

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

NATASHA LIBERATOSCIOLI DIAS GEÖCZE

O FANTASMA DA ÓPERA: ANÁLISE DA OBRA
POR MEIO DA PSICOLOGIA CORPORAL E O DESENVOLVIMENTO DE
RESILIÊNCIA EM SITUAÇÃO DE TRAUMA PSICOLÓGICO

São Paulo
2015

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

NATASHA LIBERATOSCIOLI DIAS GEÖCZE

O FANTASMA DA ÓPERA: ANÁLISE DA OBRA
POR MEIO DA PSICOLOGIA CORPORAL E O DESENVOLVIMENTO DE
RESILIÊNCIA EM SITUAÇÃO DE TRAUMA PSICOLÓGICO

Trabalho de conclusão de curso como
exigência parcial para graduação no
curso de Psicologia, sob orientação da
Prof^a. Dr^a. Flávia Arantes Hime.

São Paulo
2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Nome: GEÖCZE, Natasha Liberatoscioli Dias

Título: O Fantasma da Ópera: Análise da obra por meio da psicologia corporal e o desenvolvimento de resiliência em situação de trauma psicológico

Trabalho de conclusão de curso como exigência parcial para graduação no curso de Psicologia, sob orientação da Profª. Drª. Flávia Arantes Hime.

Aprovado em:

Profª. Dra. Flávia Arantes Hime.

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Assinatura

AGRADECIMENTOS

Foram muitos os que possibilitaram a realização do trabalho, de forma direta ou indireta, por meio de conversas e trocas as quais me serviram de inspiração. Destes, gostaria de agradecer alguns em especial:

Minha orientadora, **Flavia Hime**, e suas horas de dedicação. Sem ela, este trabalho não teria sido tão gratificante e prazeroso.

Meu bisavô, **Pethö Sándor**, que, mesmo não o tendo conhecido, pode me inspirar por meio de suas publicações e a ajuda de suas discípulas **Leda Maria Seixas** e **Rosa Maria Farah**.

Minha mãe, **Regina Vera Dias**, que também acompanhou este trabalho, dando suas contribuições e me aconselhando como sempre fez ao longo de minha vida.

Minhas avós, **Vera Liberatoscioli** e **Agnes Geöcze** que, mesmo não morando perto, sempre me deram apoio, ânimo, conforto e serviram de inspiração, tanto direta, quanto indiretamente, para que eu pudesse dar o meu melhor.

Rosangela Mascarenhas, que esteve ao meu lado, sempre me passando boas energias, boas palavras, boas leituras e bons toques de luz.

Rod Abbamonte, que me apoiou nos momentos de angústias, me passando tranquilidade, compreensão e segurança.

Ricardo Monezi, meu professor e tutor, que me acompanhou durante os cinco anos do curso de Psicologia, além de ombro amigo e parceiro desde o início.

Meus amigos e colegas da PUC e especialmente aos parceiros que, mesmo não me ajudando diretamente com o TCC, estiveram ao meu lado, sempre presentes de alguma forma durante esses cinco anos de curso: **Pedro Piovezan**, **Joel Lerner Amato**, **Eduardo Wholers**, **Marcos Polcino** e **Guilherme Garré**.

Os professores do curso de Psicologia, especialmente **Luisa Oliveira**, que me forneceu referências preciosas, e os demais que se mostraram compreensivos durante os momentos de maior ansiedade nas semanas que antecederam a entrega.

“O Fantasma da Ópera existiu, não é produto da imaginação. Existiu em carne e osso, embora com todas as características de um fantasma”.

GASTON LEROUX, 1910.

RESUMO

Tendo como base o estudo das práticas corporais, este trabalho procura debater seus conceitos fundamentais em suas intersecções entre Resiliência e Trauma. O objetivo é compreender cada um desses conceitos de forma isolada, bem como suas articulações com conceitos junguianos. Trata-se de um trabalho teórico com revisão de literatura e também de uma análise psicológica do protagonista da obra “O Fantasma da Ópera”, do autor Gaston Leroux, com o objetivo de, por meio do desenvolvimento do estudo deste caso, levantar possíveis formas de tratamento, visando o aumento da resiliência. Esta análise foi feita por meio do aprofundamento dos conceitos junguianos – especificamente o de *persona* – e de conversas com terapeutas corporais. Concluiu-se que o tratamento adequado para esse suposto paciente seria a utilização de recursos como o método ELT (Exercícios para Libertação do Trauma), EMDR (sigla em inglês para Dessensibilização e Reprocessamento por meio dos Movimentos Oculares), Calatonia, toques sutis, e trabalhos de conscientização corporal com o uso de materiais como a argila.

Palavras chave: Psicologia Corporal, Resiliência, Integração Físico-Psíquica, Trauma Psicológico, O Fantasma da Ópera.

ABSTRACT

Based on the study of body practices, this paper seeks to discuss its fundamental concepts in their intersections between Resilience and Trauma. The goal is to understand each of these concepts in isolation as well as their joints with jungian concepts. This is a theoretical work, with a literature review, and a psychological analysis of protagonist of "The Phantom of the Opera", by Gaston Leroux, aiming, through the development of the study of this case, to hypothesize possible forms of treatment to increase resilience. This analysis was made by deepening the jungian concepts - specifically *persona* - and through conversations with physical therapists. It concluded that the appropriate treatment for this hypothetical patient was to use features such as the TRE method (Trauma Release Exercises), EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), Calatonia, subtle touches, and body awareness work with materials such as clay.

Keywords: Body Psychology, Resilience, Physical-Psychic Integration, Psychological Trauma, The Phantom of the Opera.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
OBJETIVO.....	12
MÉTODO.....	12
2. TRAUMA.....	13
3. RESILIÊNCIA.....	21
4. CORPO.....	26
4.1. Imagem Corporal.....	26
4.2. Terapia Corporal.....	27
4.3. O Toque.....	31
5. CONCEITOS JUNGUIANOS.....	36
6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DA OBRA “O FANTASMA DA ÓPERA”	43
7. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO POR MEIO DA TERAPIA CORPORAL.....	53
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS.....	61

1 INTRODUÇÃO

Com este trabalho, tive a grande oportunidade de me aprofundar em conceitos específicos no campo da Psicologia, o que conseqüentemente me trouxe um aprendizado extremamente válido acerca do tema.

As bibliografias também me acrescentaram muito, não apenas na minha vida acadêmica, como também na minha vida pessoal, contribuindo de forma muito positiva. As referências presentes neste trabalho contêm apenas o autor e o ano, contudo, não mencionei as páginas utilizadas por falha minha.

Desde o primeiro ano do curso de Psicologia meu maior interesse era pelo conceito de Resiliência. Naquele ano, tive a oportunidade de ir ao congresso da ABPMC (Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental), no qual apresentei um pôster com uma revisão bibliográfica sobre o tema, relacionando-o com os conceitos da Psicologia Comportamental.

Concomitantemente, interessou-me compreender o processo de trauma após ter lido muito sobre stress pós-traumático. Contudo, esse desejo de compreender os mecanismos que impactaram o indivíduo de modo a traumatizá-lo, bem como os reflexos desse trauma, surgiu após eu ter decidido articulá-lo com o conceito de resiliência.

Num primeiro momento, titubeei ao ter que escolher entre fazer um olhar geral para a Terapia Corporal, incluindo vertentes Reichianas, por exemplo, ou direcionar e aprofundar em apenas um olhar. Como resultado, a abordagem adotada foi a de Jung.

Foi muito gratificante poder trazer um olhar psicológico para uma das obras de maior significância na minha vida. O filme Fantasma da Ópera me impactou quando o assisti pela primeira vez em 2005, mesmo ano em que, coincidentemente, seu musical estava em cartaz no Teatro Abril (atual Teatro Renault) em São Paulo. Minha paixão pela peça, pela música e pela história como um todo fizeram com que eu assistisse o musical 18 vezes, sendo uma delas na Broadway, e perdesse a conta do número de vezes que revi o filme.

A partir de então me dediquei ao estudo da obra e, em particular, do protagonista alvo do título da obra. Sempre me interessei em compreendê-lo como ser humano e imaginei possíveis formas de tratamento pela ótica psicológica.

Desde o surgimento da Psicologia, a importância da palavra é notória. Familiarizamo-nos com o divã, local onde o paciente se deita e se posta a dar voz a seus sentimentos. A figura do psicólogo se caracterizou como aquele que ouve, interpreta e também fala.

Com o passar do tempo e a disseminação dos processos psicoterápicos, tomaram espaço na clínica psicológica os relatos de casos de somatização, ou seja, de queixas físicas. Percebeu-se a importância não apenas a palavra, mas também do corpo. Desde então, o corpo tornou-se um objeto de estudo, assim como suas possibilidades de intervenções. O sofrimento humano, mais do que nunca, começa a ser expresso e reconhecido em múltiplas e simultâneas expressões psicofísicas pelas próprias pessoas que buscam atendimento psicológico.

Os estudos acerca da resiliência tiveram seu início no hemisfério norte, estendendo-se posteriormente à América Latina. Sua definição precisa é compreendida como uma capacidade que o ser humano tem de se adaptar positivamente a situações extremas e de grande impacto, como adversidades, tragédias, violência, períodos longos de crises financeiras, familiares, profissionais e outras dificuldades que o rodeiam (LIBERATOSCIOLI, 2011).

Resiliência foi também definida como a habilidade de ressurgir diante das adversidades, de adaptar-se, recuperar-se e aceder a uma vida significativa e produtiva (Kotliarenko, Fontecilla & Cáceres, 1997), bem como o enfrentamento efetivo de circunstâncias e eventos de vida severamente estressantes e acumulativos (Kotliarenko et al., 1997).

O termo origina-se da física, que definiu resiliência como a capacidade de um material de voltar a seu estado normal após ter sofrido uma tensão. Contudo, seu conceito acabou sendo aprimorado em 1960 e ganhou outro sentido por conta do estudo que o médico psiquiatra Frederick Flack realizou com pessoas que haviam superado grandes adversidades na vida e que, por esse motivo, desenvolveram uma competência, nomeada por ele como resiliência psicológica.

Tal tema inspirou o autor a escrever a obra *Resilience: Discovering a New Strength at Times of Stress* (1988), no qual o conceito foi abordado de forma ainda mais aprofundada por meio de outras pesquisas relacionadas ao assunto.

O ser humano utiliza essa habilidade como uma maneira de remanejar o estresse, termo utilizado pela primeira vez no sentido hodierno pelo médico Hans Selye (1936), e descrito como o efeito desfavorável de fatores ambientais sobre as funções fisiológicas de um organismo, o que acaba por afetar sua capacidade de manter a homeostasia presente no seu cotidiano.

É compreendido como trauma psicológico qualquer tipo de dano consequente de um acontecimento e pressupõe alguma experiência de sofrimento, seja esta física ou emocional. Esse dano, tal como qualquer experiência dolorosa, pode acarretar mudanças no comportamento, no pensamento e até mesmo no cérebro de um indivíduo.

Tais alterações, por sua vez, podem acarretar a exacerbação do medo, estresse, transtornos obsessivos compulsivos, depressão, síndrome do pânico, entre outros, colocando o indivíduo em um estado de insegurança e confusão. Uma experiência traumática não necessariamente tem o mesmo efeito em todos os seres humanos, podendo durar semanas, anos ou até mesmo ser transferida de pais para filhos.

O fator crucial ao desenvolvimento da resiliência está em como os indivíduos percebem sua capacidade de lidar com os eventos e controlar seus resultados (...). Os diálogos internos de autopiedade, desamparo, autovitimização e autodepreciação podem realçar as emoções negativas relacionadas à memória traumática e exacerbar o sofrimento psicológico. As pessoas que cultivam diálogos internos de enfrentamento, procurando modificar o presente positivamente, superam com maior facilidade traumas psicológicos (PERES, 2005).

O trauma é um tema presente há muito tempo no conhecimento psicológico. Pierre Janet e Jean-Martin Charcot concordavam que um evento traumático tinha efeitos nocivos na saúde mental das vítimas, embora discordassem quanto ao fato de ser o evento em si ou as lembranças dele, o gatilho que disparava o comprometimento (MORRIS, 2011).

Os traumas psicológicos sempre foram um dos temas mais frequentemente abordados em consultórios, bem como o desenvolvimento de resiliência nesses indivíduos que são, em sua maioria, inseguros. O desafio desse trabalho consiste em apresentar uma forma de tratamento diferente daquele tido como “tradicional”.

A Psicologia Corporal se aperfeiçoou ao longo dos anos. As demandas cresceram e adquiriram formas e necessidades de naturezas distintas, fazendo com o que os profissionais da área tivessem de se adaptar para acolhê-las de maneira mais eficaz. Acredito que o toque esteja integralmente presente na Terapia Corporal, independentemente de a técnica aplicada envolver ou não o tocar por meio das mãos.

O toque não ocorre, necessariamente, por meio do contato físico, mas também pelo emocional, aquele que envolve o outro, a atenção com a ambiência (visual, sonora, vocalizações, luminosidade etc.), que afeta a qualidade da relação e contribui para o vínculo e para os encontros que se estabelecem no processo terapêutico (Brasil, 2010a).

A relevância deste trabalho consiste em aprofundar a compreensão de determinados conceitos na literatura, a fim de tornar a prática da Psicologia Corporal algo utilizado como um tratamento bem embasado e eficaz para indivíduos traumatizados. Diversas técnicas de manejo surgiram ao longo do aprimoramento da psicologia, porém há algo que torna a Psicologia Corporal um diferencial no tratamento desses casos específicos.

Assim, este estudo tem uma relevância pessoal no sentido de ser uma oportunidade de aprofundar conceitos e estabelecer articulação entre a Psicologia Corporal, trauma e resiliência.

No âmbito da clínica, as reflexões realizadas poderão dar maior “sustentação” ao uso de práticas corporais no manejo de situações traumáticas, para que essas possam se tornar pontes de realidade, ou seja, efetivas no tratamento psicológico.

OBJETIVO

Objetiva-se no presente trabalho investigar se é possível e como se dá o desenvolvimento da resiliência em indivíduos que sofreram algum evento traumático, por meio da terapia corporal. No que esta técnica pode contribuir? Quais são os seus efeitos em curto e longo prazo?

