundo Hazan e Shaver (1987), enquanto a necessidade de segurança do bebê é um estimulador de proximidade, nos relacionamentos adultos românticos, é a atração sexual que figura como fator de aproximação. Os casais são recíprocos e envolvem o dar e receber de ambas as partes. Apesar de a busca de proximidade no adulto ser diferente e mais complexa que na criança, ela é similar e é facilitada pelo contato físico íntimo nos dois momentos do ciclo da vida.

Os autores ressaltam ainda que o amor romântico adulto envolve a integração de três sistemas comportamentais distintos: o sistema de apego, que ajuda a manter a proximidade com o cuidador; o sistema de prover carinho, que permite ao cuidador atender e responder às demandas da pessoa apegada; e o sistema reprodutivo, que encoraja e permite a reprodução.

Tendo em vista os estilos de apego e respectivos modelos operativos descritos na vida adulta, pode-se pensar que a significação das experiências de vida se dá nesse enquadro. Diante da vivência de uma perda por morte de um ente querido, é importante se atentar aos modelos operativos internos para compreender o processo de construção de significado atribuído ao processo de luto dessa perda.

1.1. Modelo operativo interno e a construção de significados

Segundo Neimeyer (2001), a construção de significados atribuídos à morte, pelo enlutado, é apontada como tendo um papel fundamental no processo de elaboração do luto. Entretanto são poucos os estudos a respeito de quais são esses significados e como eles podem atuar como facilitadores ou dificultadores do processo de elaboração.

Para Parkes (2009), a religião e a espiritualidade são apontadas como recursos no enfrentamento do luto, estando associadas a um melhor ajustamento após a perda, contribuindo para o processo de construção de significado. Se a fé é parte da vida da pessoa enlutada, ela deve expressá-la da maneira que lhe parece apropriada. A comunidade religiosa proporciona uma grande contribuição nesse processo, favorecendo a integração social que muito colabora para o enfrentamento voltado para a restauração.

De acordo com Kovács (2008), filosofia e religião sempre buscam questionar e explicar a origem e o destino do homem. Os rituais religiosos possibilitam que a morte seja simbolizada, permitindo que a pessoa enlutada se coloque no lugar de quem morreu e passe a suportar gradualmente a certeza de que isso também acontecerá consigo. Para os que procuram apoio na ciência, a busca é por explicações mais concretas para o fenômeno. Contudo, o que se pode considerar como certo é que todos vão vivenciá-la um dia.

Para Trasferetti (2007), o luto é solitário, triste, difícil e lento; uma experiência pessoal, na qual aquele que perdeu alguém começa a perceber a sua ausência, a falta de comunicação, a frustração com os planos para o futuro. Seu processo dependerá de muitos fatores, sendo a religião um dos que mais conforta. Quando se acredita que o ente querido, de alguma forma maravilhosa, está em outro plano, o coração se acalma e a aceitação é mais próxima. É na esperança da ressurreição, da reencarnação, da existência do céu, que os parentes e amigos encontram conforto para o medo e para a saudade que os assombra. É por meio da imagem representacional que o indivíduo tem de si, do mundo, e do outro, baseado na figura de apego e edificado a partir das experiências vividas, que dá origem à concepção de mundo e significados aos acontecimentos.

Por meio do modelo operacional interno – MOI é que se dá a construção de mundo. Esses modelos são componentes necessários do sistema comportamental de apego e servem para agirmos em situações novas, usando simultaneamente da experiência e do inconsciente. Bowlby (1969/2002) assegurava que todo ser humano já nasce propenso a estabelecer fortes vínculos afetivos. Essa capacidade, no entanto, pode ser diminuída devido a fatores externos que impedem a criança de desempenhar esse potencial com as pessoas que o cercam. A capacidade é inata, mas precisa ser estimulada adequadamente para que se concretize.

A partir da primeira relação, estabelece-se no indivíduo um modo de funcionamento, o MOI, a respeito do mundo que a criança, adolescente e adultos constrói e utiliza para se orientar e planejar. A pessoa que tem em sua experiência um modelo seguro de apego desenvolve expectativas positivas em relação ao mundo, acreditando na possibilidade de satisfação de suas necessidades. Já outra, com um modelo menos seguro, pode desenvolver, em relação ao mundo, expectativas menos positivas.

Bowlby (1969/2002 e 1982/2006) admite que os modelos operativos internos – MOI, construídos na infância, se transformam em estruturas cognitivas e supõe que, por meio de repetidas experiências de padrões característicos de interação, as crianças desenvolvem expectativas a respeito da natureza das interações entre elas e a figura de apego. Por exemplo, a repetida experiência de uma criança, sempre que amparada pelo cuidador sensível, possibilita que essa criança construa um MOI, ou seja, uma referência interna que aprova a reprodução confiável e confortável de seu padrão de ação.

Para Bowlby (1969/2002), os MOIs tendem a se repetir durante toda a vida e ajudam a manter uma visão consistente de si e dos outros, não somente com os pais, mas com outras pessoas, tanto no fim da infância como na vida adulta. Também ajudam a interpretar o mundo interno e externo e tendem a se manter ao longo da vida, podendo, entretanto, serem alterados.

O comportamento de apego se manifesta em situações específicas, como na ausência ou na indisponibilidade da figura de apego. Os padrões que determinam os comportamentos são resultados de experiências com a figura de apego provenientes do desenvolvimento inicial. Ele se inicia em situações nas quais os indivíduos demonstram afobação extrema, medo ou pela própria ausência da figura discriminada, e se encerra com a presença dessa figura ou em um ambiente familiar ou social propício.

Um sistema de apoio amoroso prevê, primeiramente, a evidência de que o mundo se importa, que esse mundo faz sentido e que o indivíduo ocupa um lugar importante nele. Então parece provável que o sistema de apoio amoroso influencie o modo de enfrentamento quando a proteção é ameaçada por perdas significativas.

O modo como cada pessoa aprende a se vincular emocionalmente com os primeiros objetos de amor cria um modelo que serve de base para os vínculos emocionais posteriores, para o estabelecimento do significado da vida no futuro e para o modo como enfrenta as perdas de pessoas queridas ao longo da vida.

Sendo assim, o comportamento de apego, como já visto, é investido de valor de sobrevivência, visando manter proximidade com a(s) pessoa(s) cuidadora(s), buscando-as como base segura para diminuir os riscos causados pelas perdas, pelo abandono.

Do mesmo modo se explica a necessidade de os enlutados estarem reclusos, recolhidos, em ambientes protegidos e próximos a pessoas que lhes tragam apoio e

um mínimo de previsibilidade no ambiente. O luto seria, então, uma resposta à separação, uma resposta esperada diante da perda, uma reação ao rompimento de vínculos afetivos.

Considerando a importância dessa fundamentação, a seguir, apresenta-se a expressão e a vivência do luto.

CAPÍTULO II – O LUTO E SUAS EXPRESSÕES

A relevância do estudo dessa temática está conectada com a crescente necessidade em pesquisar e cuidar do sofrimento da pessoa enlutada devido à grande procura de ajuda psicológica após perdas significativas. Para Worden (1998/2013) e Parkes (1998), o luto não é uma temática exclusiva da contemporaneidade, mas uma questão que atravessa toda a história, tendo em vista o homem ser o único ser consciente de sua finitude e também por ser gregário e social.

De acordo com Kovács (1992/2015), a resposta psicológica mais comum diante da morte é o medo, nesse sentido, o medo de morrer pode atingir todos os seres humanos, independentemente da idade, sexo, nível socioeconômico e crença religiosa. O tema morte está relacionado com o medo da solidão, da separação de quem se ama, do desconhecido, do julgamento pelos atos cometidos durante a vida diante da concepção divina, de como irão ficar os seus dependentes, o medo da interrupção dos planos, de não conseguir realizar os objetivos mais importantes.

A morte de quem se gosta provoca rupturas profundas, desorganização, requerendo ajustamentos no modo de se perceber o mundo, sendo o luto um importante processo de reorganização cognitiva/intelectual, emocional, física, social/cultural e espiritual

2.1. Processo de luto

Embora o luto seja uma reação natural e esperada ao rompimento de um vínculo afetivo, nem sempre segue um curso bem-sucedido. É um processo que envolve ampla categoria de respostas biopsicossociais esperadas diante de uma perda significativa, que afeta diversas áreas da vida do indivíduo. As pessoas que perdem entes queridos ficam com a impressão de terem sido roubadas em algo a que tinham direito. É uma experiência impactante, dolorosa, complexa que transcende o âmbito individual e que não pode ser considerada doença, apesar de ser comum o surgimento de algumas reações como: medo, revolta, raiva, culpa, depressão, isolamento, ansiedade, perda de interesse e inibição das atividades, ou excesso de atividades, dentre outros.

Por conta disso, as pesquisas nesse campo precisam ser realizadas com sensibilidade, tato e bom senso, uma vez que o luto é uma das experiências mais dolorosas, traumáticas e estressantes da vida humana. No entanto, é possível contar com o apoio, a solicitude e a presença cautelosa de profissionais que, de certa forma, ajudarão a lidar melhor com momentos de tanta angústia. Na medida em que o luto é um processo, ele tem sido visto de várias formas por diferentes teóricos.

Segundo Franco (2010, p. 28), por se tratar de um fenômeno complexo, justifica-se que o processo do luto seja compreendido nas suas cinco dimensões:

- Dimensão cognitiva/intelectual do luto: marcada por confusão, desorganização, falta de concentração, desorientação e negação;
- Dimensão emocional: choque, entorpecimento, raiva, culpa, alívio, depressão, irritabilidade, solidão, saudade, descrença, tristeza, negação, ansiedade, confusão e medo;
- Dimensão física: alterações no apetite, visão borrada, alterações no sono, dispneia, palpitações cardíacas, exaustão, boca seca, perda do interesse sexual, alterações no peso, dor de cabeça, choro e mudanças no funcionamento intestinal;
- Dimensão espiritual: sonhos, perda da fé, aumento da fé, raiva de Deus, sentimento de dor espiritual, questionamento de valores, sentir-se traído por Deus, desapontamento com membros da igreja;
- Dimensão social/cultural do luto: perda da identidade, isolamento, afastamento, falta de interação e perda da habilidade para se relacionar socialmente.

Esclarecer e explicitar essas cinco dimensões é de fundamental importância para a compreensão e avaliação de um processo de luto, pois fornece parâmetros claros e definidos para melhor entendimento do fenômeno.

Bowlby (1969/2002) evidencia que o processo de luto implica duas mudanças psicológicas: a) reconhecer e aceitar a realidade; b) experimentar e lidar com as emoções e problemas que ocorrem com a perda.

Para Parkes (2009), a reação ao luto, além do pesar pela perda de um ser amado, coloca o sujeito frente a frente com as ameaças à segurança; mudanças importantes na vida; mudanças importantes na família. Na opinião do autor, os componentes essenciais para o processo de luto de uma pessoa são: a experiência da perda e uma reação de anseio intenso pelo objeto perdido.

Worden (1998/2013) ressalta que se trata de um processo geralmente longo e trabalhoso, no qual um conjunto de concepções sobre o mundo, cuja validade era aferida pela presença da pessoa falecida, não faz mais sentido e, portanto, deve ser atualizado para se adequar à nova realidade. Ao sustentar que não há etapas fixas tampouco progressivas, Worden (1998/2013, p. 31) defende que o “luto é um processo fluido” e, por isso, o autor propõe: aceitar a realidade da perda; processar a dor do luto; ajustar-se a um mundo sem a pessoa morta e encontrar conexão duradoura com a pessoa morta em meio ao início de uma nova vida.

Stroebe e Schut (1999), após longa investigação e comparação entre outras teorias, propuseram o modelo do processo dual do luto, que enfatiza o enfrentamento para a compreensão do processo de luto. Esse modelo integra conceitos já existentes e também descreve o processo no qual o enlutado oscila, de tempo em tempo, entre duas orientações psicológicas: o enfrentamento orientado para a perda e o enfrentamento orientado para a restauração. Para os autores, não é possível observar as dimensões de perda e recuperação ao mesmo tempo. As pessoas oscilam entre essas duas dimensões, confrontando uma e evitando a outra, com idas e vindas. Essa oscilação tem função regulatória adaptativa.

Casellato (2005) ressalta que, para entender como cada pessoa percebe e lida com experiências estressantes, traumáticas ou de perdas, é preciso compreender o universo de significados que cada indivíduo atribui ao evento, construído e permeado pela influência de diversos fatores, internos e externos, inerentes a sua história de vida.

Worden (1998/2013) propõe algumas técnicas para a intervenção no processo de luto: linguagem evocativa, uso de símbolos, escrita, desenho, dramatização, livro de memórias, imagens dirigidas. O autor também menciona a reestruturação cognitiva como forma de estimular a manifestação de pensamentos e sentimentos provenientes da perda real ou imaginária. Fica subentendida, nessa proposta, a interferência dos pensamentos sobre os sentimentos, inclusive os pensamentos encobertos e os que estão diretamente relacionados ao próprio sujeito na forma como ele se sustenta em sua subjetividade.

Autores como Bowlby (1969/2002), Parkes (2009), Worden (1998/2013), Franco (2010) ressaltam que eventos severamente adversos, tais como morte de entes queridos e as circunstâncias em que ela se deu, por si só provocam inseguranças e dificuldades de adaptação à perda, mas pessoas com estilo de apego

seguro tendem a um melhor prognóstico de adaptação. Tal condição se deve ao fato de elas disporem de mais recursos psicológicos e cognitivos para o enfrentamento do processo do luto e conseqüente reposicionamento afetivo da pessoa que faleceu para seguirem suas vidas com novos investimentos afetivos.

De acordo com Lowen (1958/1977 e 1975/1982), sejam quais forem os problemas de personalidade de um indivíduo, eles se manifestam na forma como o corpo se expressa. Portanto, é possível fazer uma avaliação desses problemas a partir da forma e da mobilidade do corpo por meio da leitura da linguagem corporal, podendo, inclusive, ir além, afinal, o corpo encerra um arquivo de todas as experiências que a pessoa já vivenciou. Assim sendo, é possível ler a história de vida de uma pessoa estudando a estrutura dinâmica de seu corpo. Teoricamente, todas as experiências da vida de uma pessoa ficam estruturadas em seu corpo, bem como arquivados em sua mente.

O enfrentamento da morte de um ente querido é o desafio mais difícil que um indivíduo e uma família podem se enfrentar, muito embora a perda seja encarada como um processo transicional no ciclo de vida familiar, em que se pode reconhecer o inescapável da morte como, paradoxalmente, a continuidade da vida. Contudo, qualquer que seja a causa da perda, ela provoca sintomas estressantes. A depressão, a ansiedade, as enfermidades físicas e os conflitos familiares atingem com frequência os que não se adaptam a ela, conseqüentemente, dificilmente esses familiares conseguem seguir adiante com suas vidas. Desse modo, o ausente permanece presente e vice-versa, atuando, de forma velada, no grupo familiar.

Não há dúvidas de que a dor da perda é avassaladora para o aspecto emocional e psíquico dos submetidos a essa circunstância, principalmente pela sua condição permanente, já que fica entendido ao indivíduo a impossibilidade de reversão. Nesse momento, apresenta-se a necessidade de proteção contra o sofrimento com o processo de reconstrução de uma nova trajetória de vida. Cabe salientar a necessidade de diferenciar a presença de luto e de luto complicado.

2.2. Luto e luto complicado

Diante do luto, muitos são os sentimentos envolvidos e que precisam ser vividos e elaborados pacientemente. A palavra luto vem do latim *Luctus* e significa dor, pesar, aflição. Ele pode ser um conjunto de reação, um processo natural não linear e até

mesmo esperado diante do rompimento de uma relação significativa. Contudo, segundo Parkes (1998) e Rando (1993), quando suas reações – cognitiva, emocional, física, social, cultural e espiritual – se dão de modo diverso do esperado dentro das normas socioculturais presentes em cada comunidade ou ficam ausentes, o luto é considerado complicado.

Essa dificuldade de enfrentar a realidade da perda com naturalidade suscita controvérsias. Parkes (1998) ressalva que é preciso muito cuidado para não se classificar precocemente processos de luto como disfuncionais, quando não seguem estágios ou etapas que durante muito tempo foram considerados como inerentes ao seu processo.

Stroebe, Schut e Boerner (2017) alertam que a noção de fases ou estágios (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação) sobre a morte e o morrer de Kübler-Ross (1969) pode levar as pessoas enlutadas a criarem uma expectativa ilusória esperando passar de uma reação identificável para outra de forma ordenada, determinando o tempo que o luto vai durar sem considerar as inúmeras variáveis presentes no processo de morrer. Os estágios não são claros, nem sempre ocorrem na mesma ordem, nem são todos experienciados por todos os pacientes. Ou seja, é possível experimentar distintos graus e tipos de sofrimento em diferentes momentos. Além disso, como bem destaca Hall (2014, p. 8), os estágios de luto têm um certo apelo sedutor: eles proporcionam um senso de ordem conceitual para um “processo complexo e produzem a terra prometida emocional de recuperação e fechamento”.

Franco (2010) comunga das ideias de Parkes (1998), referendadas por Stroebe, Schut e Boerner (2017), e recomenda uma cuidadosa avaliação em todos os casos, já que muitos profissionais não estão preparados para lidar com esse fenômeno, surgindo dificuldades em identificar o que se considera como fatores complicadores.

O luto prolongado ou complicado não é definido por seu tempo de duração, mas pelo processo de elaboração do enlutado sobre a morte da pessoa querida. Esse tempo é interno, um tempo de *Kairós*, que designa o momento certo, e não o tempo de *Chronos*, que mede a quantidade de dias ou horas.

Assim sendo, é necessária a revisão de alguns conceitos, como luto patológico, desajustado, anormal, disfuncional, desviante, dentre outros. Entre os fatores que podem causar complicações no processo de luto, observam-se negação, repressão, inibição, cronificação ou adiamento do processo de luto ligado à perda e à dor.

Esses fatores podem ser acentuados em uma cultura que faz com que as pessoas se controlem, não se manifestando e vivendo como se a morte não existisse. Não há padrões que definam quando um ou outro processo está se instalando porque, também, devem ser levadas em conta a história de vida de cada enlutado e suas formas de lidar com situações de crise, considerando aspectos individuais e subjetivos, contextuais e culturais. À medida que o tempo passa, o esperado no luto é que as pessoas enlutadas saiam aos poucos da tristeza e voltem a ter prazer em viver. Se isso não acontece e o luto se prolonga por muito tempo, ou passa a impedir o indivíduo de viver, é indicado procurar ajuda médica e/ou psicológica.

Kovács (2008) ressalva que as autorrecriações podem acontecer naturalmente no luto, mas são bem mais frequentes no luto complicado.

Casellato et al. (2009) destacam que, na cultura atual, existe uma forte tendência de rotular lutos de longa duração como depressão. Muitas vezes, trata-se de um luto prolongado por aspectos específicos da perda e que não necessariamente configuram uma condição de depressão maior, ou mesmo, um luto complicado. Com esse rótulo, tais pessoas passam a ser cuidadas como pessoas doentes, o que dificulta a evolução do processo de luto.

A depressão é um termo muito comentado nos últimos anos e passou a ser usado para classificar toda e qualquer pessoa que enfrenta momentos difíceis como perda significativa, decepção ou frustração. Embora a tristeza esteja entre os principais indicadores da depressão, nem todos os pacientes tristes estão deprimidos. A tristeza é um sentimento momentâneo, considerado saudável e até importante. Vivenciar a tristeza permite que o indivíduo elabore suas perdas e se reorganize internamente, podendo superar a dificuldade de maneira saudável.

Horvitz e Wakefield (2007) e Cooper (2012) argumentam que tristeza e depressão não são sinônimos, embora ambas podem ser prejudiciais à saúde. A tristeza surge em circunstância apropriada, não envolve disfunção biológica, portanto, não deve ser classificada como um transtorno, enquanto que a depressão envolve disfunção biológica e, portanto, deve ser considerada um transtorno.

Segundo a American Medical Association (2002), a depressão é um distúrbio cujas características vão muito além da tristeza. O indivíduo deprimido sente-se infeliz na maior parte do tempo, mesmo sem causa aparente. A pessoa perde a capacidade de apreciar situações que antes lhe traziam prazer, deixa de conviver com amigos e familiares, apresenta perda de concentração, pode ter perda ou ganho excessivo de

peso, pode sentir dores pelo corpo e mostrar-se mais ansioso ou irritado do que o normal. Por todas essas características, a depressão é uma doença altamente incapacitante e requer auxílio profissional para ser controlada.

Prigerson (2008) identifica duas trajetórias possíveis. Em uma delas, o luto pode encaminhar-se para um padrão de aceitação, ao passo que, na outra, leva à instalação do que a autora chamou de transtorno do luto prolongado (TGP). Segundo a autora, o luto é um evento natural no ciclo vital, pois todos nós iremos viver e sobreviver a múltiplas mortes de pessoas significativas em nossa vida e ainda assegura que a maioria (aproximadamente 80%) das pessoas chegam a aceitar a perda ao longo do tempo, ao passo que somente 20% não conseguem. Quanto mais próxima tenha sido a relação com a pessoa que morreu, mais doloroso, complexo e prolongado será o processo de despedida. Mesmo sendo uma morte previsível, há sempre um sentimento de que tal evento não aconteceu.

Assim sendo, é necessário sensibilidade e empatia para poder perceber o que é vivido pelo outro, o que as mudanças representam. Investigar o significado da perda de cada pessoa e entender as alterações da vida, desorganização, saudade, ausência e memória da pessoa querida é fundamental.

Kovács (2008) menciona que o estudo do luto no contexto sociocultural revela diferenças, tanto no significado da perda como na forma de lidar com o processo de luto. Cada cultura possui crenças a respeito de onde vêm as pessoas e para onde vão depois que morrem. Cada qual cria seus rituais de passagem e maneiras de se comportarem em relação ao morto.

Morin (1970, p. 80) destaca que o luto exprime socialmente a inadaptação individual à morte, mas ao mesmo tempo, ele é este “processo social de adaptação que tende a fechar a ferida dos indivíduos sobreviventes”.

Segundo Franco (2002), quando um indivíduo vivencia uma desorganização prolongada que não lhe permite retomar suas atividades com uma qualidade anterior à perda, pode ocorrer a vivência do luto complicado.

Para Kristjanson et al. (2006), o luto complicado ocorre quando a integração da morte não tem lugar. Pessoas que sofrem de luto complicado experimentam uma sensação de descrença persistente e perturbadora sobre a morte e resistência em aceitar a dolorosa realidade. Desejo e saudade do falecido continuam juntamente com dores frequentes, intensas e dolorosas. Interesse e envolvimento na vida contínua são limitados ou inexistente.

Conforme Worden (1998/2013), a dor provocada pela perda do ser amado é intensa e provoca um vazio tão grande que frequentemente ocasiona uma desorganização psíquica, que pode ser passageira ou prolongada, influenciando respectivamente no processo de luto e no seu transcurso natural ou complicado. A maneira como o luto será elaborado e o tempo necessário para que isso aconteça sofrem influências de diversos fatores, contudo existem recursos de enfrentamento plausíveis para lidar com as adversidades da vida.

D'Assumpção (2011), Reeves (2011), Norton e Gino (2014) mencionam que os ritos são muito importantes e necessários para ajudar reconhecer a realidade da morte, encorajar a expressar a dor que está consistente com os valores culturais, provê apoio e permite aceitar a realidade e as convicções sobre a vida e a morte. Os rituais e cerimônias de luto tanto podem ser de natureza pública e demonstrativa, como privados e íntimos.

Cabe ressaltar mais uma vez que cada pessoa tem o seu modo particular de sentir e, segundo Savage (1989), melhor é que o enlutado fale, chore ou grite, se necessário. Ainda que, à princípio, as lágrimas pareçam manar de uma fonte de choque e de dor, o valor restaurador do pranto faz-se finalmente sentir.

Além disso, é possível constatar que o processo de luto tem seu próprio curso natural de desdobramento, e não deve ser abertamente reprimido por expectativas exteriores quanto à duração ou à extensão apropriada do sofrimento. Numa sociedade que não tem continência para o sofrimento, o cuidado dos familiares e amigos é imprescindível.

Assim sendo, no próximo capítulo, encontra-se uma revisão de artigos teóricos focando as contribuições dos recursos terapêuticos no processo de luto.

CAPÍTULO III – RECURSOS TERAPÊUTICOS NO PROCESSO DE LUTO

3.1. Contribuições dos recursos terapêuticos no processo de luto

Por meio de uma revisão de literatura sobre morte, luto e recursos terapêuticos, foi possível analisar os tipos de abordagens terapêuticas que colaboram para o processo de luto e compreender como o enlutado significa as suas experiências, focando a abordagem corporal.

Foi feito um levantamento de publicações nacionais e internacionais indexadas nas bases de dados: Medline, Lilacs, SciELO e Web of Science acrescidos dos serviços do Google Acadêmico abrangendo o período de 2007 a 2014. Os descritores utilizados foram: luto, recurso *and* terapêutico, análise *and* bioenergética, psicologia *and* corporal, psicoterapia, morte *and* luto.

Os artigos mostram de uma forma resumida e fluida as muitas formas de atuar em terapia; os diferentes olhares que advêm de terapeutas com percursos acadêmicos de diferentes culturas; as diversas abordagens teóricas e, sobretudo, as várias interações que se entrecruzam entre um cliente e um clínico. Não foi encontrada publicação que abordasse Análise Bioenergética e luto.

Dos 247 artigos encontrados, foram selecionados 19 e nomeadas oito categorias temáticas, a fim de evidenciar tendências e lacunas nos estudos pesquisados. São elas: 1- Apoio *on-line* (internet); 2- Autorrelato (metáfora, *blog*, poesia, diário, música); 3- Rede de suporte (Grupo de apoio); 4- Rituais; 5- Logoterapia; 6- EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing; 7- TCC – Terapia Comportamental Cognitiva e 8- Terapia Corporal Análise Bioenergética.

Os estudos de Bousso et al. (2014), McEwen e Scheaffer (2013) e Peruzzo et al. (2007) investigam as práticas de informações *on-line* de pessoas adultas enlutadas via Facebook, uma das redes sociais mais utilizadas em todo o mundo como espaço de encontro, partilha, interação e discussão de ideias e temas de interesse comum. A prática de compartilhamento das experiências relacionadas ao luto tem sido comum e rotineira, sendo possível observar registros de pêsames; apoio e suporte à família e amigos da pessoa que faleceu; manifestações de sentimento de tristeza, pesar,

saudade e comunicados de celebrações. Os autores consideram a internet um importante veículo nas relações interpessoais da atualidade, na qual a liberdade de expressão é possível. Em suma, a expressão virtual da perda é mais uma das possibilidades que os avanços da comunicação oferecem.

O ponto mais instigante da pesquisa foi a presença, evidenciada nos relatos analisados, da comunicação direta com a pessoa falecida por parte dos internautas, considerando normal para o processo de luto.

Tracey e Kelly (2010) exploram o uso intencional de metáforas na formação de terapeuta para melhorar as habilidades de conceituação de caso, diagnóstico, planejamento e tratamento no desenvolvimento de intervenção. A palavra metáfora tem origem em uma raiz grega que significa “levar além”. As metáforas conseguem atravessar a estrutura defensiva e contornar ou evitar as defesas que foram construídas pelo medo ou pela relutância em mudar. São histórias com muitos níveis de significados que distraem a mente consciente e motivam a busca inconsciente de recursos e significados. Compreender o processo de uma perda não é uma tarefa fácil, mas, para ajudar a enfrentar esses momentos, encontra-se, nos contos, nas metáforas e símbolos, uma forma de transcender a situação imediata e encontrar sentido para a perda sofrida.

Baseado em uma análise qualitativa intensiva de uma amostra de 162 adultos lamentando a morte natural ou violenta de uma variedade de entes queridos; os estudos de Gillies et al. (2014) têm enfatizado o papel da construção de significados na adaptação ao luto, utilizando autorrelatos (atividade que dá origem às narrativas da própria pessoa) por meio de cartas, diários, *blogs*. A pesquisa mostra que esse recurso pode ser útil no processo de terapia de luto, uma vez que os enlutados conseguem encontrar sentido ou benefício em sua perda.

Os estudos de Neimeyer (2011), vistos por uma perspectiva construtivista sobre o papel de construção de significados em luto, têm recebido atenção crescente em pesquisa e literatura clínica; confirmando que o luto é um processo de reconstrução de um mundo de significados que tem sido desafiado pela perda.

Por rede de suporte social, entende-se um conjunto de ações de delicadeza que fazem as pessoas enlutadas se sentirem acolhidas e cuidadas. Entretanto, revendo a influência do apoio social com essas pessoas, Knight e Gitterman (2014), Vander Houwen et al. (2010) asseguram que o trabalho em grupo deve ser analisado com base na teoria e na pesquisa atualizada. A avaliação é necessária, não só para

estabelecer se existem efeitos desejáveis, como perceber que não estão sozinhos e encontrar apoio mútuo para reorganizar seus sentimentos, além de descobrir maneiras de enfrentamento do luto; mas também para entender que nem todo apoio tem um efeito protetor sobre o enlutado.

Os estudos de Pascoal (2012) narram os encontros pré-estruturados de acordo com a demanda apresentada pelo próprio grupo. Por meio da articulação da teoria com a prática, evidencia-se que o atendimento em grupo para enlutados é uma alternativa viável que traz resultados positivos e inspiradores, e sua divulgação é importante para ampliar horizontes e criar novas possibilidades.

