



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
II Curso de Especialização em Saúde Mental,
Álcool e Outras Drogas – II CESMAD

**‘CORPO NEURÓTICO’ X ‘CORPO PSICÓTICO’: UM ESTUDO
SOBRE AS EXPERIÊNCIAS CORPORAIS NA VISÃO DE WINNICOTT
E DAS TERAPIAS CORPORAIS**

LAURA CARDINS GIRÃO

Brasília-DF
2015



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
II Curso de Especialização em Saúde Mental,
Álcool e Outras Drogas – II CESMAD

**‘CORPO NEURÓTICO’ X ‘CORPO PSICÓTICO’: UM ESTUDO
SOBRE AS EXPERIÊNCIAS CORPORAIS NA VISÃO DE WINNICOTT
E DAS TERAPIAS CORPORAIS**

LAURA CARDINS GIRÃO

Monografia apresentada ao II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Orientado por: Ileno Izídio da Costa

Brasília-DF
2015



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
II Curso de Especialização em Saúde Mental,
Álcool e Outras Drogas – II CESMAD

LAURA CARDINS GIRÃO

**‘CORPO NEURÓTICO’ X ‘CORPO PSICÓTICO’: UM ESTUDO SOBRE
AS EXPERIÊNCIAS CORPORAIS NA VISÃO DE WINNICOTT
E DAS TERAPIAS CORPORAIS**

Esta Monografia foi avaliada para a obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental,
Álcool e Outras Drogas, e aprovada na sua forma final pela Banca a seguir.

Data: ____/____/____

Nota: _____

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa
Coordenador Geral do II CESMAD

Prof. Avaliador 2



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
II Curso de Especialização em Saúde Mental,
Álcool e Outras Drogas – II CESMAD

Autorização para Publicação Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho citado, em consonância com a Lei nº 9610/98, autorizo a Coordenação Geral do II CESMAD a disponibilizar gratuitamente em sua Biblioteca Digital, e por meios eletrônicos, em particular pela Internet, extrair cópia sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, para leitura, impressão ou download e/ou publicação no formato de artigo, conforme permissão concedida.



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
II Curso de Especialização em Saúde Mental,
Álcool e Outras Drogas – II CESMAD

Dedico esse trabalho à família maravilhosa que constitui: Beatriz, hoje com 3 anos, tão pequena e determinada como a mãe e à Samuel, marido maravilhoso que admira minha dedicação e meu esforço.



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
II Curso de Especialização em Saúde Mental,
Álcool e Outras Drogas – II CESMAD

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido Samuel Ribeiro Borges pela compreensão e incentivo á minha dedicação aos estudos.

A minha filha Beatriz G. Borges pelos sorrisos quando chegava em casa, depois de dois dias intensos na Unb.

À minha cunhada Liliane Ribeiro, pela ajuda na organização desse estudo.

À Gersa pelo incentivo e por emprestar sua mesa, tomada de livros. Aos meus pais: José Luiz Girão e Francisca de Paula cardins por serem pais tão maravilhosos e pela ajuda durante a minha graduação.

À minha tia Rosa pela educação que recebi com tanto amor.

À minha chefe Valeska por reconhecer o meu desempenho e pela força.

À minha chefe Olane por me direcionar ao PS-DIA e por acreditar no meu trabalho.

Às minhas colegas do trabalho que também dividem este sonho comigo e pelas caronas: Karolyne e Eveline.

A todos os colegas de trabalho do PS-DIA, que contribuem diretamente para a minha satisfação de trabalhar neste setor e pela oportunidade de conhecer pessoas tão diferentes, juntos somos um só.

Ao meu colega de trabalho José Ivo por me ajudar com palavras positivas num momento de dúvida.

Ao diretor do HSVP, Drº Ricardo, pela serenidade de todos os dias.

A todos os funcionários do HSVP, que participam diretamente ou indiretamente das minhas atribuições.

Às monitoras: Yasmim e Siziam, pela organização e por estarem conosco todo o tempo.

À Soemes, pela dedicação e o trabalho no departamento de psicologia da Unb.

Ao professor Ileno que com sua força e dedicação, fez deste curso uma concretização.



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
II Curso de Especialização em Saúde Mental,
Álcool e Outras Drogas – II CESMAD

RESUMO

Esse estudo refere-se às experiências corporais sob três vertentes: o cuidado na primeira infância e seus efeitos baseados na psicanálise Winnicottiana, como o corpo 'neurótico' e o corpo 'psicótico' se comunicam nos momentos de crise fundamentado na psicopatologia e a consciência corporal como terapia complementar na perspectiva de integração mente corpo. No entanto, a prática corporal associada à Saúde Mental ainda é novidade no Brasil. Os objetivos são: descrever a clínica Winnicottiana de forma mais clara, sob os aspectos: o cuidado na primeira infância e como ocorre a formação da Psique e Soma; analisar e relacionar os conhecimentos de Winnicott, os aspectos que favorecem a organização psicocorporal e os fatores que contribuem para o Transtorno Mental; Identificar e relacionar a imagem corporal ao Transtorno mental, por meio dos estudos psicopatológicos e Descrever as abordagens corporais que visam à construção do movimento. A metodologia: O tipo de pesquisa é bibliográfica. A conclusão é: Os tratamentos em Saúde Mental baseiam-se em terapias focadas na estabilidade das funções psíquicas e cognitivas e se esquecem de olhar o paciente na sua totalidade: mente e corpo. No transtorno mental, o corpo é tenso, com gestos limitados e apresenta alterações da coordenação motora e do equilíbrio. A construção do movimento se dá pela integração e harmonia do sistema psíquico com o sistema locomotor, através de práticas corporais. O corpo e a mente são indissolúveis e trabalham juntos, ambos se favorecerem incondicionalmente para resultar numa psique emocionalmente madura e no corpo com postura e gestos harmonizados.

Palavras-chave: Consciência corporal, Winnicott, transtorno mental.



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
II Curso de Especialização em Saúde Mental,
Álcool e Outras Drogas – II CESMAD

ABSTRACT

This study refers to bodily experiences in three areas: the early childhood care and its effects based on Winnicottian psychoanalysis, as the body 'neurotic' and 'psychotic' body communicate reasoned in times of crisis in psychopathology and body awareness as a complementary therapy in body mind integration perspective. However, the body practice on Mental Health is still new in Brazil. The objectives are: to describe the clinical Winnicottian more clearly, under the aspects: the early childhood care and how is the formation of Psyche and Soma; analyze and relate knowledge of Winnicott, the aspects that favor psicocorporal organization and the factors that contribute to mental disorder; Identify and relate to body image to mental disorder by means of psychopathological studies and describe the body approaches aimed at building the movement. The methodology: The type of research is literature. The conclusion is: Treatments in Mental Health are based on therapeutics targets in the stability of psychological and cognitive functions and forget to look at the patient as a whole: mind and body. In mental disorder, the body is tense, with limited gestures and displays changes in motor coordination and balance. The construction of the movement is the integration and harmony of the psychic system with the musculoskeletal system through body practices. The body and the mind are indissoluble and work together, they both favor unconditionally to result in emotionally mature psyche and body posture and gestures harmonized.

Keywords: Body awareness, Winnicott, mental disorder.



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
II Curso de Especialização em Saúde Mental,
Álcool e Outras Drogas – II CESMAD

LISTA ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Diagrama - 1ª fase do desenvolvimento instintivo na fase pré-genital do bebê (baseado em Winnicott).....	19
Figura 2 - Diagrama - Fatores que contribuem e interferem na formação da Psique e soma e seus efeitos.....	24
Figura 3 - Diagrama - Consciência Corporal.....	34
Figura 4 - Percepção do Som.....	35
Figura 5 - Imitação de animais.	36
Figura 6 - Imitação da onça.	37
Figura 7 - Conscientização durante a inspiração.....	38
Figura 8 - Conscientização da respiração durante a expiração.....	38
Figura 9 - Auto percepção da simetria e forma da clavícula e do ombro.....	40
Figura 10 - Auto percepção do pé.	40
Figura 11 - Coordenação motora e equilíbrio.....	42
Figura 12 - Experimentando a extensão corporal e o equilíbrio.....	42
Figura 13- Consciência das estruturas ósseas.....	45
Figura 14 - Conscientização do sacro por meio do toque.....	45
Figura 15 - Conscientização do sacro com o peso do corpo sobre o sacro	46
Figura 16 - O toque da bolinha na coluna vertebral.	46
Figura 17 - Estímulo sensorial tátil.	47

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	VIII
RESUMO.....	IX
ABSTRACT	X
LISTA ILUSTRAÇÕES	XI
INTRODUÇÃO	13
Metodologia	16
CAPÍTULO I - A clínica Winnicottiana: As doenças da Psique.	17
1.1. A díade mãe-bebê e família na perspectiva do cuidado.....	19
1.2. Os transtornos mentais na concepção de Winnicott.....	23
CAPÍTULO II- imagem do corpo, segundo a psicopatologia.	28
2.1. O corpo e a mente em movimento: Experiências corporais vivenciadas.....	33
2.1.1. A Estimulação da percepção do som.	35
2.1.2. Conscientização da respiração.....	37
2.1.3. Conscientização das imagens errôneas (deformidades, assimetria e bloqueios); 38	
2.1.4. Construção do movimento.....	41
2.1.5. Consciência das estruturas ósseas e articulares.	43
2.1.6. Sensações do toque.....	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS	51
ANEXOS	53

INTRODUÇÃO

A primeira lei psiquiátrica é a lei Giolitti de 1904, esta lei na Itália foi criada para os hospitais psiquiátricos. As estruturas existiam para assegurar mais do que a necessidade de cura das pessoas, era de assegurar o desejo de segurança da sociedade.

Re E. (2006), L' art.1 dice:

Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo o non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi[...]il direttore di un manicomio può sotto la sua personale responsabilità autorizzare la cura di un alienato in una casa privata, ma deve darne immediatamente notizia al procuratore del Re e all'autorità di Pubblica Sicurezza (p.14).

O artigo diz claramente que: “Devem ser internadas e curadas nos manicômios as pessoas afetas de qualquer causa de alienação mental, quando representam perigo para si e para os outros ou quando realizam escândalo em público, e não são e não podem ser convenientemente internadas e curadas fora dos manicômios[...] o diretor do manicômio é a pessoa responsável a autorizar a cura de um alienado em uma casa privada, mas deve dar imediatamente notícia ao procurador do Rei e a autoridade de segurança pública”.