A questão a ser investigada ao longo do trabalho é: a terapia corporal pode não só minimizar o estresse decorrente de uma experiência traumática como também aumentar a capacidade de resiliência nos indivíduos? O sistema terapêutico pode ter mais eficácia se “tocarmos” nossos pacientes?

Levando em consideração a história de vida do personagem de O Fantasma da Ópera, como seria possível atuar por meio da terapia corporal e, tendo em vista seu episódio traumático, auxiliá-lo no desenvolvimento da resiliência?

MÉTODO

A fim de alcançar o objetivo almejado, foi realizado um levantamento bibliográfico de artigos que abordam a terapia corporal, o trauma e a resiliência, dedicando um capítulo a cada um desses tópicos e outro aos conceitos junguianos. Além disso, foi feita uma análise psicológica da obra “O Fantasma da Ópera” por meio da articulação dos conceitos aprofundados.

A análise foi feita por meio de um aprofundamento na obra, coletando os elementos mais significativos presentes no livro, no filme e na peça teatral, e suas articulações com os tópicos abordados nos capítulos teóricos.

2 TRAUMA

Optei em basear as concepções relativas ao trauma no estudo feito por Levine, uma vez que, dentre os autores pesquisados, foi quem apresentou uma compreensão mais clara sobre o conceito focalizado.

Embora os seres humanos tenham experiência de trauma por milhares de anos, apenas nos últimos 20, este começou a receber ampla atenção profissional e pública. Hoje em dia, a palavra “trauma” é familiar.

É entendido como trauma psicológico uma resposta normal a um evento anormal e ocorre quando um acontecimento cria um impacto não resolvido no organismo. Reviver o acontecimento pode parecer útil, no entanto, em geral, não é. Os sintomas apresentados podem ser imitações do acontecimento que os causaram, sendo assim, a cura necessita da capacidade de contatar o processo da resposta traumática.

Diante de uma experiência que impõe à vida um risco ao emocional, relativo às relações primárias de apego, à perda sem sentido, entre outros, faz com que cérebro, no esforço de prosseguir com a vida, crie comportamentos adaptativos, utilizando toda a energia acumulada de adrenalina para criar doenças, síndromes, pânico, ansiedade, depressão e, muitas vezes, marcas indeléveis pelo corpo. A partir desse momento fica “eleito” o órgão portador do trauma, o qual começa a escrever sua história psicossomática.

A definição oficial que os psicólogos e psiquiatras usam para diagnosticar o trauma é que ele é causado por um acontecimento estressante “que está fora da amplitude da experiência humana usual, e que seria marcadamente perturbador para quase qualquer pessoa. (...). Essa descrição é útil como um ponto de partida, mas também é vaga e enganosa. Quem pode dizer o que está “fora da amplitude da experiência usual”, ou o que seria “marcadamente perturbador para qualquer pessoa?” (LEVINE, 1993).

O termo trauma, de raiz etimológica grega, significa lesão causada por um agente externo. No campo da Psicologia, o termo está frequentemente associado com a transgressão das defesas psicológicas. O modo como o evento estressante é

processado após sua ocorrência pelos indivíduos é o que determina a configuração ou não de um trauma.

Segundo Levine (1993), são muitos os acontecimentos que podem causar reações traumáticas em nossas vidas. Alguns exemplos são:

- Trauma fetal (intra-uterino);
- Trauma no nascimento;
- Perda de um dos pais ou de um parente próximo;
- Doenças, febres altas, envenenamento acidental;
- Ferimentos físicos, inclusive quedas e acidentes;
- Abuso sexual, físico e emocional, inclusive abandono grave ou espancamentos;
- Testemunho de violência;
- Desastres naturais como terremotos, incêndios e inundações;
- Alguns procedimentos médicos e odontológicos;
- Cirurgia, especialmente retirada de amígdalas com uso de éter;
- Operações de problemas auditivos e estrabismo;
- Anestesia;
- Imobilização prolongada; entalar e engessar pernas e troncos de crianças pequenas.

A caracterização de um evento como traumático não depende somente do estímulo estressor, mas também da tendência do processamento perceptual do indivíduo. De acordo com Levine (1993), existem quatro componentes do trauma que sempre estarão presentes, em algum grau, em qualquer pessoa traumatizada: hiperativação, constrição, dissociação, e congelamento associado à sensação de impotência. Juntos, esses componentes formam o núcleo da reação traumática.

O ser humano enfrenta situações traumáticas desde o início da humanidade. Estima-se que 51,2% das mulheres e 60,7% dos homens tenham vivenciado pelo menos um evento traumático ao longo da vida. Um dos questionamentos existentes é: o

que faz alguns dos indivíduos submetidos ao mesmo evento estressor desenvolverem patologias e outros não? Que fatores proveram o crescimento a partir da vivência de um trauma?

Poucas pessoas questionam a gravidade dos problemas criados pelo trauma, embora tenhamos dificuldade em compreender como tantas pessoas são afetadas por ele. Além disso, muitas pessoas têm sintomas traumáticos que não são reconhecidos e, portanto, suas consequências podem estar espalhadas e ocultas, podendo permanecer latentes, acumulando-se por anos ou mesmo décadas.

É comprovado cientificamente que o trauma deixa vestígios no cérebro e também no corpo. Este é um dos campos de investigação da psicossomática. Uma pesquisa desenvolvida na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) comprovou que pacientes que sofrem de transtorno de estresse pós-traumático apresentam uma redução de 8% a 10% em duas regiões do cérebro - córtex pré-frontal e hipocampo - responsáveis pela codificação das vivências pessoais em associação espacial e temporal, o que compromete a capacidade de concentração, raciocínio e memória, os quais são comportamentos adaptativos.

Quando o cérebro armazena na memória lembranças com grande carga emocional, difíceis e dolorosas, ele está integrando outros conteúdos neuronais nos diferentes hemisférios cerebrais, o que pode trazer muitas vezes como consequência perdas cognitivas razoáveis de performance, autoconfiança, descontrole emocional, perda de sociabilidade, podendo corromper a visão e orientação positiva para o futuro (VERA, 2012).

Parte da dinâmica do trauma é que ele nos separa de nossa experiência interna, como uma forma de proteger nosso organismo das emoções e sensações que podem ser excessivas.

O papel do psicólogo nessas situações sempre foi notório. A terapia, assim como o trauma, provoca mudanças orgânicas no cérebro, porém de uma forma positiva. Por conseguinte, sempre que um evento traumático ou emocional é recuperado por meio da elaboração de seu significado, este pode ser submetido a uma mudança cognitiva e emocional.

Ajudar o paciente a conhecer a si mesmo por meio da sensopercepção é um dos primeiros passos em direção à cura do trauma.

Sabe-se que as estruturas da memória estão sempre se alterando plasticamente, também o substrato neuronal. As ligações entre as células são refeitas. E após algumas sessões da terapia, no decorrer do relativo curto prazo de poucas semanas, tem-se condições de gerar alterações substanciais na arquitetura da rede (NEUNER, 2004).

Diversos estudos neurocientíficos comprovam que o processo de recuperação de memórias traumáticas, tanto espontâneas como provocadas, ocorre em um estado alterado da consciência, de expressão emocional significativa. Uma vez alcançado tal estado de consciência, por meio da indução de relaxamento, a percepção do evento traumático também sofre mudanças e, conseqüentemente, ocorre uma ressignificação do contexto que a vítima traumatizada está enfrentando. Com isso, conclui-se que os psicoterapeutas de vítimas de trauma devem estar qualificados para trabalhar com emoções e estados alterados de consciência que impactam na formação da memória.

Observou-se também que determinadas memórias traumáticas podem ser reproduzidas de maneira comportamental através da compulsão em repetir a experiência abusiva ou outros comportamentos autodestrutivos, tais como o abuso de substâncias e a automutilação.

Considerando os estudos obtidos por meio da neurociência, o papel do psicólogo consiste em reconstruir e trabalhar propriamente os estados de consciência e as emoções para modificar a intensidade da memória traumática e, conseqüentemente, sua relação com o evento passado.

Ainda em relação à bioquímica cerebral, nosso cérebro possui células, os neurônios, que transmitem impulsos elétricos de acordo com os estímulos que recebem. Para passar em sequência esta comunicação elétrica de um neurônio a outro, são necessários os neurotransmissores, que são proteínas aminopressoras que conduzem o estímulo elétrico, ou seja, a informação, ao próximo neurônio pela fenda pós-sináptica - uma espécie de emenda de neurônio ao outro.

Na fenda pós-sináptica, a condução do impulso é feita normalmente por neurotransmissores "amigos". A serotonina é um deles, influenciando muitas funções

fisiológicas como pressão arterial, digestão, dor, temperatura do corpo, bem como o humor, que é responsável pela condução das ideias, emoções e ações. Altos níveis de serotonina estão associados à estabilidade emocional.

Assim como no cérebro, o corpo também reage profundamente ao trauma, adaptando-se anatomicamente para ataque ou fuga, por meio de tensão, congelamento e colapso.

A reação, na maioria das vezes, acaba sendo tão intensa que mesmo após a pessoa voltar ao seu estado normal, o corpo segue bloqueado e os efeitos do trauma se fixam.

A cura do trauma depende do reconhecimento de seus sintomas. Os sintomas traumáticos, em geral, são difíceis de reconhecer, pois em grande medida são o resultado de respostas primitivas. As pessoas não precisam de uma definição de trauma; precisamos da experiência de sua sensação (LEVINE, 1993).

Além dos sintomas citados no início deste capítulo, Levine (1993) em sua obra “O Despertar do Tigre” aponta que, de acordo com a gravidade e a intensidade do trauma, diversos outros sintomas podem surgir como:

- Ataques de pânico, ansiedade e fobias;
- Hiperatividade;
- Respostas emocionais exageradas;
- Pesadelos, terrores noturnos e dificuldade para dormir;
- Atração por situações perigosas;
- Choro frequente;
- Mudanças repentinas de humor – como acessos de raiva e vergonha;
- Aumento ou diminuição da atividade sexual;
- Amnésia;
- Incapacidade de amar, cuidar ou se ligar a outras pessoas;
- Medo de morrer ou enlouquecer;
- Diminuição da capacidade de lidar com situações adversas (resiliência).

É possível encontrar com facilidade diversas formas de tratar o corpo por meio da mente e da resignificação dos pensamentos e memórias associados ao trauma. Isto é, sem sombra de dúvidas, uma forma demasiadamente eficiente visto a importância de clarificar tais ideias. Contudo, esse processo não é suficiente.

“*Mens sana in corpore sano*” é uma famosa citação latina, derivada da Sátira X do poeta romano Juvenal. Levando-a em consideração, só é possível entender e curar completamente o trauma se considerarmos a mente e o corpo como uma só unidade integrada, e não como instâncias separadas.

Abordando brevemente a questão do *stress* pós trauma, podemos caracterizá-lo como um evento que gera uma repetição de episódios com a reexperiência do trauma e com sintomas como agitação, problemas de sono, irritabilidade, dificuldade de concentração, hipervigilância, sensação de vulnerabilidade, resposta de susto exagerada, ativação simpática e funcionamento social e ocupacional prejudicado.

As raízes do trauma estão em nossa fisiologia instintiva. Como resultado disso, é por intermédio do nosso corpo, e de nossa mente, que descobrimos a chave para a sua cura. (...). A cura do trauma é um processo natural que pode ser acessado pela consciência interna do corpo (LEVINE, 1993).

É necessária a compreensão de que os acontecimentos passados não são passíveis de alterações. Os sintomas de traumas antigos são exemplos de uma energia presa e de lições perdidas. Não podemos eliminar uma memória, mas quando resignificamos o trauma por meio da mente ou do corpo podemos sim mudar a ativação dessas memórias e liberar a energia retida e paralisada, ampliando a consciência e trazendo o aprendizado ao cérebro e ao corpo, uma vez que o que está em um está no outro.

É preciso tornar cada momento criativo e novo. A preocupação deve ser apenas em curar os sintomas presentes e continuar adiante.

O trauma se torna tão impressionante para as pessoas afetadas a ponto de estas se focarem compulsivamente nele, sendo que seus sintomas podem estar sempre presentes (estáveis), aparecerem e desaparecerem (instáveis), ou ainda podem se ocultar por décadas. As sensações corporais podem servir como uma forma de

percebermos onde e como estamos experienciando o trauma e acessando até nossos recursos instintivos.

Tais recursos nos dão o poder de nos proteger e, uma vez que aprendamos como acessá-los, é possível criar nossas próprias ferramentas para refletir e curar nossos traumas.

Segundo Levine (1993), a cura do trauma começará quando pudermos confiar no ciclo de ativação e formos capazes de fluir com ele. Alguns dos sinais mais comuns de ativação são: físicos (aumento dos batimentos, sudorese, alterações na respiração, entre outros) e mentais (agitação mental, preocupação e aumento de pensamentos).

Ao iniciarmos o processo de cura, usamos o que é conhecido como “sensopercepção”, ou sensações corporais internas. Essas sensações funcionam como um portal pelo qual encontramos os sintomas, ou reflexos do trauma. Ao dirigirmos nossa atenção para essas sensações corporais internas, em vez de atacar o trauma cara a cara, podemos soltar e liberar as energias que foram mantidas represadas (LEVINE, 1993).

A sensopercepção integra a maior parte da informação que forma a experiência, no caso, traumática. Mesmo quando não é possível perceber conscientemente, a sensopercepção transmite a experiência geral do organismo, ao invés de interpretar o que está acontecendo do ponto de vista das partes individuais do corpo. Contudo, ela pode ser influenciada ou até mesmo alterada por nossos pensamentos, mas ainda sim tem como papel um sentimento e não um pensamento.

Você pode se imaginar passando por um dia sem emoção, mas viver na ausência da sensopercepção é impossível. Viver sem a sensopercepção viola a experiência mais básica de estar vivo (LEVINE, 1993).

As emoções que são geradas pelo trauma incluem a fúria, o terror e a impotência. Estas contribuem para a sensopercepção, mas tem um papel menos importante, visto que esta abrange um conjunto complexo de nuances que estão em constante mudança.

O trauma pode fazer com que uma pessoa fique cega, muda ou surda; pode causar paralisia nas pernas, nos braços ou em ambos; pode provocar dores crônicas no pescoço e nas costas, síndrome de fadiga crônica, bronquite, asma,

problemas gastrointestinais, tensão pré-menstrual grave, enxaquecas e toda uma multidão de condições ditas psicossomáticas (LEVINE, 1993).