A pesquisa de Reeves (2011) busca descobrir os elementos necessários para usar no ritual relacionado com a morte como uma técnica psicoterapêutica, almejando aliviar a aflição das pessoas que experimentam a dor. Os rituais e cerimônias de luto tanto podem ser de natureza pública e demonstrativa, como privados e íntimos. Norton e Gino (2013) realizaram um estudo direcionando os participantes a refletirem sobre os rituais do passado e também criar novos padrões depois de experimentar perdas e dor. Cada pessoa vivencia segundo o seu modo particular de sentir.

Vale ressaltar que, apesar de algumas transformações que vão ocorrendo no decorrer do tempo, os padrões repetem as tradições de uma família, de um grupo, de uma cultura. A importância do ritual não está em sua repetição genuína do que foi no passado, nem em sua alteração para atender as necessidades do presente, mas no significado que traz, podendo ser um momento e um espaço de conforto e maior paz.

O estudo do Corrêa (2012) discorre sobre a possibilidade da descoberta de sentido na vivência do luto de uma paciente sob orientação da logoterapia com a seguinte proposta: confecção de um baú de madeira para que ela depositasse dentro dele tudo o que julgasse estar relacionado ao seu pai e as suas vivências com ele, diante da sua ausência definitiva. A paciente descobriu que poderia continuar amando o pai, pois ele continuaria existindo em sua vida, tendo uma importância que jamais seria furtada, embora fisicamente não existisse mais.

Para Frankl (2003), mesmo quando a pessoa não pode mudar uma situação, pode mudar a si mesma, ou melhor, a sua própria atitude, e isso contribui para uma vida plena de sentido.

Os estudos de Solomon e Rando (2012) e Tarquinio (2010) foram realizados por intermédio da psicoterapia do EMDR. Nesses estudos, os autores mencionam que a morte de um ente querido pode ser muito angustiante, com memórias e experiências

associadas com a perda disfuncionalmente armazenadas, impedindo o acesso à informação adaptativa, incluindo memórias positivas do falecido. A abordagem da psicoterapia do EMDR, que significa dessensibilização e reproprocessamento por meio dos movimentos oculares, permite o reproprocessamento de lembranças difíceis e dolorosas por intermédio da integração do conteúdo neuronal em diferentes hemisférios cerebrais.

Tarquínio (2010) realizou um estudo utilizando EMDR em caso de luto traumático. Os oito participantes da pesquisa – idade média 35 anos, incluindo 75% de mulheres – são membros da família das vítimas da colisão de trem que aconteceu em 12 de outubro de 2006, em Zoufftgen. Foram realizados de oito a 15 encontros respondendo protocolo EMDR. A eficácia da terapia foi avaliada a partir de critérios como: luto traumático, ansiedade, depressão e estresse psicológico. Observa-se uma redução em todos os indicadores, entre o início e o final do tratamento. Essas observações são muito encorajadoras, especialmente quando se sabe que 10 a 15% dos pacientes desenvolvem uma depressão crônica.

Os estudos de Basso e Wainer (2011), Silva e Nardi (2010 e 2011), Butler e Northcut (2013), realizados por meio da terapia comportamental cognitiva – TCC, objetivaram trabalhar as alterações emocionais e cognitivas, a aprendizagem de novas habilidades, o desenvolvimento de estratégias para lidar com as principais queixas somáticas e o treinamento para manejo dos problemas comportamentais.

Os estudos de Silva e Nardi (2010 e 2011) utilizaram os seguintes instrumentos: BDI – Beck Depression Inventory, BAI – Beck Anxiety Inventory, BHS – Beck Hopelessness Scale, os testes de atenção concentrada (AC) e sustentada (AS) e o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG). O atendimento terapêutico, para esse tipo específico de luto, mediante o enfoque da terapia cognitivo-comportamental, mostrou-se eficaz em relação aos fatores de atenção, depressão, ansiedade e desesperança. Em relação ao estresse, a paciente, pela morte súbita do cônjuge, estava em exaustão quando iniciou o tratamento e em resistência ao final, mostrando progresso. Houve redução do estresse psíquico (de 95% para 50%), da desconfiança em relação ao próprio desempenho (de 90% para 40%), de distúrbios do sono (de 95% para 45%), de desejo de morte (de 95% para 20%), distúrbios psicossomáticos (de 95% para 60%).

A pesquisa de Lima e Bouqvar (2014) indica que os recursos terapêuticos facilitaram o reconhecimento cognitivo do que aconteceu; restauraram as capacidades

adaptativas, buscando oferecer oportunidades para as pessoas enlutadas de avaliarem e utilizarem o apoio familiar e da comunidade; discutiram a existência de espaços dedicados a expressar e compartilhar a dor e a perplexidade causada pela perda de amigos, familiares, ídolos, entre outros, contribuindo com efeito protetor sobre o enlutado.

A leitura das pesquisas destacadas aqui indicou que escolha de uma pesquisa tem a ver com o problema abordado, mas também, com a postura do pesquisador diante do seu trabalho. O destaque específico à pesquisa de Lima e Bouqvar (2014) enfatiza a necessidade de dedicar especial atenção à finalidade e sentido de um trabalho com abordagem corporal, assim como a qualidade do contato que se estabelece entre terapeuta-paciente.

Como nada havia sido encontrado na primeira pesquisa bibliográfica que conjugasse Análise Bioenergética e luto, foram realizadas pesquisas pelo Google Acadêmico que apontaram uma única publicação na revista *Latino-Americana de Psicologia Corporal* de autoria da Lima e Bouqvar (2014). Essa pesquisa relata experiências de 13 famílias enlutadas pelo impacto de perdas súbitas em acidente numa empresa de grande porte. Foram realizados oito encontros de 2h30min de duração. Todas as famílias apresentaram problemas emocionais, bem como sintomas psicossomáticos.

Essas perdas eram de marido, filhos, pais, tios e irmãos numa faixa etária entre 20 e 50 anos. Foram utilizados exercícios corporais da análise bioenergética e exercícios de liberação do trauma desenvolvidos por Berceli (2007), psicoterapeuta que trabalha com pessoas que vivenciaram traumas profundos de guerra e catástrofes naturais, observando a necessidade de atendimento de forma rápida, acolhedora e segura. Criou-se uma sequência com sete exercícios visando restabelecer a energia contida no corpo, liberar as tensões que bloqueavam os movimentos, tornando-os mais leves e relaxados. Ao fim do trabalho, os participantes e as participantes demonstraram maior facilidade de contato e comunicação.

Uma abordagem corporal significativa com utilização das técnicas que envolvem corpo e também pensamentos, emoções, sensações e ações, ajuda as pessoas se desenvolverem de maneira integrada. Isso já foi apontado por Cipullo (2000), Tonella (2015), ao destacarem a importância de um terapeuta bioenergético saber ouvir o discurso, identificando a história e atentar-se aos sinais vocais que denotem disfunção biopsíquica. Ainda nesse sentido, os exercícios sonorizados com

frases referentes ao conteúdo emocional suscetível de ser liberado funcionam como uma espécie de ponte entre a soma e o mental, entre o verbo e o corpo. É a palavra dos conflitos internos que permite a manifestação corporal.

Os métodos verbais e simbólicos encontrados nas experiências relatadas neste capítulo continuam sendo fundamentais para o processo da terapia; entretanto a terapia corporal propõe, além da escuta verbal, uma escuta corporal, ou seja, integra uma abordagem dupla: psicológica (verbal) e o corporal (expressiva e motora), oferecendo avanços para o processo terapêutico. É aí que está o diferencial proposto nesta pesquisa, enfatizando-se que seu foco está no trabalho com pessoas enlutadas.

O trabalho corporal visa, em função disso, propiciar oportunidades de expressar livremente os sentimentos, o que dificilmente pode acontecer nas psicoterapias não aderidas aos pressupostos da Análise Bioenergética. Mesmo as abordagens não eminentemente verbais como o Psicodrama e a Gestalt, também há a falta nesse ponto, já que não levam em conta as tensões musculares caracterológicas.

Nesse sentido, a seguir apresentamos a Análise Bioenergética como um recurso terapêutico no processo de luto.

CAPÍTULO IV – ANÁLISE BIOENERGÉTICA

4.1. Relato histórico do surgimento da Análise Bioenergética

A terapia corporal bioenergética tem sido utilizada desde os anos 1950 com o intuito de ajudar as pessoas a expressarem dor, trauma, conflitos emocionais e prazer. Defende a ideia de que somos os nossos corpos como também nossos pensamentos, emoções, sensações e ações. A Análise Bioenergética, uma abordagem criada por Lowen e Pierrakos, ex-alunos do Reich, descende das descobertas da psicanálise de Freud e da teoria de Wilhelm Reich no que se refere à história analítica e à dinâmica familiar que, inscritas no corpo, influenciam a estrutura corporal e o comportamento do indivíduo.

Enquanto Freud (1923/1996) prestava atenção apenas às produções verbais de seus pacientes, Reich começou a trabalhar também o corpo, com uma técnica que visava especificamente aprofundar e liberar a respiração a fim de melhorar e intensificar a experiência emocional.

Desse modo, a Análise Bioenergética é um caminho único que combina terapia corporal e psicoterapia. O tocar é um contato de sensibilidade entre as pessoas. Estar em contato é estar percebendo, é estar consciente de; é possuir o conhecimento sobre alguma coisa. Essa expressão indica um vínculo próximo entre tocar e conhecer. É uma forma de entender a personalidade dentro de uma visão psicocorporal, na qual mente e corpo interagem e se relacionam através dos processos e movimentos energéticos (CIPULLO, 2000, VOLPI; VOLPI, 2001 e 2003, COTTA, 2003, WEIGAND, 2006).

Os bebês aprendem as qualidades dos objetos colocando-os na boca, local onde o sabor é a modalidade sensorial predominante. Já as crianças aprendem através do toque. A conexão existente entre tocar e conhecer deposita uma demanda importante no que se refere à terapia.

“Será que alguém consegue realmente conhecer outra pessoa sem tocá-la?” (LOWEN, 1975/1982, p. 80). Ou seja, o ato de tocar é uma das formas mais significativas de estabelecer contato e, ainda, de expressar sentimentos quando a palavra verbalizada não é eficaz ou suficiente, ou não está presente para traduzir o que

se intenciona ao outro. Ao tocar o paciente, o terapeuta consegue sentir suavidade ou rigidez de sua musculatura; a secura ou maciez de sua pele; a vivacidade dos tecidos. Por meio do toque, o terapeuta tem condições de transmitir ao paciente a noção de que o sente e que tocar é o modo natural de estar em contato.

Reich desenvolveu uma nova leitura das emoções humanas, passou a focalizar sua atenção não apenas no conteúdo, mas, também, no modo como o paciente se expressava, buscando, além de sua ancoragem psíquica, também a somática. Em 1933, lançou o livro *Análise do Caráter*, no qual publicou pela primeira vez os resultados de aproximadamente nove anos de trabalho psicanalítico (LOWEN, 1958/1977).

Em 1940, Lowen se encontrou com Reich a partir de um curso sobre análise do caráter na cidade de Nova York, no qual Reich fazia referência à identidade funcional do caráter de uma pessoa com sua atitude corporal ou couraça muscular. Lowen, impressionado com as ideias de Reich, tornou-se seu aluno e paciente. Logo depois, decidiu estudar medicina na Suíça, já tendo incorporado as ideias das intervenções corporais no tratamento psicanalítico, denominadas, por Reich, de vegetoterapia caracterológico-analítica.

Reich (1989/1998), elaborou o conceito de couraça de caráter como forma de compreender as tensões musculares subjacentes às defesas psicológicas vividas pelo sujeito em análise, ao entrar em contato com os conteúdos dolorosos e ameaçadores que foram recalçados. O conceito de couraça de caráter é fundamental para as psicoterapias corporais como teoria central da personalidade, servindo como ponto de partida para o diagnóstico e tratamento da psicodinâmica dos pacientes.

Para Reich (1989/1998), couraça é uma espécie de armadura biológica energética que se forma ao longo da vida; uma defesa contra os perigos do mundo externo e interno. Sua função seria proteger o indivíduo de experiências dolorosas e ameaçadoras. Assim, a técnica da análise do caráter passa a ser registrada no corpo, estando diretamente ligada à mobilização do sistema neurovegetativo, por meio de movimentos próprios.

Os estudos de Reich sobre as defesas (ou couraças) constitutivas do caráter associavam os traumas vivenciados ao longo do desenvolvimento infantil, em cada etapa, com os traços de caráter assumidos pelo indivíduo, tanto em sua expressão de personalidade quanto em sua constituição corporal (REICH, 1942/1975 e 1989/1998).

Reich (1989/1998) descreveu encouraçamento como uma série de anéis segmentados de tensões, dispostos em ângulos retos ao eixo longitudinal do corpo que funciona de maneira circular, na frente, dos dois lados e atrás, ou seja, como um anel. Esses anéis de tensão dispostos servem para dificultar ou inibir um fluxo unitário de excitação através do corpo inteiro. O médico austríaco listou sete anéis de couraça situados na coluna vertebral do corpo humano.

O primeiro é o segmento dos olhos, encontra-se na cabeça, abrangendo a base do crânio. Nesse segmento pode estar o primeiro bloqueio do fluxo de energia. 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. A couraça é dissolvida por meio de um trabalho para que os pacientes abram bem seus olhos, como se estivessem com medo, a fim de mobilizar as pálpebras e a testa, forçando uma expressão emocional e encorajando o movimento livre dos olhos (movimentos circulares e lateral).

O segundo segmento é o oral, que abrange todos os impulsos do sugar, chorar, gritar, morder, fazer caretas. Inclui os músculos do queixo, garganta e a parte de trás da cabeça. O terceiro segmento é o do pescoço onde se encontra a voz. O quarto segmento é o torácico que abrange braços, mãos, coração, pulmão e toda caixa torácica. O quinto segmento é o diafragmático. O diafragma é um músculo diagonal, fino, importante para respiração. O sexto segmento é o abdominal que engloba o intestino, o estômago, o fígado, o baço. É possível ocorrer muitos distúrbios nesse segmento. O sétimo segmento é o pélvico, onde se encontra quadris, ânus, pernas, pés.

O controle muscular ocorre da cabeça aos pés e, quando encouraçado, impede o livre fluxo energético. Para compensar; o corpo adota novas posturas como: ombros arqueados, testa franzida, olhos arregalados e outros. A análise do caráter é a técnica apresentada para modificar esse processo, desfazer a armadilha.

Reich (1989/1998) envolvia, na análise, além do conteúdo, a atenção ao modo como o paciente se expressava: tom de voz, postura, alinhamento corporal, atitudes, expressões faciais, e destacava as manifestações para que o paciente fosse adquirindo consciência do seu desempenho.

Com a substituição da vegetoterapia pela orgonoterapia, ele se afasta do estudo do caráter. Contudo, Lowen, ao regressar da Suíça com o curso Medicina

concluído, continua interessado em análise do caráter e se apropria dos estudos sobre o tema.

Entretanto, é a partir da década de 1950 que Alexander Lowen, juntamente com John Pierrakos, começa a desenvolver a Análise Bioenergética com ênfase nos aspectos corporais relacionados às defesas de caráter, incluindo a técnica de leitura corporal e exercícios voltados tanto para o tratamento clínico em geral quanto para as especificidades de cada estrutura de caráter (LOWEN, 2007).

Assim como Freud, Reich colocava seus pacientes no divã para serem trabalhados. Lowen e Pierrakos inovaram, colocando o paciente em pé, pois acreditavam que a postura ereta permitia que o indivíduo sentisse o chão e seu eixo. Juntos começaram a explorar possibilidades e diferentes trabalhos envolvendo o corpo no processo terapêutico (LOWEN, 2007).

Entretanto, apesar de manterem as mesmas bases e conceitos do mestre, posteriormente, acabam seguindo caminhos diferentes. Lowen continua com o trabalho da bioenergética e estabelece uma teoria e prática, considerando a análise do caráter proposta por Reich (1942/1975), indispensável tanto quanto o trabalho corporal. Para ele, a identidade funcional do caráter psíquico com a estrutura corporal ou atitude muscular é essencial para a 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-versa (LOWEN, 1975/1982).

A partir dos trabalhos de Reich, muitas outras escolas de abordagem corporal foram surgindo ao longo dos anos. Dentre as que mais se destacaram, permanece a Análise Bioenergética que se centra nos processos biológicos envolvidos na saúde e na energia do organismo.

Vale ressaltar que Lowen (1975/1982) combinou os princípios fundamentais da psicanálise com o trabalho direto no organismo a partir do ponto de vista de seu desenvolvimento energético, emocional e relacional. Quando se fala em energia no âmbito da abordagem bioenergética, a referência é a energia biológica, que é dinâmica, fluída e pulsátil. Segundo Lowen, a energia que se manifesta nos processos somáticos é a mesma que atua nos processos psíquicos e se chama bioenergia.

A Análise Bioenergética foi desenvolvida, primeiramente, como um método para tratamento dos sintomas neuróticos (depressão-ansiedade) para pessoas com problemas sexuais, de relacionamentos e doenças psicossomáticas. Contudo pessoas sem queixa clínica poderiam obter, com a Análise Bioenergética, uma

maneira satisfatória para resolver momentos de crise pessoal, aprofundar o autoconhecimento ou liberar sua vivência em direção à alegria e à criatividade.

Segundo Lewis (2005), a partir de 1980, ao ser ampliada, a Análise Bioenergética se tornou essencial no que se refere ao trabalho voltado para o interior da pessoa e para o relacionamento terapêutico, especialmente na forma de uma integração explícita do conceito de empatia. Dessa forma, a Análise Bioenergética é uma terapia psicocorporal que articula trabalho energético, relaxamento muscular, expressão emocional e elaboração psíquica.

4.2. A Análise Bioenergética como um recurso terapêutico

Segundo Lowen (1958/1977), a Análise Bioenergética desenvolveu uma leitura própria da caracterologia reichiana, que, enquanto teoria, tem uma descrição do funcionamento dos tipos de caráter, apesar de pontuar que não existem duas pessoas iguais no que tange a suas experiências de vida e a suas posições defensivas. Mesmo assim, essas caracterizações servem para facilitar a comunicação na abordagem bioenergética. Volpi e Volpi (2003) reforçam tal posicionamento, ao afirmarem que a caractereologia somente faz sentido quando usada como instrumento de mudança na vida do paciente e não como mero instrumento de classificação.

Lowen (1958/1977) entende que a personalidade de um indivíduo é determinada por sua vitalidade, ou seja, pela força dos impulsos e pelas defesas levantadas no sentido de controlá-los. Essas posições de defesa têm um padrão tanto em nível psicológico quanto muscular. Para Lowen, enxergar a pessoa significa ver o contorno ou forma do corpo e a configuração geral das tensões musculares específicas que bloqueiam o fluxo energético. Essas qualidades revelam a história e o caráter do indivíduo.

Baseando-se nessa percepção da pessoa, Lowen (1958/1977) descreve uma tipologia de caráter e propõe as denominações: esquizoide; oral; psicopata; masoquista e rígido, contudo, sem jamais rotular o paciente a uma dessas denominações, ressaltando que a maioria das pessoas exibe uma combinação variável de oralidade, masoquismo e rigidez. Ou seja, as pessoas não têm modelos únicos de si. A seguir, apresenta-se uma breve descrição dos cinco principais tipos de estruturas de caráter:

Esquizoide é uma terminologia que remete às pessoas que possuem pouco senso de si mesmas. Seus sentimentos são reduzidos, assim como o seu contato com o corpo. O caráter esquizoide, aprofundado por Lowen (1958/1977, 1967/1979, 1975/1982), apresenta medo do contato humano e se refugia no isolamento. Tende a preferir atividades solitárias que funcionam para evitar sentir emoções muito intensas. O distanciamento emocional é frequente em suas relações afetivas. O caráter esquizoide se forma a partir de vivências de rejeição afetiva na relação mãe–bebê.

Entrar em contato com essas sensações de rejeição, vivenciadas em uma fase pré-verbal quando não puderam ser simbolizadas pela palavra, representa uma imensa ameaça para o psiquismo. É exatamente por isso que o caráter esquizoide tenta se esquivar do contato humano, pois as relações humanas podem ser afetivas. Para o esquizoide, sentir significa sentir o pouco afeto que teve. O esquizoide precisa de atividades onde possa estar em relação consigo e com o outro, que tenha de interagir, de preferência corporalmente, em um contexto, fazendo parte do todo, para assim se sentir aceito e com vontade de se relacionar com esse ambiente.

O caráter oral apresenta dependência, a dor do abandono, incapacidade para enfrentamento da vida, tendência a depressão, dificuldade de movimentar-se por si mesmo. É generoso, contudo, tem pouco a oferecer.

O caráter psicopático tende a se motivar através do poder. Precisa sentir-se o maior, o melhor. Necessita dominar e controlar. São pessoas com grande capacidade para seduzir e manipular. Também para oprimir e desqualificar.

O caráter masoquista tende a ser um queixoso. Lamenta-se por um sofrimento que é só seu, mantendo-se numa posição de impossibilidade, submissão e recorrência de sentimentos negativos.

O caráter rígido apresenta uma tendência a manter-se em posição mais ereta. Busca com cuidado relações estreitas, mas não deseja se ligar ao outro por meio de relações físicas; representando assim uma espécie de orgulho defensivo. Têm medo de ceder, de submeter-se, medo de perder o controle de si. Coloca-se em estado de alerta nas mais diversas situações. São pessoas normalmente muito competitivas, ambiciosas, com tendências agressivas. A passividade é vivenciada como um estado de vulnerabilidade (LOWEN, 1975/1982).

O trabalho corporal na Análise Bioenergética, segundo Lowen (1975/1982, 1977/1985) é sempre coordenado com o analítico a fim de ajudar o paciente a compreender o comportamento neurótico devido ao trauma pelo qual passou no início

da vida. Esse entendimento, porém, torna-se um processo de crescimento, à medida que cada nova experiência de vitalidade e prazer lentamente transforma o corpo e a personalidade da pessoa.

Desse modo, ao elaborar um psicodiagnóstico, é imprescindível o discernimento para considerar as verdadeiras razões que motivaram o encaminhamento, possibilitando ao paciente uma vida com mais qualidade, envolvendo o bem-estar psicológico, físico, espiritual e social.

Buscando liberar as tensões, Lowen e Pierrakos criaram as posturas em pé para promover vibrações e dessa descoberta nasceu o conceito de *grounding*, o qual expressa a relação do indivíduo com a realidade básica de sua existência. Essa relação deve abarcar todos os aspectos da realidade, tanto a física/externa como a psicológica/interna (LOWEN, 1958/1977, 1975/1982, 1977/1985).

4.2.1. *Grounding*/enraizamento

Um dos principais conceitos da bioenergética é o *grounding*, termo em inglês que significa enraizamento. É literalmente verdadeiro dizer que a Análise Bioenergética foi desenvolvida do chão para cima (LOWEN, 1958/1977, 2007). Estar *grounding* é estar em contato com o chão, ou seja, enraizar o paciente na realidade do seu corpo, não apenas em sua relação com a experiência passada, mas também com as atitudes presentes, e a experiência do relacionamento terapêutico. Essa relação deve envolver todos os aspectos da realidade, tanto a física/externa quanto a psicológica/interna.

Segundo Lowen (1995/1997, p. 36) o *grounding* é um “processo energético em que há um fluxo de excitação através do corpo, da cabeça aos pés”. O processo de terapia bioenergética envolve a observação dos estados e movimentos físicos, ajudando o paciente a se conscientizar de suas sensações corporais associadas a eles e trabalhando com movimentos expressivos, ao mesmo tempo que se mantém um *grounding* apropriado. A relação com a realidade envolve operações complexas para recolher, processar e avaliar as informações que vem do interior e exterior da pessoa.

Por meio desse processo, são gradualmente aliviados os bloqueios ao fluxo de excitação no corpo e de inibição da respiração e do movimento. Com um foco consciente no *grounding* e nas sensações somáticas, a tolerância por um afeto mais forte é gradualmente ampliada. Por essa razão, é importante observar o modo como

o paciente fica em pé, relacionando-o com o campo de gravidade, sentindo a intensidade da vida (LOWEN; LOWEN 1977/1985; BELLIS, 2010; WEIGAND, 2006).

O *grounding* está intimamente relacionado à respiração. Afinal, uma boa respiração é essencial a uma saúde vibrante.

4.2.2. Respiração

O tema central da Análise Bioenergética é a conexão da vitalidade com a respiração, já que, por meio da respiração, consegue-se o oxigênio para o metabolismo. Do oxigênio depende a vida e a atividade do cérebro. É a respiração que energiza, dinamiza e, ao mesmo tempo, quando inibida ou contraída, reflete nossas atitudes psicológicas de defesa e padrões organizadores do corpo. A respiração diafragmática ajuda a ativar o sistema autônomo parassimpático de nosso cérebro, responsável por inibir a ação do sistema simpático e restaurar a sensação de relaxamento, desaceleração dos batimentos cardíacos, diminuição da pressão arterial, a diminuição da adrenalina e do açúcar no sangue. Por isso, ela é uma técnica importante para acalmar os problemas emocionais como ansiedade, medo, depressão, auxiliando o paciente a se desvincular da vigilância aos sintomas físicos e cognitivos da crise (REICH, 1989/1998).

Reich (1989/1998), Lowen (1975/1982) e Gaiarsa (2010) entendem a respiração como a integração mais básica que um indivíduo tem com o mundo. O modo como respiramos reflete o estado físico e emocional de um indivíduo e consiste num dos primeiros indicadores do estresse. Dessa maneira, a forma como um paciente respira se converte em um elemento de diagnóstico e um caminho de intervenção terapêutica.

Lowen e Lowen (1977/1985) ressaltam que uma respiração adequada oxigena o sangue e permite que a voz se expresse de forma plena, mantendo o metabolismo em funcionamento e permitindo assegurar o nível de energia necessário.

A respiração, para Gaiarsa (2010), é o hábito mais antigo e, por isso mesmo, o mais inconsciente; daí a impotência das pessoas ansiosas. Elas sequer percebem que a dificuldade básica está na respiração. Um animal ou uma criança pequena respiram corretamente e não precisam de instruções para o fazer, mas um adulto tende a apresentar padrões desorganizados de respiração que resultam de tensões musculares crônicas, distorcendo e limitando a sua respiração. Essas tensões são o resultado de conflitos emocionais que se desenvolvem ao longo do seu crescimento.

A respiração saudável é uma ação que envolve todo o corpo, isto é, todos os músculos do corpo estão envolvidos num determinado nível. Um exemplo correspondente são os músculos pélvicos profundos, que movem suavemente a pélvis para trás e para baixo durante a inspiração, para alargar o ventre; depois para frente e para cima, a fim de diminuir a cavidade abdominal durante a expiração. Esse movimento da pélvis para frente é auxiliado pela contração dos músculos abdominais. O movimento inspiratório começa na pélvis e flui para cima, até a boca. À medida que vai subindo, as cavidades (abdômen, tórax, garganta e boca) largas do corpo expandem-se com o intuito de absorver o ar. A garganta é especialmente importante, uma vez que, se não se expandir, não é possível respirar profundamente. Contudo, a pessoa pode encontrar-se severamente contraída ou comprimida como forma de ocultar sensações e sentimentos, particularmente a vontade de chorar e gritar. É muito comum no trabalho bioenergético que, posteriormente a um choro intenso, a respiração se torne mais profunda e fácil (LOWEN; LOWEN, 1977/1985).

Reich (1989/1998) ressalta que se permitir soltar a tensão na garganta e expande o ventre. Inspirar requer uma contração dos músculos apropriados da respiração, ao passo que a expiração leva ao relaxamento do corpo, uma vez que se liberta o ar retido nos pulmões.

Segundo Lowen (1958/1977, 1972/1983), as pessoas que têm medo de se soltar, apresentam dificuldades em expirar e mesmo depois de uma expiração forçada, o seu peito ainda permanece com ar. O peito inchado funciona como uma defesa contra sentimentos de pânico, os quais se relacionam com o medo de não ser capaz de conseguir ar suficiente. Quando uma pessoa nessas condições deixa o ar sair totalmente, experimenta um pânico momentâneo e reage inalando mais ar, enchendo novamente o peito, retendo uma grande reserva como medida de segurança. Por outro lado, as pessoas que mostram medo de enfrentar o mundo ativo e livremente apresentam dificuldade em inspirar e podem sentir-se aterrorizadas ao abrirem a garganta para uma inspiração profunda.

Muitas pessoas apenas utilizam os pulmões verdadeiramente quando riem ou choram profundamente. Essas duas experiências trazem consigo uma descarga de tensão emocional, permitindo uma sensação de alívio e descontração. A forma como respiramos reflete determinada disposição emocional, tendo em conta que a respiração se encontra intimamente relacionada aos sentimentos.

4.2.3. Respiração e energia

Reich (1989/1998) entendia o ser humano como uma das expressões da energia que chamou de *orgone*, uma energia que preenche todo o espaço cósmico e expressa, em diferentes concentrações, movimentos e formas. A energia está envolvida em todos os processos da vida, sentimentos e pensamentos, e expressa vida, ritmo, dinamismo, movimento.

O conceito de energia em Lowen é metabólico. A energia corporal advém da combustão dos alimentos e, para haver combustão, é necessário que haja oxigênio. O aumento de energia dá-se pela ampliação da respiração, dos movimentos, da fala do olhar. A respiração mais profunda abre a garganta, recarrega o corpo, ativa emoções reprimidas, facilita a expressão dos sentimentos ou evidencia o medo.