Esta lei foi criada na Itália, época em que o paciente com transtorno mental era chamado de alienado mental, termo que foi excluído após a luta de Basaglia, por meio da lei 180 de 1978, que assegura o tratamento voluntário. Na Itália, atualmente quando a pessoa é internada para tratamento psiquiátrico, deve seguir o protocolo de Tratamento Sanitário obrigatório com pedido de internação que poderá ser liberada ou negada, num período de 48 horas.

A reforma psiquiátrica no Brasil teve forte influência da Itália, originando movimentos de participação social da comunidade, dos usuários e seus familiares, sendo concretizada em 2001, com a lei nº 10.216. A Saúde Mental apresentou grandes conquistas com ampliação das Redes de Atenção Psicossocial e uma redução expressiva de leitos em hospitais psiquiátricos.

No entanto, o profissional na área de saúde mental preocupa-se em limitar seus conhecimentos e focaliza sua prática na farmacologia e nos sinais e sintomas; Consequentemente estas restrições limitam a criatividade e a dinâmica no trabalho.

A reflexão inicial nesse estudo é compreender até que ponto o cuidado, o ambiente e as relações interpessoais interferem no desenvolvimento psíquico e corporal; como o corpo se comporta meio ao desequilíbrio da mente e quais são suas influências na prevenção e no tratamento do transtorno mental. O curso de Especialização em Saúde mental, Álcool e outras Drogas II, possibilitou a incorporação dos fundamentos teóricos adquiridos na atividade

profissional desenvolvida junto aos pacientes assistidos; há um ganho reconhecido no trato das experiências corporais dos pacientes que tem transtorno mental com base nos referenciais teóricos das psicopatologias e da psicanálise.

A psicopatologia como o ramo da ciência que trata da natureza essencial da doença mental - suas causas, as mudanças estruturais e funcionais associadas a ela e suas formas de manifestação. O psicopatólogo não julga moralmente o seu objeto, busca apenas observar, identificar e compreender os diversos elementos da doença mental (1986, CAMPBELL em DALGALARRONDO, 2008).

E porque utilizar

Sobre a psicanálise, Winnicot D.W.(1988) afirma:

Freud fez por nós toda a parte desagradável do trabalho, apontando para a realidade e a força do inconsciente, chegando à dor, à angústia e ao conflito que invariavelmente se encontram na raiz da formação de sintomas, anunciando publicamente, de forma arrogante se necessário, a importância dos instintos e o caráter significativo da sexualidade infantil. Qualquer teoria que negue ou ignore estas questões é inútil (p.57).

A psicanálise Winnicottiana aborda sobre as causas que influenciam o transtorno mental, conhecer seus estudos sensibiliza e pode inclusive mudar a abordagem e a conduta do profissional que se limita às funções psíquicas e pouco compreende o corpo como meio de comunicação.

A psicanálise ajuda na compreensão do desenvolvimento da primeira infância e a importância do toque, do contato com o bebê, seus conhecimentos são citados inclusive, pelo Ministério da Saúde (2011, p.151). “O eu-pele desenvolve-se a partir das experiências precoces ligadas à superfície da pele. Existe uma influência precoce e prolongada das estimulações táteis sobre o funcionamento e o desenvolvimento do bebê”.

O objetivo geral desse estudo é compreender a importância das experiências corporais na primeira infância, como o corpo se comunica durante o sofrimento psíquico e de que forma a consciência do corpo contribui para a reorganização Psicocorporal.

A clínica Winnicottiana e as doenças da Psique são descritas no primeiro capítulo e tem como objetivo específico esclarecer de forma mais clara os benefícios do cuidado e como ocorre a formação da psique e soma (termo utilizado por Winnicott).

O segundo capítulo está subdividido em dois títulos, o primeiro :A imagem do corpo tem como objetivo específico identificar e relacionar os esquemas corporais aos transtornos mentais, segundo a psicopatologia de Dalgallarrondo e Jaspers. O segundo subtítulo: o corpo e a mente em movimento-Experiências corporais vivenciadas, possui como objetivo específico

descrever as abordagens corporais que visam a construção do movimento, na perspectiva de melhorar a imagem corporal e as funções psíquicas.

Quando a saúde física (inclusive o funcionamento do tecido cerebral) está garantida, é possível classificar as doenças da psique em neuroses e psicoses. Num caso de neurose, as dificuldades começaram a surgir no interior das relações interpessoais características da vida familiar, estando a criança entre os 2 e os 5 anos de idade. Nesta fase, a criança é uma pessoa total em meio a pessoas totais, sujeita a poderosas experiências instintivas baseadas no amor entre pessoas. Na neurose, o desenvolvimento emocional da criança (ou do adulto) nos estágios anteriores ocorreu dentro de limites normais. Psicose é o nome que se dá aos estados de doença cuja evolução começou em momentos anteriores, ou seja, antes que a criança se tornasse uma pessoa total relacionada a pessoas totais (WINNICOTT, 1988).

Na primeira infância, quando a criança recebe o estímulo das funções somáticas, por exemplo, o toque no sentido de cuidado e de zelo, tal ato proporciona também um amadurecimento das relações interpessoais. A criança responde positivamente de duas formas, conscientemente com: um relaxamento muscular, o corpo fica leve e as expressões faciais se suavizam. E quando, a nível inconsciente, a relação psíquico e soma se fortalecem, unem-se, o simples ato de cuidar, mais tarde irá refletir num comportamento estável, com poucas chances de manifestar uma neurose. Portanto, a frouxidão entre o psíquico e o soma ocorre quando as exigências instintivas do bebê não são atendidas, uma insatisfação que gera desconforto. E no psíquico há manifestação de sinais e sintomas de um desenvolvimento emocional comprometido.

A relevância desse trabalho é fundamentar os estudos psicopatológicos e a psicanálise Winnicottiana na compreensão das experiências corporais, sob duas vertentes: a primeira relacionada aos mecanismos que influênciam o transtorno mental e a segunda refere-se aos trabalhos corporais, como atividade complementar às terapias tradicionais. A leitura dessa monografia propõe compreender que as causas dos transtornos mentais não são determinadas somente pela hereditariedade. Também, busca estimular outros profissionais na área de Saúde Mental ao percorrer o caminho da expressividade e da criatividade.

METODOLOGIA

Este estudo científico refere-se às experiências corporais envolvidas em determinadas fases da vida, o primeiro capítulo busca esclarecer os fatores (pessoal, ambiental e outros) que contribuem para o desenvolvimento de algumas doenças mentais sob a visão psicanalítica de Winnicott e o segundo capítulo: o corpo e a mente em movimento: experiências corporais vivenciadas, refere-se às práticas corporais e tem objetivo de organização psicocorporal.

A escolha pela pesquisa bibliográfica ocorreu pelo interesse na psicanálise de Winnicott, visto que trabalho atualmente num hospital psiquiátrico e na prática realizo a consulta de enfermagem. Na coleta de dados, referentes à infância, percebo que a pessoa acometida pelo sofrimento psíquico, geralmente apresenta privações emocionais, sofreu violência física ou sexual na primeira infância. Conhecer o trabalho de Winnicott foi fundamental e aplico diariamente nas minhas atribuições. Existem muitos trabalhos publicados sobre a psicanálise Winnicottiana. Entretanto, apresentei dificuldade em encontrar artigos e teses sobre o trabalho corporal realizado com pacientes que tem transtorno mental.

A pesquisa bibliográfica não deve ser apenas uma cópia do que já foi escrito sobre o tema por outros autores, mas a análise, a interpretação, o confronto de informações dos autores, e a elaboração de novas conclusões (FERRÃO, 2008).

CAPÍTULO I - A CLÍNICA WINNICOTTIANA: AS DOENÇAS DA PSIQUE.

Donald Winnicott era pediatra e se especializou em psicologia, formou-se também em psicanálise. Realizou esse último estudo em adultos psicóticos, tal prática possibilitou relacionar o desenvolvimento e crescimento na infância com as doenças da psique ou distúrbio do desenvolvimento emocional, assim como se referia ao transtorno mental em 1947, quando iniciou a lecionar na universidade de Londres.

O ser humano é uma amostra-no-tempo da natureza humana. A pessoa total é física, se vista de certo ângulo, ou psicológica, se vista de outro. Existem o soma e a psique. Existe também um inter-relacionamento de complexidade crescente entre um e outra, e uma organização deste relacionamento proveniente daquilo que chamamos mente. O funcionamento intelectual, assim como a psique, tem sua base somática em certas partes do cérebro (Winnicott, 1988).

Para melhor compreensão dos termos citados por Winnicott em sua obra, foram elaborados dois diagramas que explicam com maior clareza os mecanismos utilizados pelo autor e serão apresentados posteriormente. O primeiro conceito corresponde à Primeira fase do desenvolvimento instintivo na fase pré-genital do Bebê e o segundo conceito corresponde à Primeira infância e os fatores que contribuem e interferem na integração da Psique e Soma e seus efeitos.

Na primeira infância, quando a criança recebe o estímulo das funções somáticas, como, por exemplo, o toque, no sentido de cuidado e de zelo, tal ato proporciona também um amadurecimento das relações interpessoais. A criança responde positivamente de duas formas, conscientemente com: um relaxamento muscular, o corpo fica leve e as expressões faciais se suavizam. E quando, a nível inconsciente, a relação psíquico e soma se fortalecem, unem-se, o simples ato de cuidar, mais tarde irá refletir num comportamento estável. Portanto, a frouxidão entre o psíquico e o soma ocorre quando as exigências instintivas do bebê não são atendidas, uma insatisfação que gera desconforto. E no psíquico há manifestação de sinais e sintomas de um desenvolvimento emocional comprometido.

Segundo Winnicott (1988) a origem das neuroses na idade entre 2 a 5 anos, relata que crianças saudáveis com certa tendência ao distúrbio neurótico, podem ser mantidas sob controle, outro exemplo são crianças com forte tendência à neurose, com comportamento aparentemente saudável, cita o ambiente como fator predisponente para melhor elaboração

psíquica à frente do quadro neurótico. Portanto, quando há um desenvolvimento perturbado o distúrbio neurótico pode encobrir uma estrutura psicótica.