Quando conseguimos compreender o trauma ocorre uma transformação cognitiva em nosso cérebro e em nosso corpo entre o estado traumático e o estado de paz. Nesse período de transformação ocorrem mudanças fundamentais em nosso sistema nervoso - que recupera sua capacidade de autorregulação -, sentimentos de prazer e expansão, e percepções as quais se ampliam para abranger a aceitação, livre de julgamentos, daquilo que ocorreu, o que resulta em uma oscilação entre a imobilidade e a fluidez, o medo e a coragem.

Em meio a essa transformação o indivíduo passa a encarar a vida com coragem e confiança e a enxergar o mundo como um lugar onde episódios ruins podem ser superados. É preciso se orgulhar por ser sobrevivente. Ser capaz de lembrar-se um cenário terrível e perceber a superação é um elemento de extrema importância na construção da autoestima. Tal orgulho é um indicativo de que um funcionamento estável está se afirmando, o que traz um sinal de plenitude.

O importante é ter em mente que o processo só é possível até o ponto em que possamos nos desapegar dos sintomas que, de certa forma, passaram a fazer parte de nossa identidade. Precisamos libertar esses sintomas de nossas mentes e de nossos corações junto com a energia que se reteve em nosso sistema nervoso.

Concluindo, é no nosso corpo que existe a chave. É nele que existe o caminho para reassumirmos o controle de nós mesmos, controle este que perdemos quando os efeitos pós-traumáticos se tornam crônicos - a impotência crônica é também outro aspecto comum da realidade da pessoa traumatizada, assim como a hipervigilância e a incapacidade de aprender novos repertórios de comportamentos. Com o envolvimento total do sistema nervoso (acessado pela sensopercepção) é que se constrói o sucesso no trabalho psicoterapêutico.

Ao articularmos o conceito de trauma com o conceito de resiliência, percebemos uma interligação, de modo que, ao desenvolvermos nossa resiliência, diminuimos o impacto do trauma em nossas vidas, bem como seus sintomas pós-traumáticos.

3 RESILIÊNCIA

Apesar de recente, o conceito de resiliência já foi explorado a partir de diversas perspectivas e por diversos autores. Emprestado da física, o conceito corresponde à capacidade de um material absorver energia sem sofrer deformação plástica permanente.

Ao ser aplicado à Psicologia, entendemos como resiliência a capacidade do indivíduo de lidar de forma criativa com fatos e situações aversivas, de modo a se recuperar após tais eventos traumáticos severos ou doenças graves, superando-se e se curando de forma surpreendente.

As ciências da saúde têm incorporado o termo para descreverem uma série de processos biológicos e psicopatológicos complexos envolvidos nos mecanismos responsáveis pela resistência de um indivíduo. Não existe um consenso em relação ao quanto um impacto interfere ou não na capacidade de resiliência. Nossa individualidade faz com que eventos afetem cada pessoa de maneira diferente.

Cognitivistas, terapeutas familiares de abordagem sistêmica, terapeutas da psicologia profunda, cada qual dará um recorte e um colorido ao tema. Uma questão que se coloca inicialmente é: somos naturalmente providos de resiliência, e com ela lidamos com nossas dificuldades? Ou, a resiliência é algo que nasce do encontro do indivíduo com a experiência crítica? Ou ainda, esse fenômeno é algo incipiente até a ocorrência de um trauma e seu desencadeamento? (LIMA e BATISTA, 2007).

Na visão da psicopatologia, abordada na obra de Delgalarrondo (2000), compreende-se resiliência como um conjunto de recursos da personalidade e dos mecanismos cognitivos desenvolvidos por um indivíduo que lhe conferem proteção em situações adversas, impedindo a recuperação de um distúrbio mental.

Dessa forma, a resiliência é considerada um processo de desenvolvimento dinâmico que permite uma adaptação positiva para desenvolver uma atitude eficiente frente a situações desafiadoras.

Do ponto de vista biológico e neurocientífico, o cérebro é o órgão central responsável pela ativação da resiliência e pela regulação dos mecanismos neurobiológicos, cognitivos e psicológicos do indivíduo associados à resposta ao

estresse. Neste contexto, podemos definir estresse como o conjunto de respostas de um organismo diante de estímulos que ameaçam a homeostase (equilíbrio dinâmico).

Vale acrescentar que, apesar de ser visto de forma negativa, o estresse é um mecanismo fisiológico necessário, pois induz alterações cerebrais que afetam nosso corpo como um todo, preparando-nos fisiologicamente para o eventual impacto que poderemos vir a sofrer. Essa condição é caracterizada pelo desenvolvimento da percepção de uma discrepância entre a informação monitorada de uma variável ou um critério para desencadear uma resposta efetora.

Além disso, sabe-se que agentes estressores diferentes podem promover padrões particulares de respostas na ativação nervosa simpática, produção adrenomedular hormonal, hipotalâmico-pituitárioadrenocortical e outros efetores, fato esse não reconhecido pela definição corrente de estresse ou pela síndrome de adaptação geral de Selye (PESSOA e PEREIRA, 2007).

Intimamente relacionado com o conceito de estresse, aparece o termo alostase, introduzido por Sterling e Eyer (1988), para se referir ao processo ativo pelo qual o corpo responde a mudanças diárias, realizando a manutenção da homeostase. Dentre as propostas atuais de atualização da homeostase, a alostase aparece como um conceito promissor, uma vez que procura enfatizar que não existe um único estado ideal nas condições de pontos fixos, pois está em constante mutação no organismo.

A partir do momento em que a magnitude das alterações excede a capacidade adaptativa sistema, resultando em um aumento da carga alostática, o cérebro e o corpo como um todo podem sofrer consequências em suas funções fisiológicas, psicológicas e comportamentais.

Em suma, a evidência empírica sugere que os fatores determinantes da resiliência são por demais complexos e incluem questões sociais, psicológicas e biológicas. Em indivíduos compreendidos como resilientes, existem maiores interações de variáveis genéticas com variáveis ambientais e comportamentais, a fim de atuarem na resolução de situações adversas, evitando ou prevenindo um eventual distúrbio psiquiátrico.

Isso se deve ao conjunto de habilidades observadas em pessoas resilientes, como: aceitação positiva de mudança, autoconfiança, autoeficácia, bom humor, controle

emocional, empatia, independência, orientação positiva para o futuro, reflexão, sociabilidade e valores positivos.

Quando falamos em resiliência, falamos em adversidades. Não existe resiliência sem adversidade. Mais do que sobrevivência, simples passagem, ela nos fala de ultrapassagem. Os sobreviventes não são, necessariamente, resilientes. Pode se recuperar das crises ou traumas, mas permanecer enredados na dor, na culpa na neurose. (...). Ser resiliente implica em passar por essas situações de sofrimento atroz e seguir em frente, amar, trabalhar e lidar de forma criativa e construtiva com as próprias dores. O fato traumático desconstrói a identidade em algum grau; a capacidade de resiliência dá ao indivíduo a possibilidade de sua reconstrução (LIMA e BATISTA, 2007).

A resiliência permite que, por um lado, o corpo se adapte a situações e mudanças permanentes e, pelo outro, mantenha a homeostase das principais funções biológicas, permitindo que o sistema retorne ao estado fisiológico e adaptativo anterior ao evento estressor sem maiores danos.

Em um de seus estudos, Rutter (1981) compreendia a resiliência como um processo dinâmico que leva em conta múltiplos aspectos que envolvem fatores de risco e proteção. Dentre estes, o autor aponta sete possíveis mecanismos envolvidos nestes fatores:

1. As respostas frente ao evento estressor são influenciadas pela avaliação que a pessoa faz da situação.
2. A forma com a qual as pessoas lidam com as adversidades e eventos estressores.
3. A habilidade do indivíduo em agir em função de sua auto-estima e sentimentos de auto-eficácia, bem como sua capacidade para resolver problemas.
4. O conhecimento cognitivo, apoiado em relacionamentos afetivos estáveis, sucessos e experiências positivas como um todo.
5. A regulação das respostas individuais às situações de estresse em interações com outras pessoas.
6. O enfrentamento perante situações de dificuldade e de mudanças.

7. A operação dos fatores de proteção durante todo o tempo e não apenas nas circunstâncias de maior estresse.

Estudos listaram uma série de fatores que discriminavam as crianças “resilientes”, dentre eles: o temperamento (afetivo e receptivo), melhor desenvolvimento intelectual, maior nível de autoestima, maior grau de autocontrole, famílias menos numerosas e menor incidência de conflito nas famílias (MELILLO & OJEDA, 2005).

Como dito no início do capítulo, a resiliência foi abordada por diversos autores e é vista sob diversas óticas, dentre elas está a Psicossíntese. Fundada pelo psiquiatra italiano Roberto Assagioli, a Psicossíntese é uma escola que compreende o homem como um ser naturalmente saudável e possuidor de eventuais desequilíbrios ao longo de sua existência, e utiliza princípios e técnicas relevantes da consciência pessoal de forma a proporcionar uma abordagem holística centrada no crescimento e desenvolvimento humanos.

Um dos princípios elementares da Psicossíntese é o de que somos dominados por tudo aquilo com que nos identificamos e que, ao nos desidentificar podemos dominar, controlar e utilizar. Segundo esse olhar, a busca da resiliência pode ser feita por nós mesmos, em nosso dia-a-dia, ao nos empenharmos em ser cada vez mais felizes, alegres, amorosos e aprender a não acumular mágoas que só prejudicam a nós mesmos.

Por meio do processo de autoconhecimento é possível uma maior facilidade na aproximação do Self, acessando o inconsciente, trazendo qualidades positivas, nos tornando mais saudáveis e resilientes, desenvolvendo uma maior habilidade para lidar com a dor, o sofrimento e a doença, e nos possibilitando uma força para mudar a nossa própria existência.

Se diante de uma catástrofe limitamo-nos a chorar nossas perdas ou a buscar causas ou culpados, esquecemos de construir nossas casas, esquecemos da mão que afaga e da solidariedade que une. Os recursos ou fatores de proteção servem como fontes inspiradoras para a vida (SARAUAI, 2004).

Em estudos mais recentes, os pesquisadores Lurthat e Cichetti (2000) apontaram as vantagens do uso do paradigma da resiliência nas pesquisas sobre tratamentos e intervenções:

- Enfoque nos resultados positivos e não apenas nos negativos. Maior interesse nos resultados de adaptação positiva e seus antecedentes, e não nas falhas de adaptação, o que decorre em um maior foco na prevenção do que em um tratamento.
- Maior ênfase nos recursos e não apenas nos déficits, no sentido de reforçar as mudanças positivas.
- Compreensão e esclarecimento dos mecanismos potenciais implicados nos efeitos dos fatores de proteção para que intervenções apropriadas possam ser desenvolvidas.

Concluindo, a busca de recursos para o enfrentamento de uma realidade desafiadora é inevitável para a sobrevivência não apenas do indivíduo, mas sim da humanidade como um todo. Alguns dos fatores de proteção apontados na literatura a ser utilizada como recurso são: inteligência, autonomia, boa saúde, amigos, familiares, religião, hobbies, bichos de estimação, etc..

Assim como podemos perceber a articulação entre trauma e resiliência, é possível fazer o mesmo com o conceito de corpo, por meio da terapia corporal. Ao aumentarmos a capacidade de um indivíduo traumatizado se recuperar, observamos, contudo, que o corpo retém “resíduos” gerados pelo trauma. No capítulo seguinte, abordaremos melhor esse conceito bem como seus mecanismos de manejo para lidar com essa questão.

4 CORPO

4.1 Imagem Corporal

Ao abordarmos o tema “imagem corporal”, podemos inferir que o processo da representação de nosso próprio corpo começa em nossa mente. Essa representação é composta de registros adquiridos ao longo de nossa trajetória de vida, seja de nossa percepção de nós mesmos ou da nossa percepção perante os outros. De alguma forma, absorvemos isso inconscientemente e conscientemente, pelas vias sensoriais e cinestésicas e pelos significados afetivos e cognitivos adquiridos durante nossas vivências.

“Entende-se por imagem do corpo humano a figuração de nosso corpo, formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós” (SCHILDER, 1981).

A imagem corporal é, para Schilder (1977), um conceito capaz de operar com as três estruturas corporais: estrutura fisiológica, responsável pelas organizações anatomofisiológicas; estrutura libidinal, que é o conjunto das experiências emocionais vividas nos relacionamentos humanos; e estrutura sociológica, baseada nas relações pessoais e na aprendizagem de valores culturais e sociais. A estrutura sociológica refere-se às tendências de um grupo a valorizar certas áreas ou funções, como o papel de vestes, adornos, do olhar e gestos na comunicação social. Schilder sugere, ainda, que a experiência com a imagem do próprio corpo relaciona-se à experiência de terceiros com seus corpos.

Em estudos de imagem ou representação corporal, além da ênfase psicológica e individual desenvolvida por Schilder, existe também uma ênfase coletiva, relacionada a opiniões e ao senso comum. A noção de representação social nos remete à ideia de que não existe distância entre o universo interior e exterior, ou seja, entre o indivíduo e seu grupo.

Por meio do nosso corpo físico nos apresentamos ao mundo e a nós mesmos, estabelecemos contato com as pessoas, e criamos ou não vínculos com os demais. Por

meio disso o indivíduo integra seus sentimentos, sejam eles positivos ou negativos, a respeito de sua própria aparência e aspecto físico.

Podemos então identificar como pertencentes ao primeiro nível apontado por Schilder aqueles fatores de ordem fisiológica e cinestésica, como: impressões táteis, térmicas ou a sensibilidade à dor: percepção da superfície que delimita o corpo em relação ao meio externo; percepção da posição relativa do corpo no espaço e etc. (...) Um exemplo clássico desse tipo de distorção é a continuidade da percepção de determinada parte do corpo, mesmo após sua perda brusca em consequência de um acidente ou amputação (FARAH, 2008).

Alexandre Lowen, psicoterapeuta reichiano, em sua obra “O Corpo Traído”, nos põe a refletir sobre a relação de nossa imagem corporal com a nossa identidade, a noção de quem somos nós.