A Análise Bioenergética centra sua atenção na circulação energética corporal, organizando seu conceito de energia em torno do equilíbrio entre carga e descarga; circulação e bloqueio. Vale ressaltar que a quantidade de energia absorvida está ligada à quantidade que pode ser descarregada, necessitando haver um equilíbrio entre carga e descarga de energia.

O corpo é um sistema energético que está em interação com o ambiente, ou seja, um influenciando o outro. A ênfase é dada na respiração, no sentimento e no movimento, aliada à tentativa de relacionar o funcionamento energético atual com a história de cada paciente.

Essa energia é sentida pelo corpo como um movimento interno que, em estado de equilíbrio, é tido como agradável, expressando-se em bem-estar. O aumento do nível de energia, através da respiração e dos movimentos, proporciona a autoexpressão e restaura o fluxo de sentimentos corporais. Podem ser descritas como qualidade dos seres vivos: a autopreservação, a autoexpressividade e as atitudes livres, naturais e espontâneas do corpo. Toda a atividade do corpo contribui para sua autoexpressão, desde as mais simples, como olhar, falar, andar, comer ou mesmo dançar.

A seguir, apresenta-se a integração da Análise Bioenergética ao processo de luto.

4.3. A Análise Bioenergética diante do processo do luto

A forma como a criança se relaciona com a mãe produz um impacto estruturante na sua identidade, organização física e psíquica, sexualidade e relacionamentos. Nesse sentido, o tipo de relacionamento que um indivíduo estabelece com a mãe na infância irá determinar a sensação de segurança com que ele vive e se relaciona diariamente; se o relacionamento foi caloroso, se se sentiu protegido, acolhido e amado, desenvolverá um corpo naturalmente flexível e harmonioso, apresentará um bom contato com o chão e um forte sentido de segurança interior e de realidade. Ao contrário, se não recebeu afeto e não se sentiu amado, o seu corpo tenderá a se tornar mais rígido, como reação natural à baixa temperatura e a falta de contato afetivo (BOWLBY, 1988; AINSWORTH et al., 1978).

Cipullo (2000), ressalta que o primeiro contato do bebê com o mundo externo se dá em função da realidade corporal estabelecida na relação com a mãe, e essa relação irá fundamentar a futura vida afetiva do indivíduo. Afeto é, antes de tudo, uma condição somática de troca de calor e energia; enfim, o homem é um animal de sangue quente e necessita de calor e de proximidade para que seus movimentos respiratórios sejam aprofundados.

A teoria das estruturas de caráter, segundo Carlino (2006), demonstra que as crianças, numa tentativa de manter um senso de segurança quando se sentem ameaçadas pela perda do amor parental, desenvolvem defesas de caráter tanto psicológico, quanto físico. A perda do amor dos pais é sentida subjetivamente pela criança como dolorosa e ameaçadora e, num nível inconsciente, é percebida como uma ameaça à vida.

Uma vez que ser pai e mãe é um processo imperfeito, toda criança experimenta, em alguma extensão, perigos existenciais a sua vida. Para administrar essa ameaça a sua existência, as crianças reprimem a sensação de perigo à vida. Quando adultas, projetam esses sentimentos ameaçadores reprimidos e isolados nas pessoas com as quais convivem. Sofrem com a frustração e com a insatisfação de sua vida, tornando-se pessoas ansiosas e deprimidas.

Depressão, para Lowen (1972/1983), é um transtorno físico que deve ser entendido com base na dinâmica energética do corpo: “ninguém existe separadamente do seu corpo” (p. 15). Desse modo, não há nenhuma forma de existência mental independentemente da existência física de uma pessoa. A partir

disso, Lowen entende que o conceito de doença apenas mental é uma ilusão, ou seja, para ele, “não existe transtorno mental que também não seja físico” (p. 16). Portanto, toda doença é psicossomática já que a psique e soma são apenas faces diferentes do funcionamento do organismo; o que afeta a mente afeta o corpo e vice-versa.

Partindo desses pressupostos, não é possível uma pessoa sair da depressão através de pensamentos positivos porque seu nível de energia está rebaixado e sua respiração reduzida junto com todas as outras funções vitais. Dessa forma, a depressão é pensada também em um nível físico. Em outras palavras, a pessoa deprimida está física e mentalmente deprimida. O indivíduo é visto como uma unidade psicossomática.

As defesas psicológicas usadas para lidar com a dor e o estresse, tais como racionalização, negação e supressão, também, estão ancoradas no corpo e aparecem como padrões musculares que inibem a expressão. Esses padrões se tornam inconscientes e passam a fazer parte da própria identidade da pessoa, impedindo que ela consiga se modificar mesmo que entenda a natureza do problema.

Para Weigand (2006), Alves e Correia (2014), por mais ausente que o corpo esteja, ou pareça estar, ainda assim ele emite sinais de vida emocional. Se estiver equilibrado, é fonte de prazer, alegria e segurança. Se estiver em desequilíbrio, apresenta sintomas, tensões, dores e doenças, afinal, é o depósito das emoções. É através dos sinais do corpo que é possível saber se estamos estressados, alegres, tristes, cansados, com raiva ou com medo.

Essa sinalização, que mescla mensagens psíquicas e físicas, é cada vez mais reconhecida e pesquisada por vários saberes, seja nas correntes tradicionais da psicologia ou nos avanços da neurociência, que demonstram, por meio de exames e imagens, a relação entre funcionamento cerebral, sensações, emoções sentimentos e seu papel na manutenção da saúde (DAMÁSIO, 2004; WEIGAND, 2006; ALVES e CORREIA, 2014; KOEMEDA_LUTZ, 2015).

As ideias desses pesquisadores com novos conhecimentos e compreensões científicas corroboram com os princípios reichianos e da Análise Bioenergética e, portanto, têm importância particular para os terapeutas corporais, porque relaciona a interface corpo, mente, emoção e relações interpessoais, fundamentais ao trabalho terapêutico. Por essas razões, tem aumentado o interesse pela psicoterapia corporal, o que demonstra que a integração da Análise Bioenergética ao processo do luto vai além do discurso.

Assim, segundo Neimeyer (2001), quando alguém significativo morre, um mundo se acaba e outro começa provocando ameaças à segurança, medo, raiva, mudanças importantes na vida e na família. A experiência de perda de um ente significativo é dos eventos normativos que acarretam maior sofrimento emocional.

As pessoas enlutadas utilizam recorrentemente a estratégia de supressão a sua experiência ou expressão, permanecendo relutantes a partilhar os seus sentimentos com os outros. Sentem-se desanimadas, angustiadas, se isolam, a energia fica contida no corpo; e a Análise Bioenergética se apresenta como proposta inovadora principalmente por abrir possibilidades de se atentar para um novo discurso: o corpo. O corpo vivo está em constante estado de vibração ou pulsação, em geral, tão sutil que mal se percebe.

Se a teoria do apego explica a necessidade de chorar e procurar por alguém que foi perdido, a expressão emocional/corporal é uma das maneiras de lidar com essa dor.

Conforme Cipullo (2000), os exercícios corporais liberam as tensões que bloqueiam os movimentos, tornando-os mais leves e relaxados. O autor ainda destaca o caminho a ser percorrido por meio dos movimentos expressivos específicos tais como: auxiliar o paciente a se conscientizar de suas tensões; analisar quais impulsos ou ações a tensão tem função de bloquear em nível inconsciente; compreender o papel que a tensão exerce na economia energética do corpo; compreender que efeito a tensão causa no comportamento e nas atitudes do paciente.

O processo de luto é imprescindível para dar sentido ao que aconteceu na vida e retomar o controle sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre as relações afetivas. O luto, mesmo quando considerado normal, não significa que não seja doloroso ou que não exija um grande esforço de adaptação às novas condições de vida. É um longo processo que começa com a dor da perda de um ser querido e declina com a aceitação da realidade do seu desaparecimento e do caráter definitivo da sua ausência. Existe uma enorme variabilidade na intensidade, duração e forma como cada indivíduo se adapta a essa experiência. Portanto, é de grande relevância o conhecimento apropriado das questões que envolvem um processo de luto para uma avaliação e intervenção de qualidade dos profissionais de saúde junto às pessoas enlutadas.

Diante do exposto e considerando luto como um processo árduo, dolente que desencadeia sentimentos ambivalentes, como descrença, negação, desamparo; um

desejo constante de busca pela pessoa que morreu, sentimento de culpa, raiva, desorientação; apresenta-se a seguir o método da pesquisa cujos objetivos foram: investigar os efeitos da ação psicoterapêutica obtidos por meio da Análise Bioenergética com pessoas enlutadas; analisar os resultados da ação psicoterapêutica, considerando os fatores de proteção e os fatores de risco presentes no processo de luto.

CAPÍTULO V – MÉTODO

A presente pesquisa interventiva faz uso do método misto, isto é, uma abordagem de investigação que associa as formas quantitativa e qualitativa. Segundo Creswell (2010), seu uso combinado proporciona uma maior compreensão dos problemas de pesquisa, pois a integração das duas pesquisas permite que o pesquisador faça um cruzamento de suas conclusões de modo a ter mais confiança de que seus dados não são produto de um procedimento específico ou de alguma situação particular.

A pesquisa quantitativa é uma maneira de investigar o fenômeno por meio de números, baseando-se na análise estatística para descobrir fatos e números. A pesquisa qualitativa permite a aproximação de processos e significados que não são rigorosamente examinados e medidos em termos de intensidade, frequência e quantidade, mas, sim, como a interpretação de experiências subjetivas (DENZIN; LINCOLN, 2006). A ênfase nesse estudo de método misto aponta na direção da pesquisa qualitativa.

A discussão a ser considerada no método da pesquisa diz respeito à característica de uma intervenção em psicologia clínica com pessoas em sofrimento devido à perda de entes queridos.

D'Álones (2004) assegura que o estudo de caso condiz como uma abordagem qualitativa, frequentemente, utilizada para coleta de dados, fornecendo uma visão em profundidade das pessoas e permitindo avaliar mudanças ocorridas ao longo do processo. O estudo de caso consiste, portanto, em uma estratégia de investigação exploratória que visa colher fatos e organizá-los de maneira que se permita o seu amplo e detalhado conhecimento, buscando caracterizar situações peculiares da experiência de cada participante para descrever o fenômeno estudado.

Desse modo, de acordo com Yin (2003) e D'Álones (2004), os estudos de casos múltiplos permitem que o pesquisador explore e conteste as diferenças entre os casos. Tais estudos também buscam percepções e entendimentos sobre a experiência vivida pela perspectiva dos participantes, abrindo espaço para uma interação interpretativa entre o pesquisador e os participantes.

Yin (2015) recomenda que, para se fazer um estudo de caso de forma apropriada e significativa, é preciso conduzir a pesquisa de forma rigorosa e cuidadosa por meio de um mergulho profundo e exaustivo em um objeto delimitado. É o processo da pesquisa que qualifica as técnicas e os procedimentos necessários para as respostas que se quer alcançar.

Nessa perspectiva, optou-se pelo estudo de caso para o aprofundamento da análise do tema estudado. Quanto à análise dos resultados, esta foi realizada tanto pela análise da qualidade das informações de acordo com os objetivos, como também através do procedimento de análise de conteúdo proposto por Bardin (1977/2016), que tem como objetivo a busca de um sentido nas comunicações e de suas possibilidades em termos de significação, tanto explícitas quanto ocultas. Desse modo:

- O delineamento da pesquisa foi o estudo de casos em duas etapas: quantitativa – aplicação do instrumento de mensuração HGRC, para levantar características emocionais em dois momentos nos grupos GE e GC;
- Qualitativa: consta de entrevistas e sessões psicoterapêuticas da Análise Bioenergética.

5.1. Participantes

Os participantes são adultos enlutados em decorrência de uma ou mais perdas por morte, independentemente do tempo decorrido entre a morte. Foram divididos em dois grupos Grupo Experimental (GE) e Grupo de Controle (GC).

Vale ressaltar que o segundo grupo foi sugerido no exame de qualificação pela possibilidade ampliada de análise comparativa, o que foi aceito pela pesquisadora e orientadora. A escolha dos participantes foi feita aleatoriamente pela pesquisadora.

Os quatro participantes do GE receberam terapia individual de 14 sessões, durante quatro a seis meses, com a pesquisadora desta tese após a primeira aplicação do HGRC.

Os quatro participantes do GC ficaram em lista de espera durante quatro a seis meses após a primeira aplicação do HGRC, sem receber nenhum tipo de intervenção terapêutica.

A fim de preservar a identidade dos participantes, os nomes atribuídos a eles e aos demais, citados na pesquisa, são fictícios.

O Quadro 1, a seguir, apresenta a caracterização dos participantes do Grupo Experimental (GE) e o Quadro 2 apresenta a caracterização dos participantes do Grupo de Controle (GC).

Quadro 1: Características dos participantes do GE

Nome Fictício	Estado Civil	Idade	Profissão Escolaridade	Falecidos	Datas de falecimento e causas da morte
Mark	Casado	30 anos	Vendedor Ensino Médio	Mãe Avó Tia Amigo	(1991) câncer no intestino (1993) infarto (2010) infarto (16.03.2015) bronquite/ insuficiência respiratória
Mel	Casada	54 anos	Cuidadora de idosos Ensino Médio	Mãe Irmão	(03.04.2015) câncer no útero (13.05.2015) acidente de moto
Yaci	Casada	51 anos	Faxineira Ensino Fundamental	Filha	(21.07.2009) infecção generalizada
Vitória	Viúva	46 anos	Faxineira Ensino Fundamental	Marido	(10.04.2015) câncer no fígado

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 2: Características dos participantes do GC

Nome Fictício	Estado Civil	Idade	Profissão Escolaridade	Falecidos	Datas de falecimento e causas da morte
Bela	Viúva	26 anos	Comércio Exterior Superior	Marido	(07/2013) Convulsão
Graça	Solteira	42 anos	Coordenadora Pedagógica Superior	Pai	(07/2015) Câncer na vesícula
Lua	Casada	40 anos	Desempregada Ensino Médio	Pai	(04/10/2016) Cirrose hepática
Jana	Solteira	26 anos	Desempregada Superior	Avó, mãe e irmão Pai	(2009) Acidente de carro - os três no mesmo acidente (04/2016) AVC Acidente Vascular Cerebral

Fonte: Elaborado pela autora.

5.1.1 Critérios de inclusão

Pessoas adultas, enlutadas em decorrência da morte de um ou mais entes significativos, que tenham procurado ajuda no Laboratório de Estudos e Intervenções sobre o Luto – LELu da PUC-SP, independentemente da causa e do tempo decorrido da morte.

Entendendo que a maturidade não é unicamente uma etapa cronológica, e sim um estado mental que se dá com base nas vivências que a pessoa já experimentou e na forma que elaborou tais vivências internamente, a faixa etária dos participantes foi estabelecida entre 25 a 59 anos.

5.1.2. Critérios de exclusão

- Grávidas;
- Pessoas com limitações cognitivas que impedissem a compreensão dos procedimentos a serem utilizados.

5.2. Local da pesquisa

Os procedimentos da pesquisa foram realizados no Laboratório de Estudos e Intervenções sobre o Luto – LELu, no espaço físico da Clínica Psicológica Ana Maria Poppovic, da PUC-SP.

5.3. Instrumentos

Os instrumentos utilizados ao longo desse processo e sua aplicação são os descritos a seguir:

5.3.1. Hogan Grief Reaction Checklist – HGRC

De acordo com Hogan et al. (2001), o Hogan Grief Reaction Checklist (HGRC) é um instrumento de mensuração que consiste numa lista de 61 itens estruturados com pensamentos e sentimentos que as pessoas enlutadas podem apresentar (desde o falecimento), cujo objetivo é avaliar como o enlutado se encontra em seu processo de luto. O desenvolvimento desse instrumento foi baseado em dados de entrevistas com adultos enlutados (número de informantes, tempo decorrido desde a morte do

parente e tipo de morte não fornecido). A análise de conteúdo das entrevistas resultou na identificação de seis categorias: desespero, comportamento de pânico, crescimento pessoal, culpa e raiva, desapego e desorganização. O instrumento é marcado numa escala Likert de 1 a 5; sendo 1 não me descreve em nada; 2 descreve-me um pouco bem; 3 descreve-me razoavelmente bem; 4 descreve-me bem; 5 descreve-me muito bem.

As escalas do HGRC medem: o estresse de separação (escala-desespero, tristeza e desesperança); o comportamento de pânico (as características fisiológicas, incluindo excitação do sistema nervoso autônomo associado com medo e várias características somáticas, incluindo fadiga, dores do estômago, dores de cabeça e dores nas costas); crescimento pessoal (consciência espiritual e existencial, capacidade de tornar-se indulgente, carinhoso, compassivo, esperançoso e tolerante); culpa e raiva (sentimentos de amargura, hostilidade e sentimentos vingativos); desprendimento (evasão de medidas de ternura, mudança de identidade); desorganização (dificuldade com concentração e problemas de aprendizado e memórias anteriores).

O instrumento vem sendo utilizado em pesquisas pelo Laboratório de Estudos e Intervenções sobre o luto – LELu, desde 2012, com a finalidade de validação para a população brasileira.

5.3.2. Entrevista clínica inicial

As entrevistas constituem fontes de evidências importante de um estudo de caso. Caracteriza-se por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala. É um meio de coletar informações sobre um determinado tema científico, criando um bom *rapport* com o pesquisador.

A entrevista, pela sua característica de proximidade entre entrevistado e entrevistador, permite a obtenção de informações subjetivas mais expressivas do que com o uso do procedimento por observação ou questionário. Essa interação por meio da palavra torna possível apreender significados, valores, opiniões e compreender a realidade social com profundidade.

Assim, a entrevista torna-se uma forma apropriada de conhecer como os participantes enlutados percebem o mundo, de qual perspectiva eles falam e como vivenciam seu processo de luto. Outra vantagem se refere ao fato de o entrevistado

ter um papel ativo na construção da interpretação do entrevistador, já que o segundo concede ao primeiro a oportunidade de legitimá-la.

Foram abordados temas relativos ao processo de luto, tais como: reações nos âmbitos (social, emocional, espiritual, físico e cognitivo); relação com o falecido; circunstâncias da morte; rotina antes e depois da morte do ente querido; estado de saúde/queixas psicossomáticas após a perda; uso de medicação antes e após a perda; participação dos rituais; rede de apoio; religião e espiritualidade (Apêndice A).

5.3.3. Trabalhos corporais e técnicas em Análise Bioenergética

Para elaborar o plano psicoterapêutico de cada participante, baseado nos pressupostos básicos da bioenergética, foi preciso considerar os seguintes pontos: leitura corporal, respiração, postura, movimento, verbalização e *grounding*, afim de melhorar e intensificar as experiências emocionais dos participantes. Para o processo psicoterapêutico prosseguir, foi necessária uma relação de qualidade entre paciente e psicoterapeuta que implica: confiança, suporte, cuidado, reconhecimento e vínculo afetivo.

5.3.4. Entrevista clínica final

Esse instrumento teve por objetivo identificar as mudanças ocorridas após as vivências (Apêndice B), juntamente com a reaplicação do instrumento de mensuração Hogan Grief Reaction Checklist – HGRC.

5.4. Procedimento para realização da pesquisa

Cada grupo teve seu procedimento, descrito a seguir.

5.4.1. Grupo experimental (GE)

1ª etapa

A psicóloga coordenadora do LELu indicou para participar as pessoas enlutadas que aguardavam por atendimento psicológico individual, após entrevista inicial e aplicação do HGRC. Aquelas que aceitaram foram contatadas por telefone pela pesquisadora, que lhes informou detalhes do projeto e as convidou para um encontro.

Nesse encontro, foi explicado em que consistia a participação, os objetivos da pesquisa, seus procedimentos; foi obtida a assinatura do TCLE (Apêndice C) e a entrevista clínica inicial (Apêndice A).

Como os participantes já haviam sido avaliados pelo LELu, com aplicação e análise do HGRC, esse material passou a ficar em posse da pesquisadora.

2ª etapa:

A partir desse encontro, foi dado início ao procedimento de intervenção (psicoterapia individual), com uma frequência semanal e duração prevista de 1h em cada sessão. Os 16 encontros (duas entrevistas e 14 sessões) foram gravados em áudio, com concordância dos participantes, e transcritos para análise.

Os dias e horários dos encontros foram marcados de acordo com a disponibilidade dos participantes.

As intervenções aconteceram, proposta pela pesquisadora, baseadas nos pressupostos básicos da Análise Bioenergética preconizado por Lowen e Lowen (1977/1985). Tais procedimentos foram compreendidos como intervenções corporais, buscando trabalhar as tensões musculares, as emoções, sensações, movimentos, imagens e pensamentos em um todo funcional, de acordo com a compreensão diagnóstica que o terapeuta apreendeu do paciente a cada sessão.

3ª etapa:

Entrevista final e reaplicação do instrumento de mensuração Hogan Grief Reaction Checklist – HGRC.

Nesse momento, a pesquisadora se ausentou e contou com a participação de um representante do LELu, de maneira a possibilitar ao participante que se expressasse livremente, sem inibições que poderiam ser causadas se tivesse que se manifestar junto a pesquisadora/psicoterapeuta.

5.4.2. Grupo controle (GC)

1ª etapa

O procedimento inicial foi o mesmo para os dois grupos. Entretanto, após a primeira aplicação do HGRC sem receber nenhum tipo de intervenção terapêutica, os participantes do GC ficaram em lista de espera durante quatro a seis meses (Apêndice D).

2ª etapa

Foi efetivada a reaplicação do instrumento de mensuração Hogan Grief Reaction Checklist – HGRC. Os participantes desse grupo continuaram na lista de espera para serem atendidos em psicoterapia.

5.5. Procedimentos utilizados na análise do observado com cada participante

A análise dos dados na pesquisa de **métodos mistos** está relacionada ao tipo de estratégia de pesquisa utilizada para os procedimentos (CRESWELL, 2010). Nesta pesquisa, elegeu-se estudo de caso, uma vez que consiste em uma estratégia de investigação exploratória. Para apurar os dados, optou-se pela análise das falas dos participantes a fim de descrever e interpretar seus significados em um nível que vai além de uma leitura comum. De certo modo, a análise de conteúdo é uma interpretação pessoal por parte do pesquisador com relação à percepção que teve dos dados de acordo com os objetivos da pesquisa.

Os grupos GE e GO passaram pelas seguintes etapas:

5.5.1. Grupo experimental (GE)

1ª etapa:

Análise do discurso (interpretativa) das entrevistas e análise descritiva estatística do instrumento de mensuração (HGRC).

Inicialmente, realizou-se a transcrição das primeiras entrevistas e conjugadas com as informações já vinda do LELu, apresentando um perfil sociodemográfico com intuito de compreender o processo de luto de cada participante.

Após a transcrição, sendo as entrevistas lidas e relidas, foi realizada a análise do conteúdo, considerando a fala como um processo interacional de produção de sentido que se entretetece entre um cliente e um clínico. As informações foram transcritas na íntegra, incluindo expressões significativas, silêncios, choros, suspiros, risos, entre outras manifestações. A categorização teve como primeiro objetivo fornecer por condensação uma representação simplificada dos dados brutos (a dados organizados). Para Bardin (1977/2016), uma análise de conteúdo é também uma

análise de significados. O método das categorias é uma “espécie de gavetas ou rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação” (p. 43) característicos da mensagem.

A análise do instrumento de mensuração (HGRC) resultou na identificação das reações dos participantes quanto às categorias: desespero, comportamento de pânico, crescimento pessoal, culpa e raiva, desapego e desorganização. A análise dos dados foi realizada por meio de medidas estatísticas adequadas ao nível de medida das variáveis em questão, com o objetivo de avaliar o processo de luto dos participantes, os quais responderam às perguntas estruturadas com pensamentos e sentimentos que as pessoas enlutadas podem experimentar desde que aconteceu o falecimento da pessoa querida.

Da análise combinada desses dois instrumentos, foi elaborado o plano psicoterapêutico dos participantes do GE.

2ª etapa:

Análise das sessões psicoterapêuticas.

Posteriormente à coleta, o processo analítico prosseguiu ao longo das transcrições, registrando as informações que também foram transcritas na íntegra no mesmo molde daquela empregada nas entrevistas iniciais.

As entrevistas iniciais foram construídas a partir de um roteiro que forneceu categorias *a priori* da análise do conteúdo. A análise de conteúdo se vale da comunicação e é feita a partir da mensagem, tentando apreender de uma forma global as ideias principais e os seus significados gerais.

Após a transcrição das sessões psicoterapêuticas, que foram lidas e relidas, foram identificadas novas categorias (além daquelas citadas na entrevista), acrescidas e interpretadas, complementando a análise do conteúdo.

A pesquisadora escolheu os dados a serem analisados, procedendo à leitura flutuante de todo o material. Na leitura flutuante, relacionou-o com o material a ser analisado, apreciando o contexto e deixando fluir impressões e orientações, garantindo, assim, uma interação significativa com o material de análise.

Nesse constante ir e vir a partir do diálogo do material com as teorias que embasam essa pesquisa, sempre atentas aos objetivos (conforme as entrevistas iniciais), foram emergindo as categorias.

A análise também é um processo de elaboração, bem como o luto que requer tempo e dedicação.

3ª etapa:

Nessa etapa, foi utilizado novamente o instrumento de mensuração HGRC para averiguar alterações nas respostas, juntamente com a entrevista de finalização, quando foi solicitado ao participante que relatasse sua experiência sobre o trabalho realizado. A análise dos dois instrumentos dessa etapa foi feita nos mesmos moldes daquela utilizada na 1ª etapa.

Segundo Creswell (2010), combinar significa que os dados qualitativos e quantitativos estejam realmente fundidos em uma extremidade do contínuo.

A partir dos dados coletados, a pesquisadora integrou as informações na interpretação dos resultados gerais. Isso se deu qualitativamente, por meio de estudos de caso, e quantitativa por meio do instrumento estatístico como sugerem Dancey e Reidy (2013).

5.5.2. Grupo controle (GC)

1ª etapa

As informações procedentes do LELu foram validadas apresentando um perfil sociodemográfico com intuito de compreender o processo de luto de cada participante. A análise descritiva estatística do instrumento de mensuração HGRC do grupo controle (GC) foi realizada no mesmo molde do grupo experimental (GE).

2ª etapa

Depois de um intervalo que variou de quatro a seis meses, durante os quais os participantes permaneceram na lista de espera para atendimento no LELu, foi utilizado novamente o instrumento de mensuração HGRC (para averiguar se houve alterações nas respostas).

Para os resultados do GC, também foi integrado o instrumento estatístico.

Etapa final

Foi realizada a comparação entre os dois grupos, por meio do diálogo integrativo que possibilitou a análise dos casos e a comparação entre os grupos, destacando a importância da realização da psicoterapia no processo de luto.

A comparação dos resultados estatísticos, obtidos durante a pesquisa, foi descrita por meio de gráficos e tabelas, demonstrando as diferentes dimensões das referidas escalas entre os dois grupos.

5.6. Cuidados éticos

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP em 16 de julho de 2015 com número 49275015.8.0000.5482 no Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE. Os devidos cuidados éticos foram formulados de acordo com Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS 466/12 para pesquisas que envolvem seres humanos, considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas.

CAPÍTULO VI – RESULTADOS

Neste capítulo, apresentam-se os resultados coletados nesta pesquisa. Para ilustrar os conceitos explorados na análise, utiliza-se trechos do discurso dos participantes destacados em *itálico*, com algumas expressões que demonstram algo significativo na compreensão de seu conteúdo em **negrito**.

Todos os nomes pessoais citados na tese são fictícios com intuito de preservar a identidade dos participantes.

No primeiro momento, à luz da Análise Bioenergética, conversando com os teóricos da psicologia do luto, foi possível descrever a caracterização geral dos pacientes, a partir das informações obtidas por meio das entrevistas clínicas e dos instrumentos de mensurações – HGRC, com a intenção de compreender o processo de luto de cada participante e, em seguida, elaborar seu respectivo projeto terapêutico.

Posteriormente, realizou-se um movimento analítico dos aspectos gerais observados nas sessões para a particularidade de cada caso, em suas diferentes dimensões. Discorreu-se sobre a evolução dos participantes no decorrer das sessões, considerando os principais temas explorados, os exercícios da bioenergética trabalhados, autorregulação emocional e frequência das sessões.

Os estudos de casos foram organizados da seguinte maneira:

- 1- Perfil biográfico dos participantes;
- 2- Histórico do caso;
- 3- Resultados do instrumento de mensuração do HGRC, antes de começar as sessões psicoterapêutica e após a última sessão efetivada;
- 4- Análise geral – as análises das sessões e entrevistas foram embasadas nos fundamentos teóricos da Análise Bioenergética e Psicologia do Luto. As categorias foram definidas durante o processo, (*a priori* – entrevista; e *a posteriori* – sessões psicoterapêuticas) considerando a categorização um procedimento de agrupar dados comum: reações e sentimentos diante da ocorrência da morte, raiva e culpa, traição; queixas psicossomáticas após a perda; mudanças significativas: transformação de identidade e relação com o

falecido e com o mundo; crença e espiritualidade: busca de significado para o que aconteceu; crescimento pessoal, integração e dias melhores;

- 5- Análise da finalização – entrevista final e a segunda aplicação do instrumento de mensuração – HGRC;
- 6- Comparação dos resultados estatísticos dos dois grupos: GE e GC;
- 7- Análise final/geral.