Hoje em dia reconhece-se o valor positivo do pequenino prazer que o bebê usufrui ao ser deixado deitado, nu esperneando (Winnicott D.W., 1998, p. 144), nesse momento a criança vivência a sua extensão corporal ao sentir seus membros em movimento, os sistemas sensoriais são ativos, essa experiência para o bebê proporciona uma série de informações, visto sob dois aspectos:

No bebê os impulsos nervosos que chegam ao córtex cerebral, são: pela posição de deitado há uma percepção de quais áreas do seu corpo estão sendo tocadas no colchão e outro estímulo reconhecido é a textura macia da superfície. Se o bebê brinca com uma bola, reconhece-a pela forma redonda, de textura macia e do tamanho: pequena ou grande. Outro estímulo é pelo movimento quando está se esperneando, é a consciência da posição das partes do corpo, fenômeno conhecido como, propriocepção.

No referencial psicanalítico de Winnicott (2008, p.34) “Psicose é o nome que se dá aos estados de doença cuja evolução começou em momentos anteriores, ou seja, antes que a criança se tornasse uma pessoa total relacionada a pessoas totais”.

1.1. A DÍADE MÃE-BEBÊ E FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DO CUIDADO.

A chave para a saúde na primeira infância é o instinto, citado por Winnicott (1988), como:

Instinto é o termo pelo qual se denomina poderosas forças biológicas que vêm e voltam na vida do bebê ou de criança, e que exigem ação. A excitação do instinto leva a criança, assim como a qualquer animal, a prepara-se para a satisfação quando o mesmo alcança seu estágio de máxima exigência. Se a satisfação é encontrada no momento culminante da exigência, surge a recompensa do prazer e também o alívio temporário do instinto. A satisfação incompleta ou mal sincronizada acarreta alívio incompleto, desconforto (pg.57).

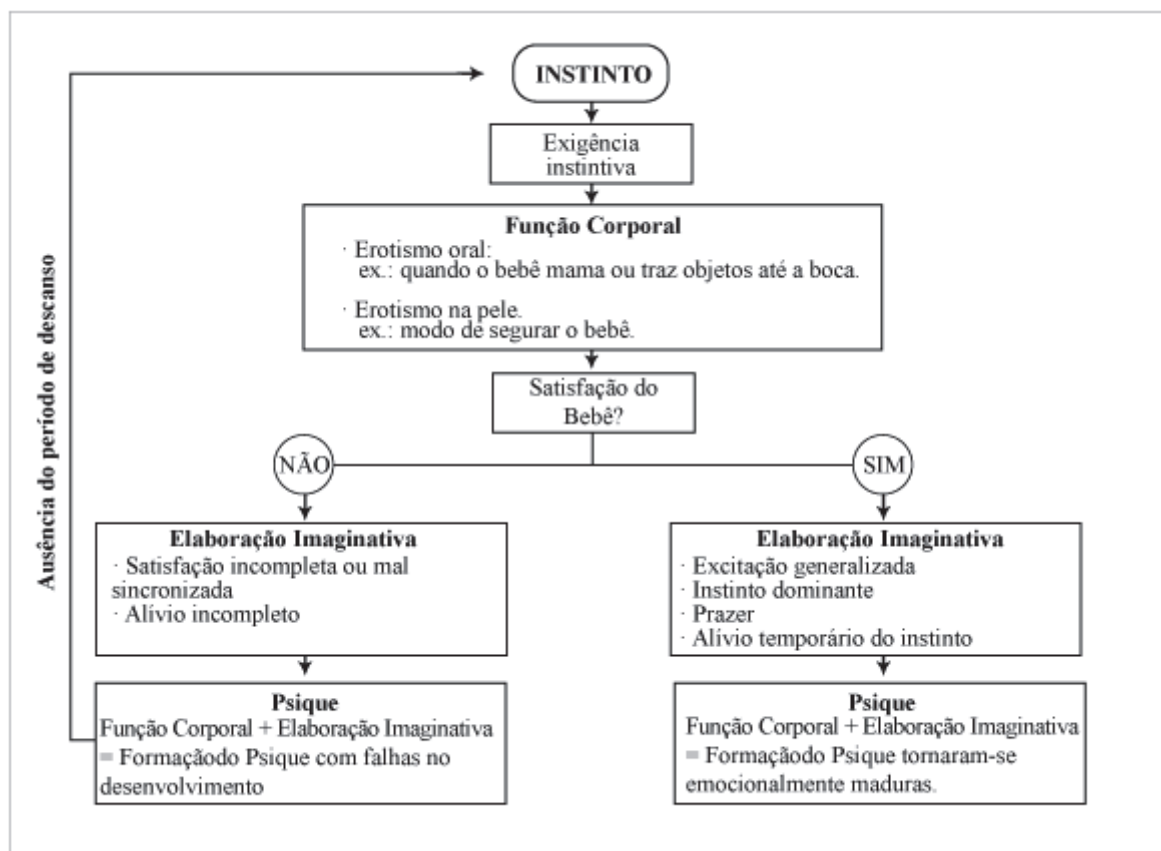


Figura 1. Diagrama - 1ª fase do desenvolvimento instintivo na fase pré-genital do bebê (baseado em Winnicott)

A figura 1 é um diagrama de minha autoria, baseado na obra de Winnicott referente à primeira fase do desenvolvimento instintivo, a função corporal e a elaboração imaginativa foram descritos baseados na fase pré-genital, Winnicott (1988, p. 57) descreve Instinto, como: “A chave da Saúde na primeira infância”.

O diagrama foi subdividido em quatro etapas:

- 1º etapa - Instinto - é caracterizada por forças biológicas que vêm e voltam na vida do Bebê. Essa etapa tem início por meio das exigências instintivas.

- 2º etapa - Função Corporal - essa etapa é definida pela excitação corporal, determinada pelo modo de segurar o Bebê, pelo contato da pele e pelo estímulo oral. São áreas excitadas que geram prazer e satisfação para o bebê.
- 3º etapa - Elaboração Instintiva - a satisfação é completa quando há excitação generalizada e quando incompleta é porque a função corporal não correspondeu de forma eficiente, portanto, o ciclo é refeito na perspectiva da exigência instintiva ser plena.
- 4º etapa - Psique em formação - é desenvolvida pelas informações das funções corporais e da função imaginativa. Quando as exigências instintivas são satisfatórias e contínuas a formação da Psique torna-se emocionalmente madura e quando são insatisfatórias, em sequência a formação da Psique, é falha no seu desenvolvimento emocional.

Além da fase Pré-genital citadas no diagrama, existem outras duas fases importantes abordadas por Winnicott, são elas: a Fase Fálica e a Fase Genital. O autor relaciona essas fases ao desenvolvimento do Ego, as experiências instintivas às relações interpessoais, inclusive às neuroses. Entretanto, somente a fase Pré-genital foi inserida no diagrama pela especificidade da informação sobre a fase do Desenvolvimento Instintivo, relevante na pesquisa. De acordo com Winnicott (1988, p.58), existe uma progressão do tipo do instinto ao longo da infância, culminando na dominância da excitação e da fantasia erótica genital que caracteriza a criança aprendendo a andar, a qual já percorreu plenamente todos os estágios anteriores. No intervalo entre a primeira fase oral e a última, genital, há a variada experimentação de outras funções e o desenvolvimento das fantasias correspondentes. As funções anais e uretrais com as fantasias que lhe são próprias dominam de modo transitório, ou mesmo permanentemente, predeterminando assim um tipo de caráter.

Sobre os efeitos da psique sobre o corpo e seu funcionamento, Winnicott (1988), destaca:

O desenvolvimento emocional sadio fornece à criança um sentido para a saúde física, assim como a saúde física lhe provê um reassseguramento que é de grande valia para o desenvolvimento emocional. As tensões e pressões do crescimento emocional normal, bem como certos estados anormais da psique, têm um efeito adverso sobre o corpo (p.43).

Para melhor compreensão, uma região que Winnicott refere como dominante é a fase oral, ocorre durante a fase Pré-genital, responsável pela ingestão. Acontece quando o bebê

morde o mamilo da mãe enquanto mama um pequeno exemplo de região excitada que busca o prazer. Ademais, a libido concentra-se no mamar. Consequentemente, quando ocorre à excitação instintiva há elaboração dominante.

No bebê e na criança há uma elaboração imaginativa de todas as funções corporais desde que exista um cérebro em funcionamento. Ao estudarmos a excitação instintiva, é bom levar em conta a função corporal mais intensamente envolvida. A parte excitada pode ser a boca, ânus, o trato urinário, a pele, uma ou mais partes do aparelho masculino ou feminino, a mucosa nasal, o aparelho respiratório, a musculatura em geral, ou axilas e virilhas, suscetíveis a cócegas. A excitação pode ser local ou geral, e a excitação generalizada tanto pode contribuir para que o bebê se sinta um ser total, quanto ser uma resultante do estágio de integração alcançado no percurso do desenvolvimento (Winnicott, 1988).

A pele é de importância óbvia no processo de localização da psique exatamente no e dentro do corpo. O manuseio da pele no cuidado do bebê é um fator importante no estímulo a uma vida saudável dentro do corpo, da mesma forma como os modos de segurar a criança auxiliam no processo de integração. Se a utilização de processos intelectuais cria obstáculos para a coexistência entre a psique e soma, a experiência de funções e sensações da pele do erotismo muscular fortalece essa coexistência (Winnicott, 1988).

Sobre a prevalência de uma simbiose, de um continuum epidérmico, de um diálogo tônico, Segundo Sivadon e Zoila (1975 Ajuriaguerra, 1988) afirmam:

No decorrer de sua evolução a criança vive seu corpo como uma totalidade difusa e difundida, passando de uma fase de confusão com o outro, como estando com e no outro, para viver em seguida o corpo do outro em seus movimentos e deslocamentos e o seu, como sendo ele próprio. O corpo durante uma longa fase é receptor e receptáculo, espectador e ator, é ele mesmo por meio de um transitivismo que segue as leis de mecanismos de projeção e de introjeção (p.22).

Para a citação acima, há uma reflexão na diáde: o contato com a mãe representa uma simbiose, formando uma unidade-dual (mãe e filho). Por volta dos oito meses de idade, a criança se olha no espelho e vê a sua a imagem projetada e não o rosto da mãe. Nesse momento há percepção da sua totalidade e uma pré-formação do ego. A fase do espelho na visão psicanalítica foi apresentada por Lacan, na década de 30.