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

Tal processo de ampliação da consciência corporal no indivíduo tem como resultado a ampliação do desenvolvimento de sua própria individualidade. As incapacidades e deformidades físicas interferem na imagem corporal da pessoa, gerando preconceitos, discriminações e exclusões sociais.

4.2 Terapia Corporal

Considero pertinente iniciar este item refletindo sobre o conceito de doença. Tendo como base o estudo da psicossomática e o objeto de estudo da psicologia corporal, é possível constatar que as doenças se aprisionam em nosso corpo, trazendo registros inconscientes que revelam nossas histórias de trauma e, eventualmente, transtornos de apego.

Quando doentes, tornamo-nos mais sensíveis e, de certa maneira, temos a tendência de retomar uma condição de criança, carente de atenção e cuidados. Com frequência, podemos observar situações onde as “doenças” produzem ganhos

indiretos, assumindo um papel de sedução do outro. Há pessoas que se aproveitam dessa condição para obter o cuidado desejado. Contudo, não devemos deixar de buscar o entendimento dos eventos traumáticos por meio das doenças.

Ao buscar inconscientemente essa doença, escondemo-nos atrás de sentimentos, emoções e sintomas que correspondem a uma manifestação corporal da depressão ou outros sintomas e não apenas de uma questão orgânica.

A visão centrípeta sobre o conceito de doença procura não relacionar o órgão ou local onde a doença se mostra, como origem necessária dessa doença. O local, órgão ou região onde surge a doença ou os seus sintomas se limitará apenas em ser o seu ponto de manifestação física. O que isso significa? Esta doença, ora manifestada num determinado órgão, está sendo a expressão de situações ligadas a todo o contexto vivido pelo seu portador. Estamos, sem dúvida, falando de contextos nos quais se ligam emoções, sentimentos, afetos. Quando nos referimos ao contexto vivido, ligado a emoções, sentimentos e afetos o tempo passa a ter grande significado (COZZOLINO, L. 2008).

Diversos estudos apontam para uma ligação entre estado mental e doença, com indícios convincentes de que o sistema imunológico poderia ser um importante elo entre o cérebro e a saúde física. Sabe-se que o sistema imunológico é o meio pelo qual o organismo se defende de doenças infecciosas.

O que nossos corpos dizem? E o que eles estão nos contando? A imaginação humana está enraizada nas energias do corpo e os órgãos do corpo são os determinantes dessas energias e dos conflitos entre os sistemas de impulso dos órgãos e a harmonização desses conflitos (KELEMAN e CAMPBELL, 2001).

Por meio do corpo o indivíduo se manifesta no mundo e para o mundo, não apenas fisicamente, mas também pelas suas relações afetivas e sociais. Percebendo sua corporalidade face ao espaço, ao tempo, e aos objetos, ele pode sentir-se mais profundamente e situar-se no ambiente em que vive.

Portanto, para conhecer o corpo não se pode dissociar sua dimensão neurofisiológica e mecânica de suas dimensões psicológica, cognitiva e social.

De acordo com Cozzolino (2008), “a doença vem deflagrar algo a respeito de nós mesmos e de nossas vidas”.

A aquisição da noção de corpo ocorre a partir de um processo evolutivo no qual os aspectos da maturação do sistema nervoso e das vivências corporais e afetivas estão interrelacionados, imprimindo nos tecidos orgânicos uma história individual (FONSECA, 1993).

Os símbolos emergem de toda percepção desenvolvida sobre a sensação e o aprendizado de senti-la e registrá-la em um mundo em que a rapidez do fluxo de informação e produção de imagens descorporificadas é tal que tendemos a permanecer destreinados em relação aos nossos próprios órgãos dos sentidos (KELEMAN e CAMPBELL, 2001).

Ao se aprofundarem no tema, Keleman e Campbell nos introduzem no estudo da mitologia, defendendo a ideia de que esta nos apresenta imagens - como as do acadêmico, do padre, do criado - e que, ao vivermos mediante essas imagens ou papéis que não são enraizados nas emoções dos nossos corpos, sentimos a falta de uma força emocional que nos sustente.

Byington (1988) afirma que o corpo tem participação fundamental na formação de símbolos. Segundo ele, o corpo é responsável por estruturar simbolicamente a consciência, incluindo suas características e limitações. Ou seja, o corpo é o que determina o início e o fim da vida, o que traz uma importância central na delimitação da consciência.

Além disso, o autor sustenta a visão de que aquilo que chamamos de objetivo, concreto, anatômico e denso, como a carne, o sangue e os processos fisiológicos, podem e devem ser compreendidos como tão simbólicos quanto as representações, os signos e a linguagem, uma vez que eles só podem ser expressos por meio de uma linguagem simbólica. Desta maneira, Byington propõe que se incluam as representações objetivas e subjetivas como dois aspectos que fazem parte do mesmo mundo.

Carne e produção de sentido, coração batendo, sonhos, sensações, emoções e pensamentos fazem parte do mesmo sistema simbólico. Pensarmos em uma leitura simbólica do corpo é pensarmos em um corpo em movimento, o símbolo parte e produção da carne-psique. (...) O oxigênio e o sangue são tão simbólicos quanto uma emoção ou experiência de vida e a medicina é tão simbólica quanto a arte (MACHADO, 2011).

Colocar os símbolos em movimento é uma maneira de integrá-los, criando novas cadeias de significado que permitem o reconhecimento de um discurso que poderá, então, receber seu conteúdo, o que proporcionará uma orientação centrada e que busque não mais proceder por meio do poder, mas sim por meio da integração consigo mesmo e com o coletivo.

Complementando essa ideia, Vargas (2002) aponta que o processo simbólico ocorre em nós quando exercemos qualquer uma das faculdades: intuição, pensamento, sensação ou sentimento. Sendo assim, ele define que o corpo é simbólico, constituindo-se de canais naturais de simbolização.

As técnicas de trabalho corporal são utilizadas de forma a permitir que os participantes vivenciem uma situação de segurança e conforto, ampliando seu domínio corporal e suas habilidades. Assim, de maneira simbólica, constrói-se um ponto entre a mente e o corpo na busca pela autorregulação, favorecendo a estruturação da personalidade (MACHADO, 2011).

Algumas técnicas corporais, especialmente as que trabalham com o desenvolvimento da sensopercepção, podem nos servir como instrumentos para que o sujeito se permita perceber seu organismo como produtor de símbolos. Essa experiência corresponde à configuração de sentimentos, emoções e sensações organizados em certos padrões de ação, reação ou não ação no mundo. Dessa forma, cada sujeito desenvolverá seu próprio padrão de reações psicofísicas por meio do ambiente em que está inserido e do contato com os que o rodeiam.

A consciência se amplia com o desenvolvimento do ego e este é decorrente da percepção do si mesmo corporal. O que a pessoa sente e conhece de seu próprio corpo é decorrente da percepção da pele, do contato.

Ao aproximar o indivíduo de sua propriocepção e integração dos mitos que dizem respeito ao seu corpo, as vivências corporais podem trazer a dimensão do sentido, do vivido e do intuído, gerando imagens que no *setting* terapêutico podem ser trabalhadas no discurso que o sujeito pode expressar sobre si mesmo.

O que é a angustia além de uma sensação corpo-mental não integrada e que foge de uma denominação através das palavras? Dialogar com estas sensações inomináveis através da promoção de contato com as mesmas é o que buscam muitas abordagens corporais. Reaprender a perceber sensações e discriminá-las parece ser um caminho interessante, que leva a mudança. (...) O que se abre em todas as abordagens que denominamos corporais é a possibilidade de a pessoa se perceber a si mesma, através de algo que realiza, através de uma ação ou recepção de uma ação. (...). Nosso corpo é nosso mito em ação (BOSCO, 2011).

Concluindo, o trabalho corporal pode favorecer uma maior consciência do próprio corpo, melhorando a qualidade da respiração e da postura, contribuindo conseqüentemente para estimular a estruturação egóica e a construção da identidade do indivíduo.

4.3 O Toque

Sabe-se que o ato de tocar pode ser interpretado de diversas formas de acordo com a cultura em que estamos inseridos. Em nossa cultura brasileira, observamos certa banalização do toque, por meio das interações sociais que são vistas pelas demais culturas como “demasiadamente calorosas”.

Podemos inferir que o fato desses ritos serem realizados sem nenhuma atenção maior ao gesto de tocar o outro indivíduo resulta em um certo grau de embotamento das sensações presentes no toque. Temos como exemplo situações sociais onde nos abraçamos, apertamos mãos e tocamos-nos sem de fato desejarmos, mas sim por cumprimos uma espécie de “norma”.

Em contrapartida, quando o toque ocorre em situações não-sociais - durante um trabalho terapêutico, por exemplo -, sentimentos de constrangimento, estranhamentos e até perturbação por parte de quem é tocado podem surgir.

Tocar é definido como “a ação, ou um ato de sentir alguma coisa com a mão.” O termo operacional é sentir. Embora o tato não seja em si uma emoção, seus elementos sensoriais induzem alterações neuronais, glandulares, musculares e mentais que, combinadas, denominamos emoção. Desta forma, o tato não é tido como uma simples modalidade física, como sensação, mas também, efetivamente, como emoção (SUGUIMOTO, 2007).

Os variados trabalhos corporais têm como característica comum o trabalho com a sensação. Podemos enumerar entre as técnicas a Calatonia, Descompressão Fracionada, os Toques Sutis, as diversas técnicas de relaxamento, respiração e massagem acompanhadas de trabalho verbal, que se incumbe de integrar os símbolos vividos por meio destes métodos.

Focando brevemente na técnica da Calatonia, elaborada por SÁNDOR (1971), seu significado é compreendido como algo “além da relaxação, é um afastar-se do estado de fúria, abrir a porta, retirar o véu dos olhos. Tudo com suavidade”. O uso desta prática pode ser, na extensão invisível ao toque, apenas olhar, abrir, centrar.

O toque age no maior órgão, que é a pele, que possui a mesma origem embrionária do sistema nervoso e permanece em íntima conexão com ele. Com isso, o trabalho corporal permite explorar o corpo de uma maneira não usual, podendo resultar em uma experiência resultante em alterações de consciência, de visão de mundo e, portanto, do pensar e agir (FARAH, 2008).

Lowen (*apud* Montagu, 1905) diz que o sentimento de identidade do indivíduo é fruto da sensação do contato com seu corpo. Para a pessoa saber quem ela é, é preciso que esteja consciente de seus sentimentos e sensações.

Por meio do estudo da obra “Tocar” de Ashley Montagu, são evidentes os efeitos fisiológicos do toque, principalmente em bebês. A estimulação tátil tem efeitos tanto fisiológicos quanto comportamentais profundos sobre o organismo, e isto só se tornou conhecido recentemente.

A pele que é o que nos une ou separa do cosmos, aonde circula a energia e se projetam nossos órgãos internos. Dessa forma, todo o corpo (interno e externo) pode ser tratado por meio da pele.

A pele, além de envolver os órgãos internos, lhes oferece uma superfície contínua na qual circula energia que os anima, conferindo uma unidade corporal que não se limita à consciência da interdependência da parte anterior/posterior, superior/inferior, mas também a relação entre o interior e o exterior do corpo (SUGUIMOTO, 2007).

Outro aspecto importante de se observar é o olhar como uma forma de toque. A observação da postura corporal do paciente, bem como das suas movimentações, fisionomia e etc., são preocupações fundamentais.

Apesar de o trabalho corporal envolver, em sua maioria, as mãos do psicoterapeuta, também existe um conhecimento de toques que envolve o sopro e toques sem que haja o ato em si, como toques apenas com o olhar.

O olhar como um toque e seu potencial de causar mudança aparece na citação do Prof. Dr. Marcos Ferreira de Santos: "(...) que os sentidos todos socorram os nossos olhares na forma de enxergar para além de ver. A alma, em seu leito de uma íris breve, agradece" (2007).

Reforçando esse pensamento, Lorthiois (1996) diz que a ideia de educar é uma questão basicamente de olhar, observar.

O que está se tornando cada vez mais evidente é que, subjacentes a essas e a muitas outras diferenças, encontram-se mudanças significativas nas estruturas neurológica e imunológica e em funções a essas ligadas. (...) A pessoa não amada, de qualquer idade, tem probabilidade de ser uma entidade bioquímica muito diferente da que foi adequadamente amada (MONTAGU, 1971).

O singelo ato de uma mãe segurar e aconchegar seu filho tem um papel muito eficiente e importante no subsequente desenvolvimento da criança. Isso desperta o desejo de reproduzir este ato, seja abraçando ursinhos e bonecas ou outras pessoas, em sua infância, adolescência e vida adulta.

A superfície do corpo, com suas zonas erógenas, é o palco principal da experiência da criança consigo mesma e com os outros; quer dizer, a criança vivencia tudo na própria pele. (...) A pele, pela qual a criança entra em contato com o mundo externo, é o campo de sua experiência do mundo (NEUMANN, 1971).

"O ego é a percepção do si mesmo corporal e o que a pessoa sente e conhece de seu corpo é a pele" é o que diz Lacombe (*apud* MONTAGU, 1971)

Observamos que aqueles que foram pouco acariciados em sua infância apresentam traços de uma carência afetiva profunda. A privação tátil, que na maioria das vezes está associada à figura da mãe, com todos os seus comprometimentos

emocionais, tem efeitos profundos sobre o organismo, tanto fisiológicos como comportamentais.

O desejo de ser abraçado e segurado é aceitável à maioria das pessoas, desde que seja considerado como parte componente da sexualidade adulta. O desejo de ser aconchegado e abraçado de modo maternal é considerado infantil demais (MONTAGU, 1971).

A ausência de um contato físico nesta primeira fase de vida é o trauma fundamental da personalidade esquizoide, segundo Lowen; ela sentida pela criança como um abandono. Quando o medo se torna insuportável, o ego se dissocia do corpo, dividindo a personalidade em duas identidades: uma baseada no corpo e outra na imagem do ego.

A criança que passou pela experiência de violência física ou emocional, frequentemente apresenta uma aversão ao toque, uma defesa à aproximação, bloqueando seu contato com outras pessoas.

É possível inferir que a privação do toque, do contato, é a causa básica de numerosos distúrbios emocionais que incluem comportamentos depressivos, agressivos e, em alguns casos, até aniquiladores. A falta desse toque é vivida como ansiedade de separação, como falta de contato e de ligação.