6.1. Apresentação dos casos clínicos do grupo experimental – GE e análise dos dados

6.1.1. Caso Mark

Dados biográficos

Mark tinha 30 anos, casado, evangélico, homossexual, trabalhava em uma empresa exercendo a função de vendedor, boa aparência, não conheceu o pai, e a mãe, que lhe dava pouca atenção porque trabalhava à noite como prostituta, morreu quando ele tinha 5 anos. A avó assumiu Mark, contudo, dois anos depois, morreu de infarto na presença dele. Mark foi morar com uma tia, irmã da mãe que também morreu dois anos depois de derrame cerebral. O único irmão de Mark se tornou mendigo e a família não tem mais contato. Outra tia, que gostava dele, resolveu assumi-lo, mas os primos e tio o importunavam por ele ter um jeito diferente de se expressar. A dinâmica que se desenvolveu no interior da família e que se traduz pela relação entre os membros foi o grande determinante dos desempenhos positivos e negativos dos membros individuais e da família como um todo.

Meus primos e tio implicavam comigo e até me batia. Sabe, eu sempre tive “trejeitos” assim de homossexual, sabe?! Aí ninguém aceitava muito. Meu tio falava que eu tinha que ser homem batia na minha cabeça.

Assim sendo, uma prima sugeriu colocá-lo em um colégio evangélico onde ficou internado duas vezes. Na primeira internação, dos 9 aos 12 anos, foi bem tratado; mas na segunda internação, dos 12 aos 16 anos, foi muito complicado. Os internos mais velhos abusavam dele e o ameaçavam caso ele contasse aos professores. Mark sofreu muito, tinha muito medo de continuar morando naquela instituição.

Relatou ainda que, depois de muito tempo de angústia, resolveu contar para o diretor. Quando os meninos que abusaram dele foram chamados para conversar na coordenação do colégio, eles prometeram dar uma surra no Mark. A promessa foi cumprida e o Mark resolveu sair do internato.

Ai eu fiquei que nem peteca de novo, me jogavam prá lá e pra cá. Fui morar na casa da tia Branca. Ela me maltratava... (choro). Depois fui morar com a outra tia; aí fiquei na casa de outra tia; voltei a morar com outra tia...

As tias falavam que gostariam que o sobrinho constituísse uma família com mulher e filhos. Mark começou a trabalhar, voltou a estudar e, para agradar as tias, resolveu namorar uma menina, mas só sentia amizade por ela.

*Cheguei a ter relação sexual sim, namorei quatro anos, mas não gostava dela. Eu nunca menti para ela, sempre falei à verdade. Falei olha: fico com você por causa da minha família. Eu vivia por causa da minha família, por causa deles. **Eu achava que ia ser a vergonha da família. Eu sempre achei que eu ia ser a vergonha da família.***

Depois de um tempo, conheceu um rapaz na boate e se apaixonou, casaram-se e viveram cinco anos juntos. Quando o companheiro terminou a relação, Mark ficou muito triste, começou a exagerar nas bebidas e nas drogas e a sua vida foi só piorando. Nesse momento, conheceu uma pessoa que se tornou seu grande amigo, mas, quando o vínculo afetivo de estabeleceu, o amigo morreu.

Existe no seu discurso muito fracasso, muitas perdas, entretanto muita vontade de vencer, por isso Mark, que significa grande guerreiro, é o seu nome fictício. Sua história é permeada por conflitos, insegurança, medo de morrer, raiva. Sua base segura não foi constituída.

Mark buscou ajuda na Clínica Psicológica da PUC-SP por encaminhamento do Centro de Atenção Psicossocial – Caps de Pirituba devido a crises de ansiedade e pânico, com sintomas de taquicardia, sensações de terror, dificuldade de respirar e insônia.

Tem excesso de cuidado com a saúde, medo exagerado de morrer, por essa razão busca ajuda médica constantemente, entretanto os resultados dos exames sempre estão normais.

Reações e sentimentos diante da ocorrência da morte

A reação do Mark diante da morte foi de desespero e irrealidade. O paciente não acreditava que tinha perdido mais um ente querido que tanto amava e se identificava. As perdas múltiplas em sua vida tornaram impossível, em um primeiro momento, dar à vida uma natural continuidade. Mark sofreu verdadeiramente com cada episódio de perda em sua vida.

Queixas psicossomáticas após a perda

Os sintomas de Mark antes da morte dos entes queridos era ansiedade e medo de morrer. Depois das mortes, os sintomas aumentaram consideravelmente: transtorno de ansiedade e pânico, medo de morrer, depressão, taquicardia, irritabilidade, náuseas, tonturas, dor no peito, pontadas na cabeça. Sentimentos esses que condizem com os resultados do instrumento de mensuração HGRC nos itens desespero, pânico e desorganização. Entretanto os resultados dos exames físicos e laboratoriais foram satisfatórios.

Mudanças significativas: transformação de identidade e relação com o falecido e com o mundo

Relatou que ocorreram mudanças significativas na sua vida após o falecimento da tia/mãe. A tia que o ajudou na infância, que aceitava a sua sexualidade, que ia visitá-lo no trabalho. Também perdeu o emprego logo após a oficialização do seu casamento.

Após esses eventos tão marcantes, a ansiedade do Mark aumentou intensamente, expressando-se de maneira acelerada, entretanto com um discurso organizado e fluido. Se sente desamparado com o impacto que o falecimento da tia causou; sua base segura, único apoio recebido da família sobre a sua sexualidade. As demais tias chamavam atenção constantemente do seu comportamento, afetando sua organização emocional, deixando-o com uma sensação de inadequação e vergonha que foi se agravando no decorrer do seu desenvolvimento.

Aceitar a realidade, apesar do medo

No início de seu processo terapêutico, procurou-se realizar o procedimento padrão aumentando a capacidade respiratória, fazendo arcos, alongando o corpo e, daí, obtendo resultados positivos na função respiratória, uma vez que a leitura corporal

foi dirigida para o fluxo da energia, da vitalidade e da percepção de si. Observou-se em Mark a presença de defesa de caráter oral/rígido, com boa proporção corporal, pernas longas, joelho travado, respiração superficial, o que esclarece o nível baixo de energia, ombros caídos, nádegas e pélvis mantidas para frente. A temperatura fria, pele aparentemente amarelada, movimento muscular estático rígido com pouco contato visual. Olhar de súplica, faz contato, mas não foca.

Também foi possível perceber tensões fortes na base da nuca e um olhar triste uma necessidade constante de falar como descarga da sua ansiedade e medo como emoção em diversos contextos, principalmente em relação à morte. Existia um esforço muito grande de perfeição, de corresponder expectativas das pessoas na intenção de ser amado e aprovado.

Mas eu acho que o meu maior problema hoje é o meu lado sentimental. Eu não era tanto assim, mas agora se alguém olhar pra mim com a cara feia já fico triste, se a pessoa não conversa comigo, já fico com aquilo na minha cabeça. Que nem no trabalho, lá tem várias pessoas que eu converso, mas tem uma que nem olha pra minha cara; eu quero saber porque. Pode ser o jeito dela, mas eu me bloqueio...

Mark aceitou bem as propostas corporais oferecidas e relatou que as técnicas e os exercícios experimentados estavam sendo fundamentais para aliviar a ansiedade, que tanto prejudicava sua qualidade de vida.

A terapeuta explorou as perdas obtidas no decorrer do processo de sua vida trabalhando o relaxamento dos músculos da nuca, por meio do suporte da cabeça sobre nossas mãos. Esse procedimento permitiu uma ampliação da respiração, devido à abertura do tubo da garganta, possibilitando um melhor acesso ao choro preso, de uma maneira acolhedora. Também houve trabalho com massagem como forma de vivenciar o sentimento de ser nutrido. Outra forma de relaxar se deu de forma mais ativa, lúdica, mexendo com todas as partes do corpo.

O contato profundo com a respiração foi também enfatizado como forma de construir recursos somáticos para lidar com os sentimentos ameaçadores de pânico e ansiedade, principalmente com medo de tudo que se relaciona com morte.

Geralmente quando venho pra cá vejo muito cemitério. Fico meio agoniado quando olho. Então evito de sentar do lado onde vejo cemitério, sento do outro lado. Então luto pra mim é morte. Lembro de

peessoas que já morreram, que nem meu amigo Daniel. Quando sinto saudade, vou lá no Facebook dele, olho as fotos, lembro da minha tia, ah! Minha tia! Quando ela fazia uma comida gostosa, minha tia é cozinheira, cozinhava muito bem, oh! Sinto saudade. Da minha mãe não tenho muita lembrança, porque eu era muito pequeno, tinha apenas 5 anos. Michael lembra bem mais do que eu, porque ele tinha 15 anos quando perdeu a mãe dele. Da minha mãe não vem tanta lembrança, mais dos amigos. Do meu amigo Fernando, Daniel, do Flávio da minha tia que agora morreu. Do meu tio que morreu na copa. Quando chega a copa eu lembro. Ah! Meu tio morreu na copa! Lembranças assim que tenho! Essa semana eu pensei muito no Daniel. Meu Deus pra mim Daniel está, era pra estar aqui vivo.

Com o propósito de provocar experiências sensibilizadoras, recorreu-se à técnica do agachamento com a bola rolando entre as costas do paciente e a parede. Mark foi se organizando e se conscientizando que a boa respiração favorece a acumulação de energia vital e a má respiração prejudica, e que respirar significa purificar e alimentar o organismo.

O paciente entendeu que, para respirar bem, é preciso: esvaziar os pulmões lentamente; depois; deixar que o ar penetre espontaneamente nos pulmões vazios e depois continuar a respirar profundamente. Para isso, primeiro é necessário rebaixar o diafragma e depois abrir o tórax para encher o pulmão e continuar a respirar normalmente, sem esforço. Mark deu os primeiros passos para explorar, juntamente com a terapeuta, as profundezas de uma experiência tão dolorosa e começou começando a entender o que tinha de fazer para enfrentar e expressar o medo e a agressividade, praticando os exercícios da bioenergética.

Busca de significado para o que aconteceu

O ritmo interno do paciente começou a se restabelecer. Mark começou a entender que a vida e a morte têm profundas relações, mostrando menos aflição ao falar da finitude. A perda por morte nos fala em primeiro lugar de um vínculo que se rompe de forma irreversível, contudo, o amor e o afeto envolvido nas relações podem permanecer internalizados nas lembranças e memórias em um luto elaborado.

Na sétima sessão, Mark chegou bem animado relatando:

Não fico mais nervoso com eu ficava. Hoje sei me controlar mais, respirar mais. Quando começo sentir qualquer coisa, quando começa a vir, já sei o que fazer. Faço meu exercício, depois ligo o rádio, olho o celular, coloco a música que eu gosto de ouvir; eu hoje estou bem melhor; sei me controlar mais. Hoje poucas vezes... estou aprendendo ouvir mais, estou mais tranquilo.

Foi possível perceber que Mark se sentia mais sereno, buscando significado para o que aconteceu com ele, contudo se cansava com facilidade e, segundo Lowen (1958/1977), do mesmo modo que a fruta verde não consegue se enraizar satisfatoriamente, o organismo humano imaturo tem uma grande dificuldade em estabelecer suas raízes funcionais na realidade. Nesse sentido, Mark trabalhou a respiração do reflexo do nascimento que envolve as pernas e os pés, favorecendo assim o contato com a realidade e o fortalecimento do ego.

Também foi realizado o exercício do “conquistando o que é meu”. Paciente e terapeuta se posicionaram frente a frente, segurando nas pontas de uma almofada, e pedimos ao paciente que se expressasse com a seguinte frase: “*É meu! Me dá! Eu quero!*”. O paciente oral é um eterno “saco sem fundo”, sempre vazio e querendo mais. Não importa quanto se dê a ele, nunca é o suficiente.

Considerando as ideias de Bowlby (1982/2006), vale a pena ressaltar que estabelecer fortes e significativas relações de apego com as pessoas que nos cuidam é uma necessidade básica fundamental, tanto para a sobrevivência quanto para a obtenção de prazer e segurança. Mark não teve cuidadora.

Eu fu jogado para lá e para cá, que nem bola de ping e pong.

Mark tinha uma organização na qual a energia se concentrava na parte superior do corpo, por esse motivo a terapeuta trabalhou muito *grounding* de pernas e pés também em pé (joelhos afastados e flexionados e as nádegas relaxadas). Ele respondeu com defesas compensatórias intensas do tipo rígido, usando a razão, no entanto, se beneficiou ativamente do trabalho.

Após alguns instantes nessa posição, as pernas começaram a vibrar e essa vibração se espalhou por todo o corpo, favorecendo a conexão do paciente à sua realidade corporal e também a realidade externa (chão).

Ao ser questionado como se sentia, Mark respondeu:

Estou bem. Me sinto... ainda sinto ansiedade, mas bem menos. Estou aprendendo a lidar com a minha ansiedade. Hoje eu sei como lidar, não preciso ir pro médico pra saber o que eu tenho, já me conheço. Fiz muitos exames para a empresa. Está tudo legal; claro que quando fui fazer os exames senti medo. Exame de cabeça, exame de coração, exame de... mas deu tudo certo. Como sou ansioso, abri logo os

exames para ver o resultado, antes do médico. Fiz também exame de vista e vou precisar de usar óculos. Eu tenho miopia coisa pequena, mas vou precisar usar óculos. A médica falou que eu tenho que me cuidar para não aumentar.

Foi possível constatar que Mark experimentou a vibração como uma sensação agradável de vida no corpo.

Traição/Raiva

Na sessão seguinte Mark chegou triste falando que foi traído mais uma vez. Descobriu que o marido saiu com outra pessoa e que ele reagiu de uma maneira muito agressiva: falando alto, ameaçando o marido, quebrando os copos.

Sabe, fiz aquilo porque foi a forma que eu encontrei para me aliviar. Eu sempre fui assim. Minhas tias falam que quando era pequeno e queria alguma coisa e não ganhava, eu me jogava no chão, quebrava, pisava. Assim: queria um sorvete, e a minha tia falava não vou dar, ficava nervoso e me jogava. Eu tinha muito esse problema. Descontava sempre em alguma coisa, me jogava no chão, rasgava as coisas e ficava chorando. Até Jesus Cristo chorou quando foi traído, não chorou?! Eu fui traído, foi uma grande dor pra mim e eu não gostei. Não achei legal, eu não merecia isso.

Um episódio de traição causa uma crise, que oferece a possibilidade de repensar os erros e conversar sobre questões mal resolvidas. Ignorar o fato transforma a infidelidade em um fantasma que pode ressurgir a qualquer momento. Segundo Lowen (1958/1977), a forma mais simples de fazer uma pessoa expressar sentimentos é fazê-la chutar algo falando “**não**”, sustentando a voz em um volume alto. No primeiro momento, o som saiu fraco, mecânico. O paciente foi incentivado a experimentar outra técnica: torcer uma toalha expressando uma palavra ou frase significativa. A frase elaborada pelo paciente foi: *Não! Não! Não! Não aceito traição!* Dessa vez o som saiu bem alto.

A vivência trouxe um grande alívio para o paciente. No final da sessão foi possível notar a vida voltando, olhos brilhando e a cor da pele com mais vigor.

O olhar de Mark revelava uma expressão descontraída, suave. Respirava com harmonia e falava com tranquilidade. Mark estava reorganizando as mudanças psico/físicas que emergiam gradualmente e compartilhando com alegria. O ritmo pontilhado por pausas, acelerações e ponderações descreviam o que sempre almejou: comunicar consigo mesmo e viver no mundo.

Os fatores que dificultaram o processo de luto do Mark foram: perdas múltiplas de pessoas jovens; crença de não ter recursos para enfrentar a perda; falta de continência na dinâmica familiar.

Os fatores que apareceram associados à facilitação e elaboração do processo de luto do Mark foram: relacionamento saudável com as pessoas que faleceram; crença religiosa; percepção de que se tornou uma pessoa melhor, mais espiritualizada; possibilidade de manter a memória viva dos entes queridos, dando continuidade aos vínculos afetivos.

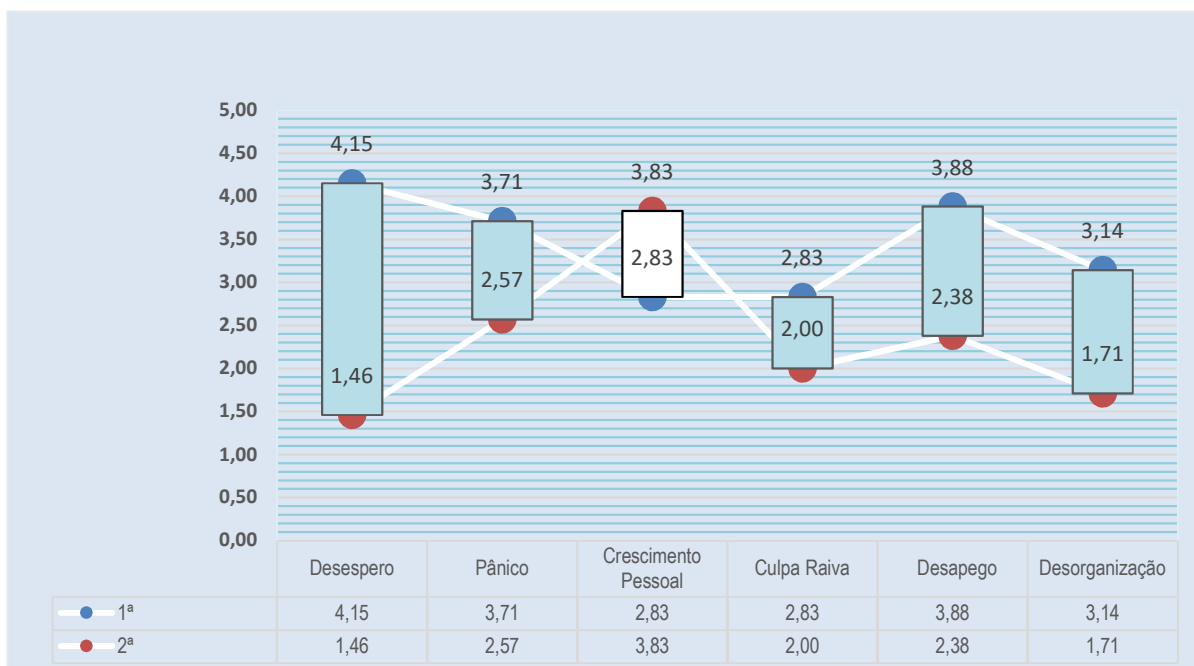
Crescimento pessoal, integração e dias melhores

Mark compareceu a todas as sessões, aproveitando bastante a terapia para trabalhar seus conflitos. Quanto ao resultado do instrumento de mensuração no final das sessões, constatou-se uma melhora significativa em todas as subescalas, destacando-se o item do comportamento de pânico com as questões: eu tenho ataques de pânico por nada; sinto-me doente com frequência; sinto-me incapaz de enfrentar essa experiência; penso que vou morrer. No início da terapia esse tema era a queixa principal; contudo, no final da terapia, ele respondeu: essas questões não me descrevem em nada.

Mark aprendeu a enfrentar a vida com mais esperança, sentindo-se mais forte e seguro. Seus dias estão sendo bem melhores do que antes.

No último encontro, Mark lembrou a importância dos exercícios que havia praticado nas sessões e que ele pretendia transformá-los numa prática regular. Entendeu que, enquanto estiver em contato com seu corpo e percebendo seus sentimentos, estará livre de reações desconfortáveis.

Gráfico 1: Resultado (médias) das dimensões do instrumento de mensuração – HGRC do Mark antes e depois da psicoterapia



Fonte: Elaborado pela autora.

6.1.2. Caso Mel

Dados biográficos

Mel tinha 54 anos, evangélica, três filhos (um rapaz e duas moças), um companheiro há dez anos, mas não conseguia assumir o relacionamento, era a oitava filha de dez irmãos e sua profissão cuidadora de idosos. Orgulhava-se do seu trabalho, mas admitia que estava muito cansada. Tinha um bom relacionamento com os filhos, considerando-os muito amigos e sentindo-se amada por eles. Demonstrava acentuada dependência emocional e necessidade de satisfazer o outro.

Mel buscou ajuda na Clínica Psicológica da PUC-SP por encaminhamento de uma psicóloga, filha da senhora onde ela trabalha, devido às crises de ansiedade, dificuldade de respirar, taquicardia, insônia, dores corporais, dor no estômago, agitação, medo, insegurança além de sentir tristeza e raiva de não ter cuidado da mãe.

Chegou me olhando desconfiada, sentou-se, abaixou a cabeça com as mãos cruzadas no meio das pernas, apertava-se, contraindo o abdômen e o tórax (parecia que não sentia a coluna). Assim demonstrando desconforto e timidez relatou:

Sabe doutora, antes da doutora me ligar eu me sentia assim muito mal, me sentia assim que nem eu estava entendendo o que eu estava sentindo...

Relatou que não teve infância, desde muito pequena ajudava a mãe em casa, além de trabalhar como babá. Depois que se casou, passou a trabalhar muito mais para conseguir sustentar a casa e educar os filhos, uma vez que o primeiro marido vivia desempregado e maltratava a família. Várias vezes foi ameaçada de morte.

Muito difícil praticamente ele era um a mais pra sustentar dentro de casa. Além dos três filhos, também ele. Olha; meu primeiro ano de casamento foi até bom, mas depois ficou horrível ele me fazia mal eu não suportava olhar pra ele, não aguentava ouvir a voz dele não gostava de ter relação sexual. Quando tinha tudo era forçado, fazia por obrigação, entende doutora? Conviver debaixo do mesmo teto com meu marido foi muito difícil. Desde 2007 quando eu pedi pra ele sair de casa, ele começou a ficar violento, aí dormia com faca debaixo do travesseiro e me ameaçava. Dizia: Olha se você separar de mim mato os três filhos, te mato, depois me mato. Eu sou evangélica tive uma criação assim: tudo muito certinho; então sofri muito. Sei que é pecado, doutora, eu ficar falando assim, mas a única coisa que eu gostei do meu casamento são os meus filhos. Hoje eu não consigo imaginar minha vida sem eles.

O ambiente hostil que Mel viveu contribuiu para que ela se tornasse uma pessoa ansiosa, agitada, preocupada, com estilo de apego predominantemente inseguro, intensificando-se consideravelmente com as duas perdas significativas da mãe e do irmão, num espaço de tempo de apenas dois meses.

Reações e sentimentos diante da morte

Mel relatou que chorava muito, sentia-se amargurada, não sabia lidar com sentimentos de perdas e vulnerabilidade. Tinha muita dificuldade de expressar seus sentimentos, apesar de ter amigos da igreja, filho, filhas, nora, genros e um companheiro maravilhoso. Sempre cuidou das pessoas com quem conviveu, no entanto, tinha dificuldade de receber cuidados mesmo vindo do companheiro. Ela não conseguia falar dos seus sentimentos com ninguém, sempre fugia quando alguém se aproximava. Muitas vezes sentia vontade de contestar as pessoas, falar o que estava pensando, mas não conseguia e se calava, originando dor de estômago (órgão onde os alimentos são digeridos é o mais afetado do seu organismo).

Esses sentimentos revelados são coerentes com o resultado do instrumento de mensuração HGRC. Os índices mais elevados na subescala de desespero foram: eu tenho pouco controle sobre a minha tristeza; parece que eu estou em choque; eu sinto peso no meu coração; tenho dificuldade de aceitar a permanência da morte; choro com muita frequência. Na subescala de comportamento de pânico: às vezes meu coração bate mais forte do que o normal; assusto com facilidade; queimação no estômago; tensão muscular; medo; tontura; dores nas costas. Na subescala de culpa e raiva: eu me sinto frequentemente amargurada; sinto-me magoada; tenho sentimentos hostis. Na subescala de desapego: tenho medo de perder o controle. Na subescala de desorganização: tenho dificuldade em lembrar-me de novas informações. Quanto ao crescimento pessoal: me preocupo mais com os outros e não sou tolerante comigo.

Dificuldade de entrar em contato com seus sentimentos

A paciente tinha dificuldade de sentir emoção. Ela apenas falava dos sentimentos, mas tinha dificuldade em entrar em contato. Em termos de diagnóstico e leitura corporal, constatou-se em Mel a presença de defesas de caráter esquizoide/masoquista, uma vez que sentia dificuldade para respirar, suspirava frequentemente, abdômen contraído; tensão no pescoço; olhar vazio; braços pendentes; desarmonia entre as partes do corpo, falta de expressividade. Aspecto geral: retenção.

Apresentava medo do contato humano, evitava relacionamentos íntimos e afetuosos e se refugiava no isolamento. Tendia a preferir atividades solitárias para evitar sentir emoções muito intensas. O distanciamento emocional é bastante frequente em suas relações afetivas; são difíceis de serem estabelecidos por causa da falta de energia das estruturas periféricas de contato. Mel tinha um relacionamento amoroso de dez anos, já fora convidada para morar no apartamento do namorado, mas tinha medo de assumir a relação, de tomar a decisão de morar junto e se arrepender.

Sabe, doutora. Eu ainda não consigo. Fico pensando, hoje eu vou para casa do meu companheiro e não vou fazer nada. Vou só preparar uma comidinha para nós dois e pronto! Vou ficar tranquila no sofá assistindo televisão. Há! Não consigo... doutora. Chego lá esqueço de tudo. Faço tudo menos o que eu falei. Gente! Vou lavar quintal, vou fazer... vou... Trabalho que nem uma louca. Quando ele chega é só beijinhos, meu

amor. Tchau! Preciso voltar para trabalhar... Pode isso?! Ele fala: Amor, não acredito!

Segundo Lowen (1958/1977), o caráter esquizoide se forma a partir de vivências de rejeição afetiva e experiências na relação mãe–bebê. Entrar em contato com essas sensações de rejeição vivenciadas representa uma imensa ameaça para o psiquismo. É exatamente por isso que a Mel tentava se esquivar do contato humano, pois as relações humanas são sempre carregadas de nuances afetivas, sentir significava experimentar o pouco afeto que teve.

Aí eu fico com tanta raiva de mim, doutora. Quando eu volto para trabalhar, fico pensando: “Meu Deus, eu tive todo tempo para ficar com ele e não aproveitei”. Ai quando eu estou longe eu sinto falta. Olha doutora, vê se pode uma coisa dessa! Ai meu Deus, porque eu não aproveitei os momentos que estamos juntos?

Raiva e culpa

Mel sentia muita raiva e culpa por não ter cuidado da mãe. Sabia que a mãe estava doente, mas o trabalho a impediu de executar essa tarefa tão preciosa. Também sentia raiva das sobrinhas (filhas do irmão que faleceu) por postarem fotos no Facebook homenageando o pai. Mel entendia que essa atitude se chamava falta de respeito pelo falecido, **“pouco caso”**. O sentimento da paciente foi exteriorizado por meio de lamentações, que é uma das formas de expressar a raiva por ter sido tão severamente controlada.

Sabe doutora, eu senti tanta raiva de mim, muita raiva, porque eu cuido de idosos. Senti um peso de consciência muito grande porque eu cuido de outros idosos (outras mães) e não cuidei da minha mãe (choro).

Em Mel, a terapeuta utilizou procedimentos corporais para alcançar autoexpressão criativa e a confiança básica, autonomia e exercícios de *grounding*. Segundo Volpi e Volpi (2001), o aumento do nível de energia por meio da respiração e dos movimentos proporciona a autoexpressão e restaura o fluxo de sentimentos corporais.

Na outra sessão, Mel chegou falando que a filha da senhora onde ela trabalhava não a respeitava e a fazia passar muita raiva.

No trabalho, já estou no limite, mas sei que tenho que esperar, e agora sabe, doutora, estou conseguindo me controlar, agora está bem mais leve. Sei que tudo tem o momento certo.

E assim tem uma coisa legal também sabe, doutora? O meu marido quer montar alguma coisa pra mim. Ele não quer que eu trabalhe mais fora de casa.

Mel trazia muita raiva nessa sessão. Raiva da patroa, que não a respeitava como profissional. Raiva de precisar cuidar da mãe da patroa e não poder cuidar da própria mãe e ainda assim não ser reconhecida.

A terapeuta trabalhou sustentação da cabeça a fim de mobilizar a raiva na parte posterior do seu pescoço. “*Eu não quero*” “*Eu não vou*” “*Chega*”. Também encorajou a paciente a bater no colchão com uma raquete a fim de desenvolver a sensação da coluna vertebral através da liberação de raiva (em pé com os pés separados e os joelhos levemente flexionados); levantou a raquete acima de sua cabeça e bateu com a superfície plana da raquete sobre o colchão, dizendo palavras que faziam sentido naquele momento: “*Eu não quero*” “*Chega*” “*Basta*”. A raquete confere uma sensação de potência e ajuda a superar a sensação de impotência. Apesar do bom resultado, na próxima sessão, Mel sempre se lembrava de alguma frustração.

Vergonha, desabafo e choro

O primeiro passo que a análise bioenergética propõe para comunicar com o estado afetivo presente é melhorar a funcionalidade da pessoa em sua relação com o ambiente. A organização dos processos emocionais/corporais é a sua prioridade. Foi utilizado procedimentos corporais como: exercício de respiração para aliviar a ansiedade. A qualidade da presença afetiva da terapeuta é fundamental para o desenvolvimento da terapia, pois é possível que a paciente (caráter da Mel) suporte uma pressão desconfortável na terapia sem comunicar verbalmente esse incômodo. É fundamental insistir em dizer: Esse é um espaço seguro. Esse espaço é só seu. Incentivar a paciente se soltar, falar, desabafar, chorar.