Como vimos acima, é sabido que o carinho e afeto da figura materna ajudam na formação da Psique. Entretanto, muitas mães sentem-se sobrecarregadas, não conseguem ter tempo ou sentem-se cansadas para dar atenção aos seus filhos. Esse fenômeno é definido, como: Privação emocional por relações insuficientes, definidor, por De Sá (2001) como:

A carência econômica irá exigir que a mãe trabalhe fora de casa em muito serviços pouco compensadores, que pouco ou nada dignifiquem seu papel. A carência cultural,

por sua vez priva a mãe de recursos internos necessários para compreender as demandas do filho, “os sinais”, os “alertas” que o filho faz sobre a privação emocional que está sofrendo. Aliás, em assunto de privação emocional, é bom que se diga e que se advirta em tempo: os “sinais” e “alertas” raramente se fazem numa linguagem clara e de forma explícita e sim numa linguagem que precisa ser captada e decodificada (p.15).

Segundo Winnicott (1988, p.57) “No interior da família, a criança pode avançar passo a passo, do relacionamento entre três pessoas para outros mais e mais complexos. É o triângulo simples que apresenta as dificuldades e também toda riqueza da experiência humana”.

Em sua concepção, os jogos psicóticos, “sujos”, são aqueles que se revelam quando se empregam artimanhas sutis, mentiras disfarçadas, falsidades, manipulações, seduções, promessas e enganos, em que os verdadeiros propósitos destas ações estão escondidos ou disfarçados, e nunca admitidos e, quando revelados, negados. Para estes pesquisadores, a hipótese da conduta psicótica do indivíduo está intimamente ligada a este jogo sujo (Costa, 2005, 2008).

O ambiente é um fator predisponente junto à experiência emocional. No entanto, o fator ambiental não está relacionado somente à estrutura física, mas também de pessoas que interagem e contribuem para o desenvolvimento interno e externo da criança. A família é contextualizada em várias dimensões, cada família apresenta sua: dinâmica, função e estrutura. Ademais, o padrão de interação e de resposta depende diretamente de qual ciclo esta família se encontra. Portanto, no contexto familiar as crises psíquicas graves podem ser marcadas por vivências conflituais, não se restringindo somente à figura materna, mas também dos componentes que forma essa família.

Segundo Espinosa A.M. F.(1995):

A mãe é por sua vez é uma fonte de prazer e de frustração (à medida que a mãe progride, nem sempre a mãe pode satisfazer às suas necessidades emocionais). Se em geral, as frustrações são mais numerosas que as satisfações, pode desenvolver uma situação de confiança básica no mundo que o rodeia (p.34).

A criança que fala é antes disso falada por seus familiares, que por sua vez se localizam e são falados num determinado contexto social; os sujeitos, assim como não engedram a si mesmos, não falam de suas vidas a partir de referência totalmente particulares, individuais ou restritas ao círculo de convívio mais próximo. O sintoma, a angústia, a fantasia ou fantasma, se engedram e estão permanentemente referidos ao campo do outro, um campo muito mais amplo (LACAN, 2008 em TRAVAGLIA,2014, p.34).

1.2. OS TRANSTORNOS MENTAIS NA CONCEPÇÃO DE WINNICOTT.

Como foi visto anteriormente, as concepções de Winnicott relacionadas ao afeto e atenção, dependem não somente da figura materna, mas também da estrutura familiar. Tais cuidados contribuem para o desenvolvimento saudável na primeira infância e posteriormente na fase adulta. Porém, muitas crianças são desprovidas de atenção, intencionalmente ou não. Tais consequências representam marcas e distorções na função psíquica visivelmente no comportamento e, sobretudo no corpo.

A primeira infância é uma fase determinante para vida de um ser humano, visto que a criança desenvolve a percepção do afeto através dos cuidados realizados pela mãe e/ou integrantes da família. Além do mais, durante o seu desenvolvimento, o corpo além do toque tem necessidade de extensão e de movimentar-se para suprir suas “exigências”. A troca com o ambiente externo permite ao ser humano interagir.

Nesse capítulo o conteúdo os conceitos e informações baseadas na psicanálise, buscam refletir que o transtorno mental na sua origem não tem somente uma carga biológica, existem outros fatores que contribuem para essa doença como a estrutura psicológica, ou seja, o ambiente que a pessoa se encontra. Ademais, outro elemento evidenciado é a experiência corporal, o corpo é como se fosse um veículo que transporta o bebê ou a criança para suprir seus instintos, realizar seus desejos de contato, explorando o ambiente, estabelecendo relações e assim treinando seus movimentos finos. O corpo passa a ser protagonista de ações, reações e de amadurecimento.

Ao relacionar psique e soma, Winnicott D.W.(1990), cita:

Poderíamos dizer sobre todos os seres humanos que nos momentos que uma frustração instintiva provoca um sentimento de desesperança ou futilidade, a fixação da psique no corpo enfraquece, sendo então necessário tolerar um período de não relação entre psique e soma. Esse fenômeno pode ser exacerbado em todos os graus possíveis de doenças. A ideia de um fantasma, um espírito desencarnado, deriva desta não vinculação essencial entre psique e soma. O valor de histórias de fantasmas se deve ao fato de elas chamarem a atenção para a precariedade dessa coexistência (p.143).

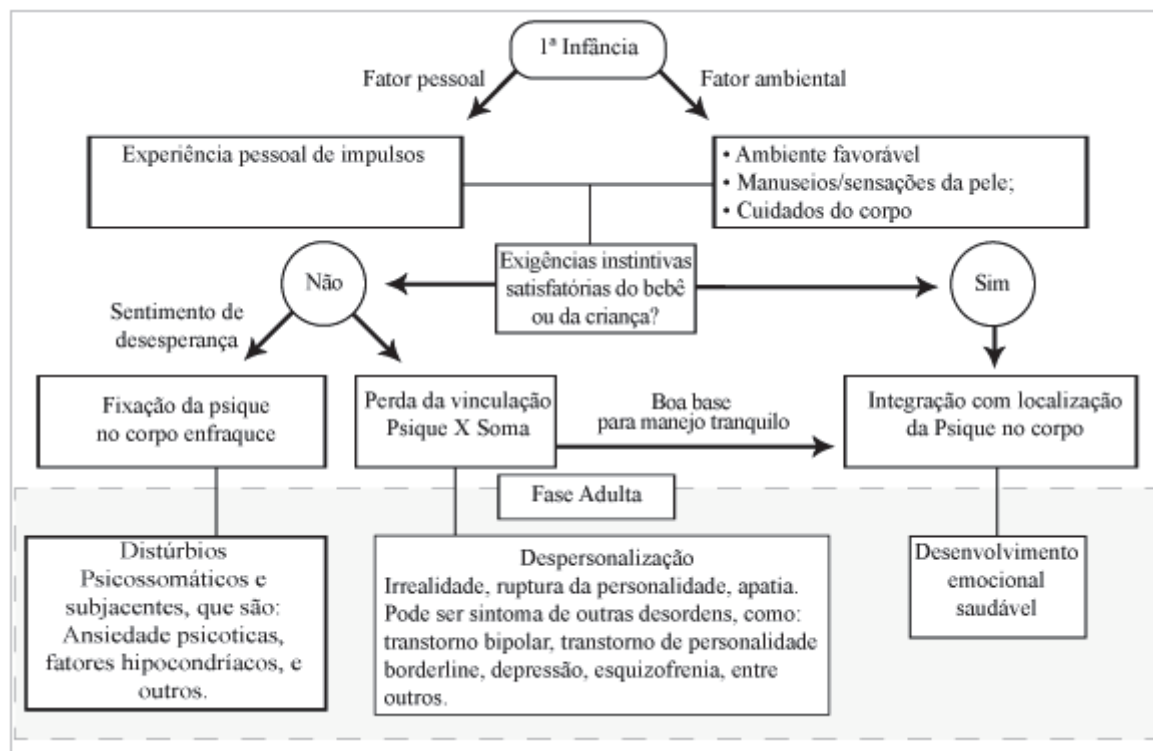


Figura 2 - Diagrama - Fatores que contribuem e interferem na formação da Psique e soma e seus efeitos (Baseado em Winnicott)

A figura 2 é um diagrama de minha autoria, baseado na obra de Winnicott, referente aos fatores que contribuem e interferem na integração da Psique e Soma e seus efeitos. O diagrama está dividido em duas fases: na primeira infância e na fase adulta, e são apresentados da seguinte forma:

1º Fase: primeira infância: o desenvolvimento saudável dos bebês e das crianças dependem dos fatores ambientais e pessoais, ou seja, das experiências pessoais vivenciadas sob o contexto ambiental nas dimensões do cuidado (informações sensitivas e motoras) e das relações interpessoais que se estruturam.

O corpo movimenta-se para suprir suas “exigências instintivas” que podem ser satisfatórias ou não. Desse ponto, em diante os efeitos estão na formação da Psique e Soma que se apresentam da seguinte maneira:

- a) Fixação da Psique no corpo enfraquece - acontece quando as exigências instintivas são insatisfatórias e resulta num sentimento de desesperança.
- b) Perda da vinculação psique e Soma - quando as exigências instintivas são insatisfatórias e resulta numa perda de vinculação. No entanto, quando os fatores ambientais e pessoais se tornam favoráveis, há integração com localização da Psique no corpo.

- c) Integração com localização da Psique no corpo - nesse caso as exigências instintivas são satisfatórias.

2º - Fase adulta: nessa fase aparecem os sintomas, após um período de latência ou não, em todos os graus possíveis de doença.

- a) Distúrbios psicossomáticos (correspondem à fixação da Psique no corpo enfraquece) e outras doenças subjacentes, que são: ansiedade Psicótica, fatores hipocondríacos e neuróticos.
- b) Despersonalização (corresponde à perda da vinculação Psique e Soma) - é caracterizada por sentimentos de irrealidade, de ruptura da personalidade e de apatia. Podem ser sintomas de outras desordens, como: Transtorno bipolar, Transtorno de personalidade Borderline, depressão, esquizofrenia, entre outros.
- c) Desenvolvimento emocional saudável (corresponde à integração com localização da Psique no corpo).

Muito do que foi escrito sobre a integração aplica-se também a localização da psique no corpo. As exigências tranquilas e excitadas dão cada qual sua própria contribuição. O processo de localização da psique no corpo se produza partir de duas direções, a pessoal e a ambiental. Quando a experiência instintiva é deflagrada em vão, o vínculo entre Psique e o corpo pode vir a se afrouxar ou até mesmo a perder-se. Esse relacionamento, no entanto, retorna com o tempo desde que haja uma boa base para o manejo tranquilo do bebê (WINNICOTT, 1988).