Observa-se que alguns pacientes criam uma expectativa de serem curados no processo terapêutico. Por meio do toque humano, as habilidades terapêuticas são intensificadas e a recuperação do paciente potencializada. Tocar promove a reciprocidade e faz parte do processo de testar se a pessoa ousará tornar-se ou terá permissão para ser tocada.

Segundo McNelly (1987), a memória, principalmente afetiva está no corpo, daí a importância das terapias analíticas que se voltam para o movimento e para o corpo. O desencouraçamento consiste na atuação direta do terapeuta no corpo do cliente, através de leves toques ou massagens, indo diretamente contra o sistema de defesa somática do paciente. O contato físico faz emergir lembranças que talvez nunca aparecessem no atendimento verbal (SUGUIMOTO, 2007).

Concluindo, tocar é parte indispensável da atuação de profissionais da saúde. Segundo Montagu (1971), o profissional deve saber que o toque humano é capaz de

alcançar a amenização de sentimentos agitados, o alívio da dor e da perturbação emocional, a tranquilização e a promoção de uma sensível diferença para melhor.

5 CONCEITOS JUNGUIANOS

O objetivo deste capítulo é fazer uma revisão bibliográfica desse conceito específico para que no capítulo seguinte, no qual será realizada uma análise junguiana da obra “O Fantasma da Ópera”, seja possível fazer um entrelaçamento entre ambos. Teremos como enfoque o conceito de *Persona*.

Na obra *Aion* (1976), dedicada aos estudos sobre o simbolismo de si-mesmo, Jung aborda os conteúdos do inconsciente pessoal como aquisições da existência individual, ao passo que os conteúdos do inconsciente coletivo são arquétipos que existem sempre e *a priori*. O inconsciente individual é uma região adjacente ao ego e consiste de experiências que foram reprimidas, suprimidas, esquecidas ou ignoradas. Há muitas trocas de conteúdo entre o consciente e o ego, sendo que tais conteúdos podem tornar-se acessíveis à consciência por meio de diversas práticas e métodos da terapia junguiana.

Os conteúdos do inconsciente coletivo, por sua vez, são arquetípicos, ou seja, inatos, de natureza universal e os mesmos em todos os indivíduos. O termo “arquétipo” não tem por finalidade uma ideia de herdado, mas sim um modo herdado de funcionamento psíquico. Os arquétipos que se caracterizam mais nitidamente são aqueles que mais frequente e intensamente afetam o eu. São eles: a *persona*, a *sombra*, a *anima* e o *animus*.

Tal como a *persona* exerce um papel importante na dinâmica psicológica, sendo “gêmea” da *sombra*, as figuras também “gêmeas” de *Anima/Animus* exercem sempre uma função compensatória.

Antes de abordarmos o ponto central do capítulo - o conceito de *persona* -, é relevante abordar a questão do Arquétipo do Inválido. Existe a fantasia contemporânea de saúde de que devemos nos tornar completos, sendo a totalidade entendida no sentido de perfeição. Nesse olhar, o defeito mais insignificante ou a menor disfunção deve necessariamente ser curada, removida e, se possível, erradicada.

Embora tenha existido um tempo em que este temperamento era aceito e até idealizado, hoje as pessoas melancólicas são diagnosticadas como “depressivas”, sendo medicadas para se tornarem “contentes”.

Seria incorreto afirmar que somos inconscientes de nossas falhas, fraquezas e invalidez, mas, ao mesmo tempo, essa compreensão é reprimida. Há um desejo e uma ilusão de lutarmos para alcançarmos a saúde perfeita – física e mental.

Ao perceber como deuses máximos a saúde e a totalidade, nos voltamos contra a importância do arquétipo do inválido. Essa atitude é, sem sombra de dúvidas, devastadora quando se trata daqueles que sofrem de neuroses e desordens psicossomáticas. Indivíduos neuróticos e psicossomáticos são simplesmente vistos como inferiores, uma vez que não podem ser curados, porque não querem ser mudados. Recusam ajuda de outras pessoas e se agarram às suas resistências chegando ao ponto de até sentirem a necessidade de se defender contra o psicólogo que tenta ajudar.

Na análise dos casos onde o arquétipo do inválido se manifesta, a aceitação do fato de que cura e totalidade simplesmente não são possíveis pode parecer imoral, tanto para o paciente, como para o psicólogo. Contudo, os efeitos positivos compensam qualquer dúvida que possa persistir. Devido ao fato da cura e a totalidade estarem tão presentes, tornam-se necessários os processos de reflexão e aceitação do arquétipo do inválido.

Para que seja possível ajudar pessoas com algum tipo de invalidez, já tendo superado o fato de que curar não é possível, é preciso auxiliá-las no processo de convivência com sua deficiência. No processo terapêutico, isso é possível por meio do trabalho com o arquétipo do inválido, possibilitando o paciente perceber que seu processo de individualização inclui sua invalidez. Trabalhar sem ele, ou seja, excluí-lo deste processo, seria ilusório. Afinal, cabe ao psicólogo ser defensor do arquétipo do inválido? Em tese não é o que deveria ser?

No que se refere à teoria, deveríamos ter como certo que nosso paciente jamais conseguirá desenvolver igualmente as quatro funções psicológicas estabelecidas por Jung: pensamento, sentimento, sensação e intuição. A tentativa de desenvolver as quatro funções em pacientes com este quadro levaria apenas ao desapontamento e frustração para o paciente e o psicólogo.

Ao invés de aceitar, acolher e respeitar o paciente como ele é, existe o perigo de que essa condição seja rejeitada e até desprezada, o que resultaria em algo compreensivelmente desastroso.

Em última instância, a Totalidade e a Invalidez são aspectos do Self, representando polaridades básicas em nossa psique. O homem chega à realização completa de si mesmo, ou de seu Self, por meio de sua invalidez; a completude é alcançada por meio da incompletude.

Assim como o arquétipo do inválido, é importante citar o arquétipo do curador ferido como ser considerado no desenvolvimento da resiliência. Ao ser ativado, esse arquétipo se manifesta tanto no terapeuta, como no paciente, por meio do reconhecimento da ferida existente tendo, portanto, uma grande chance de que as forças curadoras também possam entrar em atividade, auxiliando o tratamento psicoterapêutico. Numa linguagem junguiana, a resiliência pode ser compreendida como a força interior que motiva o paciente a ser seu próprio curador.

Podemos compreender por *persona* a máscara usada pelo indivíduo em resposta às solicitações da convenção e da tradição social e às suas próprias necessidades arquetípicas internas. Uma *persona* demasiadamente rígida é tão limitadora quanto uma *persona* mal estruturada. Neste caso, o ego se confunde com a *persona*, ou seja, o indivíduo se identifica somente com a representação de sua posição social.

A *persona* não passa de uma máscara da psique coletiva. No fundo, não tem nada de real; ela representa um compromisso entre o indivíduo e a sociedade, acerca daquilo que alguém parece ser: nome, título, ocupação, isto ou aquilo (JUNG, 1971).

Quando a formação do indivíduo é inadequada devido a um treino social insatisfatório ou à rejeição das formas sociais, esse não consegue ou se recusa a representar os papéis sociais que lhe são destinados.

Segundo a visão analítica acima desenvolvida, todo e qualquer complexo contém, além do material adquirido nas experiências pessoais de toda a vida, um componente impessoal, arquetípico, o que vale dizer, inato, primitivo. Neste aspecto, é importante ressaltar a influência dos arquétipos materno e paterno.

Assim como os demais arquétipos, as características do elemento que Jung define como o materno podem ser encontradas, de forma apreensível, em todas as épocas, nos mais imprevisíveis setores da vida cultural humana, metamorfoseado em uma variedade incalculável de aspectos: é a mãe propriamente dita. O arquétipo materno é a base do complexo materno.

Considerando que todos os elementos positivos e necessários à existência, como nutrir, alimentar, aquecer, proteger, oferecer segurança e proteção estão ligados à imagem do Grande Feminino e que este transmite, de fato, todos esses conteúdos positivos no seu relacionamento com a criança e o infantil, todas as rupturas e aflições que acometem o fluxo positivo que provém da mãe para todo ser vivo, todas as necessidades e todo tipo de privação serão atribuídas à mesma Grande Mãe em seu aspecto de mãe “terrível” e “má”. (NEUMANN, 1996).

No que se refere ao arquétipo paterno, o pai é mediador de uma relação; determina em que bases, até que ponto, dentro de que abrangência ou limites, com que regras, leis, ordens, etc.. O pai discrimina o mundo em categorias, tornando-o compreensível e, portanto, utilizável. Além disso, é um representante da polarização e da força divina espiritual.

Ademais, é importante ressaltar o impacto que a ausência de uma figura paterna/materna possui na estrutura de *Anima/Animus*. Segundo Stein (2006), Jung diz que os homens são masculinos no exterior e femininos no interior, e que as mulheres são o inverso.

As mulheres são dadas a relacionar-se, são receptivas e impressionáveis em seu ego e persona, e são firmes e contundentes no outro lado de sua personalidade; os homens são duros e agressivos no exterior, brandos e comunicativos no íntimo.

Pelo fato da estrutura anima/animus ser vista como complementar da persona é que as características do sexo vieram a ser incluídas em sua imagem. Se a persona de um homem contém aquelas qualidades e características comumente associadas à masculinidade numa dada cultura, então as características da personalidade que não se coadunam com essa imagem serão suprimidas e reunidas na estrutura inconsciente complementar, a anima. Portanto, a anima contém as características que são tipicamente identificados como femininas nessa cultura. (STEIN, 2006).

Ao abordarmos o assunto *persona* não podemos deixar de lado o conceito de sombra, uma vez que há um relacionamento de oposição entre ambos. Quanto mais clara a *persona*, mais escura será a sombra. Por meio dos sonhos passamos a conhecer os aspectos sombrios de nossa personalidade que preferimos não olhar muito de perto.

Nos sonhos e mitos a sombra aparece como uma pessoa do mesmo sexo que o sonhador. A sombra não é o todo da personalidade inconsciente, mas representa atributos desconhecidos do ego. Estes podem consistir de fatores coletivos que emergem de uma fonte situada além da vida pessoal do indivíduo. Sua forma de se apresentar é por meio não apenas de omissões (no caso, não se apresentar), mas muitas vezes como um ato impulsivo, uma explosão maldosa.

A sombra constitui um problema de ordem moral que desafia a personalidade do eu como um todo, pois ninguém é capaz de tomar consciência desta realidade sem dispendar energias morais. (...) Mas nesta tomada de consciência da sombra trata-se de conhecer os aspectos obscuros da personalidade, tais como existem na realidade. Este ato é a base indispensável para qualquer tipo de autoconhecimento (JUNG, 1976).

No teatro grego e posteriormente no romano, os atores vestiam máscaras para cada tipo de personagem que representavam. Como era preciso um pouco de ampliação na voz, existia por dentro da máscara uma espécie de amplificador físico, em forma de funil. Por conta disso, o conceito se refere às máscaras (*persona*) usadas pelos atores na antiguidade grega, em peças ritualísticas solenes, correspondendo a uma imagem representacional do arquétipo de adaptação, visto que somente por meio da *persona* é que o indivíduo consegue se adaptar ao mundo.

A palavra *persona* é realmente uma expressão muito apropriada, porquanto designava originalmente a máscara usada pelo ator, significando o papel que ia desempenhar. Como seu nome revela, ela é uma simples máscara da psique coletiva, máscara que aparenta uma individualidade, procurando convencer aos outros e a si mesma que é uma individualidade, quando, na realidade, não passa de um papel, no qual fala a psique coletiva (JUNG, 1971).

Contudo, conforme podemos observar em nosso cotidiano, o uso desses personagens simbólicos dificilmente limita-se ao drama grego. Embora não usemos

máscaras, tipos de caráter igualmente fixos são evidentes. Todos reconhecemos a figura de um assassino de aluguel, a pobre donzela em apuros, o alcoólatra, o herói, a vilã e etc.

A *persona* possui a qualidade de estar constantemente em formação e em modificação, sendo estes movimentos próprios de todo ser humano. A identificação do que é próprio do ego e o que próprio da *persona* cabe a cada indivíduo. Devemos usar uma máscara em cada situação da vida humana, mas também devemos saber quando trocá-la e termos conhecimento de que o ego não é a *persona*.

Conforme nos desenvolvemos, nossa consciência nos acompanha à medida que nosso ego se estrutura, permanecendo, portanto, estreitamente relacionados um com o outro.

É possível dizer que no início de nossas vidas, nossa consciência, em grande parte, se constitui de acordo com a formação de nossa *persona*, no aprendizado de como viver no nosso meio e das atitudes e maneiras adequadas com as quais devemos nos comportar.

O homem, como todo animal, tem uma necessidade imperiosa de se adaptar ao meio exterior, do qual depende para sua sobrevivência. Desenvolve, para isso, um sistema adaptativo-protetor que deve variar conforme as alterações desse meio. Entre os animais inferiores, podemos observar esse fato através da maneira como eles desenvolveram carapaças, aspectos repulsivos ou atraentes ou mecanismos, como o mimetismo, para passarem despercebidos aos seus predadores (ULSON, 1988).

Contudo, não podemos olhar para a consciência e deixar de lado o inconsciente. É sabido que as atitudes pessoais da consciência produzem reações no inconsciente que, somadas às repressões pessoais de cada indivíduo, contêm elementos do desenvolvimento pessoal e fantasias coletivas. Em outras palavras, ao analisarmos o inconsciente pessoal, existe uma abertura da consciência que passa a ser alimentada pelo coletivo, que traz consigo elementos da individualidade.

Uma vez abolidas as repressões pessoais, a individualidade e a psique coletiva começam a vir à tona e, unidas, começam a liberar as fantasias pessoais que, até então, estavam reprimidas.

O elemento coletivo é anunciado muitas vezes por sintomas peculiares: sonhos em que se voa através do espaço, a modo de um cometa, ou se tem a impressão de ser a terra, o sol ou uma estrela; ora se é extraordinariamente grande, ora pequeno como um anão; ou como um morto, chega-se a um lugar estranho, num estado de alheamento, confusão, loucura, etc. (JUNG, 1971).