A paciente falava de uma tristeza que não sabia explicar. Havia uma sensação de inferioridade, sentia culpa e vergonha dos próprios desejos.

Uma tristeza, uma ansiedade, que eu não sabia de onde estava vindo aquilo. E aí quando a doutora me ligou, eu falava pra mim mesma que não ia vir. Eu falei comigo mesmo: “acho que eu não vou fazer terapia”. Tava sendo contra, tava resistindo. Entendeu?! Mas Eu não tô sabendo lidar com o que eu tô sentindo, sabe?! Às vezes vem

sentimentos... Sabe uma coisa ruim, Ai eu falei com a minha filha mais velha, ela ficou feliz de eu ter conseguido, porque eu sou evangélica; a gente fala assim, a gente ora a Deus ele cura. Orei tanto pedi tanto a Deus, mas...

Traindo Deus

Mel achava que estava traindo Deus quando veio buscar ajuda psicológica. Ela torcia para a terapia não dar certo. Ela detestava chorar e sentir raiva, pois como é evangélica não podia trair o Senhor; precisava apenas orar mais para ser curada. Um dos sintomas principais do caráter masoquista é a destruição de relações saudáveis, e a tentativa de boicotar qualquer processo de melhoria e de interação. É como se o masoquista quisesse provar mais uma vez que ninguém pode suportá-lo, conforme comenta Navarro (1995). Todos os esforços que o masoquista faz estão destinados a falhar, porque faz sabotagem de si mesmo, ele procura fazer a terapia falhar.

Queixas psicossomáticas após a perda

A morte é uma despedida definitiva e é essa a razão de toda a dor que ela acarreta. A primeira despedida no momento do funeral e do sepultamento tem a hora marcada, contudo a despedida interna (do coração e da consciência) não tem data estabelecida e esse processo gerou na paciente muitos conflitos.

Mel experimentava muita ansiedade, sentimento desagradável, vago, indefinido, que vinha acompanhado de sensações como frio no estômago, aperto no peito, batimentos acelerados no coração, tremores, sensação de falta de ar, insônia e dores no corpo todo. Era o que Mel sentia (em especial dor no estômago). E, sem se dar conta, pensava que estava predestinada a ser infeliz, acreditando que estava sendo ingrata com Deus por estar lamentando as perdas e as decepções no trabalho. Assim sendo, ela negava a dor, o que aumentava as chances de realmente tudo acabar mal. Ao invés de ficar brava e agir, sentia-se ingrata.

Fico pensando, e acho até que sou ingrata. Está tudo certo comigo. Meu namorado (agora marido) é bom, meus filhos maravilhosos, mas não sei porque sinto tanta tristeza. Sabe quando você está naquela fase que tudo está certinho, mas nada está bom. Parece que... estou insatisfeita... angustiada.

O processo de *grounding* foi acontecendo gradualmente, conforme a postura da paciente. O ritmo da respiração começou a entrar em sintonia, expressando um

movimento vibrante que se estendia por todo o seu corpo e que era expressado na qualidade do olhar e nos vários tons do timbre da voz. A autonomia da Mel estava se fortalecendo.

Mel questionava porque quando ela pensava que estava bem, lembrava da mãe e do irmão e a tristeza voltava em seguida. Porque ficava oscilando o tempo todo. A paciente não encontrava espaço de continência suficiente para suas angústias diante da morte da mãe e da morte repentina do irmão e percebia essa oscilação como uma ameaça iminente, como uma sobrecarga às suas capacidades cognitivas e comportamentais do momento.

Diante da perda de uma pessoa significativa, de acordo com a teoria do processo dual de Stroebe e Schut (1999), os enlutados oscilam, de tempo em tempo, entre duas orientações psicológicas: o enfrentamento orientado para a perda e o enfrentamento orientado para a restauração. Para os autores, não é possível observar as dimensões de perda e recuperação ao mesmo tempo. As pessoas oscilam entre essas duas dimensões, confrontando uma e evitando a outra, com idas e vindas. Essa oscilação tem função regulatória adaptativa.

Mel entendeu que a oscilação é um processo necessário. Quem fica apenas na orientação voltada para a perda ou apenas na orientação voltada para a restauração não está elaborando um luto saudável.

Mudanças significativas: transformação de identidade e relação com o falecido e com o mundo

Na sessão seguinte, chegou falando que estava com muita saudade da mãe, que sonhou com ela e que conseguiu chorar sem culpa.

Fico pensando na minha família, na minha mãe. Ah! eu sonhei com a minha mãe no caixão. Engraçado que não tinha ninguém em volta do caixão, só tinha duas rosas vermelhas, eu colocava assim, em direção para os pés, e achava que não ficava bom, então eu trocava e pensava: não ela gosta que fica de pé. Aí minha mãe ficava como se estivesse sorrindo. Ai doutora, eu fiquei tão assustada, não parecia sonho, parecia que era real.

Conversou com a terapeuta sobre o tema e, ao ser questionada sobre o significado que ela dava para o sonho, Mel respondeu: “rosa vermelha significa amor

e as duas rosas representavam eu e a minha mãe conversando”. A paciente se emocionou e, depois de longo silêncio, falou:

Sabe, doutora, tenho marca de ferro, eu pequena com 10 anos colocava banquinho para passar roupa, ia para a escola descalça. Minha mãe tinha um filho a cada ano, nós somos em dez (choro). Mas agora eu estou feliz, sei que perdi muito, mas agora estou ganhando, meu sonho está se transformando em realidade.

Eu vou preparar comidas (marmiteix) e vender para os funcionários de obras. O filho do meu marido é engenheiro, e o meu genro, marido da minha filha caçula, está fazendo gastronomia, então vamos trabalhar em equipe. Sei que não vai ser fácil no início, mas estou animada, vai ter ajudante e eu vou ser a supervisora. Nunca tive isso na vida. É uma emoção muito boa que vem. Nossa!! Agora eu posso cuidar de mim. Meu marido sempre fala: já cuidou muito dos outros, agora cuide um pouco de você. Com esse trabalho, você pode ficar na sua casa, você pode fazer o seu horário.

Interessante que a Mel gostava de se alimentar e também de preparar os alimentos, mas tinha problemas com a digestão.

Se queixou de dor no estômago e disse ter dificuldade em parar por alguns minutos para fazer as refeições. Sentia que estava perdendo tempo. A dissociação entre os sentimentos e o corpo, por sua vez, conduz à indiferença diante de sinais visíveis. Nessa sessão, foi oferecido, para Mel, um *grounding* interativo. Com a coluna apoiada nas costas da terapeuta, esta pediu à paciente que usasse a imaginação e escrevesse o nome dela na coluna vertebral, com muito capricho, cuidado, amor e carinho. Também podia pensar em algo que almejasse alcançar.

O discurso a seguir mostra o quanto ela se beneficiou da psicoterapia:

Nossa, mas porque veio essa queimação? Nossa começou uma queimação que pegou daqui até aqui (apontou para o estômago). Meu estômago queimou, queimou, queimou e agora sumiu toda a dor. (Choro). Nossa, doutora, o que aconteceu? (Silêncio)

Nossa doutora, como está sendo boa essa terapia pra mim. Estou me descobrindo. Tudo que me fazia mal, estou conseguindo falar doutora. Nunca imaginei que fosse chegar num ponto desse de encarar a pessoa de frente e falar sem medo; sem... aquela insegurança, de sentir tudo isso.

Foi possível perceber a mudança de Mel. Seu rosto revelava um olhar suave, a expressão do rosto mais descontraída e sua respiração mais harmoniosa. Mel

descobriu que era possível explorar esse mundo com mais suavidade compartilhando seus sentimentos. Fugir não fazia mais sentido.

Na última sessão, chegou feliz contando uma bela novidade, exibindo fotos da primeira viagem que ela e o marido fizeram sozinhos.

Foi maravilhoso! Rs... Ele ficava lá tirando fotos. Foi super gostoso. Café da manhã, almoço e jantar. Básico, sabe? Mas tudo super gostoso. Olha só muito verde. Tinha muitas árvores em volta do chalé. Tudo foi bem gostoso! Tudo foi legal!

Doutora, você acredita, desde que me conheço por gente, esse é o único passeio! Meu Deus do Céu! Eu vou fazer 55 anos.... Eu parecia uma criança; gente, não acredito! Rs... Fui no balanço! Cama elástica! Sabe coisa assim?

Ao ser questionada se continuava a ter medo da vida? Ela respondeu que está aprendendo a viver. Com o tempo se aprende a viver com mais intensidade, segurança e leveza, percebendo que não há mais medo de quase nada, até mesmo da morte. Ao contrário do que parece, o luto é uma reação natural e normal diante da perda. Um processo adequado de luto supõe que os enlutados se conscientizem da perda, sejam levados a sua absorção não somente pelo aspecto cognitivo, mas também emocional, social, espiritual e assim possam reaprender e reestruturar a própria vida em um mundo agora sem os entes queridos.

Os fatores que dificultaram o processo de luto da Mel foram: circunstância da morte do irmão jovem; perdas múltiplas; dificuldade de compartilhar e expressar as emoções; acreditar que o único recurso para enfrentar as dificuldades da vida era a religião.

Os fatores que apareceram associados à facilitação e elaboração do processo de luto da Mel foram: relacionamento saudável com as pessoas que faleceram; realização dos rituais fúnebres e presença de um número significativo de amigos e familiares; percepção que se tornou uma pessoa melhor, mais espiritualizada; cuidados recebidos pela família, amigos e profissionais da saúde; possibilidade de manter a memória viva dos entes queridos, dando continuidade aos vínculos afetivos.

Crescimento pessoal, integração e dias melhores

Foi possível constatar o crescimento da Mel durante o processo de luto, mesmo tendo lutado contra o sucesso terapêutico durante algum tempo. Ela estava se adaptando e buscando novas maneiras de lidar com a dor.

Ah! Agora quero voltar a dançar, fazer zumba voltar a fazer caminhadas regularmente estou me organizando para voltar a fazer tudo certinho. Isto está me dando muita liberdade. Mas a parte espiritual pra mim sempre foi e sempre será fundamental; a igreja em primeiro lugar.

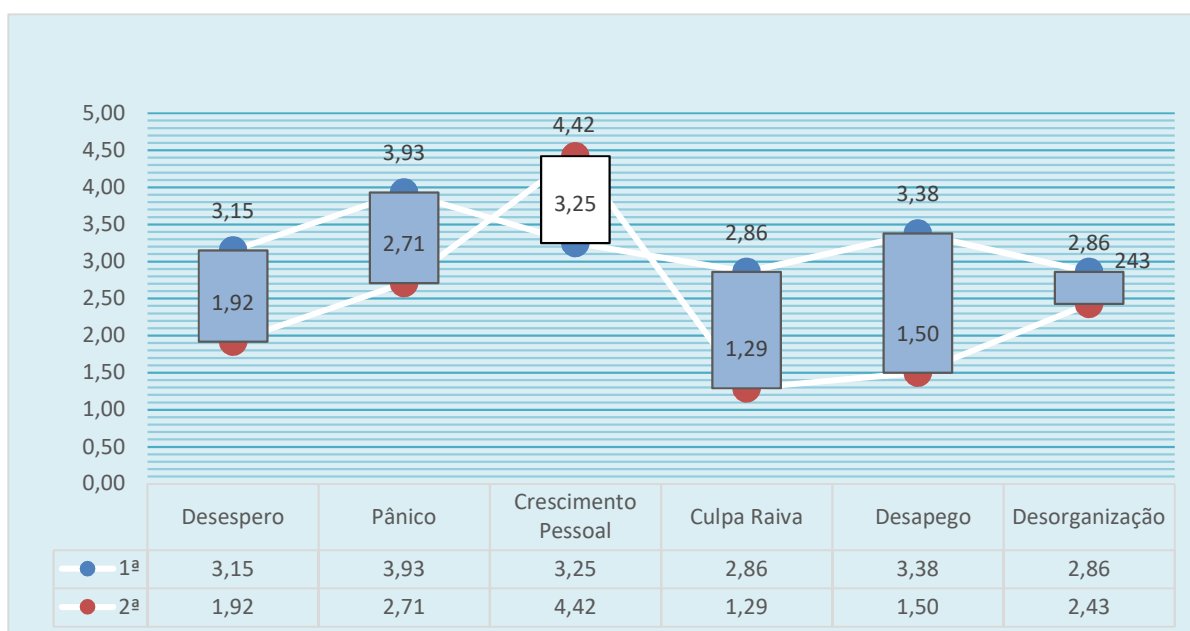
Mel compareceu todas as sessões, aproveitando bastante a terapia para trabalhar as suas angústias. Quanto ao resultado do instrumento de mensuração no final das sessões, percebeu-se uma melhora significativa em todas as subescalas.

Nos itens comportamento de pânico e desespero, algumas questões como: parece que eu estou em choque; eu me sinto abalada; frequentemente eu me sinto com medo; eram as principais queixas. Contudo, no final da terapia, ela respondeu: essas questões não me descrevem em nada. Na escala de crescimento pessoal, ela respondeu: aprendi a enfrentar a vida melhor; eu me sinto como se fosse uma pessoa melhor; eu tenho uma vida com mais perspectiva; meus dias estão sendo bem melhores do que antes.

Mel aprendeu a lidar com os limites e a pedir ajuda quando necessário sem pensar que estava traindo Deus. Agora ela pode chorar sem culpa quando sentir vontade. Mel entendeu que é possível estabelecer relações íntimas de melhor qualidade, mostrando ao mundo sua fragilidade e seus limites.

Agora ela entendeu que pode obter prazer trabalhando, cozinhando, cantando, dançando, fazendo sexo, enfim, o prazer pode sempre estar ao alcance de todos. O prazer torna a vida mais alegre, criativa, leve e saudável. Aprendeu também que é elegante ter uma postura grata e gentil diante da vida. No último encontro, Mel trouxe deliciosos chocolates para a terapeuta.

Gráfico 2: Resultado (médias) das dimensões do instrumento de mensuração – HGRC da Mel antes e depois da psicoterapia



Fonte: Elaborado pela autora.

6.1.3. Caso Yaci

Dados biográficos

Yaci tinha 51 anos, casada, católica, mãe de duas filhas, trabalhava como diarista, mas parou de exercer a função quando a Izabelinha (filha mais velha) faleceu para cuidar da Mela (filha caçula).

A filha faleceu em 2009 de pneumonia, conforme o registro na certidão de óbito, mas teve várias complicações: coração; tireoide; vômito; coceira e dor no corpo; infecção generalizada. Até os 3 anos de idade, era uma criança saudável.

No mesmo período que começou a aparecer os problemas na primeira filha, Yaci engravidou filha caçula.

Motivo da procura do atendimento: busca de suporte, contato, conforto, de um significado para o que aconteceu

Yaci buscou ajuda na Clínica Psicológica da PUC-SP por indicação do Centro de Atenção Psicossocial – Caps. Relatava que sentia muitas dores no corpo principalmente nos ombros, muita tristeza e saudade da filha que faleceu. Já passou na reumatologia e em outros profissionais de saúde, contudo, continuava sentindo dores semelhantes da filha que faleceu.

Nos primeiros atendimentos, Yaci relatava a morte da filha de forma concreta com pouca emoção, tom de voz baixo, tímido como se estivesse narrando a história de uma outra pessoa; contudo corporalmente ela demonstrava desconforto, balançando as pernas e desviando o olhar. Ao lembrar de momentos emocionantes como idas ao médico e internações da filha, ela desviava o assunto e voltava ao concreto, sufocando o choro. Seu discurso era desorganizado e atemporal.

Quando começava a falar do processo do sofrimento, ao entrar no significado dessa perda, ela dizia ser coisa da vida.

A vida é assim mesmo: não podemos fazer nada. Preciso seguir em frente com a cabeça erguida porque tenho a outra filha para criar.

Yaci relatava que perdeu uma irmã na adolescência, mas não se lembrava de detalhes. Seus pais não falavam de morte na família. Tinha muito cuidado com a filha caçula e sentia culpa por não ter dado a atenção necessária a filha que faleceu, alegando que o trabalho a ocupava intensamente.

Reações e sentimentos diante da morte

Yaci teve um impacto importante perante a morte da filha ao recorrer a um comportamento mal adaptado, prejudicando seu processo de luto. A dificuldade de expressar seus sentimentos acarretou prejuízos cognitivos e afetivos. Uma desorganização com sensação generalizada de mal-estar, confusão, dificuldade de concentração.

As perdas devem ser elaboradas e isso pressupõe uma tolerância ao movimento perene de percepção, de turbulência emocional e a consciência de que muita coisa fica desconhecida e, sobretudo, perdida.

Dificuldade em entrar em contato com seu o sofrimento

Aceitar o real nem sempre é fácil, principalmente quando a realidade pede que se aceite a perda de uma filha. Em um processo complexo, o luto pede essa aceitação da realidade para viabilizar sua elaboração, significando o conceito de amor. Uma intensa jornada se iniciava na vida da Yaci, que conseguia falar do sofrimento do marido, da filha que faleceu, da filha que estava viva, mas tinha dificuldade de falar da própria dor, de se permitir chorar, de expressar suas emoções.

A sua aparência, na primeira sessão de terapia ao descrever sua dor e luta diária para lidar com o seu luto e o da Mela (filha caçula) que chorava e chamava pela irmã que faleceu, era: amedrontada, desconfiada, ambivalente, inocente e dócil. O olhar em um rosto tenso e confuso e a voz monótona conferiam a sensação de esforço para estar presente na terapia. Se expressava com timidez e lentidão com o tom de voz baixa, poucas palavras e pouco contato visual. Apresentava tensões musculares nos ombros (omoplata/escápula) embora nenhuma rigidez generalizada visível. Respiração limitada ao peito; temperatura fria; ombros caídos.

Yaci era muito silenciosa e talvez poder suportar um silêncio sem resposta presente na perda de uma filha fosse o maior ensinamento do amor.

Queixas psicossomáticas

Antes de perder a filha, já tinha pressão alta e bursite devido aos movimentos repetitivos no seu trabalho, contudo, sentia-se bem-disposta. Depois da perda, desenvolveu diabetes e sentia muitas dores no corpo, principalmente nos ombros e no pescoço. Tomava remédio para controlar a pressão e diabetes.

Dinâmica familiar e relacional

É importante compreender a saúde a partir das relações entre os membros da família, sua estrutura e sua dinâmica, fatores que podem funcionar como facilitadores ou dificultadores na determinação da saúde de seus componentes.

Yaci relatou que vivia bem com o marido, com os irmãos e irmãs e que eles faziam o possível para lidar com a filha caçula de 11 anos que sofria *bullying* na escola por estar acima do peso ideal e falar como bebê. A menina chorava e falava que se a Izabelinha (irmã) estivesse viva iria protegê-la e tudo seria diferente. Como os adultos, as crianças precisam vivenciar o processo de luto para elaborar a perda que ocorreu, se integrar e continuar vivendo. Resguardar as crianças da morte ou do conceito de morte acreditando que são muito pequenas para entender o que significa a morte não é o apropriado. A vinculação de Yaci com a filha Mela era permeada por sentimentos ambivalentes.

Embora Yaci tivesse uma rede de apoio favorecida de amigos, da família e da senhora onde trabalhava, ela não comentava sobre o evento; guardava as fotos da filha em uma caixa bem no alto de uma estante e evitava chorar perto das pessoas, entendendo que estava protegendo a filha caçula. Yaci não podia expressar em

palavras a dor que os seus olhos derramavam em lágrimas, a dor que fazia o seu corpo todo sofrer. Ela precisava continuar sendo exemplo de fortaleza para a família.

Mudanças significativas: transformação de identidade e relação com o falecido e com o mundo

A rotina da Yaci mudou consideravelmente depois que perdeu a filha mais velha. Antes saía de casa para trabalhar pelo menos quatro vezes por semana, agora se dedicava à casa, ao marido e a Mela (filha caçula) que passou a ser a prioridade em tudo. Yaci acreditava em Deus, frequentava a igreja católica e tinha fé, mas confessava com timidez que a saudade era grande da filha que faleceu. Sentia dificuldade de se concentrar, expressar e de aprender coisas novas.

A terapeuta pediu a Yaci que permanecesse sentada e prestasse atenção em sua respiração. Sugeriu que fizesse pressão sobre os pés para sentir o apoio do chão enquanto inspirava e, ao expirar, que soltasse todo o ar. Essa intervenção tão simples acalmou a paciente e facilitou a nossa comunicação.

Depois de breve silêncio, Yaci comentou que a Mela tinha poucas amizades porque se sentia rejeitada no grupo da escola, estava fazendo dieta, estudava muito e, mesmo assim, tirava notas baixas. Relatou que a Mela gostava de ficar na varanda contemplando o céu estrelado e imaginar que a irmã que faleceu era uma daquelas estrelas. Gostava também de admirar o pôr do sol e aproveitava o momento de fantasia para conversar com a irmã, concluindo sempre:

*Como seria bom se você estivesse aqui para me proteger Izabelinha.
Ai que saudade que sinto de você!*

A vida da Yaci se resumia em cuidar da filha caçula. Parou de trabalhar e a renda que recebia do aluguel de uma casa que ela e o marido construíram investia nos estudos da Mela.

Pensando no diagnóstico e leitura corporal da Yaci, foi possível perceber que havia ausência de expressão no olhar e nos movimentos do corpo. As tensões musculares se baseavam na imobilidade da omoplata/escápula. Articulação do tornozelo parecia estar congelada. Se esforçava para respirar na parte superior do tronco, a fim de obter o ar suficiente. Baixava absorção do ar apesar do peito macio e da aparente boa expansão da caixa torácica.

Para liberar as tensões, Yaci foi encorajada a respirar profundamente, utilizando a respiração abdominal na posição sentada e posteriormente deitada. A parte inicial da terapia consistiu basicamente em fazê-la respirar e sentir o corpo através dos exercícios de respiração

Utilizou-se também a parede como base. A primeira proposta foi *grounding* em pé com as costas apoiadas na parede. A paciente ia descendo pausadamente até ficar em uma posição como se estivesse sentada, o tempo que fosse confortável. Em seguida voltava a posição inicial. O exercício se repetia três vezes.

A segunda proposta foi com a bola suíça. Em pé com a bola atrás das costas e pressionada contra uma parede, os pés ligeiramente a frente e alinhados com a largura dos quadris, mantendo os calcanhares apoiados no chão e os joelhos para fora, a paciente agachava, deixando a bola rolar entre suas costas e a parede e levantava retornando à posição inicial. O exercício se repetia três vezes.

A medida que Yaci ampliava a respiração, concomitantemente se organizava e se sentia confortável para expressar:

Nossa bom demais! Esse exercício me acalma. Posso fazer em casa, né? Estou pensando em comprar uma bola dessa. Rs...

Raiva

Na sétima sessão, Yaci trazia muita raiva; chegou agitada relatando que estava no limite com o inquilino que não pagava o aluguel há três meses. A terapeuta aproveitou o caso para trabalhar a raiva que a paciente guardava há anos e que tinha muita dificuldade de expressá-la. Ela sabia que estava com raiva, mas não conseguia sentir a raiva. Desse modo, a paciente foi incentivada a golpear o divã com a raquete – com muito cuidado ao realizar o trabalho, uma vez que Yaci tinha pressão alta. A raquete usada foi infantil com intuito de protegê-la. A experiência foi vivenciada com muito cuidado e a resposta da Yaci foi satisfatória. Ao entrar em contato com a sua agressividade e recursos, se fortaleceu e conseguiu se vincular com a dor inibida.

Conforme destaca Lowen (1958/1977), é importante que o terapeuta bioenergético tenha um conhecimento da dinâmica do movimento corporal. Os pacientes ao socar o divã, por exemplo, empregam partes diferentes do seu corpo. Alguns tocam somente com os braços, enquanto que suas costas não estão envolvidas nos movimentos. Porém outros o farão com as costas, movendo os braços

mecanicamente. E somente quando é feito um esforço que envolva o corpo todo na ação é que ocorre um sentimento concomitante de raiva. É necessário observar que partes do corpo estão retidas na ação para compreender a natureza do bloqueio à liberação da emoção adequada. Uma boa motilidade proporciona maior variabilidade de ações e permite uma maior flexibilidade nas respostas às situações.

Outra proposta foi espernear de forma rítmica deitada no divã. O exercício é feito levantando-se alternadamente cada perna e batendo-a fortemente contra o colchão, falando “*Não*” a cada batida, com voz sonora e determinada.

*Me sinto muito melhor. Vem um alívio! Ui! Estou suando.
O corpo esquentou.*

Ter o reconhecimento da terapeuta, tornou a experiência da Yaci real e permitiu que ela expressasse sua dor sem receio.

Na próxima sessão, Yaci chegou falando que continuava preocupada com os inquilinos que além de não pagarem o aluguel estavam tendo comportamentos inadequados, afetando a família, principalmente a Mela (filha de 11 anos) que queria ir lá conversar com o inquilino para resolver o problema.

Relatou que apesar da saudade da mãe, que mora no Nordeste e da filha que faleceu, passou bem o dia das mães. Ganhou presente da Mela, telefonou para a mãe, foi à missa e rezou para mãe e para Izabelinha; depois, foi almoçar com a família.

Existia em seu discurso um padrão de fortaleza que precisava sempre estar bem para ajudar a família.

Sabe por ser a filha mais velha, eu sempre tive muito cuidado com meus irmãos. Sempre ajudei a família toda. Depois que casei todos foi a minha vez. Primero quis ver todos eles bem. Depois foi a minha vez. Fui a última a casar.

Foi possível perceber que a Yaci se defendia por meio de um olhar triste e distante, guardando em segredo a dor para evitar o sofrimento da filha e do marido que tanto amava. Sentia-se angustiada pelas perdas, no momento, pela perda financeira do aluguel, contudo, sempre se comportava como se tudo estivesse bem. Negar, portanto, era um recurso para Yaci se proteger das tensões que podiam fazê-la perder a crença em si mesma. O fato doloroso admitido, a gravidade reconhecida, mas o significado ainda não encontrado.

Na outra sessão, chegou falando que estava tranquila e feliz porque os inquietos saíram da casa e a reunião na escola da filha foi maravilhosa.

Estou satisfeita porque todos os professores elogiaram a Mela. Todos falaram que ela se comporta bem, Graças a Deus! Ela melhorou muito. Sei que precisa melhorar mais. Já tá bom, né!? Só que continua com ansiedade e come muito...

Yaci relatava que o relacionamento com a filha estava muito melhor; que estava participando das brincadeiras, jogando bola, indo para o cinema. Esse processo de mudança que surgiu por meio da interação mãe-filha coincidiu com o que aconteceu nas sessões em um contexto afetivo e significativo da díade paciente-terapeuta. A sintonia afetiva possibilitou que as duas (mãe/filha) explorassem, experimentassem, modificassem o comportamento recíproco. Estar em *grounding*, ou seja, estar centrada significava atingir a integração e a autopercepção, comunicando com a energia que se expressava nos infinitos aspectos assumidos pela expressão corporal que Lowen (1995/1997) nomeia de espiritualidade do corpo.

A terapeuta percebeu em Yaci uma suavização em seu rosto, revelando uma expressão descontraída.

Antes da terapia, a paciente apresentava um discurso desorganizado e uma falta de controle sobre sua vida e entorno tão grande que não conseguiu responder ao instrumento de mensuração – HGRC. Essa situação confirma os dados da literatura de que pessoas com luto complicado, traumatizadas apresentam desempenho inferior na dimensão cognitiva/intelectual marcada por confusão, desorganização, falta de concentração, desorientação e negação (FRANCO, 2010, PARKES, 1998 e WORDEN, 1998/2013). Entretanto, no final da terapia, ela conseguiu responder todas as questões, assim sendo, considera-se uma melhora significativa em todas as subescalas do instrumento de mensuração, destacando-se o item crescimento pessoal.

Os fatores que dificultaram o processo de luto da Yaci foram: perda de uma filha jovem; utilização dos mecanismos de defesa de negação; dificuldade de compartilhar e expressar as emoções.

Os fatores que apareceram associados à facilitação e elaboração do processo de luto da Yaci foram: relacionamento saudável com a filha; realização dos rituais fúnebres e presença de um número significativo de amigos e familiares; crença

religiosa; percepção de que se tornou uma pessoa melhor, mais espiritualizada; cuidados recebidos pela família, amigos, família onde trabalhava e profissionais da saúde; possibilidade de manter a memória viva dos entes queridos, dando continuidade aos vínculos afetivos.

Crescimento pessoal, integração e dias melhores

O resultado do teste de mensuração no item crescimento pessoal condiz com a fala da Yaci durante a última entrevista.

Estou bem mais tranquila agora, né? Agora consegui falar mais. Muito bom ter um lugar para falar desse problema. A Mela também está bem mais tranquila. Domingo fomos a missa e o padre fez homenagem para Izabelinha (filha falecida). Eu que pedi o padre, é porque completou sete anos que Izabelinha faleceu. Eu me sinto outra pessoa. Estou bem melhor que antes. Me sinto mais forte e corajosa.

Yaci compareceu a todas as sessões, aproveitando bastante a terapia para trabalhar seus conflitos. Ela ousou superar o limiar desconhecido do sentimento da culpa, raiva, dependência e desorganização que antes da terapia a representavam muito bem.