De acordo com os conhecimentos de Winnicott o processo de localização da psique dentro do corpo, no bebê acontece através de: sensações dentro da pele, dos movimentos de forma espontânea e dos cuidados com o corpo. Essa interação facilita a experiência pessoal, processo que ajuda no desenvolvimento emocional sadio. No entanto, quando essa relação não acontece, a psique e o corpo se perdem ou afrouxam, em consequência na fase adulta podem desenvolver algum tipo de neurose ou psicose.

As alterações do eu psíquico e do eu corporal, Dalgarrondo P. (2000, p. 150), afirma: “Se a consciência do eu abrange também o corpo, então nela se entrelaçam o psíquico e o soma (o ego para Freud é, ante de tudo, um ego corporal). Portanto, por exemplo, na chamada despersonalização ocorrem alterações tanto do eu psíquico quanto do corporal”.

Segundo nosso entendimento, a psicose não é uma doença específica, embora seja conceituada classicamente como uma síndrome. Pode-se dizer que a característica central do que se chama psicose é a perda do teste de realidade, como Freud já havia assinalado o que pode resultar em algum grau de prejuízo do julgamento desta. O estado psicótico, se assim podemos dizer, evidenciar-se-ia pela presença de distúrbios da percepção, como alucinações e distúrbios do pensamento e delírios (COSTA, 2008).

Não importa muito, neste contexto característico de sintomas possa se constituir como neuroses, ou seja, parte de psicoses depressivas ou esquizofrênicas. Mas segundo minhas próprias observações e as de Nunberg e outros, é importante que quase toda neurose apresente, em alguma fase de Despersonalização. Os pacientes com tal sintoma não apenas sentem uma modificação em sua percepção do mundo externo, como também sofrem mudanças nítidas em relação ao seu próprio corpo (SCHILDER, 1994, p.124).

Sobre a Despersonalização, Schilder (1994) descreve-a, como:

O indivíduo sente-se inteiramente diferente do que era antes. Esta modificação se apresenta tanto no ego quanto no mundo externo, e o indivíduo não se reconhece como uma personalidade. Suas ações lhe aparecem automáticas, e as observa como se fosse um espectador. O mundo externo parece-lhe estranho, novo e menos real do que antes. Assim, podemos descrever este estado do ponto de vista psicológico (p.123).

Segundo o DSM-IV-TR, utilizado por Ferreira (2002 American Psychiatric Association, 2008, p.14), a Esquizofrenia é caracterizada por um conjunto de sintomas característicos, associados a uma marcada disfunção social ou ocupacional. Estes sintomas (podem ser agrupados em positivos e negativos) resultam de disfunção ao nível cognitivo e emocional incluindo “percepção, pensamento indutivo, linguagem e comunicação, comportamento, afeto, fluência e produção de pensamento e do discurso, capacidade hedônica, vontade e impulsos, e atenção”. Para o diagnóstico desta doença, o manual restringe-se, no entanto, aos seguintes critérios:

- Sintomas característicos: 2 (ou mais) dos seguintes, cada um presente por um período significativo de tempo durante 1 mês (ou menos, se tratado com êxito):
 - a) Ideias Delirantes;
 - b) Alucinações;
 - c) Discurso Desorganizado (por exemplo, descarrilamento ou incoerência frequente);
 - d) Comportamento marcadamente desorganizado ou catatônico;

e) Sintomas negativos, isto é, embotamento afectivo, alogia ou avolição.

- Disfunção social/ocupacional: desde o início da perturbação e por um período significativo de tempo, uma ou mais áreas principais de funcionamento, tais como o trabalho, o relacionamento interpessoal ou o cuidado com o próprio, estão marcadamente abaixo do nível atingido antes do início (ou quando se inicia na infância ou na adolescência, a incapacidade para atingir o nível interpessoal, acadêmico ou ocupacional esperado).

Araújo e Neto (2014) abordaram mudanças na nova classificação do DSM-V, são as seguintes: continua requerendo a presença de dois dos cinco sintomas para ser preenchido, mas atual versão exige que ao menos um deles seja positivo (delírios, alucinações ou discurso desorganizado), no DSM-IV(antigo) foi retirado o delírio bizarro, por questões culturais e alucinações auditivas de primeira ordem/Schneiderianas (ex.: vozes conversando entre si). Inclusive, a Catatonia não é mais classificada como um subtipo de esquizofrenia passa a ser dividida como: Catatonia associada com outros transtornos mentais; Catatonia associada com outras condições médicas; ou Catatonia não especificada.

Define-se alucinação como a vivência de percepção de um objeto, sem que este objeto esteja presente, sem o estímulo sensorial respectivo. Há aqui uma dificuldade conceitual, se a percepção é um fenómeno sensorial que obrigatoriamente inclui um objeto estimulante (as formas de uma bola, o ruído de uma voz, odor de uma substância química) e um sujeito, como pode falar em percepção sem objeto? Entretanto, a clínica registra indivíduos que percebem perfeitamente uma voz ou uma imagem, com todas as características de uma percepção normal, corriqueira sem a presença real do objeto. Eis um desafio conceitual que a patologia mental coloca à psicologia (ELY1973 em DALGALARRONDO, 2008, p.124).

Na fase adulta quando há manifestação dos sintomas, observa-se que a neurose na sua base tem a ansiedade instalada, o medo que mora no interior se exterioriza no corpo, provocando aceleração das funções internas. Para o psicótico a desordem e a desorganização interna desconstrói o que foi construído. Juntos, se vão à esperança, a afeição e o corpo.

CAPÍTULO II - IMAGEM DO CORPO, SEGUNDO A PSICOPATOLOGIA.

Nos capítulos anteriores abordamos a primeira infância, seus cuidados e a importância da experiência corporal para a formação da mente. Foi visto também as causas psicológicas do transtorno mental, segundo os conhecimentos psicanalíticos e citadas algumas definições utilizadas na psiquiatria. O corpo foi fundamentado, de acordo com a teoria Winnicottiana como elemento essencial para o desenvolvimento e crescimento saudável da criança, embora nem sempre ocorra de forma positiva. Nesse capítulo, será correlacionada a alteração da imagem corporal ao transtorno mental, através de estudos psicopatológicos.

A imagem corporal do indivíduo 'normal' para Nick E.(2003) é gradativamente construída, através do:

Conhecimento de parte a parte do corpo, por meio da motricidade e de sensações de prazer e de desprazer. São as atividades sensoriais visão e tato, associado à cinética que possibilitam a construção e a organização da imagem corporal em confronto com o que o rodeia o indivíduo. Contribui para esta construção e organização, as experiências concretas de reconhecimento da própria imagem e da imagem do outro no espelho, sobretudo quando se trata do indivíduo psicótico (p. 71).

Na estrutura global do esquema corporal as zonas erógenas terão o papel principal, e temos de supor que a imagem corporal, durante a fase oral do desenvolvimento, estará centrada na boca e, na fase anal, no ânus. O fluxo libidinal de energia influenciará grandemente a imagem corporal. Supomos que toda ação do ego, no sentido analítico, inclusive agarrar, apalpar e sugar terá mais uma vez uma enorme influência sobre a estrutura da imagem corporal. É claro que, na construção do esquema corporal, haverá uma interação contínua entre tendências egóicas e libidinais ou, em outras palavras, entre o ego e o id (SHILDER, 1994).

Sobre imagem corporal e a estrutura libidinal, Shilder (1994, p.175) explica que a busca do id (fonte de energia psíquica/inconsciente) em realizar suas exigências instintivas leva o corpo a se movimentar a buscar o seu desejo, o ego (eu/consciente) tem papel mediador. Juntos são protagonistas do amadurecimento psíquico e da estruturação corporal.

A criança desenvolve a imagem corporal, experimentando o corpo e suas partes nas lateralizações e nas extensões, simultaneamente desenvolve os sistemas sensoriais. As posturas são realizadas de acordo com a idade do bebê, com 3 meses ele experimenta os movimentos de flexão das pernas, aos 9 meses faz a rotação do tronco para o lado quando deseja pegar um objeto. No entanto, essa mudança de postura se dá pela percepção dos movimentos corporais, que contribuem para a coordenação motora especializada. Entre 9 e 10 meses o bebê adota a postura de sentado, porém com pouco controle muscular abdominal.

Para completar a extensão, na posição de pé, é preciso de início segurar em alguma coisa para dar os passos. Em vista disso, o movimento para ser completo e aperfeiçoado deve ser vivenciado. Portanto, o esquema corporal se torna prejudicado quando o psíquico interfere na marcha, na psicomotricidade e na postura. A imagem corporal também pode ser um reflexo da não aceitação pelo ambiente socializador.

Na realidade todo gesto é carregado de psiquismo, e o investimento do fator psicológico no movimento é análogo ao da motricidade no psiquismo. A coordenação motora nos permite compreender o movimento como um todo organizado, capaz de situar-se paralelamente ao psiquismo, com ele e perante ele (BÉZIES; PIRET, 1992).

Karl Jaspers (1883-1969), um dos principais autores da psicopatologia, afirma que esta é uma ciência básica, que serve de auxílio à psiquiatria. Jaspers é muito claro aos limites da psicopatologia: embora o objeto de estudo seja o homem na sua totalidade. Os limites da ciência psicopatológica consistem precisamente em que nunca se pode reduzir por completo o ser humano a conceitos psicopatológicos. Em geral, quando se estudam os sintomas psicopatológicos, dois aspectos básicos costumam ser enfocados: a forma dos sintomas, isto é, sua estrutura básica, relativamente semelhante nos diversos pacientes (alucinação, delírio, ideia obsessiva, labilidade afetiva, etc.), e seu conteúdo, ou seja, aquilo que preenche a alteração estrutural (conteúdo de culpa, religioso, de perseguição, etc.). Esse último é geralmente mais pessoal, dependendo da história de vida do paciente, de seu universo cultural e da personalidade prévia ao adoecimento (DALGALARRONDO, 2008).

Na visão fenomenológica, Jaspers (1979) citou sobre a consciência do corpo:

A consciência do corpo esclarecer-se-á fenomenologicamente, por meio da apresentação de nossa vivência total do corpo. Assim a proximidade do corpo com relação à consciência do eu é máxima nas vivências de atividade muscular e motora, é menor nas sensações cardíacas e circulatórias, é mínima nos processos vegetativos. Temos uma sensação específica de nosso ser corpóreo nos movimentos da locomoção, na impressão que se espera de nossa corporeidade sobre os outros, na constituição de robustez e debilidade, de alteração na postura [...] o corpo é como um objeto estranho de constatações anatômicas e nós, embora uma unidade indissolúvel consideramos o corpo como roupa, como distante de nós e de forma alguma idêntico conosco (p.110).