Na medida em que aumenta a influência do inconsciente coletivo, a consciência perde seu poder de liderança. A predominância das influências inconscientes, assim como a desintegração da *persona*, constitui um estado de desequilíbrio que poderá implicar no domínio do inconsciente perante a consciência, resultando no possível desenvolvimento de um estado psicótico.

Por fim, concluímos este capítulo com a seguinte situação na qual Jung discorre sobre as complicações e dificuldades oriundas da fusão entre ego e *persona* em sua obra Tipos Psicológicos:

A identidade com a *persona* determina automaticamente uma identidade inconsciente com a alma, pois, quando o sujeito, o eu, é indistinto da *persona*, não tem relação consciente com os processos do inconsciente. (...). Neste caso, a alma é sempre projetada num objeto real e correspondente, estabelecendo-se com este um relacionamento de dependência quase absoluta. Todas as reações oriundas desse objeto têm efeito direto e que toca o íntimo do sujeito. Trata-se, muitas vezes, de vínculos trágicos. (JUNG, 1921)

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DA OBRA “O FANTASMA DA ÓPERA”

Neste estudo, foi possível refletirmos acerca da importância de nos conscientizarmos de nosso corpo, bem como a compreensão do processamento de nossos traumas por meio da resiliência, uma vez que ambos os conceitos estão interligados - ressaltando a definição de resiliência como sendo uma habilidade que permite indivíduo se refazer de um trauma.

Em um segundo momento, foi feito um breve aprofundamento nos conceitos junguianos fundamentais para possibilitar a articulação e análise do alvo do trabalho: Erik, o protagonista da obra “O Fantasma da Ópera”, que ocorrerá a seguir.

Assim como Leiroux, autor da obra, inicia seu prólogo, completamos a afirmação de que o fantasma não apenas existiu como continua presente até os dias atuais, podendo surgir, inclusive, em nosso consultório na figura de um paciente.

Como dito previamente, o objetivo deste capítulo é fazer uma análise psicológica do protagonista da obra “O Fantasma da Ópera” e também desenhar uma possível intervenção neste indivíduo por meio da Psicologia Corporal.

Para isso, foi realizado um levantamento dos elementos mais significativos presentes na obra “O Fantasma da Ópera” e serão considerados registros do livro, publicado por Gaston Leroux em 1910, bem como suas repercussões: o musical produzido por Andrew Lloyd Webber, cuja primeira apresentação foi realizada em 1986, permanece em cartaz na Broadway até os dias de hoje; e o filme – no meio cinematográfico existem mais de vinte adaptações. Vale ressaltar que, no ano de 2010, Andrew Lloyd Webber produziu uma sequência da história, intitulada “Love Never Dies”. Contudo, neste estudo consideraremos a versão de 2004, dirigida por Joel Schumacher e inspirada no musical de 1986.

Ressalto que houve algumas modificações, especialmente na história. Contudo, essas diferenças serão sinalizadas e quando identificadas as incoerências, levarei em conta os elementos presentes no livro.

O enredo se passa no Teatro da Ópera de Paris, com uma ênfase maior na Christine Daaé, e o Fantasma acaba sendo um personagem secundário. Órfã desde os sete anos, foi morar no alojamento de balé desse renomado teatro e se tornou bailarina.

Quando estava em seu leito de morte, seu pai, Gustave Daaé, um famoso violinista sueco, disse à filha que enviaria um “Anjo da Música” para protegê-la.

Christine cresceu sonhando com esse tal “Anjo” e acreditou durante muitos anos que ele era o espírito de seu pai, que a guiava, protegia e a ensinava a ser uma melhor cantora. No filme e no musical, Christine tem diversos diálogos com sua melhor amiga, Meg Giry, e revela tal história; Meg afirma que esse homem com quem ela conversa não é o espírito de seu pai. Christine, por sua vez, ignora o conselho da amiga e continua vivendo sua ilusão.

Em outro momento, Christine reencontra Rauol – um amor de sua infância, cuja história é profundamente abordada no livro - e o novo patrocinador do Teatro.

Os dois conversam sobre o passado e ela lhe conta sobre o “Anjo da Música”, mas ele não dá grande importância à história. Após a conversa, Rauol a convida para jantar, mas Christine reage de forma assustada e recusa o convite prontamente, pois o “Anjo” é muito rígido nas regras que lhe impõe.

Ao fim dessa cena, acontece o primeiro contato físico de Christine com seu “Anjo”. Este toma a aparência de um homem mascarado e passa a se apresentar para ela como “O Fantasma da Ópera”. Nesta parte, o Fantasma (que no livro se chama Erik), demonstra raiva e desprezo por Rauol e ordena que Christine se afaste dele, alegando que era um pedido do “Anjo da Música” que esteve com ela sua vida inteira.

A frase “Você pertence a mim” é dita diversas vezes, tanto no livro, como no filme e no musical. Erik leva Christine a um labirinto no teatro onde mora, em seu esconderijo. Ao chegarem lá, ele declara que, desde o primeiro momento que ouviu Christine cantando, sentiu que precisava tê-la com ele para servi-lo e cantar, em nome da música. Christine se mostra completamente envolvida e até paralisada pelo homem misterioso e sedutor que, até então, passou a vida acreditando ser seu pai.

Ao longo do filme, Christine se questiona diversas vezes sobre a identidade desse homem e passa por muitos períodos de ambivalência: se sente completamente ameaçada, presa e dominada por ele, mas também adorada, protegida e segura com sua presença. A disputa entre Rauol e o Fantasma também está presente ao longo da trama.

A história de Erik acaba sendo explicada brevemente por Madame Giry (mãe de Meg Giry, melhor amiga de Christine), mas é melhor aprofundada no livro. A versão apresentada no filme é distinta da história da obra original, que será apresentada nos próximos parágrafos. A história é narrada pela personagem Madame Giry, que conheceu o Fantasma quando era bailarina no Teatro, e se compadeceu numa ida ao circo onde o então menino era alvo de deboche e maus-tratos por ter nascido com o rosto deformado.

Ao se sentir apiedada, resgatou o menino e o escondeu no subsolo do teatro, que se tornou o lar do Fantasma que, depois de ter sido repudiado no circo onde ficava, desenvolveu sentimentos de raiva e ódio pelas pessoas em geral, exceto por Madame Giry e Christine. Rauol, que secretamente se tornou noivo de Christine, tenta o tempo todo arduamente convencê-la de que o homem não é o seu pai, mas ela diz que não pode trair quem lhe deu a inspiração da voz. Eventualmente, Christine termina escolhendo ficar com Erik para salvar a vida de Rauol, que estava sendo ameaçado. Ao final Erik, por sua vez, tocado pelo amor de Christine, permite que os dois fiquem juntos e os liberta.

Ela esperava por mim... e quando eu... me aproximei... mais tímido que uma criança... ela não fugiu, ficou esperando por mim... acho até que ela avançou a testa... um pouquinho... como uma noiva viva... e... eu... a beijei! Eu! E ela não morreu... Como é bom beijar alguém na testa! Minha pobre mãe nunca me deixou beijá-la... Fugia de mim e me jogava a máscara! (LEROUX, 1910).

No que se refere ao personagem Erik, o foco dessa análise, é sabido que sua infância foi particularmente árdua, tal como sua sobrevivência. Na obra de 1910, Erik nasceu na França, filho de um pai pedreiro e de uma mãe que o odiava por sua aparência, sendo visto pela família como motivo de horror por sua deformidade facial.

Em determinado momento de sua infância, fugiu deste ambiente e passou a conviver com mágicos e ciganos de toda a parte da Europa. Nesta época, Erik desenvolveu habilidades pelas quais se tornou reconhecido e famoso.

Erik tinha ideias originais sobre arquitetura, chegando a projetar um palácio com labirintos peculiares. Além de todas as rejeições que já havia sofrido, Erik foi perseguido por um rei Persa que queria matá-lo por “saber demais”. Novamente, Erik

fugiu e enfrentou a exata mesma situação na Ásia Menor, Constantinopla e Oriente Médio.

Cansado dessa vida de sofrimentos, decidiu exercer a função de empreiteiro e passou a construir casas e, por ventura, acabou sendo convidado para projetar partes da fundação da Ópera de Paris, onde fez do subsolo seu esconderijo.

Vemos que a figura do Fantasma construída nesta história leva consigo um passado triste e obscuro, no qual o preconceito em relação à sua aparência é a única constante, sendo mencionado apenas o essencial para que o leitor compreenda seu sofrimento, deixando aberta a interpretação de que seus atos são justificados. Contudo, o autor faz questão de sublinhar o paradoxo em que vive Erik: monstro e gênio. Rejeitado e transformado para ser açoitado em um mundo sem piedade.

No terceiro capítulo deste estudo, no qual é aprofundado o estudo do corpo, aprendemos a importância de sermos tocados, especialmente em nossa infância. Estudos de casos de crianças que não foram tocadas devidamente por suas mães nos permitem concluir que esse ato de negligência tem grandes chances de trazer danos ao desenvolvimento da criança e impactos significativos no futuro.

Bater em crianças, seja qual for a intenção, como forma de disciplina ou outros motivos, torna a pele um órgão de dor ao invés de órgão de prazer. Pode-se postular como praticamente certo que aconteceu no início da vida do indivíduo uma falta de atendimento adequado e principalmente de uma comunicação adequada por meio da pele (MONTAGU, 1971).

Os estudos conduzidos por Harlow (1958) com macacos rhesus indicavam que bebês rhesus preferiam a proximidade a uma mãe artificial de pano que não provia alimento em comparação com uma mãe que provia de alimento, mas era constituída de arame. A dimensão que se refere a estes resultados é enfatizada pelo fato da mãe de pano se constituir, seja como uma base segura a partir da qual o bebê rhesus se permite explorar o meio, ou como um refúgio seguro, quando confrontado com uma situação ameaçadora.

John Bowlby (1940) em seus estudos iniciais, nos introduziu à teoria da vinculação, mais conhecida como Teoria do Apego (TA) e sua importância. Os conceitos de Bowlby foram construídos com base nos campos da psicanálise, biologia

evolucionária, etologia, psicologia do desenvolvimento, ciências cognitivas e teoria dos sistemas de controle.

Em seus estudos no ano de 1989, Bowlby considerou o apego como um mecanismo básico dos seres humanos. Ou seja, é um comportamento biologicamente programado, assim como o mecanismo de alimentação e da sexualidade, e é considerado como um sistema de controle homeostático, que funciona dentro de um contexto de outros sistemas de controle comportamentais.

O papel do apego na vida dos seres humanos envolve o conhecimento de que uma figura de apego está disponível e oferece respostas, proporcionando um sentimento de segurança que é fortificador da relação (CASSIDY, 1999).

Em 1989, Bowlby concluiu que o relacionamento da criança com seus pais é instaurado por um conjunto de sinais inatos do bebê, que demandam proximidade.

Com o passar do tempo, um verdadeiro vínculo afetivo se desenvolve, garantido pelas capacidades cognitivas e emocionais da criança, assim como pela consistência dos procedimentos de cuidado, pela sensibilidade e resposta dos cuidadores.

Por isso, um dos pressupostos básicos da TA é de que as primeiras relações de apego, estabelecidas na infância, afetam o estilo de apego do indivíduo ao longo de sua vida.

Outro conceito fundamental da TA é o do comportamento de apego, que se refere a ações de uma pessoa para alcançar ou manter proximidade com outro indivíduo, claramente identificado e considerado como mais apto para lidar com o mundo. A função principal atribuída a esse comportamento é biológica e corresponde a uma necessidade de proteção e segurança.

Podemos ressaltar que o comportamento de apego é instintivo, evolui ao longo do ciclo da vida, e não é herdado; o que se herda é o seu potencial ou o tipo de código genético que permite que a espécie desenvolva melhores resultados adaptativos, caracterizando sua evolução e preservação.

Evidências de que as crianças também se apegam a figuras abusivas sugerem que o sistema do comportamento de apego não é conduzido apenas por simples associações de prazer. Ou seja, as crianças desenvolvem o comportamento

quando seus cuidadores respondem às suas necessidades fisiológicas, mas também quando não o fazem (CASSIDY, 1999).

Nos casos de famílias abusivas, a construção da representação mental infantil tende a se dar de forma rígida, mal adaptada, inapropriada e, como consequência, o desenvolvimento da função de mentalização poderá ser pobre ou aniquilado. Nesses casos, é destruída a confiança da criança de que outras pessoas possam compreender os outros por meio dos seus próprios sentimentos. Aumentam, também nesses casos, as possibilidades de que ela iniba sua capacidade de se envolver em relacionamentos de apego intensos.

Em relação ao apego do adulto, Main (2001) distingue-o em contraposição ao da criança. Durante a primeira infância, o apego caracteriza-se como um interesse insistente em manter proximidade com uma ou algumas pessoas selecionadas, uma tendência a usar esses indivíduos como base segura de referência para a exploração do desconhecido, e refúgio, na figura de apego, para buscar segurança em momentos de medo.

Assim, na infância, entre as principais características do comportamento de apego estão: especificidade, duração, envolvimento emocional e afetivo, ontogenia, aprendizagem e função biológica.

No que se refere aos tipos de apego, podemos determiná-los em três tipos: seguro, inseguro evitante e inseguro ambivalente. O apego é considerado seguro ou inseguro com relação à figura de apego que, na maior parte dos casos, é a figura materna.

A categoria de apego inseguro está relacionada a relatos com sinais graves de desorientação e desorganização, principalmente quando os entrevistados são questionados sobre eventos traumáticos ou perdas importantes (CORTINA e MARRONE, 2003).

O que é possível observar em adultos que se caracterizam como tendo desenvolvido um apego seguro, são relatos espontâneos e vívidos das experiências de infância, com lembranças positivas e uma descrição equilibrada de ocorrências infantis difíceis.

Já os adultos que se enquadram na categoria de apego inseguro apresentam relatos idealizados da infância, falha na reconstrução das memórias infantis e, quando dificuldades nessas experiências são relatadas, seus efeitos são negados ou minimizados.

Quando o bebê não é bem-vindo ou rejeitado, há uma cisão do corpo com a psique, como se a alma não entrasse no corpo e permanecesse exilada (WOODMAN, 1999).