Dessa forma, foi possível perceber que as vivências da Análise Bioenergética propiciaram a transdução e transformação no processo de luto da Yaci, favorecendo o desenvolvimento de uma vida mais saudável. A paciente estava se expressando de forma mais espontânea com palavras e gestos.

Caixa de fotos: momentos significativos registrados e eternizados

Yaci descobriu que as fotos que ficavam guardadas na caixa, bem no alto de uma estante, podiam agora ficar espalhadas pela casa, postas em álbuns, retratos e painel e que são de uma preciosidade absoluta para toda a família. Yaci conseguiu fazer esse movimento de abrir a caixa de fotos e expor na sala, no quarto e no corredor quando percebeu que era possível contar com a ajuda do marido e da filha Mela.

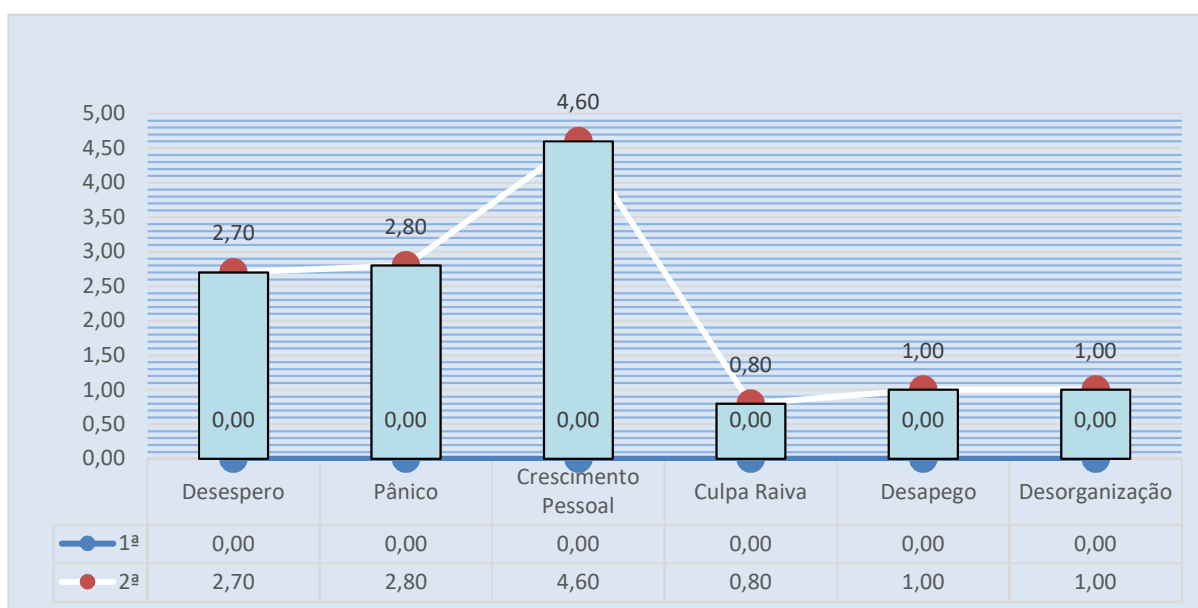
As fotos aliviaram sua dor, autorizando a memória a evoluir e o trabalho psíquico de elaboração se fazer. Assim, ela continua a construção de sua história entre o marido, a filha caçula e a comunidade.

Percebeu-se essa atividade como a principal ferramenta de comunicação entre a psicoterapeuta e a enlutada a qual facilitou a ressignificação das experiências vividas no processo de seu luto. Contudo, ela confessou que ainda tinha pouco controle sobre a tristeza.

A terapia proporcionou uma melhora significativa no bem-estar da paciente, uma vez que Yaci descobriu que podia se expressar quando sentisse vontade e que isso não significava fraqueza ou incapacidade.

Quem não pode fazer contato com a dor, também, não pode encontrar as alegrias verdadeiras da vida e usufruí-las e era isso que a Yaci precisava apreender durante seu processo de luto: comunicar-se com a sua dor.

Gráfico 3: Resultado (médias) das dimensões do instrumento de mensuração – HGRC da Yaci depois da psicoterapia



Fonte: Elaborado pela autora.

6.1.4. Caso Vitória

Dados biográficos

Vitória tinha 46 anos, viúva, uma filha de 9 anos. Esteve casada durante 12 anos. Trabalhava com montagem em uma empresa de equipamentos eletrônicos, porém parou de trabalhar assim que o marido faleceu para cuidar da filha.

A paciente buscou ajuda na Clínica Psicológica da PUC-SP por indicação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil – Caps de Santo Amaro, onde sua filha

frequentava. Vitória sentia dificuldade de respirar, muita tristeza, dores no estômago, ansiedade, comia em excesso e nada a satisfazia (a comida não fazia digestão). A paciente não conseguia se lembrar de fatos recentes simples e pensava estar com a doença de Alzheimer.

Vitória possuía um corpo bem proporcionado, respiração superficial, tensão muscular nos ombros, o tom de voz oscilante, começava falando alto depois diminuía o volume, contudo, as palavras eram claramente enunciadas. A experiência que teve com perdas por morte foi do cunhado e da sogra. Não fazia uso de medicação. Era católica e alegava sempre ter tido fé.

Reações e sentimentos diante da morte

Vitória se sentia perdida sem a presença do líder da família que tanto amava e confiava.

Relatou sentimentos de choque, mágoa, revolta, culpa por não ter dado mais atenção ao marido, por não ter percebido que o caso era tão grave. Vitória achava que o marido iria se recuperar, por isso continuou trabalhando normalmente e se arrependia profundamente; lamentava também de ter deixado a filha cuidar do pai enquanto trabalhava.

Queixas psicossomáticas

Antes da morte do marido, a saúde estava ótima, apenas sentia dores no braço direito, devido as repetições dos movimentos no trabalho (LER) e ansiedade. Entretanto, depois da morte, a ansiedade aumentara, sentia dor no corpo todo, especialmente no estômago como sentia o marido. Estava comendo demasiadamente.

Vitória relatava que, quando criança, vivia em um ambiente hostil e estava sempre apavorada e apreensiva por causa das brigas dos pais e das surras que ganhava da mãe sem saber o que tinha feito de errado. Depois que conheceu o marido se tornou uma pessoa alegre, tranquila, amada e respeitada. Contudo, com a morte dele, os sintomas voltaram. Além da ansiedade, está urinando em excesso e nada a satisfaz.

Na verdade, fico assim quando estou ansiosa. Eu estou muito ansiosa esses dias; aí eu fico assim: vou no banheiro toda hora. Já era um

pouco assim, agora piorou. Está perto do aniversário de um ano, aí vem muitas lembranças. Vichi... esses dias está muito difícil, o aniversário é dia 10... (choro) Nossa! Como está difícil. Tudo mudou...

Mudanças significativas: transformação de identidade e relação com o falecido e com o mundo

Vitória contou que tudo mudou na sua vida. Nada mais era igual como antes! Ao descrever sua dor e luta para lidar com o seu luto, a paciente chorava e ria ao mesmo tempo, apresentando uma conduta ambivalente.

O olhar em um rosto tenso era de assustada e confusa. Vitória estava aprendendo com o luto a suportar sentimentos dolorosos e a se colocar perante a vida como ela é. Falava do medo que a filha tinha de esquecer o rosto do pai e repetia várias vezes chorando muito.

Eu falei: Filha você nunca vai esquecer seu pai. Tem muitas fotos pra você olhar...

Vitória acolheu a filha oferecendo escuta ativa e disponibilidade emocional, afirmando com segurança que aquele que se ama aparecerá claramente diante de nossos olhos. As imagens ficarão registradas com total nitidez para sempre.

Os músculos tensos do rosto da paciente foram massageados com as mãos, passando a sensação de um contato corporal, sentimento de nutrição e consciência de si própria. Vitória chorava e exprimia seu profundo desespero com total entrega.

Na outra sessão, a paciente relatou que estava mais confiante em relação a filha rebelde e desobediente.

Olha, estou bem melhor. Sabe a Flor já está indo pro quarto dela. Ela tinha pavor de ficar sozinha agora já está indo sozinha pro quarto. E também ela está começando me obedecer e a confiar mais em mim.

A paciente contou vários episódios de discordâncias constantes dela com a filha, entretanto, sempre estavam unidas. Vitória se sentia presa ao desejo de ser admirada e amada pela filha e para isso acontecer precisava corresponder à expectativa da Flor, sua filha, como seu marido:

Meu marido fazia as vontades da Flor. Tinha muito mais paciência do que eu. Ai... Ai...

A dimensão traumática da morte do marido fazia-se presente nessas manifestações e refletia um sentimento de desamparo e de falta de recursos para enfrentar as demandas internas e externas para as quais era solicitada.

Vitória continuou falando sobre a história da família principalmente de sua relação com o marido. Uma pessoa carinhosa, compreensiva, companheiro e paciente. Ela se deparava com sua identidade de mãe comprometida. Sua função de mãe deixava a desejar, uma vez que o marido exercia esse papel.

Também sofria pelo fato de ter se dedicado ao trabalho ao invés de ficar em casa cuidando do marido doente.

Esse sentimento de impotência despertado nela inibia sua necessidade psicológica de expressar o seu luto e de exercer o papel de mãe e líder da casa. A Flor não acatava as suas ordens, tornando a relação conflituosa.

Vitória precisava aprender a confiar mais nela e se mostrar firme para a Flor. Assim sendo, a terapeuta trabalhou autonomia, fortalecimento do ego, potência de afirmação: *eu posso, eu consigo, eu quero*. Também realizou o exercício do “conquistando o que é meu”. Paciente e terapeuta se posicionaram frente a frente, segurando nas pontas de uma almofada, e a terapeuta pediu à paciente que se expressasse com a seguinte frase: *“É meu! Me dá!”*.

Na sessão seguinte, Vitória trouxe o sonho com o marido. Chorou muito! Disse que o marido estava num lugar bonito cercado de criança e estava feliz! E que existia duas mulheres perto dele.

Era um lugar legal, eu não lembro que lugar era. Lembro das duas mulheres: a irmã dele que faleceu e a outra mulher era a mãe dele que foi buscar ele. Acho que as duas foram receber quando ele morreu, né? Assim fala os espiritas, sei lá eu!

Relatou ainda que acordou assustada e chorou muito ao se lembrar que o marido não estava mais lá do seu lado. Estava praticando os exercícios da bioenergética todos os dias e as dores de estômago estavam diminuindo e conseguindo respirar melhor.

Com a proposta de reconhecimento do corpo, ocorreu a liberação das sensações de dor, tristeza e desespero, abrindo caminho para que sentimentos mais

primitivos fluíssem pelo corpo da Vitória. A paciente sentia dores nos braços, no ombro e respirava com dificuldade, relatando:

Eu sinto dor aqui... (apontava para o braço e o estômago) eu não tenho problema nenhum grave de saúde não tomo remédio nenhum, a dor que eu sinto é a falta do meu marido que não está mais aqui. Tenho sensação de... (choro) ... vazio. Uma pressão no meu estômago.

A terapia se constituiu em uma série de sessões das quais Vitória emergia com mais força e contato consigo mesma. Nessa sessão, a paciente narrou a briga que o marido teve com a filha enquanto ela trabalhava. Falava da música que o marido cantava para ela todas as tardes quando Vitória saía para trabalhar e a música do Lucas Lucco – *11 Vidas*, que a Flor cantou para o pai no hospital. A seguir a letra da música para melhor compreensão.

*...Mas eu só quero lembrar
Que de 10 vidas, 11 eu te daria
Que foi vendo você
Que eu aprendi a lutar
Mas eu só quero lembrar
Antes que meu tempo acabe, pra você não se esquecer
Que se Deus me desse uma chance de viver outra vez
Eu só queria se tivesse você
Pai, eu sei, o tempo é implacável
Afasta os nossos corpos, mas aproxima o coração
O seu nome é sempre lembrado
Com um verso, eu falo de você sempre na oração...*

Nesse encontro, não houve a prática de exercícios da bioenergética. Vitória permitiu que a tristeza a envolvesse e chorou profundamente apoiada no colo da terapeuta. Durante o seu pranto, comentou que não teve infância e que não estava sabendo lidar com a infância da filha. Falou também que estava dormindo mal, acordando várias vezes assustada, pensando no aniversário de morte do marido.

De volta para casa e um ritual de continuidade

Na sétima sessão, Vitória chegou comentando que depois de dois anos, voltou para o apartamento onde vivia com o marido. Estava de “**volta para casa nova velha**”. Usou essa expressão, porque conseguiu reformar o apartamento com o dinheiro que recebeu de seguro de vida do marido. Exibia a mão machucada, que cortou ao fazer limpeza no apartamento. Estava se sentindo mais animada, com o

ambiente novo, entretanto, lamentava em não ter ido ao cemitério no dia do aniversário de morte do marido. A filha já havia decidido não ir ao cemitério, mas a Vitória gostaria muito. Ao ser indagada pela terapeuta sobre o que gostaria de ter feito nesse dia, ela respondeu: *“ficar a tarde toda no cemitério; levar flores; acender velas e ficar lá conversando com ele”*. Desse modo, a terapeuta propôs a ela que pensasse então em um ritual, em algo simbólico que fizesse sentido e que se aproximasse do seu marido. Vitória gostou da ideia e, mais uma vez, falou que gostaria de levar flores no cemitério.

A psicoterapeuta deu total atenção ao ritual de continuidade criado pela paciente. Fizeram exercício de relaxamento em uma posição confortável, contudo com a coluna ereta. Vitória não visualizou flores nem as velas conforme falou que gostaria de depositar na sepultura do marido e sim a churrasqueira que ele tanto amava. Ela ainda relatou que conseguiu sentir o cheiro do churrasco e a presença viva do marido.

A Análise Bioenergética visa, não só, ao sentimento, mas à intensificação dele, dispondo de intervenções para tal intenção. A técnica de relaxamento e visualização realizada almejava diminuir a ansiedade e controlar as emoções, resgatando uma memória afetiva e oferecendo continuidade ao vínculo afetivo. Foi um momento muito especial para Vitória que abraçava fortemente a almofada relatando que experiência fora muito reconfortante.

Na sessão seguinte, chegou desanimada, falando que a filha estava dando muito trabalho. Não queria acordar cedo, não queria lavar louça, não queria arrumar o quarto.

Nossa Senhora! Está muito difícil! Flor não quer fazer mais nada. Nem escovar os dentes ela que. Escova de qualquer jeito. Já assim agora. Imagine quando chegar a adolescência! Ela não quer fazer nada, falar a verdade! Não sei como ela ainda quer ir para a escola e vir aqui. Nem tomar banho que. Esses dias ela bateu o pé e eu tive que pegar o chinelo. Ela está querendo mandar em mim. Ai como é difícil!

A terapeuta e a Vitória trabalharam exercícios de *grounding* atentas na respiração profunda, nas expressões sonoras das tensões e das dores.

Outra proposta: deitada no divã, Vitória foi incentivada a espernear de forma ritmada, levantando alternadamente cada perna e batendo-a fortemente contra o colchão, falando *“não”* a cada batida, com voz sonora e determinada.

Durante o exercício, Vitória lembrou que a Flor tinha dois irmãos que moravam no Nordeste e que ela não tinha contato. Relatou que, quando a Flor foi passear na cidade do pai há três anos, procurou pelos irmãos, mas não teve sucesso, o encontro não aconteceu. Ela ficou triste e lamentou que os irmãos não gostaram dela.

Lembrou também da adolescência, da doença da mãe, das brigas dos pais. Relatou que a mãe sempre foi doente, mas fazia pouco tempo que ela estava tomando remédio psiquiátrico.

E relatou que gostava de passear, gostava de namorar, mas nunca teve muitas amigas.

Cheguei em São Paulo bem jovem. Sempre fui fechada, sempre sozinha, falava pouco, só o necessário. Não tinha dificuldade de namorar, mas sempre fui quieta. É o meu jeito de ser.

Vitória teve uma experiência de intensa dor nessa sessão ao lembrar da infância e da adolescência. Sentimento de abandono e tristeza por falta de carinho e cuidado do pai e da mãe.

Em seguida, falou da angústia em deixar a filha fazer a viagem com os colegas do “grupo perseverança” da igreja da comunidade onde elas frequentavam. A terapeuta incentivou a participação da Flor nessa viagem e o resultado foi positivo.

Viagem da Flor narrada pela mãe:

Sabe o que eu achei interessante é que lá no encontro eles pediram pra ela escrever uma carta pra mim, e eu escrever uma carta pra ela, surpresa sabe?! Eu escrevi a carta e também comprei algumas lembrancinhas e mandei. Ela adorou! Na minha carta eu escrevi assim: que eu estava muito orgulhosa dela, que ela era uma menina muito corajosa, que foi sozinha viajar, que ela estava de parabéns! Coloquei outras coisas mais. Ai a Flor falou que ficou emocionada, que ela chorou, mas escondido de todo mundo.

A agressividade da filha que, no início alarmava a todos à sua volta, foi substituída por uma postura tranquila. O pedido da Flor de ser ouvida se fez presente e a vinculação de amor voltou a reinar na relação mãe e filha. Vitória se sentia mais leve e animada com o comportamento da filha.

Concordando com Reich (1989/1998), acredita-se que o amor consegue desbloquear as coraças corporais, promovendo o fluxo de energia e que todo contato terapêutico é uma influência amorosa. Por isso é comum dizer que o amor é da ordem

da saúde psíquica na medida em que predispõe a pessoa a investir na vida. O amor gera fé e confiança.

Os fatores que dificultaram o processo de luto da Vitória foram: crença de não ter recursos para enfrentar a perda; dificuldade de lidar com a filha; dependência do marido, base segura da família.

Os fatores que apareceram associados à facilitação e elaboração do processo de luto da Vitória foram: relacionamento saudável com o marido; realização dos rituais fúnebres e presença de um número significativo de amigos e familiares; crença religiosa; cuidados recebidos pela família, amigos e profissionais da saúde; possibilidade de manter a memória viva dos entes queridos, dando continuidade aos vínculos afetivos.

Crescimento pessoal, integração e dias melhores

A terapeuta pediu à Vitória que fizesse uma retrospectiva do seu processo terapêutico, ou seja, que discorresse como se sentia no primeiro encontro e como estava se sentindo no último encontro. Ela respondeu sorrindo:

Ai, ai, ai meu Deus do céu, essa aí é muito fácil de falar. Nossa é muito fácil de falar, quando cheguei aqui estava muito mal. Nas primeiras semanas... Nossa! Muito mal mesmo, que a primeira psicóloga que me atendeu teve que ficar muito tempo comigo porque eu estava muito ruim e depois com as sessões eu fui melhorando, melhorando e graças a Deus hoje eu estou bem.

Vitória continuava lembrando do marido todos os dias, ficava triste e chorava de saudade, contudo eram reações emocionais menos intensas, diferentemente do que sentia antes. A paciente teve muitos ganhos com a terapia, encontrando benefícios e mudanças positivas.

Sim muita, muita, Eu sentia aquelas dores, aquelas dores que eu te falei assim como ele sentia, que ela falava pra mim que ele estava, nas palavras dele "AIFADO" essa palavra aifado é lá do nordeste e é assim uma coisa que... você fica assim, sem conseguir respirar, parecia que estava muito cheio, sabe assim quando você come muito, e fica com o estomago ruim. Então agora graças a Deus não sinto mais nada disso.

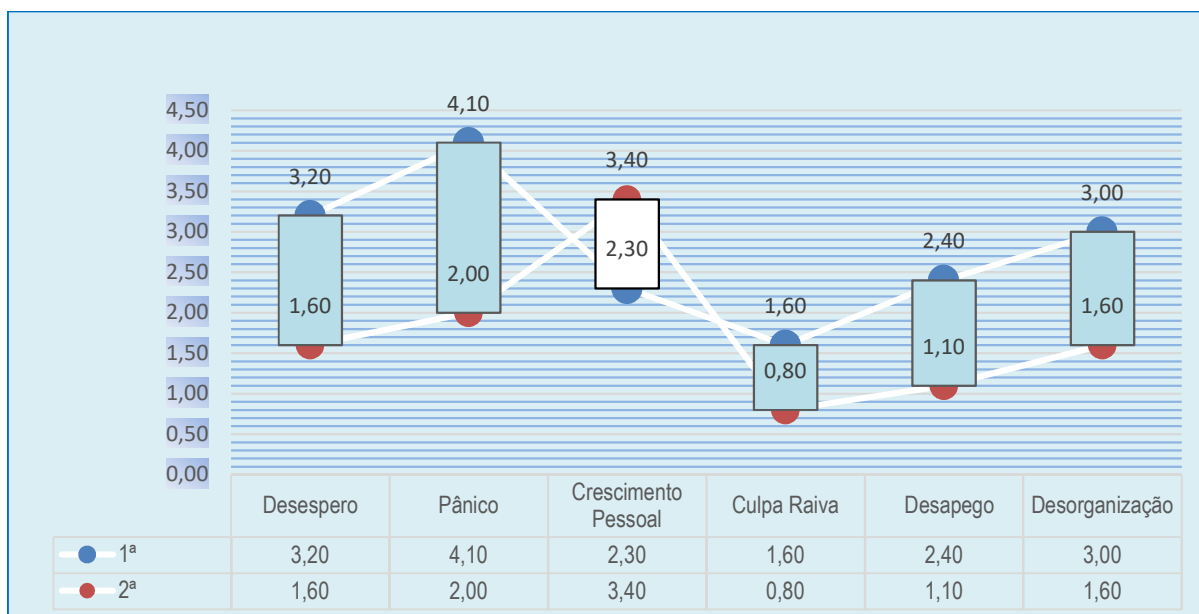
Vitória compareceu em todas as sessões, aproveitando bastante a terapia para trabalhar seus conflitos. Quanto ao resultado do instrumento de mensuração no final

das sessões, percebeu-se uma melhora significativa em todas as subescalas, destacando-se nos seguintes itens e questões: desapego – estou confusa sobre quem sou; sinto-me incapaz de enfrentar essa experiência, tenho medo de perder o controle; pânico – sinto meu estômago queimar, eu me assusto facilmente; raiva – eu me sinto frequentemente amargurada, fico com raiva frequentemente.

No início da terapia, os itens citados acima eram as principais queixas; contudo, no final da terapia, ela respondeu: essas questões não me descrevem em nada. No item do crescimento pessoal, Vitória respondeu: aprendi a enfrentar a vida melhor; eu me sinto como se fosse uma pessoa melhor; tenho esperança no futuro; eu tenho uma vida com mais perspectiva; meus dias estão sendo bem melhores do que antes.

Vitória se deu conta de que seu processo de transformação e elaboração do luto evoluiu e que a psicoterapia, espaço de escuta e cuidado, teve um papel fundamental para esse movimento de oscilação entre enfrentamento voltado para a morte e a restauração. Vitória experimentou a dor da perda e também teve tempo para outras atividades que necessitavam ser realizadas. Entendeu que não seria mais a mesma pessoa, contudo era possível retomar as atividades cotidianas e se reestruturar com o novo mundo que tinha agora.

Gráfico 4: Resultado (médias) das dimensões do instrumento de mensuração – HGRC da Vitória antes e depois da Psicoterapia



Fonte: Elaborado pela autora.

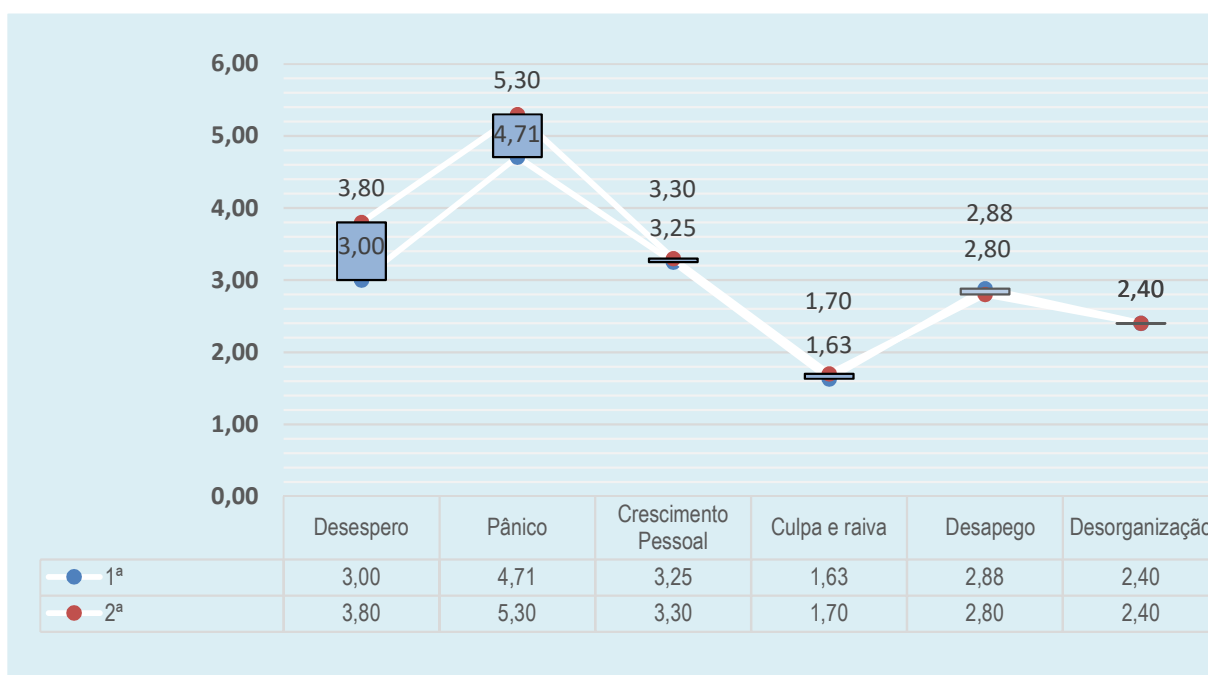
6.2. Apresentação dos casos do grupo de controle – GO e análise dos dados

6.2.1. Caso Bela

Dados biográficos

Bela tinha 26 anos, viúva, possuía curso superior, trabalhava com comércio exterior. Ela perdeu o marido, em julho de 2013, devido a uma crise convulsiva.

Gráfico 5: Resultado (médias) das dimensões do instrumento de mensuração – HGRC da Bela 1ª e 2ª aplicação em um intervalo de seis meses



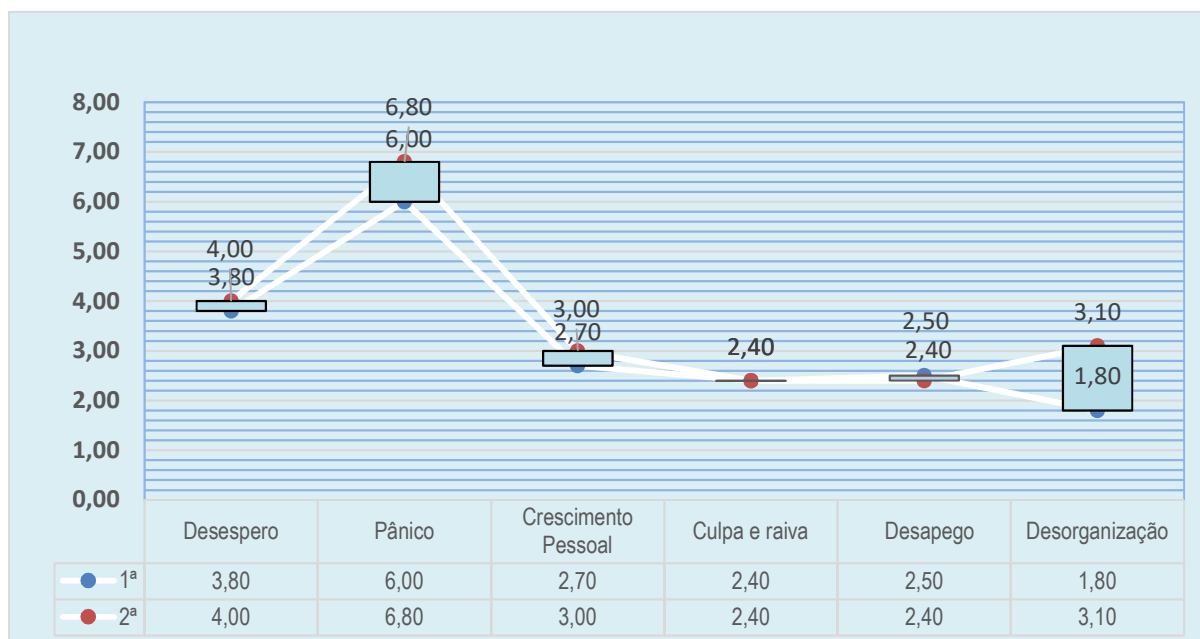
Fonte: Elaborado pela autora.

6.2.2. Caso Graça

Dados biográficos

Graça tinha 42 anos, solteira, possuía curso superior, trabalhava em uma escola como coordenadora pedagógica. Perdeu o pai em julho de 2015, diagnosticado com câncer na vesícula.