A fenomenologia é o estudo da consciência e dos objetos da consciência. A citação de Jaspers, mencionada acima, nos faz refletir que assim como cada pessoa tem sua percepção e representação pessoal do mundo, com o corpo não é diferente. O corpo além de ter uma atividade muscular e motora, existe também um significado que carrega sentimentos e impulsos. Porém, a estrutura anatômica é estranha, pois não se tem a visão dos órgãos e da estrutura muscular e óssea, essa falta de visão interior é representada estranhamente em alguns.

Ainda, assim é indissolúvel a mente e o corpo, a postura é apenas o sentido da consciência do eu adotado e refletido na vivência do próprio corpo.

As sensações corpóreas, as percepções da forma do corpo e as alucinações, são agrupadas por Jaspers (1979, p.112) na seguinte forma:

Alucinações dos sentidos corpóreos: [...] interessantes são as alucinações no sentido muscular (Cramer). O piso se eleva e se abaixa, a cama é levantada. Os doentes afundam, voam, sentem-se leves como pena, sem peso. Um objeto na mão pesa de modo sensivelmente muito pesado ou muito leve. Os doentes acreditam fazer movimentos, enquanto na realidade estão imóveis, sentem sua própria fala sem falar (alucinações no mecanismo da linguagem).

- Sensações vitais: as sensações do sentimento tornam-se consciente o estado vital do corpo. Inúmeras são as indicações dos doentes sobre sensações corpóreas. Sentem-se petrificados, encolhidos, cansados, vazios, sentem-se ociosos ou entupidos [...]. Possuímos, principalmente de esquizofrênicos, grande variedade de indicações sobre sensações enigmáticas. É difícil separar as vivências sensoriais reais das interpretações delirantes, bem como esclarecer nessas últimas os processos sensoriais que lhe servem de base.
- Vivências corpóreas feitas: os doentes não interpretam assim quaisquer sensações orgânicas anormais, mas percebem logo este de fora. Assim se observa que os mesmos doentes apreendem corretamente dores e sensações de doenças somáticas (angina, reumatismo articular), enquanto vivenciam as sensações especiais como feitas de fora.
- Desfigurações, vivenciadas do corpo: o corpo cresce, torna-se mais forte, maciço e pesado, juntamente com o corpo o travesseiro, a cama fica sempre maior. A cabeça e os membros incham, partes se entortam, membros ficam sucessivamente ora maiores ora menores.

As percepções corporais apresentadas acima por Jaspers são variadas, caracteriza-se por sensações e ideias, cujos estímulos sensoriais, são: audição, visão, tátil e espacial, entre outros. Esses estímulos são treinados e elaborados desde a infância, é interessante analisar que a alucinação ocorre através da subjetividade do irreal e quando associada à percepção, essa última torna-se prejudicada, visto que a memória sensorial e a elaboração do aprendizado apresentam-se confusas meio ao irreal.

A percepção depende das coisas e de nosso corpo, depende do mundo e de nossos sentidos, depende do exterior, e por isso é mais adequado falar em campo perceptivo para indicar que se trata de uma relação complexa entre o corpo-sujeito e os corpos-objetos num campo de significações visuais, tácteis, olfativas, gustativas, sonoras, motrizes, espaciais, temporais e linguísticas. A percepção é uma conduta vital, uma comunicação, uma interpretação e uma valoração do mundo, a partir da estrutura de relações entre nosso corpo e o mundo (CHAUI, 1999).

A teoria da constituição de Kretschmer, citada por Jaspers (1987), correlaciona o transtorno mental com a estrutura corpórea, assim como cita o autor:

Partindo das psicoses nos dois grandes círculos da esquizofrenia e da loucura maníaco-depressiva, veio ele a notar que se correlacionam com tipos de estrutura corpórea. Os esquizofrênicos apresentavam, predominantemente, o tipo leptossômico; os maníacos-depressivos, ao contrário, o tipo pícnico. No terceiro grande círculo, dos epilêpticos, Kretschmer, observou o tipo atlético. Trata-se de relação estatística de frequência, de correlação (p.775).

Kretschmer ao citar as psicoses, define a estrutura corporal de pessoas que tem esquizofrenia, como: altas, magras e de personalidade com alto nível de estresse. Ao definir o corpo das pessoas com o Transtorno Afetivo Bipolar, destaca a: obesidade, extremidades curtas e são amigáveis.

Do ponto de vista psicanalítico, o eu surge como diferenciação adaptativa do aparelho psíquico, a partir do contato da criança com a realidade. A consciência do eu pressupõe a tomada de consciência do próprio corpo, do “eu” físico, a psicologia moderna denominou esquema corporal ou imagem corporal.

Os aspectos do corpo-psicopatológico citados por Sidavon e Fernandez-Zoila (1988, p.58) são classificados em:

- a) O corpo em falta: Corpo-astênico, fatigado, dinâmico, frágil. A fadiga faz parte dessas formas “moles” de neuroses: incompletude, insatisfação, sentimento de vazio interior. A astenia permanente cristalizava em torno de si as polialgias, mais diversas, a impotência erótica, insônia, cefaleia, perturbações com baixa das funções sensoriais (visão, audição), uma tendência ao aborrecimento[...] A maior parte desses sintomas foram integrados por Freud na Neurose de Angústia.
- b) O corpo inibido, adormecido, petrificado: A inibição corporal dominava as melancolias. Corpo adormecido, lento, bradicinético. Pobreza de sentimentos. Limitação de gestos[...]. Uma tal lentificação pode se observar também nas confusões mentais e nas psicoses agudas.

- c) O corpo passivo, enviscado, desalinhado: Um corpo sem corpo ou quase sem vitalidade, sem presença ou de presença enfraquecida. [...] É o corpo dos estados deficitários e das demências.
- d) O corpo em crise: o corpo é bruscamente agitado, desordenado, em furor, fora de si, levado a fazer qualquer coisa, o mais imprevisível, isso se vê e o meio conserva frequentemente seu vestígio. As crises Psicóticas existem nas psicoses maníacas, melancólicas, delirantes, deficitárias. As crises neuróticas menos espetulares, mais frequentes, compatíveis com a vida social, evocam essas explosões corporais em um corpo contido demais sobre si mesmo. Banais crises de nervos, desmaios, pseudo-lipotimias, irritabilidade excessivas.
- e) O corpo habitado, transformado, influenciado: despersonalização, desdobramento, estado segundo, fantasmizações, aspectos múltiplos de sentir o corpo como sendo outro, não seu, inválido, agredido, demolido ficticiamente. Domínio de delírios, de relatos de palavras e imagens que trançam pontos de clivagem, uma ação exterior.
- f) O corpo eufórico, dilatado: Corpo expansivo, cheio de energias prestes à dispersão, corpo centrífugo que emigra, corre, dança, canta, se volatiliza; corpo ao contrário, cujas energias agressivas, violentas, se condensam e surgem fortes, bruscamente que está aí, aparenta opor-se, parece provocante; o corpo que se manifesta pelo barulho [...]. Reconhecem-se aí as manias.

Chauí (1999), utilizou uma a citação de Hjelmslev, sobre a teoria da linguagem:

A linguagem é inseparável do homem, segue-o em todos os seus atos”, sendo “o instrumento graças ao qual o homem modela seu pensamento, seus sentimentos, suas emoções, seus esforços, sua vontade e seus atos, o instrumento graças ao qual ele influencia e é influenciado a base mais profundada sociedade humana (p.172).

As alterações da imagem ou esquema corporais em alguns tipos de transtornos mentais são definidas e classificados de acordo com o tipo de transtorno mental cita Dalgallarrondo (2000), as alterações psicocorporais, são:

O deprimido vive seu corpo como algo pesado, lento, difícil, fonte de sofrimento e não de prazer; a astenia refere-se a esse tipo de vivência corporal do paciente deprimido. Pacientes deprimidos graves podem ter sérias alterações do esquema corporal. Neste caso pode ocorrer o delírio de negação de órgãos, no qual o indivíduo sente que seu fígado, cérebro ou coração não estão mais lá, ou apodrecem. O paciente maníaco vive seu corpo como algo extremamente ativo, poderoso e vivo. Sente forte e ágil, e não consegue para e repousar por um período mais longo. Quando inquirido sobre como se sente corporalmente, muitas vezes responde que está muito bem, cheio de vigor, “melhor do que nunca”. O paciente esquizofrênico experimenta profundas alterações do esquema corporal. O paciente tem a sensação de que alguém, algo, ou uma força desconhecida age sobre seu corpo, manipulando e controlando-o, estão

presentes também os delírios de negação ou de apodrecimento dos órgãos são observáveis (p.154).

A imagem corporal é formada pelas vivências corporais que começam no primeiro ano de vida através das experiências proprioceptivas e Sinestésicas. Essas informações ajudam na localização das partes do corpo durante o movimento e consequentemente na estruturação do seu esquema.

Compreender o corpo e suas interfaces, não é somente entender como funciona a conexão de milhares de neurônios para a realização de um determinado movimento ou na identificação de um estímulo doloroso, a construção do movimento se dá pela integração e harmonia do sistema psíquico com o sistema locomotor. Portanto, no transtorno mental o corpo é tenso, com gestos limitados e apresenta alterações da coordenação motora e do equilíbrio.

2.1. O CORPO E A MENTE EM MOVIMENTO: EXPERIÊNCIAS CORPORAIS VIVENCIADAS

Esse estudo bibliográfico é fundamentado na minha experiência profissional como Enfermeira assistencial num hospital psiquiátrico no Distrito Federal. Participam da prática corporal, pacientes internados com faixa etária variável, independente do gênero e diagnóstico. O tempo de atividade diária varia entre 20 e 30 minutos. O trabalho de consciência corporal é realizado nessa instituição há dois anos numa sala espaçosa que possui materiais básicos para trabalhar o corpo.