Relacionando este conceito com o protagonista de nossa análise, é possível classificar Erik como um indivíduo que se enquadra na categoria de apego inseguro e que, por conta dessa insegurança, desenvolveu um comportamento agressivo, dominador e de certa forma aniquilador.

Os bebês saudáveis nascem com um conjunto complexo de comportamentos, sentimentos e percepções. (...). Esses comportamentos que promovem a vida sofrem interferência quando os bebês nascem num ambiente de stress e trauma. (...) Em vez de inclinar-se à exploração e à formação de vínculos, esses bebês são inibidos e exibem comportamentos de medo e de retraimento. Serão menos sociáveis e mais inclinados à violência ao se tornarem crianças e adultos (LEVINE, 1993).

Erik colocou Christine na posição daquela que deveria servi-lo, cuidá-lo e amá-lo, o que, indiretamente, substituiria o papel da sua mãe. É possível adotar a hipótese de que sua relação com ela não era uma relação de amor, mas sim uma relação de posse oriunda de um complexo materno – conceito abordado no capítulo anterior – e, por consequência, uma projeção em Christine de sua *anima*, o que reforçava a obsessão dele por ela.

Em relação à Christine, é possível compreender que a ausência da figura paterna possibilitou uma idealização na figura de Erik – seu Anjo da Música – e que não integrou os aspectos de seu *animus*, o que a tornou vulnerável às exigências do Fantasma, que funcionavam de maneira possessiva e tirânica.

Ao proibi-la de se relacionar com qualquer figura masculina e por diversas vezes raptá-la, dizendo que ela precisava amá-lo, Erik comprova essa hipótese. A partir disso,

já é possível fazer uma análise desse personagem – apaixonado, decidido, aflito e obcecado.

Ele necessita do amor de Christine e é possível perceber que será capaz de tudo para tê-lo. No decorrer da história, vemos que é uma pessoa carente de amor, que foi rejeitado pelos próprios pais e por todos durante toda a vida.

Não corre perigo, desde que não toque em minha máscara. (...). Enquanto pensava que eu era belo, eu sei que voltaria..., mas agora que conhece minha feiura fugiria para sempre... eu sei. Insensata Christine, por que quis me ver (...). Se meu próprio pai jamais me viu e minha mãe, para não me ver, deu-me, aos prantos, minha primeira máscara? (LEROUX, 1910).

Na literatura, é possível encontrar diversos paralelos entre a obra “O Fantasma da Ópera” e os conceitos de *Complexos*, *Anima/Animus*, *Sombra*, *Símbolos* e ao Processo de Individuação. Contudo, não foi encontrado nenhum texto que a relacione com o conceito de *persona*, que será o pilar, de certa forma pioneiro, dessa análise.

É possível perceber que para este protagonista não há tempo, espaço ou meio público ideal. Sua figura representa um símbolo de isolamento em decorrência de sua reclusão e do preconceito que sofre por ser diferente. A máscara que esconde sua deformidade e a capa negra também acentuam o desejo de se esconder. Diferentemente dos super-heróis que utilizam os mesmos trajes, o Fantasma, por sua vez, pode ser uma espécie de anti-herói, repudiado e com medo da rejeição que já conhecera.

Ao adotar o uso da máscara branca para esconder sua deformidade, do chapéu e da capa preta que cobrem seu corpo, existe também a adoção de uma *persona*. É possível analisar esses dois elementos monocromáticos: preto e branco. Em sua forma mais usual, o branco é associado a possibilidades de pureza, divindade, bondade e início. Contudo, não é possível determiná-la como uma cor positiva, mas sim uma cor neutra, passiva, que mostra apenas que nada foi realizado ainda.

Já o preto, por sua vez, carrega uma conotação mais forte, facilmente associada ao luto, à morte, à noite, ao desconhecido, à maldade, entre outros. Ou seja, podemos associar tal cor à sombra, facilitando a correlação de que a máscara consiste na representação de sua *persona* – aquilo que ele deseja mostrar ao mundo –, enquanto a

capa e o chapéu representam a sombra – os conteúdos frágeis e que, portanto, devem ser escondidos.

Ao serem utilizadas no filme, as cores branca e preta podem simbolizar a própria situação psíquica do personagem principal, que se caracteriza pela divergência entre esses dois mundos: a persona consciente (branca) e a sombra inconsciente (preto).

Esta *persona* esconde seu lado frágil, inseguro, infantil e desprovido de amor – oriundos do sofrimento que vivenciou ao longo de toda a sua vida -, transformando-o em um indivíduo aparentemente seguro que responde de maneira agressiva, manipuladora e autoritária ao preconceito que sofre e, por isso, é tratado como um vilão repudiado pela sociedade.

Desta forma, é obrigado a se esconder do mundo devido à sua aparência, renunciando até mesmo ao seu nome, Erik, assinando apenas como “o Fantasma da Ópera”. Sem sua máscara, ele é um monstro, tem uma atitude tempestuosa e entra em conflito, sentindo-se carente, vulnerável e inferior; mas, ao colocá-la em seu rosto, de alguma forma, pode fazer parte do mundo outra vez.

Pois quem se cobre com uma máscara se identifica, em ‘aparência ou por uma apropriação mágica’, com a personagem representada (CHEVALIER e GHEERBRANT, 2007).

A máscara permite também que Erik esconda o que há dentro de si, tanto seu lado fragilizado, como o lado obscuro de sua personalidade. Em diversos parágrafos ele diz não desejar ser diferente, mas, ao sofrer a rejeição por parte de todos, sua agressividade aflora. Portanto, pede que Christine jamais retire ou sequer toque em sua máscara, para conter o que há dentro de si.

Ele deseja se libertar da máscara, mas reconhece que necessita dela. Quer mostrar a todos o seu talento, sua genialidade, sua música, porém sabe que não será possível caso ele apresente sua verdadeira face.

No filme, mas principalmente no livro, quando Christine vê o fantasma desmascarado pela primeira vez, ele fica extremamente irritado e magoado, já que havia pedido que ela jamais tocasse em sua máscara. Diz ser um cadáver que agora não a deixará jamais, que ela terá que conviver com a imagem daquele rosto

deformado. Sua atitude é tempestuosa e seus traços de horror e obsessão notórios, assim como seus momentos de fúria.

Vemos também que o Fantasma descrito por Leroux (1910) não possui nada de belo. Como o grotesco que surge na arte Moderna, ele é horripilante. O próprio personagem do livro se descreve como um “cadáver” e Christine o chama, por diversas vezes de “monstro”. Com isso, é possível inferir que não existia de fato uma história de amor entre eles. Os laços que os mantem unidos são os de medo por parte de Christine, por conta das ameaças feitas pelo Fantasma caso ela o deixe, e de obsessão por parte do Fantasma.

Erik, por diversas vezes, pende entre o bom e o mau – ora agindo como uma figura angelical, sendo o “Anjo da Música” de Christine, ora demonstrando sua possessão e conectando sua imagem, diretamente, ao que a visão tradicionalista acredita que o “feio” representa. Não analisaria esse personagem como completamente maligno, mas sim uma vítima, alguém que foi transformado e, aos poucos, perdendo sua sanidade.

Trazendo a máscara como um símbolo, uma forma de sustentação da *persona*, observamos a relação de amor próprio, da alma do Fantasma, e a relação de amor da alma do Fantasma com a máscara como uma eterna batalha.

Ele deseja, e por vezes acredita, se amar, mas não é autossuficiente. Sua deformação não o deixa viver feliz consigo próprio apenas. A alma do Fantasma, então, passa a amar o objeto que o esconde, que lhe permite viver. “Erik dizia que havia mudado e se tornara o mais virtuoso dos homens, uma vez que era amado por ele mesmo” (LEROUX, 1910).

Outro símbolo presente e plausível de ser analisado são os espelhos – que no esconderijo de Erik estão todos cobertos com panos pretos - e a influência que estes exercem sobre ele. Uma das explicações para a simbologia diz que, como eles permitem ver todos os ângulos da imagem refletida, é possível enxergar através deles a dualidade existente em todo o ser: o bom e o mau, o bonito e o feio.

Em uma das cenas finais do filme, após ter sido abandonado por Christine, que partiu com Rauol, tal simbologia é comprovada pelo ato de Erik destruir, um por um, todos os espelhos presentes com um castiçal.

7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO POR MEIO DA TERAPIA CORPORAL

O objetivo deste capítulo é, tendo como base o apanhado teórico, elaborar uma intervenção hipotética caso um paciente com essas características peculiares surgisse como paciente.

Será realizado um aprofundamento com enfoque na terapia corporal, bem como seus métodos e técnicas de intervenção. Além disso, faremos uma busca nos métodos de maior relevância na literatura, voltados para o processamento do trauma por meio de estímulos cerebrais.

Para isso, consideraremos as técnicas voltadas para o cérebro como também integrantes de uma terapia corporal, visto que o cérebro é um elemento de nosso corpo e é fundamental para o funcionamento de nosso organismo.

Segundo essa ótica, podemos também afirmar que o corpo é um elemento importante na constituição do indivíduo e de sua identidade. É por meio do corpo que nossos sentidos são produzidos, neste contexto teórico – onde chamamos atenção à centralidade da cabeça e do rosto -, no que tange a construção da identidade da pessoa e de suas vicissitudes.

É possível inferir que o acréscimo da máscara parece auxiliar na afirmação pessoal diante da impossibilidade sentida para modificar sua condição de “como era antes”, pois agora se tem uma “falha no rosto”.

A deformidade é significada como uma espécie de “estigma da monstruosidade” que deve ser coberta de si próprio e do mundo. A máscara pode parecer facilitar a interação social, especialmente junto àqueles com os quais existem laços afetivos, familiares ou de amizade, sendo a aceitação por estes últimos ressaltada como fundamental para que os momentos difíceis advindos com a deformidade possam ser atravessados.

A dificuldade consiste, justamente, em – ao considerarmos a sociedade abrangente – o indivíduo se sentir demasiadamente observado, analisado e avaliado negativamente por conta desta modificação na face; em elaborar e resignificar seus conteúdos a fim de que ele possa aceitar a si próprio independentemente dos

juízos que o cercam, assim como de uma possível rejeição materna e paterna, um dos fatores contribuintes para um transtorno de apego.

Para maior consistência nessa análise, é preciso avaliar o ambiente em que Erik, nosso sujeito de pesquisa, foi concebido. Sendo rejeitado pelos pais desde seu nascimento em decorrência de sua deformidade, e abominado pela sociedade pelo mesmo motivo, precisou adotar mecanismos de sobrevivência.

No caso de pessoas que sofrem de carências táteis profundas e antigas, uma saída seria interagir, para a libertação desse potencial, para viver algo que se assemelhe às experiências humanizadoras que deveriam ter tido durante a infância. Reviver as experiências emocionalmente, num setting terapêutico desperta as energias associadas ao complexo. (MONTAGU, 1905).

O comportamento aniquilador de Erik, que foi comprovado por meio dos assassinatos sanguinários relatados na obra, não deve ser justificado, mas sim compreendido e acolhido tendo em vista o contexto em que foi concebido, bem como sua trajetória de vida.

Não nos cabe, como psicólogos, julgar as atitudes do outro, mas sim, ao compreendê-las, auxiliar nosso paciente a entender a origem e o motivo de tais comportamentos e a aceitá-los e buscar recursos para alterar o que precisa ser alterado, visando sempre a melhora do paciente e o desenvolvimento de resiliência.

Libertar-se do trauma não tem o propósito de esquecer ou perdoar o passado, mas sim liberar a energia contida no passado para devolver nossas vidas no presente, algo que é necessário para nos levar a um novo futuro.

A ativação do complexo em níveis emocionais profundos expande o campo do consciente, fortalece o ego e assim, através da função transcendente, novas soluções e adaptações para aquelas experiências sofridas se abrem para o paciente. (McNeely, 1987).

Na psicoterapia, o que tem sido reconhecido precisamente é a dificuldade que temos em perdoar e esquecer o que foi trágico e doloroso em nossa vida, o que nos leva a um terrível dilema. Podemos perceber que o ego se recusa a esquecer o passado, pois este seria equivalente a uma segunda lesão ou experiência traumática.

Para compreendermos como o nosso corpo se protege contra o trauma é preciso entender sua anatomia básica. Nossos músculos foram projetados para se contraírem em situações de risco e relaxarem em situações seguras, fornecendo proteção à região inferior contra danos (ou possivelmente morte) e liberando a tensão muscular em excesso após a situação de risco.

Ressalto que é de conhecimento que uma das mais primitivas respostas do ser humano, bem como de outros animais, é a capacidade de tremer para liberar trauma. Por meio desses tremores, o corpo descarrega o excesso de excitação e retorna para o estado de descanso e relaxamento.

Tendo como base essa premissa, uma das formas de tratar o trauma por meio da terapia corporal seria por meio do método ELT (Exercícios para Libertação do Trauma) recentemente elaborado por Berceli:

Ao induzir os tremores, através dessa técnica simples e indolor, será possível liberar as contrações profundas dos músculos criadas por grave choque ou trauma. Os exercícios usam apenas mecanismos naturais do corpo. (...) Ele reverbera por todo o corpo procurando por tensões profundas e dissolvendo-as naturalmente. (BERCELI, 2010)

Por meio desse método, o estresse criado nos músculos promoverá o tremor dos membros trabalhados e, posteriormente, um alívio físico e psíquico. Experiências traumáticas são processadas de maneira particular em cada indivíduo, mas o que difere de fato é a forma como são recebidas: seja de maneira intrusiva e que gera uma grande excitação em nosso cérebro, como de maneira mais fragmentada, de uma experiência completa.

Essencialmente, podemos dizer que o cérebro não processa todas as sensações do trauma, uma vez que essas são fisicamente ou psicologicamente devastadoras.

É uma grande ironia o fato de que, quando o ser humano é mais vulnerável aos efeitos do trauma – durante a infância e a adolescência – os adultos geralmente presumem serem estes os mais resilientes. (PERRY, 1996).

Em uma breve explicação sobre o segundo método pelo qual seria possível tratar Erik, temos a teoria do EMDR, que consiste em movimentos oculares feitos da

esquerda para a direita, e da direita para esquerda, e que possui efeitos fisiológicos e psicológicos notórios há bastante tempo. Wilhelm Reich já insistia na ideia de que ao “soltarmos” nossos olhos liberamos as emoções e sentimentos reprimidos. Ao conduzir o paciente para esse estado hipnótico, orientamos o paciente a escolher um alvo, ou seja, um evento traumático, algum aspecto perturbador do passado ou do presente para ser trabalhado.