Gráfico 6: Resultado (médias) das dimensões do instrumento de mensuração – HGRC da Graça 1^a e 2^a aplicação em um intervalo de seis meses



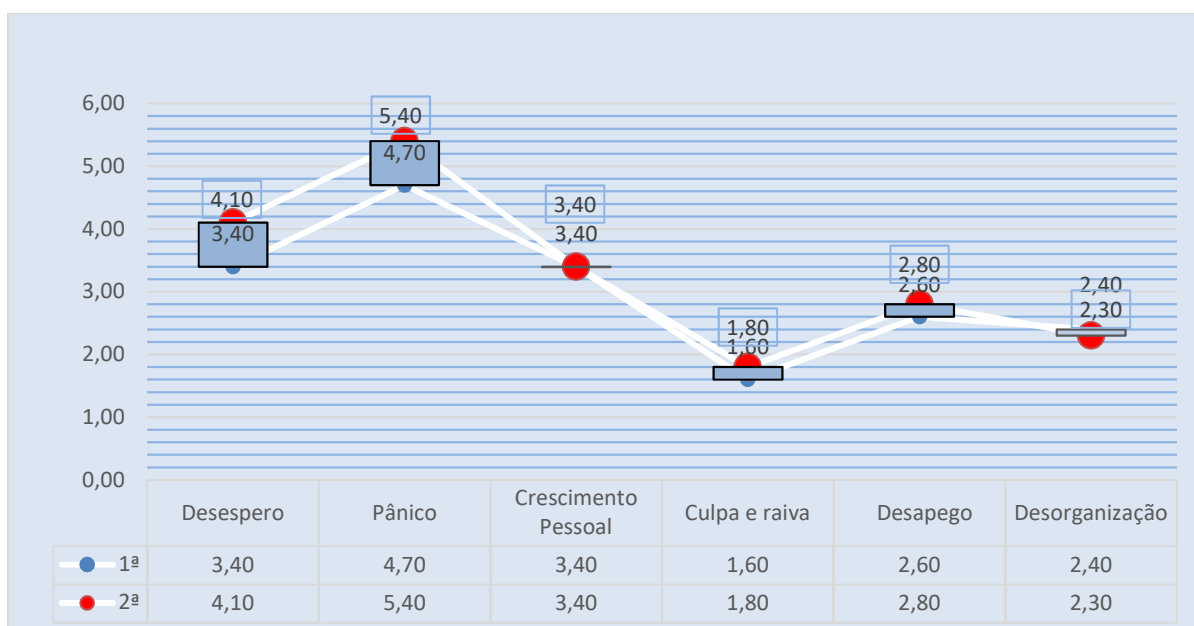
Fonte: Elaborado pela autora.

6.2.3. Caso Lua

Dados biográficos

Lua tinha 40 anos, casada, mãe de uma criança de 5 anos, estudou até o ensino médio, desempregada. Perdeu o pai em outubro de 2016, diagnosticado com cirrose hepática.

Gráfico 7: Resultado (médias) das dimensões do instrumento de mensuração – HGRC da Lua 1^a e 2^a aplicação em um intervalo de seis meses



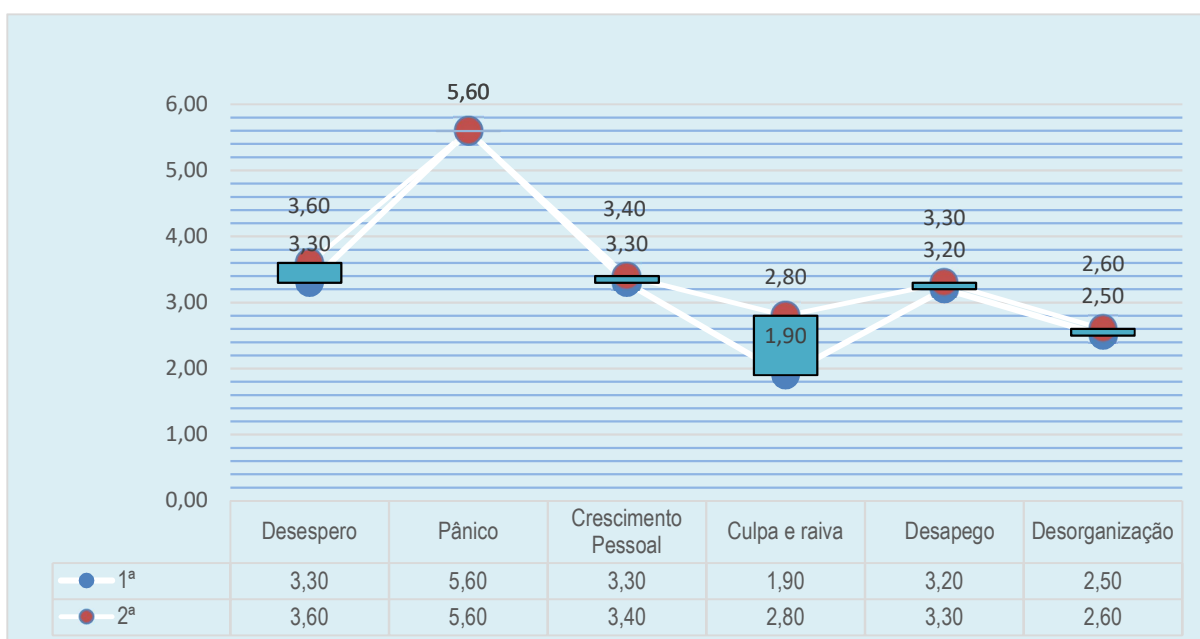
Fonte: Elaborado pela autora.

6.2.4. Caso Jana

Dados biográficos

Jana tinha 26 anos, solteira, possuía curso superior e estava desempregada. No ano de 2009, perdeu a avó, a mãe e um irmão em um acidente de carro, no qual ela era a motorista. Em julho de 2016, o pai faleceu de acidente vascular cerebral – AVC.

Gráfico 8: Resultado (médias) das dimensões do instrumento de mensuração – HGRC da Jana 1^a e 2^a aplicação em um intervalo de seis meses



Fonte: Elaborado pela autora.

6.2. Resultados estatísticos

Conforme mencionado no capítulo sobre o método, apenas em um grupo foi realizada a psicoterapia bioenergética. A seguir, apresenta-se o resultado (médias) das dimensões do instrumento de mensuração HGRC dos participantes dos grupos: GC e GE com a respectiva comparação dos resultados.

6.2.1. Participantes do grupo experimental – GE

Tabela 1: Resultado (média) das dimensões do instrumento de mensuração HGRC dos participantes do GE, antes e após a psicoterapia bioenergética

Grupo Experimental	Aplicação	Desespero		Pânico		Crescimento Pessoal		Culpa/Raiva		Desapego		Desorganização	
		Nota	%	Nota	%	Nota	%	Nota	%	Nota	%	Nota	%
Mark	1ª	4,15	-	3,71	-	2,83	35,34	2,83	-	3,88	-	3,14	-
	2ª	1,46	64,82	2,57	30,73	3,83		2,00	29,33	2,38	38,66	1,71	45,54
Mel	1	3,15	-	3,93	-	3,25	36,00	2,86	-	3,38	-	2,86	-
	2ª	1,92	39,05	2,71	31,04	4,42		1,29	54,90	1,50	55,62	2,43	15,03
Yaci	1ª	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	
	2ª	2,70		2,80		4,60		0,80		1,00		1,00	
Vitória	1ª	3,20	-	4,10	-	2,30	47,83	1,60	-	2,40	-	3,00	-
	2ª	1,60	50,00	2,00	51,22	3,40		0,80	50,00	1,10	54,17	1,60	45,54

Fonte: Elaborado pela autora.

- MARK: diminuiu o desespero 64,82%; pânico 30,73%; culpa e raiva 29,33%; desapego 38,66%; desorganização 45,54% e aumentou o crescimento pessoal em 35,34%.
- MEL: diminuiu o desespero 39,05%; pânico 31,04%; culpa e raiva 29,33%; desapego 54,62%; desorganização 15,03% e aumentou o crescimento pessoal em 36%.
- YACI: não conseguiu responder o primeiro teste de mensuração antes de começar a terapia, contudo respondeu o segundo após as sessões terapêuticas, o que significa que as vivências da Análise Bioenergética favoreceram o processo de luto da paciente.
- VITÓRIA: diminuiu o desespero 50%; pânico 51,22%; culpa e raiva 50%; desapego 54,17%; desorganização 45,54% e aumentou o crescimento pessoal em 47,83%.

6.2.2. Participantes do Grupo controle – GC

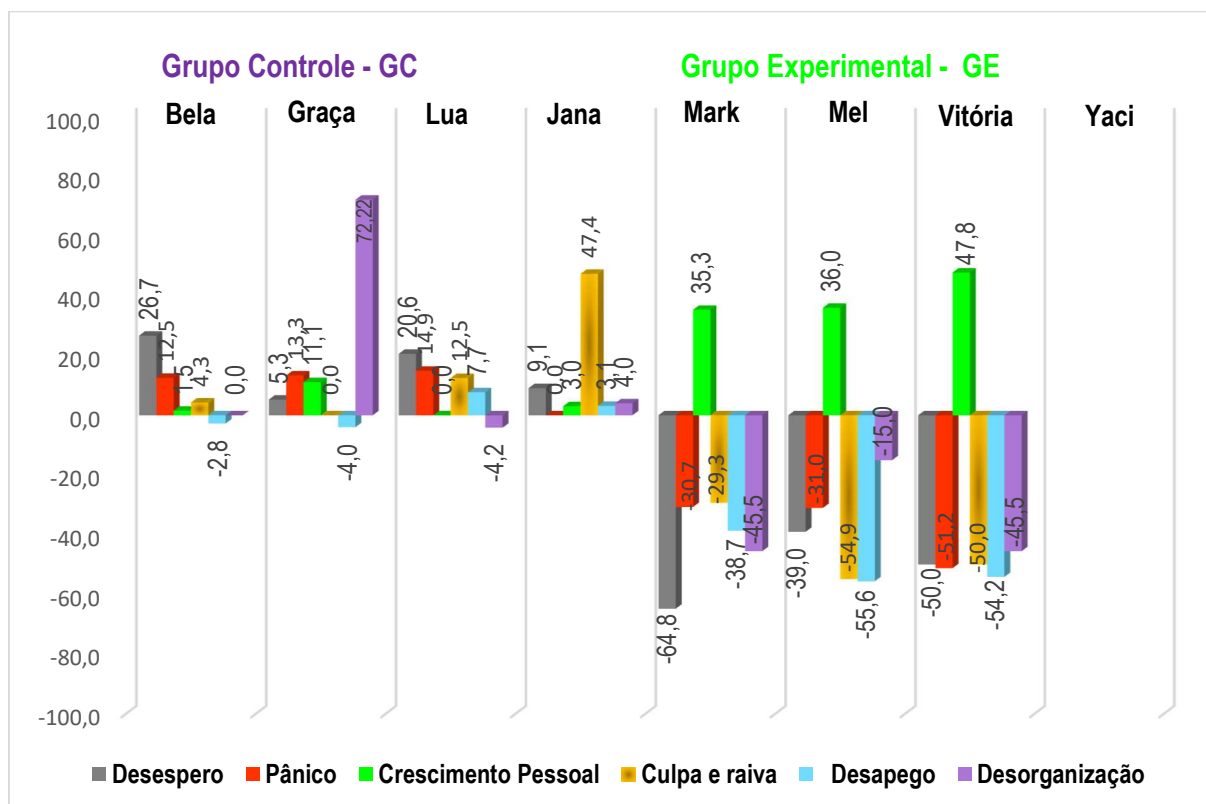
Tabela 2: Resultado (média) das dimensões do instrumento de mensuração HGRC dos participantes do GC aplicado duas vezes com intervalo de seis meses

Grupo Controle	Aplicação	Desespero		Pânico		Crescimento Pessoal		Culpa/Raiva		Desapego		Desorganização	
		Nota	%	Nota	%	Nota	%	Nota	%	Nota	%	Nota	%
Bela	1ª	3,00	26,67	4,71	12,53	3,25	1,54	1,63	4,29	2,88	-	2,40	0,00
	2ª	3,80		5,30		3,30		1,70		2,80		2,78	
Graça	1ª	3,80	5,26	6,00	13,33	2,70	11,11	2,40	0,00	2,50	-	1,80	72,22
	2ª	4,00		6,80		3,00		2,40		2,40		4,00	
Lua	1ª	3,40	20,59	4,70	14,89	3,40	0,00	1,60	12,50	2,60	7,69	2,40	-
	2ª	4,10		5,40		3,40		1,80		2,80		2,30	
Jana	1ª	3,30	9,09	5,60	0,00	3,30	3,03	1,90	47,37	3,20	3,12	2,50	4,00
	2ª	3,60		5,60		3,40		2,80		3,30		2,60	

Fonte: Elaborado pela autora.

- BELA: aumentou o desespero 26,67%; pânico 12,53%; culpa e raiva 4,29%; e o crescimento pessoal aumentou 1,54%. Diminuiu o desapego em 2,78% e a desorganização permaneceu a mesma.
- GRAÇA: aumentou o desespero 5,26%; pânico 13,33%; desorganização 72,22% e o crescimento pessoal 11,11%. Diminuiu o desapego em 4%; a culpa e a raiva permaneceram as mesmas.
- LUA: aumentou o desespero 20,59%; pânico 14,89%; culpa e raiva 12,50%; desapego 7,69%. A desorganização diminuiu em 4,17% e o crescimento pessoal permaneceu o mesmo.
- JANA: aumentou o desespero 9,09%; crescimento pessoal 3,03%; culpa e raiva 47,37%; desapego 3,12% e desorganização 4,00%. Quanto ao pânico, permaneceu o mesmo.

Os resultados diferenciais dos grupos: experimental (GE) e controle (GC) permitem afirmar que os participantes do grupo experimental (GE) se beneficiaram com a psicoterapia bioenergética conforme apresentado do Gráfico 9 a seguir.

Gráfico 9: Resultados (médias) do HGRC dos participantes dos grupos: GC e GE

Participantes GC: Bela, Graça, Lua, Jana

Participantes GE: Mark, Mel, Vitória, Yaci

Fonte: Elaborado pela autora.

Nesta investigação, comparando os resultados estatísticos das categorias: desespero; comportamento de pânico; culpa e raiva; desapego e desorganização, é possível observar, por meio do Gráfico 9, uma diferença significativa.

No grupo experimental (GE), os três participantes apresentaram a taxa negativa de aumento para as dimensões: desespero, pânico, culpa e raiva, desapego e desorganização. Entretanto no grupo de controle (GC), as taxas de crescimentos e suas dimensões foram todas positivas sendo que a Bela e a Graça obtiveram uma taxa muito pequena de diminuição no item desapego e a Lua no item desorganização.

Por outro lado, os dois grupos mostraram taxas positivas de crescimento pessoal, apesar de uma porcentagem pequena de três participantes do grupo controle, confirmando a ideia de que a qualidade do interesse pessoal (dos participantes desta pesquisa) está intimamente relacionada com a sensibilidade e a vulnerabilidade das pessoas em sofrimento.

Vivenciar o sofrimento aproxima as pessoas, aumenta o autoconhecimento, favorecendo aceitação de novas experiências bem como possibilitando o

amadurecimento pessoal, que pode ser visto como oportunidade de aprendizado. Segundo Parkes (1998), as pessoas que passaram por uma perda importante podem estar mais bem qualificadas para ajudarem outras pessoas enlutadas.

CAPÍTULO VII – DISCUSSÃO

Enquanto o nascimento é motivo de comemoração, a morte de uma pessoa querida é uma das circunstâncias mais triste, assustadora e complexa que a vida pode trazer. Perante essa situação, que, em algum momento da vida, é preciso enfrentar, desencadeia um conjunto de mudanças psicológicas e psicossociais. Ao longo das sessões, foi possível perceber que os quatro participantes apresentaram um processo que evoluiu conforme o descrito pela teoria de Bowlby (1982/2006 e 1973/2004b), trazendo sentimentos de incompreensão, dor e revolta no início da terapia, mas transcorrendo com adaptações na realidade e menor dor expressa ao longo das sessões.

O processo foi se modificando aparecendo vivências com falas de aceitação e tentativas de organização interna, demonstrando melhora dos sentimentos de estresse em relação à situação traumática. O luto dói, é um processo de profunda transformação e, segundo Parkes (2009), todos os lutos são traumáticos, uns com mais intensidade, outros com menos.

A tarefa mais sensível do luto é restabelecer conexão com a pessoa que morreu por meio da experiência compartilhada com ela. Os pacientes com maior possibilidade de colher benefícios são aqueles que estão dispostos a enfrentar o conflito emocional e a explorar sentimentos em uma relação terapêutica.

O conteúdo das três primeiras sessões da Yaci permitiu perceber que ela continuava sofrendo muito ao evitar falar da filha que faleceu, constatando a presença de fator de risco para um luto complicado. Bowlby (1973/2004b) e Mazorra (2009) ressaltam que negar é usar recursos para afastar a realidade que dói. Agir como se nada tivesse acontecido e se agarrar demais ao trabalho ou outras tarefas são comportamentos frequentes. O processo de aceitação que torna as pessoas enlutadas capazes de ver, tocar, falar sobre a morte e, ao mesmo tempo, deixá-la ir para onde tiver que ir, é uma tarefa complexa, árdua e lenta. Aceitar não é deixar de sentir a dor ou esquecer a pessoa amada, mas, sim, modificar o espaço da dor internamente, lembrando de quem partiu sem amargura, ressaltando os aspectos positivos da relação vivida.

A experiência de perda de um ente querido, embora seja extremamente dolorosa, é uma vivência transformadora que pode trazer crescimento e mudanças positivas para o enlutado e sua relação com o mundo. O processo de luto devolve ao enlutado a chance de uma nova história. Quando alguma forma de relacionamento persiste entre os vivos e os mortos, é possível dizer que existe saudade e memória.

A saudade não cessa, mas sua representação se transforma. Isso quer dizer que, no início, diante do impacto da perda, a saudade dói constantemente. Essa dor vai sendo redimensionada e aos poucos a saudade pode ocupar um lugar especial.

O aperto no peito, a angústia e o vazio podem ser substituídos por lembranças que oscilam entre o sentimento de falta e o carinho pela pessoa que se foi. A queimação no estômago que a Vitória sentia desapareceu com as sessões psicoterapêuticas, contudo existiram momentos críticos em que a angústia aumentou, coincidindo com datas comemorativas: aniversário e dia dos finados. Vitória elaborou a perda do seu marido de um modo transformador ao compartilhar sua experiência nas sessões. O relacionamento amoroso saudável e suas consequências, ao longo do ciclo vital, foram um recurso facilitador no seu processo.

Enquanto algumas pessoas se apavoram com a presença da morte como o caso do Mark, outras tentam desvendá-la bem como a Mel, e outros, ainda, aceitam passivamente como o caso da Yaci. As atitudes variadas de horror, aceitação ou descaso em relação à morte decorrem não somente da individualidade de cada pessoa, mas também da consideração que cada sociedade apresenta da morte.

O modelo de processo dual de Stroebe e Schut (1999) enfatiza não somente a maneira como os enlutados oscilam entre picos de sofrimento e pesar, com foco no sujeito falecido, como também os eventos destinados ao afastamento da perda. É um processo regulatório de enfrentamento de oscilação, em que o indivíduo enlutado às vezes enfrenta e, em outros momentos, evita as diferentes tarefas do luto.

Do ponto de vista do processo de enfrentamento, as percepções negativas e positivas se alternam, tanto na orientação para a perda quanto na orientação para a restauração, e constituem a base para a adaptação dos enlutados às narrativas, às crenças e aos significados que o período pós-morte acarreta.

Os participantes durante as vivências das sessões foram incorporando, abrindo novas possibilidades de relação consigo mesmo e com as outras pessoas de maneira mais positiva. Foram adquirindo assim um desenvolvimento integrado, preservando o equilíbrio dinâmico de seu organismo. A Análise Bioenergética é importante para a

compreensão da ressonância que, por vezes, ecoa na sessão terapêutica e esboça o perfil de uma mudança que está acontecendo.

Aprenderam que, quando cansados, procura-se repouso, quando famintos, a comida, quando tristes ou com raiva, podem entrar em contato com a dor e se expressar sem repressão, contribuindo para a autorregulação (homeostase) do organismo e a integração dos aspectos físicos, emocionais, psíquicos.

O processo de luto, embora se estabeleça de maneira individual, é também um fenômeno social. Todos os seres humanos estão vulneráveis a vivenciá-lo, estando presentes valores sociais, culturais e religiosos que condicionam a reação à perda e que podem facilitar ou dificultar o processo.

De acordo com Kovács (2008 e 1992/2015), Parkes (2009), Trasferetti (2007), o processo de luto depende de muitos fatores, sendo a religião um dos que mais conforta. Nas sessões psicoterapêuticas dos quatro participantes, todos cristãos, foram unânimes ao afirmarem que, apesar do sofrimento, continuam acreditando no poder e amor de Deus, corroborando com a teoria.

Quando se acredita que o ente querido, de alguma forma admirável, está em outro plano, o coração se acalma e a aceitação é mais próxima. Se a fé é parte da vida da pessoa enlutada, ela consegue expressá-la da maneira que lhe parece apropriada. Parkes (2009) ressalta que comunidade religiosa proporciona uma grande contribuição nesse processo, favorecendo a integração social que muito colabora para o enfrentamento voltado para a restauração.

Mel em seus depoimentos agradecia fervorosamente a Deus a experiência que estava vivendo, acreditando ser Deus a única fonte de fé e esperança. Contudo, vale ressaltar que, no início da psicoterapia, ela acreditava que estava traindo Deus por procurar ajuda na psicologia e torcia para a psicoterapia dar errado. Ela entendia que iria perder tempo com a psicóloga, uma vez que só Deus podia ajudar, curar. Com o tempo, Mel percebeu que os exercícios da espiritualidade, a crença no Divino, os exercícios da bioenergética possibilitaram o sentido de permanência.

Ao longo do ciclo vital, é possível melhorar vários tipos de cuidados na relação consigo mesmo, com os outros e com o mundo. O cuidado implica ajudar os outros; promover o seu bem-estar. As experiências de perda manifestaram nos participantes desta pesquisa tais considerações, tanto do grupo experimental (GE), quanto do grupo de controle (GC).

Os itens que incidem esse sentimento no teste de mensuração HGRS são: tenho mais compaixão pelos outros; sou mais tolerante com os outros e está inserido na categoria do crescimento pessoal. Percebe-se, portanto, que os participantes dos dois grupos se encontravam com resultados equivalentes apenas nessa categoria, confirmando que a qualidade do interesse pessoal daqueles que estão em sofrimento (nesta pesquisa) é de compartilhar e acolher a dor do outro. Ou seja, se sentem mais capazes de ajudar outras pessoas que enfrentam tragédias semelhantes.

As demais categorias: desespero, comportamento de pânico, culpa/raiva, desapego e desorganização, apenas o grupo experimental (GE) se beneficiou com os resultados, mostrando uma diferença significativa.

Observa-se que, neste estudo, apareceram determinados fatores que estão associados à facilitação das respostas adaptativas no processo de luto (construção de significados), que são os fatores de proteção, ao passo que outros dificultam esse processo e estão associados ao risco de luto complicado.

Fatores de risco:

- Dinâmica familiar: falta de comunicação; falta de continência na família para expressão de tristeza e raiva; não aceitação; utilização dos mecanismos de defesa de negação;
- Dificuldade de compartilhar e expressar as emoções;
- Aspectos de insegurança no estilo de apego: Yaci – dependência com a filha; Vitória – dependência com o marido;
- Crença de não ter recursos para enfrentar a perda;
- Perda de pessoas jovens;

Fatores de proteção:

- Relacionamento saudável com as pessoas que faleceram;
- Realização dos rituais fúnebres e presença de um número significativo de amigos e familiares;
- Crença em seus recursos de trabalho para o enfrentamento de adversidades;
- Crenças religiosas e espirituais;
- Percepção que se tornou uma pessoa melhor, mais espiritualizada;
- Cuidados recebidos pela família, amigos e profissionais da saúde;

- Possibilidade de manter a memória viva dos entes queridos, dando continuidade aos vínculos afetivos.

Ficam claras as evidências da eficácia da terapia, seja ela breve ou prolongada, quando se consegue estabelecer um relacionamento autêntico com o paciente. Na relação da terapeuta com os participantes, houve uma sintonia afetiva a qual permeou todo o processo.

A contribuição da psicoterapia bioenergética para esse campo do conhecimento teve uma contribuição importante principalmente para trabalhar a raiva. Para Lowen (1972/1983), a reação da raiva é a resposta natural de um organismo que sente dor. A dor produzida pela perda do prazer faz com que o corpo se contraia e as sensações internas e/ou externas são desviadas da superfície do corpo.

Como o luto alerta para o trabalho de cuidar do sofrimento, cria-se a perspectiva de intervenções de profissionais mais bem preparados a fim de que os enlutados sejam ouvidos e acolhidos com uma compreensão de cuidado empático e de afeto.

Em relação ao significado de morte, para os participantes, percebe-se que hoje eles conseguem compreender a situação, aceitando que nada poderiam ter feito para evitar a morte de seus entes queridos. Entenderam que ninguém está livre dessa experiência e que a morte é um fato que machuca, desorganiza, traz muito desespero e sofrimento para aqueles que ficam, contudo, a vida continua e é preciso se adaptar às adversidades para continuar vivendo com dignidade e não apenas sobreviver.

Este estudo mostra o valor da eficácia do tratamento clínico proposto. A melhora foi comprovada pelos instrumentos aplicados e também ressaltada pelos participantes em seus relatos.

A partir dos resultados desta investigação, é possível afirmar que a terapia corporal bioenergética é um recurso psicoterapêutico válido e eficaz no sentido da evolução saudável do processo de luto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A morte declara uma ruptura dentro da vida, ao enfatizar a vulnerabilidade da existência, a precariedade do ser, a finitude humana. O trabalho de simbolizar e elaborar a perda, reencontrando novas adaptações para continuar a viver saudavelmente, leva tempo e envolve intenso sofrimento. O fato é que a morte, as separações e os lutos fazem parte da vida e do desenvolvimento de todo ser humano; desse modo, as vivências das reações de luto precisam ser sentidas e expressadas.

O processo da elaboração do luto revelou ser um caminho de entendimento e de compreensão sobre a dor e o sofrimento, contribuindo para o reconhecimento de que a história de vida dos participantes se transformou diante da perda do ser amado. O luto é um processo de reconstrução e reorganização que exige um desafio emocional, cognitivo/intelectual, social/cultural, físico e espiritual, com o qual o enlutado tem de lidar para se **integrar**. Essa experiência remete ao amor e à transitoriedade da vida.

É possível descrever o processo de luto como: dinâmico, pendular, variando em natureza, intensidade, duração. É um processo de oscilação que não se realiza mediante progressão constante. As pessoas enlutadas, às vezes, enfrentam, porém, em outros momentos, evitam as diferentes dores que o luto provoca. As variações são imprevisíveis com subidas repentinas e deslizes desanimadores. As lembranças surgem tanto nos momentos difíceis como nos momentos felizes. Amadurece-se a golpes de dores sucessivas. Entretanto é possível e saudável viver com a memória do que foi vivido e com os significados encontrados. Estes retratam a virtude da fidelidade e do amor que se unem no cuidado com a memória e a história dos amores que se foram. Ajudam a viabilizar a progressiva retomada das atividades diárias e das relações de confiança com o outro.

Através desse olhar em relação ao luto, pode-se perceber a idiosincrasia de cada processo, isto é, a característica comportamental ou estrutural peculiar de um indivíduo ou grupo, aceitando as diferenças de cada enlutado e **desconstruindo a ideia de que existe uma maneira ideal de processar o luto**.

Pensar e refletir sobre o fim da vida revela a perplexidade do ser humano perante a morte, admitindo que ela é irreversível. A morte não pode ser negada. Ela

terá de ser conhecida e vivida. É por isso que o fator mais importante de eficácia nas intervenções do luto é a possibilidade de ocorrência de um verdadeiro encontro com cuidados empáticos, proporcionando ao enlutado uma experiência de elaboração compreensiva e sensível após uma perda significativa.

Desse modo, a pesquisadora sente-se recompensada pelo esforço de ter pesquisado um tema que, apesar de árduo e complexo, permitiu a construção de um novo significado para a sua vida pessoal e profissional, bem como adquirir maior segurança e liberdade para atuar e inovar com embasamento, usando as técnicas de Análise Bioenergética.

Existe várias maneiras de lidar com o fato de que todas as vidas, incluindo as das pessoas que se ama, tem um fim, contudo é interessante notar que cada vez mais é no corpo que necessita se inscrever as vivências do processo de luto, quer seja na imagem, quer seja na sensação, como uma possibilidade de elaboração simbólica desse conflito. Dessa forma, considera-se a psicoterapia bioenergética um meio de apoio válido e eficaz no sentido da evolução saudável do processo de luto.

Elias (2001) ressalta que na verdade não é a morte, mas o conhecimento dela que cria problema para os seres humanos. Essa ideia nos proporciona um direcionamento para que as questões de vida e morte possam ser vividas e discutidas como parte da vida e do desenvolvimento humano. Dessa forma, este estudo busca contribuir com muitos profissionais da área de saúde que almejam compreender o processo do luto e trilhar os complexos caminhos que acompanham as perdas resultantes da morte.

REFERÊNCIAS

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. **Guia essencial de depressão**. Tradução: Claudia Gerpe Duarte. São Paulo: Aquariana, 2002.

ALVES, J. P.; CORREIA, G. W. B. **O corpo nos grupos: experiências em análise bioenergética**. Recife: Libertas, 2014.

AINSWORTH, M. D. S. et al. **Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation**. Hillsdale: Erlbaum, 1978.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1977/2016 dúvida

BASSO, L. A.; WAINER, R. Luto e perdas repentinas: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. **Rev. bras. ter. cogn.** v. 7, n. 1, p. 35-43, jun. 2011.