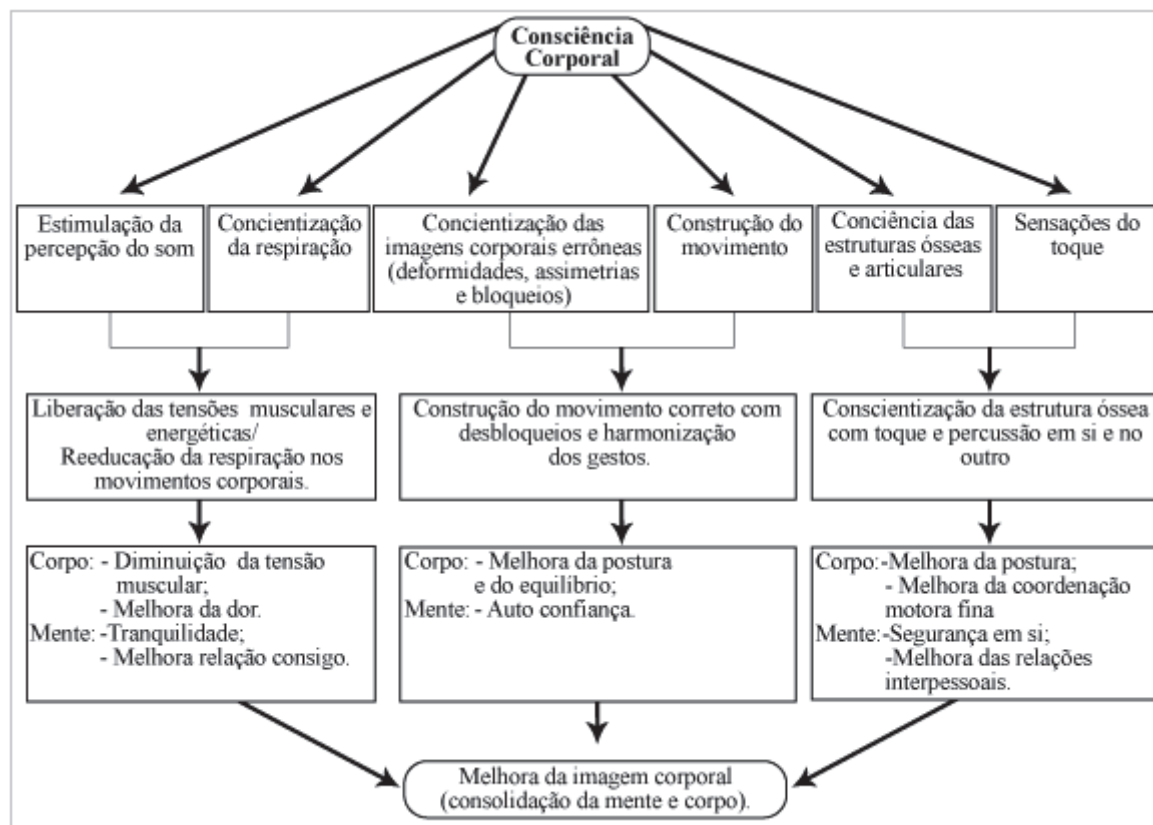


Figura 3 - Diagrama - Consciência Corporal

A influência do eu e suas interferências na imagem corporal, são descritas por Dalgalarrodo P. (2000, p. 150), ao delimitar entre o eu e o mundo exterior; o eu do bebê estaria como que “fundido” com o de sua mãe. Os dois planos da realidade, interno e externo, confundem-se na mesma vivência. Não há, portanto diferenciação entre o “eu” e “não eu”. No final do primeiro ano de vida, a criança passa a perceber e a representar objetos autônomos e estáveis em sua mente.

Do ponto de vista psicanalítico, o eu surge como diferenciação adaptativa do aparelho psíquico, a partir do contato da criança com a realidade. A consciência do eu pressupõe a tomada de consciência do próprio corpo, do “eu” físico, a psicologia moderna denominou esquema corporal ou imagem corporal.

Esse capítulo contém um diagrama de minha autoria, figura 3, e resume-se nos objetivos e efeitos da consciência corporal na perspectiva de organização da mente e do corpo. A elaboração do diagrama se deu pelos conhecimentos adquiridos na primeira graduação da autora em fisioterapia, durante o curso foram abordados terapeutas e métodos corporais, como: Bertéhat, Campignon, Denys – Struyf (método G.D.S.) e outros. Cada autor(a) apresenta sua particularidade, em comum possuem o mesmo objetivo: aumentar a expressividade, mudança

da postura, melhorar a imagem corporal e consequentemente melhora das relações e do eu interior.

A consciência corporal depende de 6 fatores básicos, que são:

- Estimulação da percepção do som;
- Conscientização da respiração;
- Conscientização das imagens errôneas (deformidades, assimetria e bloqueios);
- Construção do movimento;
- Consciência das estruturas ósseas e articulares;
- Sensações do Toque.

A conscientização da imagem corporal possibilita o paciente conhecer sua própria casa, seu corpo. Ao perceber as curvaturas da coluna vertebral, assimetria entre os lados dos ombros, a planta dos pés que são achatados ou encurvados, a tensão muscular que causa dor e enrijece, entre outras percepções.

2.1.1. A Estimulação da percepção do som.

A agitação psicomotora é um dos sintomas mais comuns e implica a aceleração da atividade motora em consequência das funções psíquicas aceleradas. Na fase maníaca o paciente apresenta: euforia, dificuldade de concentração, pensamento rápido e não consegue parar e repousar por um longo período.

O corpo eufórico definido por Sidavon e Zoïla (1988), apresenta-se:

Busca romper, bater, quebrar, explodir, encher o mundo de estilhaços; corpo dengoso, que brinca, se diverte, se dobra em doçura, zomba, se faz de rogado, relança com humor os movimentos de mãos e de pernas, brinca com a postura e as atitudes; Corpo que se mostra escandalosamente, se desabotoa, se desnuda, se desata(...) (p.58).

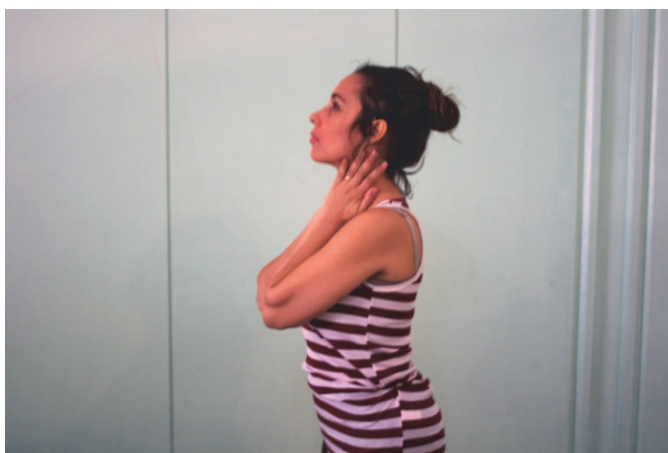


Figura 4 - Percepção do Som.

A auto percepção do som consiste em realizar exercícios que trabalham não somente a sensação auditiva, mas também a percepção de corporeidade total. Um deles é posicionar as mãos espalmadas no pescoço e sentir a emissão do som pela vibração das mãos (fig. 4). Portanto, a voz deve ser alta e rítmica, esta atividade consiste numa consciência vocal que libera tensões musculares e energéticas, o relaxamento é total.

Segundo Bertazzo (1996, p.33) “O corpo humano foi concebido para utilizar uma organização própria que permite um aproveitamento máximo de sua energia, isto é, despender o mínimo de energia para o máximo de rendimento”.

A voz, a postura e a respiração são fatores interligados, Mello et al.(2009), cita o funcionamento dessas estruturas, da seguinte maneira:

A potência do som, a emissão facilitada com estabilidade e o brilho na voz, são garantidos, se houver aumento da pressão diafragmática sobre os músculos abdominais, abertura das costelas por ação dos músculos intercostais e alinhamento da postura (p.353).

Há um comprometimento da movimentação corporal com ajustes vocais, que está baseado nos mecanismos reflexos, que ocorrem durante a vocalização. Os movimentos da vocalização respondem aos movimentos corporais, por meio dos receptores mecânicos presentes na laringe. Eles propiciam ajustes nas pregas vocais à menor oscilação do corpo. O controle desse mecanismo configura-se em habilidade passível de aprimoramento (MELLO et.al.,2009).



Figura 5 - Imitação de animais.



Figura 6 - Imitação da onça.

Existem exercícios que estimulam a criatividade e a expressividade, um deles é a imitação de animais. A pessoa escolhe o animal que deseja imitar e adquire o mesmo comportamento característico do animal, como: postura, andar e emissão do som. Esse exercício busca estimulação das sensações auditivas ao emitir o som alto e diferente do habitual; tem como objetivos: liberação de tensões musculares e energéticas e aumento da interação entre as pessoas do grupo. Conforme, as figuras 5 e 6, a imitação da onça na posição de quatro apoios, requer habilidade para caminhar e interpretar.

A aquisição ou o resgate da capacidade de comunicação verbal do paciente parece ocorrer quando a improvisação e a criatividade são exploradas através de possibilidades de sensibilização, vivência e conscientização do próprio corpo. Este processo pode ser facilitado com a percepção dos aspectos físicos e psíquicos do corpo e suas inter-relações (NICK, 2003).

2.1.2. Conscientização da respiração.

A respiração dinâmica, para Campignon P.(1998), trata-se da:

Respiração do homem em estado de vigília, isto é, de pé e ativo. Esta respiração está intimamente associada à estática vertebral e às suas possibilidades de ereção reflexa, que dependem da atividade dos músculos da cadeia ântero-posterior (PA). Em situação de equilíbrio estático, vão se suceder várias fases de cima para baixo e trás para frente, como uma onda vibratória que percorre a coluna vertebral e corresponde à ativação dos diferentes músculos responsáveis pela ereção reflexa, assim como daqueles que vão participar da instalação do 'cenário' para que o diafragma possa representar o seu papel de ator principal (p. 12).

Philippe Campignon é um fisioterapeuta, após um trabalho intenso de troca e aprendizado com Godelieve - método G.D.S. elaborou o seu próprio método, observando a dinâmica da respiração, o seu funcionamento ideal (sem entraves), em diferentes ações

respiratórias das principais tipologias. Os exercícios corporais elaborados por Campignon são fáceis e busca a consciência dos músculos responsáveis pela respiração, a influências do abdômen, identificação do tipo de tórax que cada tipologia tem os respectivos tipos de respiração. Este conhecimento proporciona liberar tensões de forma mais harmoniosa e reeducar a respiração para todos os movimentos.