Ao reviver essa memória, o paciente entra em contato com sensações fisiológicas e psicológicas que se assemelham ao evento do trauma, como tremores, choro, acessos de raiva, etc., o que possibilitaria uma reelaboração desse conteúdo, bem como uma maior capacidade em lembrar o ocorrido e aprimorar a habilidade de desenvolver resiliência.

Crianças traumatizadas, como o caso do alvo deste estudo, Erik, começarão a processar todos os eventos graves, com os quais não estão familiarizados, como se fossem potencialmente traumas perigosos. Ou seja, suas reações a eventos normais serão naturalmente excessivas, causando hiperexcitação ou sintomas e comportamentos dissociativos.

Frequentemente observamos expressões de sentimentos de medo que se traduzem em explosões de terror extremamente defensivas de raiva, choro ou colapso em isolamento, ou depressão, como é o caso de Erik.

Nosso papel como psicólogos é fazer com que nosso paciente perceba que a recuperação do trauma é tão natural e comum quanto o próprio trauma, uma vez que ele faz parte de nossa espécie e, portanto, é uma parte integrante do processo evolutivo. Aceitá-lo facilita a percepção de uma nova possibilidade, uma nova luz, um aprendizado.

O desenvolvimento da resiliência consiste justamente nessa compreensão que, quando apreendida de fato, faz com que o indivíduo passe a se recuperar cada vez mais rápida e efetivamente dos eventos adversos.

No que se refere à prática do tratamento, devido ao fato de Erik ser um indivíduo assassino e perigoso, quaisquer trabalhos teriam de ser realizados em alguma instituição. No mais, seu histórico de violência física geralmente tende a resultar, por

parte do paciente, um medo de ser tocado. Além disso, Erik possuía uma deformidade que é repugnante tanto para a sociedade como para ele mesmo.

Por conta de sua relação com a música, uma possibilidade seria começar o tratamento utilizando esse recurso, por meio de sons, com movimentações do corpo de acordo com a música para ampliar a conscientização de seu corpo. O paciente poderia escolher músicas que expressassem suas emoções e dançá-las.

Em um segundo momento, seria interessante um trabalho com argila com a finalidade de possibilitar uma representação de seu corpo como ele é e como ele gostaria que ele fosse. Desenhos e pinturas também poderiam ser utilizados como práticas expressivas significativas, especialmente devido ao fato de Erik ser intimamente conectado a quaisquer tipos de manifestações artísticas.

Além disso, seria possível também um trabalho de exploração do próprio corpo, iniciando com as áreas mais “frias”, como os pés, seguindo com sutileza e calma para as demais áreas e deixando a parte deformada para o fim.

Após ter acessado e auxiliado na reelaboração dos conteúdos de Erik por meio de sessões verbais, seria bem-vinda a aplicação da Calatonia, técnica que envolve o trabalho com os pés – explicada no subcapítulo referente a toque. Seguindo isso, técnicas que trabalhassem com outras partes do corpo como pernas, costas, ombros e braços poderiam auxiliar e aumentar sua confiança, a fim de ele mesmo tirar sua máscara e possibilitar algum trabalho em seu rosto.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo principal analisar o personagem principal da obra “O Fantasma da Ópera” por meio de um maior aprofundamento e articulação entre os conceitos de resiliência e trauma, bem como desenhar possíveis formas de tratamento desse personagem por meio da psicologia corporal.

O entrelaçamento de tais conceitos possibilitou uma maior reflexão sobre a importância de auxiliarmos nossos pacientes no desenvolvimento de resiliência por meio de outros métodos além da terapia clássica.

É comprovado também o efeito terapêutico do toque, bem como seu impacto no bem-estar biopsicossocial do indivíduo que é tocado. Episódios trágicos e traumáticos na infância repercutem severamente na psique e no corpo, gerando uma série de sintomas que promovem sofrimento em seus alvos.

Vale acrescentar a importância do cuidado com um indivíduo com comportamento aniquilador e sanguinário. Deve ser garantido um *setting* que seja seguro para o terapeuta no caso de eventuais complicações.

Contudo, como psicólogos, devemos estar abertos a compreender e ajudar as pessoas que nos procurarem e, caso não consigamos lidar com isso, fornecer o devido encaminhamento.

Por meio dos conceitos junguianos foi possível compreender os mecanismos psíquicos que se revelaram no comportamento de Erik. Com uma profunda análise do meio em que foi concebido, das relações que desenvolveu em sua infância, adolescência e em fase adulta, bem como os traumas que adquiriu em decorrência dessas passagens, é possível compreender como mal elaborados seus complexos, especificamente o materno, além do seu desejo de posse por Christine, que pode ser enxergada como no papel materno e, portando, vinculada à sua *Anima*.

Embora não tenha sido alvo deste estudo, podemos inferir que a personagem Christine, ao não ter tido uma referência paterna em sua vida, em decorrência da morte do pai, também desenvolveu um complexo paterno e projetou em Erik seu *Animus*.

Portanto, o *animus* seria o representante masculino no psiquismo da mulher e condensaria todas as experiências que o feminino vivenciou através dos tempos; enquanto a *anima* consiste na representação feminina no psiquismo do homem.

Essa relação, portanto, pode ser compreendida como uma relação de interdependência e, de certa forma, doentia, na qual os dois precisam da presença um do outro para preencher uma necessidade não suprida ao longo da vida: a de ter a figura de referência de uma mãe e um pai presentes.

Nessa ótica, a história do “Fantasma da Ópera” explora tanto o masculino como o feminino, em sua dinâmica *Anima/Animus*. Tanto Erik está vinculado à rejeição de sua mãe por sua deformidade, como Cristine está vinculada a um relacionamento com a memória do pai.

Por se tratar de uma intervenção hipotética, não é possível chegar a uma conclusão acerca do trabalho. Todavia, podemos inferir que, por meio dos métodos e técnicas aplicadas, Erik processaria e elaboraria seus traumas, aprimorando a habilidade de se recuperar com mais eficácia das eventuais complicações que poderiam surgir em seu futuro.

Além dos diálogos, iniciariamos o tratamento corporal com as técnicas ELT e EMDR, por serem menos invasivas. A intervenção corporal diretamente relacionada ao toque deveria ser a última etapa deste processo em decorrência dos severos traumas vinculados a agressões físicas que tornaram sua pele – que, em tese, deveria ser um órgão de prazer – em um órgão de dor.

O terapeuta encarregado deveria conduzir o processo de modo a fazer com que Erik percebesse sua capacidade de se curar por meio da ativação do complexo do curador ferido, oriundo da mitologia, que tem como premissa o fato de, ao possuímos uma ferida incurável, sermos capazes de nos curarmos e sermos curados por quem também possui uma ferida incurável.

Sombra no analista constela sombra no paciente. Nossa própria honestidade ajuda-o a confrontar seus fenômenos sombrios. Cada um de nós deve trabalhar em ambas áreas (...) quando uma pessoa fica doente o arquétipo de terapeuta-paciente se constela. O enfermo procura um terapeuta exterior, mas, ao mesmo tempo se constela o terapeuta intrapsíquico. Costumamos nos referir a este, no paciente, como “fator de cura”. É o médico dentro do próprio paciente – e sua

ação terapêutica é tão importante quanto a do profissional que entra em cena externamente. As feridas não se fecham nem as doenças se vão sem a ação curativa do terapeuta interior. (...) O médico pode fechar o corte – mas, algo no corpo e na psique do paciente deve cooperar para que a enfermidade seja vencida. (GUGGENBHUL, 1978).

Quando nós, terapeutas, não permitimos a entrada desses conteúdos em nossa consciência ou não permitimos sua expressão simbólica, eles encontram outro meio, seja pela formação do sintoma neurótico ou a somatização. Por outro lado, essa sombra também está associada à dinâmica arquetípica do curador ferido.

Cabe a nós mesmos compreender a presença de dois pólos do arquétipo atuantes em nossa psique. Ao reconhecemos o pólo, que até aqui já chamamos de “ferida/doença/doente/paciente”, estamos reconhecendo também a nossa limitação. Isso conduz o terapeuta à humildade em não se achar melhor ou superior ao paciente.

As referências citadas no final do trabalho me serviram como base para que, a partir dessas, pudesse ser criado algo novo e diferente do que já foi trabalhado, estudado e publicado por demais autores.

Exercitei o raciocínio clínico, buscando compreender a dinâmica interna e de relacionamentos de Erik. A psicologia analítica forneceu o embasamento teórico necessário a esta compreensão, assim como a teoria do apego, as concepções sobre traumas, resiliência, além das contribuições de autores que se propuseram a ressaltar a importância do toque. Por outro lado, e de forma complementar, as técnicas corporais possibilitaram uma articulação entre teoria e prática.

As muitas ressonâncias que a obra provoca através do tempo e em várias regiões do globo apontam para a mobilização que o tema provoca nas pessoas que tem contato com ele: será pelo fato de todos possuímos nossas deformidades, em diferentes graus? Nossas máscaras nos protegem ou nos limitam? O amor pode curar?

O contato com o Fantasma é uma oportunidade de nos contrapormos com nossos aspectos menos desenvolvidos e de caminharmos rumo à individuação.

Por fim, este trabalho ampliou meu horizonte de possibilidades de intervenção, além de diversas formas de enxergar as complexidades que rodeiam um indivíduo que, na verdade, não está tão distante de nossa realidade, podendo de fato surgir em nossas vidas e em nossos consultórios.

REFERÊNCIAS

- ALVES, N (2011) **O Fantasma da Ópera, das páginas para a tela: as adaptações do protagonista de Gaston Leroux.** Universidade Federal da Bahia – Programa de Pós-Graduação em Letral e Linguística.
- BERCELI, D. (2010). **Exercícios para Libertação do Trauma.** Editora Libertas – Recife.
- BOSCO, A. (2011) **Corpo em Habilitação e Trabalho Terapêutico. Jung e Corpo: Revista do curso de Psicoterapia de orientação Junguiana coligada a técnicas corporais.** Ano XI, nº 11.
- CONGER, J (1993). **Jung e Reich: O Corpo como Sombra.** Summus Editorial.
- DALBEM, J. X.; DELL'AGLIO, D. D. (2005). **Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento.** Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 57, n. 1, p. 12-24.
- DELMANTO, S. (1997) **Toques Sutis.** Summus Editorial.
- GAMBA, J. (2014). **Cara de vilão: aspectos complexos na construção do personagem-tipo do vilão em filmes de horror.** – Porto Alegre.
- GRAND, D. (2007) **Cura Emocional em Velocidade Máxima: O Poder do EMDR.** Editora Nova Temática.
- JUNG C, (1987). **O Homem e Seus Símbolos.** Nova Fronteira.
- JUNG, C (1976). **Aion.** Vozes.

JUNG, C. (1935). **Fundamentos da Psicologia Analítica**. Vozes.

JUNG, C. (1971). **O Eu e o Inconsciente**. Vozes.

KÁTIA, O (2013). **Análise cinematográfica do filme “o Fantasma da Ópera” segundo A Psicologia Junguiana**. Fractal, Revista de Psicologia, v.25, nº1, p 177-188

KELEMAN, S; CAMPBELL, J. (2001). **Mito e Corpo**. Summus Editorial

LIMA, T. (2007) **Alguns Caminhos Junguianos para “Tocar” na Universidade. Jung e Corpo: Revista do curso de Psicoterapia de orientação Junguiana coligada a técnicas corporais**. Ano VII, nº7.

LOPONDO, L; ALVAREZ, A. (2013). **Entre o rosto e a máscara: identidades e verdades em tensão**. Acta, v. 35. Nº3, p 211-219

MACHADO, A; SILVA, D; FONDELLO, L. (2011). **Jung, Corpo e Resiliência: Uma integração possível na prevenção da violência. Jung e Corpo: Revista do curso de Psicoterapia de orientação Junguiana coligada a técnicas corporais**. Ano XI, nº 11.

MANGILI, A. (2014). **Análise das obras literária e cinematográfica “O Fantasma da Ópera” sob a ótica da indústria cultural**. Revista Filosofia Capital, v.10, Ed. 16.

MC NEELY, D. (1987). **Tocar. Somoterapia e Psicologia Profunda**. Coleção Estudos de Psicologia Junguiana para Analistas Junguianos. Cultrix.

MONTAGU, A (1971). **A pele e o tocar**. São Paulo: Summus Editorial.

NEUMANN, E. (1970). **A criança e a dinâmica da personalidade desde o início da sua formação**. Cultrix.

SAUAIA, N.; ARAUJO, C.A. (2004). **Resiliência e Psicologia Analítica. Jung e Corpo: Revista do curso de Psicoterapia de orientação Junguiana coligada a técnicas corporais.** Ano IV, nº 4.

SHAPIRO, F. (2001). **EMDR: Princípios Básicos, Protocolos e Procedimentos.** Editora Nova Temática.

SILVA, A. (2008). **Para uma Psicossociologia da Máscara: sobre curativos, óculos e próteses faciais na trajetória de vida de pessoas que passaram por mutilações na face.** Universidade Federal de Pernambuco.

SILVEIRA, N (1997) **Jung, vida e obra.** Paz e Terra

SIRAGNA, G. (2012). **A Sombra e a Persona no Filme “O Cisne Negro”:** a jornada de Nina frente a seu processo de individuação. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde. PUCSP.

STEIN, M (2006). **Jung, o mapa da alma.** Cultrix

SUGUIMOTO, K. (2007). **O Poder do Toque como Instrumento Terapêutico. Jung e Corpo: Revista do curso de Psicoterapia de orientação Junguiana coligada a técnicas corporais.** Ano VII, nº7.

VOLPI, J. (2009). **Transtornos Psiquiátricos e da Personalidade.** Artigo de curso de especialização em Psicologia Corporal. Curitiba. Centro Reichiano.

WOODMAN, M. (1999) **A Virgem Grávida. Um Processo de transformação psicológica.** Paulus.

ZWEIG, C. WOLF, S. (2000). **O jogo das sombras: iluminando o lado escuro da alma.** Rio de Janeiro. Editora Rocco.