BERCELI, D. **Exercícios para libertação do trauma**. Um revolucionário novo método para recuperação de estresse e trauma. Recife: Libertas, 2007.

BELLIS, J. M. Sintomas e doenças dos tratos respiratório e gastrointestinal. In: CLAUER, V. H. **Múltiplos Saberes em Psicologia Corporal: Análise Bioenergética**. Recife: Libertas, 2010.

BOUSSO, R. S. et al. Facebook: um novo locus para a manifestação de uma perda significativa. **Psicol.**, v. 25, n. 2, p. 172-179, ago. 2014.

BOWLBY, J. **Apego: a natureza do vínculo**. V. 1 da trilogia Apego e Perda. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1969/2002.

_____. **Separação: angústia e raiva**. V.2 da trilogia Apego e Perda. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1973/2004a.

_____. **Perda: tristeza e depressão**. V. 3 da trilogia Apego e Perda. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1973/2004b.

BOWLBY, J. **Formação e rompimento de laços afetivos**. 4a. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1982/2006.

_____. **Cuidados Maternos e Saúde Mental**. 2a. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

_____. **Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BROMBERG, M. H. P. F. **A psicoterapia em situações de perdas e luto**. Campinas: Livro Pleno, 2000.

BUTLER, S.; NORTHCUT, T. Enhancing Psychodynamic Therapy with Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of Grief. **Clinical Social Work Journal**, v. 41(4), p. 309-31, 2013.

CARLINO, L. A. Análise Bioenergética: uma terapia, bem como um vibrante modo de vida. In: Volpi, J. H.; Volpi, S. M. (orgs.). **Psicologia Corporal**. Curitiba: Centro Reichiano, 2006.

CASELLATO, G. **Luto por abandono: enfrentamento e correlação com a maternidade**. 2004. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.

_____. **Dor silenciosa ou dor silenciada? Perdas e lutos não reconhecidos por enlutados e sociedade**. São Paulo: Livro Pleno, 2005.

_____ et al. Luto complicado: considerações para a prática. In: SANTOS, F. S. Bragança Paulista - SP: Ed. Comenius, 2009.

CHRISTO, L. L. **Reich e Lowen em 10 movimentos: princípios da psicoterapia corporal**. Recife: Libertas, 2010.

CIPULLO, M. A. T. **Falando do corpo... o papel do verbo na Bioenergética**. São Paulo: Summus, 2000.

CLAUER, V. H. (org.). **Múltiplos saberes em psicologia corporal: análise bioenergética**. Recife: Libertas, 2015, vols 1 e 2.

COOPER, R. Complicated grief: philosophical perspectives. In: STROEBE, M.; SCHUT, H.; BOUT, J. V. **Complicated grief: scientific foundations for health care professionals**. Routledge, 2012, p. 23-26.

CORRÊA, D. A. Do luto ao sentido: aportes da logoterapia no espaço psicoterapêutico. **Psicol. teor. prat.**, v. 14, n. 3, p. 180-188, dez. 2012.

COTTA, J. A. M. **O alojamento da psique no soma, segundo Winnicott**. 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

D'ASSUMPÇÃO, A. E. **Sobre o viver e o morrer: manual de Tanatologia e Biotanatologia para os que partem e os que ficam**. 2a.ed. ampliada. Petrópolis: Vozes, 2011.

D'ÁLLONES, C. R. O estudo de caso: da ilustração à convicção. In: D'ÁLLONES, C. R. (org.). **Os procedimentos clínicos nas ciências humanas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

DAMÁSIO, A. **Em busca de Espinoza: prazer e dor na ciência dos sentimentos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. **Estatística Sem matemática para Psicologia**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos** seguido de "Envelhecer e morrer." Rio de Janeiro, Zahar, 2001.

FRANCO, M. H. P. (org.). **Estudos avançados sobre luto**. São Paulo: Livro Pleno, 2002.

_____. Luto como experiência vital. In: SANTOS, F. S. (org.). **Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Atheneu, 2009.

FRANCO, M. H. P. **Formação e rompimento de vínculos**: o dilema das perdas na atualidade. São Paulo: Summus, 2010.

FREUD, S. **Luto e melancolia**. Obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1917/1996.

_____. **O ego e o id**. In: Obras Completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro: Imago 1923/1996.

FRANKL, V. E. **Psicoterapia e sentido da vida**: fundamentos da logoterapia e análise existencial. 4a ed. São Paulo: Quadrante, 2003.

GAIARSA, J.A. **Respiração, angústia e renascimento**. São Paulo: Ágora, 2010.

GILLIES, J.; NEIMEYER, R. A.; MILMAN, E. Meaning of Loss Codebook: **Construction of a System for Analyzing Meanings Made in Bereavement**, *Death Studies*, v. 38, p. 207-216, 2014.

HALL, C. Bereavement theory: Recent developments in our understanding of grief and bereavement. **Bereavement Care**, 33, p. 7-12, 2014.

HAZAN, C.; SHAVER, P. Romantic love conceptualized as an attachment process. **Journal of personality and social psychology**, v. 52, n. 3, p. 511-524, 1987.

HOGAN, N. S.; GREENFIELD, D. B.; SCHMIDT, L. A. Development and validation of the Hogan Grief Reaction Checklist. **Death Studies**, v. 25, p. 1-32, 2001.

_____; LAURIE, A.; NEIMEYER, R. A. The measurement of grief: psychometric considerations in the assessment of reactions to bereavement. In: STROEBE, M. S.; HANSSON, R. O.; SCHUT, H.; STROEBE, W. **Handbook of Bereavement research and practice**: advance in theory and intervention. Londres, 2008, p. 133-161.

HORVITZ, A.; WAKEFIELD, J. **The Loss of Sadness**: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder New York: Oxford University Press, 2007.

KNIGHT, C.; GITTERMAN, A. Group Work with Bereaved Individuals: The Power of Mutual. **Social Work**, v. 59(1), pp. 5-12, 2014.

KOEMEDA_LUTZ, M. A relativa contribuição da cognição afeto e comportamento motor nos processos psicoterapêuticos - empatia e interação como fatores de cura
In: Múltiplos saberes em psicologia corporal: análise bioenergética. Vita Heinrich Clauer (organizadora). Recife: Libertas, 2015, vol 2

KOVÁCS, M. J. **Morte e Desenvolvimento Humano**. 3a. reimp. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992/2015.

_____. **Educação para a morte**. Desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

_____. **Desenvolvimento da Tanatologia**: estudos sobre a morte e o morrer. Paidéia, Ribeirão Preto, v.18, n. 41, set./dez. 2008.

_____. A morte no contexto escolar: desafio na formação de educadores. In: FRANCO, M. H. P.(org.). **Formação e rompimento de vínculos**: o dilema das perdas na atualidade. São Paulo: Summus, 2010.

KRISTJANSON, L. et al. **A systematic review of the literature on complicated grief**. Center for Cancer and Palliative Care, Edith Cowan University, Churchlands, 2006.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1969/2005.

LEWIS, R. Anatomy of empathy. **Bioenergetic Analysis**, 2005.

LIMA, F. A.; BOUQVAR, R. Famílias enlutadas: Intervenções Corporais e Recuperação da Vitalidade. **Revista Latino-Americana de Psicologia Corporal**, v. 1, n. 1, 2014.

LOWEN, A. **O corpo em terapia**: A abordagem bioenergética. São Paulo: Summus, 1958/1977.

_____. **O corpo traído**. São Paulo: Summus, 1967/1979.

_____. **O corpo em depressão**: as bases biológicas da fé e da realidade. São Paulo: Summus, 1972/1983.

LOWEN, A. **Bioenergética**. São Paulo: Summus, 1975/1982.

_____. **Alegria**: A entrega ao corpo e à vida. São Paulo: Summus, 1995/1997.

_____. **Uma vida para o corpo**: autobiografia de Alexander Lowen. São Paulo: Summus, 2007.

_____; LOWEN, L. **Exercícios de Bioenergética**: O caminho para uma saúde vibrante. São Paulo: Agora, 1977/1985.

MAZORRA, L. **A construção de significados atribuídos à morte de um ente querido e o processo de luto**. 2009. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

MCEWEN, R. N.; SCHEAFFER, K. Virtual Mourning and Memory Construction on Facebook. **Bulletin of Science, Technology & Society**, v. 33(3-4), pp. 64-75, 2013.

MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12a. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORIN, E. **O homem e a morte**. 2a. ed. Lisboa: Europa-América, 1970.

NASCIMENTO, P. D. **Análise Bioenergética do sofrimento orgânico**: Diagnóstico e eficácia do tratamento. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

NAVARRO, F. **Caracterologia Pós-Reichiana**. São Paulo: Summus 1995.

NEIMEYER, R. **Meaning reconstruction and the experience of loss**. Washington: American Psychological Association, 2001.

_____. Reconstructing meaning in bereavement: summary of a research program. **Estud. psicol.** Campinas, v. 28, n. 4, p. 421-426, 2011.

NEIMEYER, R.; HOGAN, N. Quantitative or Qualitative? Measurement issues in the study of grief. In: **Handbook of bereavement research, consequences, coping and care**. Washington: APA, 2001, p. 89-118.

_____; BURKE, L. A; MACKAY, M. M.; VAN, D. S. Grief therapy and the reconstruction of meaning: From principles to practice. **Journal of Contemporary Psychotherapy**, v. 40 (2), p. 73-83, jun. 2010.

NORTON, M.I., GINO, F. Rituals Alleviate Grieving for Loved Ones, Lovers, and Lotteries. **Journal of Experimental Psychology**, v. 143, n. 1, p. 266-272, 2014

PARKES, C. M. **Luto: estudos sobre a perda na vida adulta**. Tradução Maria Helena Pereira Franco. São Paulo: Summus, 1998.

_____. **Amor e perda: as raízes do luto e suas complicações**. Tradução Maria Helena Pereira Franco. São Paulo: Summus, 2009.

PASCOAL, M. Trabalho em grupo com enlutados. **Psicologia estudo**, v.17, n. 4, p. 725-729, 2012.

PERUZZO, A. S. et al. A expressão e a elaboração do luto por adolescentes e adultos jovens através da internet. **Estudo. pesquisa. Psicologia**, v. 7, n. 3, dez. 2007.

PRIGERSON, H. G. et al. Prolonged grief disorders: a case for inclusion in DSM-V. Chapter 8. In: STROEBE, M. et al. (ed.). **Handbook of bereavement research and practice: 21 st Century Perspectives**. Washington: American Psychological Association Press, 2008.

REICH, E. **Energia vital pela bioenergética suave**. São Paulo: Summus. 1998.

REICH, W. **A função do orgasmo**. São Paulo: Brasiliense, 1942/1975.

_____. **Análise do Caráter**. Tradução de Ricardo Amaral do Rego. 3a. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1989/1998.

RANDO, T. A. **Theories of complicated mourning: a historical review in treatment of complicated mourning**. Champaign: Research press, 1993.

REEVES, N. C. Death acceptance through ritual. **Death Studies**, v. 35(5), p. 408-412, maio-jun, 2011.

REGO, R. A. Conceitos de bioenergia. **Revista de Homeopatia APH**, 57, p. 3-19, 1992.

_____. Anatomia e couraça muscular do caráter. **Revista Reichiana**, Instituto Sedes Sapientiae, São Paulo, n. 2, p. 32-54, 1993.

SANTOS, S. R. B. dos. **Bate coração: casamento, apego e recuperação**. 2005. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP, São Paulo, 2005.

SAVAGE, J. S. **Vidas não vividas o sentido psicológico da perda simbólica e da perda real na morte de um filho**. São Paulo: Cultrix, 1989.

SILVA, A. C. de O.; NARDI, A. E. Luto pela morte de um filho: utilização de um protocolo de terapia cognitivo-comportamental. **Rev. psiquiatr**, v. 32, n. 3, p. 113-116, 2010.

_____. Terapia cognitivo-comportamental para luto pela morte súbita de cônjuge. **Rev. Psiquiátrica clínica**, v. 38, n. 5, p. 213-215 2011.

SOLOMON, R. M.; RANDO, T. A. Treatment of grief and mourning through EMDR: Conceptual considerations and clinical guidelines. **Revue europeenne de psychologie appliquee**, v. 62(4), p. 231-239, 2012.

STROEBE, M. S. Attachment in coping with bereavement: a theoretical integration. **Review of General Psychology**, v. 9, n. 1, p. 48-66, 2005.

_____; SCHUT, H. Models of coping with bereavement: a review. In: STROEBE, M. S. et al. **The dual process model of coping with bereavement: rationale and description**. *Death Studies*, 23, p. 197-224, 1999.

_____; SCHUT, H. Meaning making in the dual process model of coping with bereavement. In: NEIMEYER, R. (org.). **Meaning reconstruction and the experience of loss**. Washington: American Psychological Association, 2001.

STROEBE, M. S.; SCHUT, H., BOERNER, K. Cautioning Health-Care Professionals: Bereaved Persons Are Misguided Through the Stages of Grief. **OMEGA – Journal of Death and Dying**, v. 74(4), p. 455-473, 2017.

TARQUINIO, C. EMDR applied for traumatic bereavement after train collision. In: EMDR EUROPE ASSOCIATION CONFERENCE, 11. **Anais...** Hamburg, Germany, 2010.

TONELLA, G. **Paradigmas para a Análise Bioenergética no alvorecer do século XXI**. Seville, 2007.

_____. O Self: suas funções, seus apegos e suas interações. In: Vita Heinrich Clauer (org.) **Múltiplos Saberes em Psicologia Corporal: Análise Bioenergética**. Recife: Libertas, 2015, vol.1.

TRASFERETTI, J. (org.). **Morte: qual seu significado? Entre a medicina, a filosofia e a teologia**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2007.

TRACEY, R.; KELLY, A. V. Metaphor as an instrument for orchestrating change in counselor training and the counseling process. **Journal of Counseling and Development**, Spring, v. 88, n. 2, p. 182-187, 2010.

TYLER, F. El comportamiento psicosocial, la competencia psicosocial individual y las redes de intercambio de recursos como ejemplos de psicología comunitaria. **Revista Latino-Americana de Psicología**, n. 16, p. 77-92, 1984.

VANDER HOUWEN, K.; STROEBE, M.; SCHUT, H.; STROEBE, W.; VANDEN, B. Online mutual support in bereavement: An empirical examination. **Computers in Human Behavior**, v. 26(6), p.1519-1525, jan. 2010.

VOLPI, J. H.; VOLPI, S. M. **Práticas da Psicologia Corporal Aplicadas em Grupo**. Curitiba: Centro Reichiano, 2001.

_____. **Reich: a Análise Bioenergética**. Curitiba: Centro Reichiano, 2003.

WEIGAND, O. **Grounding e Autonomia**. A terapia corporal bioenergética revisada. São Paulo: Person, 2006.

WORDEN, J. W. **Aconselhamento do Luto e Terapia do Luto: Um Manual para Profissionais da Saúde Mental.** 4a. ed. São Paulo: Roca, 1998/2013.

YIN, Robert K. **Case study research: Design and methods.** 3a. ed. Thousand Oaks: Sage, 2003.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos.** 5a. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

LISTA DE APÊNDICE

- APÊNDICE A –** Roteiro de Entrevista Inicial
- APÊNDICE B –** Roteiro de Entrevista Final
- APÊNDICE C –** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE
(Grupo Experimental – GE)
- APÊNDICE D –** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE
(Grupo Controle – GC)

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista Inicial

ROTEIRO DE ENTREVISTA INICIAL

1) Dados pessoais

- a. Nome:
- b. Data do nascimento: anos
- c. Estado civil:
- d. Profissão:
- e. Filhos

2) Relação com a pessoa que faleceu

- a. Histórico da relação

3) Circunstâncias da morte

- a. Data do óbito:
- b. Tipo de perdas:
- c. Maneira que recebeu a notícia:
- d. Participação nos rituais:

5) Processo de luto

- a. Reações nos âmbitos: social, emocional, espiritual, físico e cognitivo.
- b. Ajuda (social, familiar ou terapêutica) em razão desta perda
- c. Rotina antes e depois da morte desta pessoa
- d. Estado de saúde antes e após a morte
- e. Uso de medicação antes e após a morte
- f. Experiência previa com perdas e luto por morte
- g. Mudanças após a morte desta pessoa
- h. Religião e Espiritualidade: crença e prática

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Final

ROTEIRO DE ENTREVISTA FINAL

Paciente:

Pesquisadora:

Data da entrevista:

Faça uma retrospectiva do seu processo de terapia. Me fala como você se sentia nas primeiras sessões e como está se sentindo nesse momento.

Como você avalia a utilização de procedimentos corporais nos atendimentos

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Grupo Experimental – GE)

Eu _____

estou sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “A TERAPIA CORPORAL BIOENERGÉTICA COMO UM RECURSO NO PROCESSO DE LUTO” que será desenvolvido pela psicóloga Aghata Pandolfi, para obtenção do título de doutorado no Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, sob a orientação da Professora Doutora Maria Helena Pereira Franco no Laboratório de Estudos e Intervenções sobre o Luto – **LELu**, espaço físico da Clínica Psicológica Ana Maria Poppovic, da PUC-SP.

Esse projeto tem como objetivo compreender em que os recursos terapêuticos da Análise Bioenergética são facilitadores no processo de luto, uma vez que, as práticas corporais buscam promover o desenvolvimento de recursos que levem o indivíduo a lidar com a dor, resgatando a integridade física, emocional e mental habilitando-o a se reintegrar no seu cotidiano comunitário. Identifica o corpo como o lugar em que o sofrimento acontece, ou seja, se expressa e carrega em si mesmo o potencial de transformação. Quando se fala em corpo na Bioenergética, fala-se em respiração, em movimento, em sentimento, em auto expressão, em sexualidade.

Os procedimentos de coleta de materiais da pesquisa serão realizados durante quatro a seis meses da seguinte forma: entrevista clínica (gravada em áudio e transcrita); aplicação do instrumento HGRC e quatorze sessões com uma frequência semanal com duração prevista de uma hora em cada encontro. As sessões serão realizadas individualmente com a possível aplicação de exercícios e técnicas da Análise Bioenergética. Os dias e horários dos encontros serão marcados de acordo com a disponibilidade dos participantes.

Estou sendo informado (a) que durante todo o período da pesquisa tenho o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, podendo recorrer a pesquisadora ou ao Comitê de Ética e Pesquisa da PUC-SP pelo telefone (11) 3670-8466. As informações obtidas serão utilizadas de maneira confidencial, exclusivamente para fins acadêmicos não havendo a minha identificação a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo da minha participação.

Estou ciente que sou voluntário (a), que tenho meu direito garantido de não aceitar participar ou de retirar a minha permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo.

Estou ciente também que a minha participação nesse estudo não acarretará custos para mim e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Se eventualmente existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Sei que poderão existir alguns fatores de desconforto decorrentes dos exercícios de Análise Bioenergética, como: leves e breves tonturas, emoções desagradáveis, dores musculares. Tal fator não acarreta risco à minha saúde, mas sim resultados positivos como melhor consciência corporal e melhor controle das emoções. Estou ciente que a pesquisadora se encontrará à disposição durante todo o processo e caso o desconforto permaneça serei encaminhado (a) para outros profissionais de saúde. Terei acompanhamento durante a interrupção da pesquisa e/ou posterior ao encerramento. Serei indenizado (a) por qualquer dano que venha a sofrer com a participação na pesquisa.

Dessa forma, declaro que fui informado sobre a proposta da pesquisa de maneira clara, detalhada e concordo em participar. Estou consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica. Autorizo a gravação dos relatos registrados, assim como a divulgação dos mesmos para fins de pesquisa e ensino.

Esse documento será emitido em duas vias, sendo que uma delas permanecerá com a participante e a outra, assinada, será arquivada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP.

Assinatura do (a) participante _____

Assinatura do (a) pesquisadora _____

INFORMAÇÕES DA PESQUISADORA:

Nome: Aghata Pandolfi

Endereço: Rua Wanderley, 637 Ed. Marina, Aptº17

Perdizes – São Paulo-SP

CEP: 05011-001

Telefone: (11) 2305-0507 (11) 9.8831-5870

E:mail: aghatapandolfi@hotmail.com

INFORMAÇÕES DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-SP

Rua ministro Godóy,696 - Sala 63-C

Perdizes – São Paulo – SP

Telefone: (11)36708466

E:mail- cometica@pucsp.br

Informações do (a) participante-voluntário (a)

Rua:

Bairro:

Telefone:

Cidade:

E:mail:

Contato de urgência do (a) participante-voluntário (a)

Rua:

Bairro:

Telefone:

Ponto de referência:

Cidade:

E:mail:

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Grupo Controle – GC)

Eu _____

estou sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “A TERAPIA CORPORAL BIOENERGÉTICA COMO UM RECURSO NO PROCESSO DE LUTO” desenvolvido pela psicóloga Aghata Pandolfi, para obtenção do título de doutora no Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, sob a orientação da Professora Doutora Maria Helena Pereira Franco no Laboratório de Estudos e Intervenções sobre o Luto – LELu, espaço físico da Clínica Psicológica Ana Maria Poppovic, da PUC-SP.

Este projeto tem como objetivo compreender em que os recursos terapêuticos da Análise Bioenergética são facilitadores no processo de luto, uma vez que, as práticas corporais buscam promover o desenvolvimento de recursos que levem o indivíduo a lidar com a dor, resgatando a integridade física, emocional e mental habilitando-o a se reintegrar no seu cotidiano comunitário. Participam da pesquisa dois grupos de pessoas, em caráter voluntário.

O grupo experimental tem estes procedimentos de coleta de materiais da pesquisa durante quatro a seis meses: entrevista clínica (gravada em áudio e transcrita); aplicação do instrumento HGRC e quatorze sessões com uma frequência semanal com duração prevista de uma hora em cada encontro. Ao final das sessões, repete-se o procedimento inicial, com a entrevista e o HGRC.

O grupo controle, para o qual estou sendo convidado a participar, terá o seguinte procedimento: na fase inicial, responderei a entrevista e o instrumento de mensuração HGRC. Depois de quatro a seis meses, durante os quais permanecerei na lista de espera para atendimento no LELu, serei entrevistado novamente, bem como responderei o HGRC.

Estou ciente que sou voluntário (a), que tenho meu direito garantido de não aceitar participar ou de retirar a minha permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo.

Estou ciente também que a minha participação nesse estudo não acarretará custos para mim e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Se eventualmente existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Estou ciente que a pesquisadora se encontrará à disposição durante todo esse período. Terei acompanhamento durante a interrupção da pesquisa e/ ou posterior ao encerramento. Serei indenizado (a) por qualquer dano que venha a sofrer com a participação na pesquisa.

Dessa forma, declaro que fui informado sobre a proposta da pesquisa de maneira clara, detalhada e concordo em participar. Estou consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica. Autorizo a gravação dos relatos registrados, assim como a divulgação dos mesmos para fins de pesquisa e ensino, sem minha identificação pessoal.

Esse documento será emitido em duas vias, sendo que uma delas permanecerá comigo e a outra, assinada, será arquivada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP.

Assinatura do (a) participante _____

Assinatura do (a) pesquisadora _____

INFORMAÇÕES DA PESQUISADORA:

Nome: Aghata Pandolfi

Endereço: Rua Wanderley, 637 Ed. Marina, Aptº17

Perdizes - São Paulo-SP

CEP: 05011-001

Telefone: (11) 2305-0507 (11) 9.8831-5870

E:mail: aghatapandolfi@hotmail.com

INFORMAÇÕES DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-SP

Rua ministro Godóy,696 - Sala 63-C

Perdizes – São Paulo – SP

Telefone: (11)36708466

E:mail- cometica@pucsp.br

Informações do (a) participante-voluntário (a)

Rua:

Bairro:

Telefone:

Cidade:

E:mail:

Contato de urgência do (a) participante-voluntário (a)

Rua:

Bairro:

Cidade:

Telefone:

E:mail:

Ponto de referência:

ANEXO

ANEXO A – Análise Bioenergética – técnicas e exercícios expressivos
grounding

ANEXO A – Análise Bioenergética – técnicas e exercícios expressivos *grounding*

Exercício básico de vibração e grounding

Ficar de pé com os pés separados cerca de 25 cm. Inclinar para à frente tocando o chão com os dedos das duas mãos. Os joelhos devem estar ligeiramente flexionados. Não deve haver peso algum nas mãos; todo o peso do corpo deve cair nos pés. Deixe a cabeça pendurada o máximo possível. Respirar vagarosa e profundamente pela boca. Deixe seu corpo ir para frente, de modo que ele caia no peito do pé. Os calcanhares podem ficar um pouco erguidos. Esticar o joelho devagar, lembrando que os mesmos devem ficar levemente flexionados. Permaneça nesta posição cerca de um minuto.

Inclinar para frente para se enraizar. A pessoa poderá se sentir mais aquecida, mais corada, com mais vibração nas pernas e cheia de vitalidade. O peito e a garganta poderão ficar mais abertos, a voz mais profunda e mais forte.

Exercício do arco (posição invertida)

Ficar de pé com os pés separados 40 cm. Colocar ambos os punhos fechados com os polegares voltados para cima, na linha da cintura. Dobre os joelhos tanto quanto puder sem levantar os calcanhares do chão. Arquear para trás e prestar atenção para que o peso do corpo continue sobre o peito dos pés. Fazer respiração abdominal profunda. Voltar ao exercício anterior - básico de vibração. É mais fácil conseguir a vibração das pernas partindo da posição do arco.

MOBILIZAR (alongar e espichar)

Tome a posição inicial e levante os braços na vertical, por cima da cabeça. Entrelace os dedos de ambas as mãos, com as palmas viradas para o teto. Comece empurrando uma das mãos para cima até você sentir uma rígida distensão na região abdominal. Segure durante algum tempo, e depois relaxe. Faça também com a outra mão. Enquanto faz o exercício, respire profundamente e ao expirar faça um som "a" prolongado

Esticar os braços e os lábios para alcançar. “Eu quero”, “Eu preciso”.

Espernear no colchão. O exercício é feito levantando-se alternadamente cada perna e batendo-a fortemente contra o colchão. A perna toda deve fazer contato com o colchão, não só o calcanhar. Manter as pernas levemente esticadas enquanto fizer este exercício, mas não duras ou rígidas. Bater as pernas alternadamente de maneira rítmica: uma perna se levanta enquanto a outra abaixa. Dizer “Não” a cada batida, com voz sonora e determinada.

Emitir um som prolongado “Não” enquanto esperneia várias vezes vigorosamente. Observar se a voz mostrou convicção (hesitante ou medrosa). Observar se houve coordenação rítmica entre a expressão vocal e o movimento.

Outras expressões usadas.

Golpear com os braços dizendo “Não”. Expressar raiva com o uso de uma raquete. Há um tabu em nossa cultura em bater e gritar, o que não é bom, pois na maioria das vezes funciona para manter pessoas inocentes despreparadas frente aos brigões e controladores.

Exercício com a raquete

Em pé com os pés separados cerca de 35 cm e dobrar levemente os joelhos: levantar a raquete acima de sua cabeça e golpear com a superfície plana da raquete sobre o colchão. Pronunciar palavras que façam sentido com aquilo que você está sentindo. A raquete confere uma sensação de potência e ajuda a superar a sensação de impotência.

Torcendo a toalha

Um bom exercício de agressão é torcer a toalha. Em lato senso a palavra agressão significa “mover-se em direção a”, “ir atrás do que se está afim”. Pegar uma toalha de rosto de tamanho médio, enrolar e torcer com as duas mãos o mais forte possível. Enquanto estiver torcendo a toalha diga: “Eu te amo”, “Me dá” ou “Eu te odeio”.

Chutar em pé ou deitado.

Chutar almofada encostada na parede, tendo ajuda do terapeuta. Expressando sempre o que o corpo sente: “Não”, “Chega” ou “Larga do meu pé”.

Deitado em colchão, dobrar as pernas, levantar a pelve inspirando e bater no colchão expirando diversas vezes, dizendo: “Meu corpo”, “Minha vida”, “Meu prazer”. Trabalhar respiração e a posse de si desenvolvendo a entrega para o corpo que é a entrega para a vida.

MOBILIZAR (sacudir e dar socos)

Sacudir todo seu corpo com movimentos vigorosos, sem se preocupar se são coordenados. Começar com as mãos, braços e ombros e deixar que as sacudidas tomem conta do tórax. Depois inclua a pélvis e as nádegas nos movimentos, como se alguém o estivesse segurando pelos quadris e você quisesse desvencilhar-se. Movimentar o corpo o máximo possível, dando socos e pronunciando sons.

EXPRESSAR AGRESSIVIDADE

Levantar os braços bem para trás e depois bater com toda força por entre as pernas.

CÉU E TERRA

Este exercício ajuda a relaxar tensões acumuladas no abdômen, distúrbios menstruais, função digestiva reduzida. Deitado, puxar os joelhos para junto do peito e esticar as pernas separadas, na distância da largura dos quadris, na vertical, para o alto, e virar as plantas dos pés para o teto. Permanecer com os joelhos flexionados. Pressionar os calcanhares para cima, fazendo com que os dedos dos pés apontem em direção ao rosto.

Importância da respiração na execução dos exercícios: Se o abdômen estiver contraído durante a inspiração e inflado durante a expiração, o movimento está inadequado. Ao praticar os exercícios, permita-se gemer, resmungar, chorar, quando sentir que os mesmos estão pesados ou dolorosos. Emitir um som pode diminuir tanto a pressão (stress) quanto a dor.