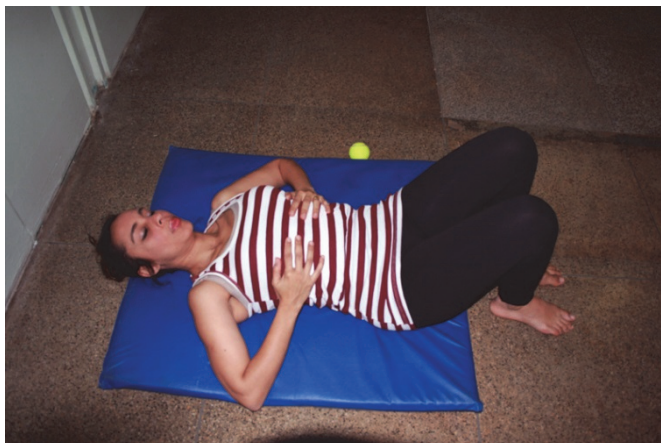


Figura 7 - Conscientização durante a inspiração



Figura 8 - Conscientização da respiração durante a expiração.

Conscientizar a respiração é assumir a responsabilidade pelo próprio corpo, um exercício fácil e eficaz é posicionar as mãos espalmadas nas laterais do tórax e perceber que na inspiração há abertura lateral do tórax e na expiração há fechamento do tórax (Figuras 7 e 8).

2.1.3. Conscientização das imagens errôneas (deformidades, assimetria e bloqueios);

O corpo passivo, enviscado, desalinhado, Sidavon e Zoïla (1988) define o corpo das demências, como:

Corpo enfraquecido, músculos flácidos, tônus relaxado, negligência da postura, pele plissada por rugas, cheia de manchas, seca; pobreza de sensações, percepções

imprecisas; marcha de pequenos passos ou ausência de marcha; gatismo, enfim; perturbações de todos os gestos da vida cotidiana (...) (p.62).

A relação que o paciente psicótico tem com seu próprio corpo ou a imagem que tem dele é bastante comprometida e confrontá-lo com essa relação é um processo, doloroso, angustiante. Para o conhecimento do corpo é importante que o paciente psicótico perceba a possibilidade de transformar e modificar as relações entre os espaços do dentro e do fora do corpo. Esta percepção é facilitada pelos movimentos e sons do seu próprio corpo, pelas interligações das partes que compõem este todo e sua nomeação (NICK, 2003).

A auto percepção pode ser realizada em qualquer parte do corpo independente da postura. A imagem corporal refletida no espelho não é a imagem completa. O reconhecimento psicocorporal ocorre quando o olhar está direcionado para dentro de si, de modo que o corpo é a própria casa que possui cômodos vazios e tristes. Portanto, sentir as deformidades e os exageros no corpo, pode ser um processo difícil e doloroso. Então, Bertazzo (1995) define carga psíquica, em:

se nossos impulsos ou motivações percorrerem vias previamente na mecânica do corpo, irão se manifestar por padrões próprios do corpo. Porém isso geralmente é dificultado por uma excessiva carga de psiquismo retida em nossos músculos (p.25).

A reeducação do movimento, inicialmente depende de práticas que englobam a auto percepção das assimetrias, dos enrijecimentos e das deformidades pela má condução do movimento cotidiano. Ademais, o relaxamento e a concentração facilitam a consciência das imagens errôneas. A figura 9, demonstra que o toque procura simetria nas clavículas e nos ombros e na figura 10, o toque procura sensações do pé. Informar ao corpo é proporcionar uma mudança não somente corporal, mas também psíquica.

Segundo Bertazzo (1998, p.24): “Se nossos impulsos ou motivações percorrerem vias previamente estruturadas na mecânica do corpo, irão se manifestar padrões próprios do corpo. Porém, isso é dificultado por uma excessiva carga de psiquismo retida nos músculos”.

Os movimentos de antiginástica, concebidos a partir do princípio básico do método Mézières, pretendem despertar para a consciência de uma experiência nova: o que é ir bem. Ensinam a pessoa a mover-se com facilidade e com graça natural de quem não está preso às tensões da musculatura posterior. Eles não devem proporcionar um momento de bem estar – aquele que estão sendo feitos –, mas sim possibilitar a integração da nova da nova liberdade e movimento em todos os gestos do dia-a-dia. Para chegar a essa finalidade, é preciso, porém, passar por ‘maus momentos’ quando se descobre o que não se consegue fazer, o que nunca se conseguiu fazer por causa de uma rigidez na certa muito antiga. Esse encontro com os próprios

bloqueios musculares coloca a pessoa diante de seus motivos mecânicos e outros (BERTHERAT e BERNSTEIN,1986).



Figura 9 - Auto percepção da simetria e forma da clavícula e do ombro.



Figura 10 - Auto percepção do pé.

2.1.4. Construção do movimento.

Nos estados depressivos, o paciente tem humor deprimido, baixa autoestima e vive seu corpo como fonte de sofrimento. O paciente depressivo apresenta lentificação da atividade psicomotora e a linguagem não-verbal torna-se pouca expressiva, uma vez que os gestos são representações dos sentimentos e do pensamento.

As atividades corporais que estimulam a coordenação motora e o equilíbrio podem ser realizadas na bola terapêutica, de acordo com a figura 11 (posição de sentada na bola e tocar a mão direita com o pé esquerdo). Outro exercício, um pouco mais complexo é o abdômen em contato com a bola, conforme visto na figura 12. Esses exercícios resultam em mudanças Psicocorporais com melhora da postura e auto confiança.

A coordenação motora é uma atividade do Sistema Nervoso Central (SNC), que regula o sincronismo da contração e do relaxamento muscular, para elaboração dos movimentos corporais, via Sistema Nervoso Periférico (SNP). Todavia, cada sujeito elabora os movimentos corporais que permitem estabelecer a propriocepção e com isso, criar uma condição de controle elaboração dos mesmos para organização segmentar do corpo todo. Essa organização mecânica do corpo é construída com base no princípio dos elementos esféricos tensionados pelos músculos condutores (MELLO et al., 2009).

Outra atividade que estimula e extroverte são as dinâmicas de interpretação que tem o objetivo de aproximar as pessoas, melhorar as relações interpessoais, aumentar a criatividade e a espontaneidade. Segundo, Viola (2010), a espontaneidade é:

Um momento de liberdade pessoal quando estamos frente a frente com a realidade e a vemos, a exploramos e agimos em conformidade com ela. Nessa realidade, as moções mínimas partes funcionam como um todo orgânico. É o momento de descoberta, de experiência, de expressão criativa (p.5).

Os gestos podem ser considerados detentores, assim como as palavras, da propriedade de exprimir as representações mentais que constituem o pensamento; existiria, de acordo com essa concepção, uma linguagem dos gestos (FEYEREISEN e DE LANOY, 1994 em NICK, 2003, p.75).

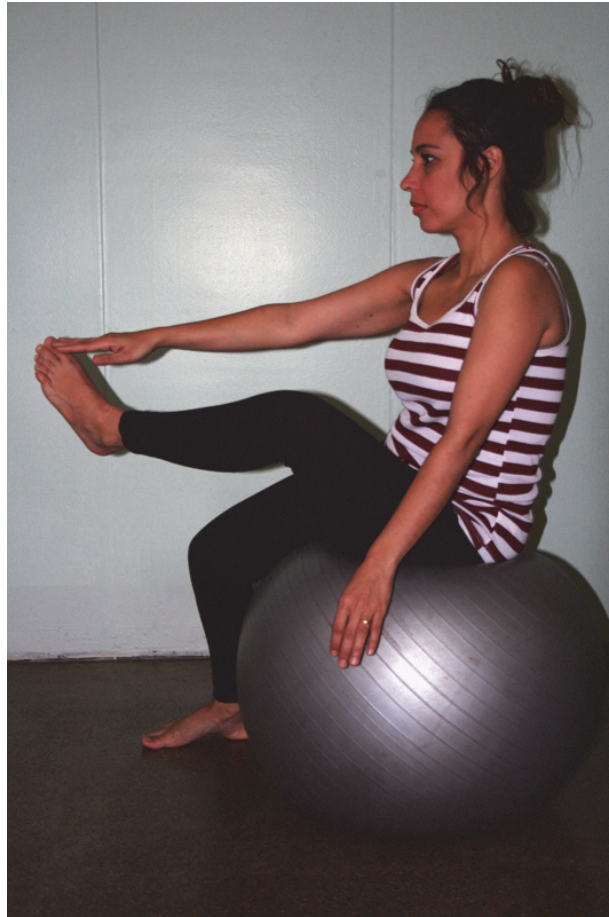


Figura 11 - Coordenação motora e equilíbrio.



Figura 12 - Experimentando a extensão corporal e o equilíbrio.

2.1.5. Consciência das estruturas ósseas e articulares.

Na esquizofrenia o paciente experimenta profundas alterações da imagem corporal. Acontece, porém não com muita frequência as alucinações cenestésicas ou viscerais são sensações localizadas nos órgãos internos. Pacientes referem destruição de qualquer órgão, ausência do útero e existência de “bicho” no abdômen. Ademais, as alucinações cinestésicas são vivenciadas pelo paciente quando não consegue reconhecer a localização espacial de determinada parte do corpo.

Segundo Dalgalarondo (2008) as alucinações cenestésicas são:

Alucinações em que percebem os órgãos encolhendo ou sumindo ocorrem, sobretudo em depressões graves. Tais alucinações são muitas vezes descritas como delírio de Cotard, pois os órgãos internos não são normalmente percebidos, ou seja, a ‘ideia’ de encolhimento ou desaparecimento do fígado ou do coração e não a (falsa) percepção. Sugere-se considerar alucinação quando predomina o aspecto sensorial na experiência e designar delírio quando os aspectos ideativos são predominantes (p.128).

Nesses casos, as práticas corporais são mais intensas e deve-se estimular a auto percepção das estruturas ósseas, dos órgãos e da respiração. O método GDS (Godelieve Denys-Struyf) é um método de ginástica personalizada, com ênfase na reeducação Psicocorporal e enfatiza na sua prática o trabalho de conscientização da estrutura osteoarticular.

O toque é um meio de aumentar a percepção óssea, com percussão sobre as seguintes estruturas: clavícula, esterno, costelas, escápulas, vértebras, sacro e outras. Por conseguinte, há uma integração e organização do corpo em sentir-se solidamente estruturado e o psíquico solidamente seguro. A consciência óssea é realizada com percussão leve sobre a escápula, conforme está elucidado na figura 13.

O toque com a bolinha de tênis é realizada em dupla, é simples e eficaz. Uma vez que, as sensações táteis são estimuladas com a massagem na pele e consequentemente há desbloqueio dos músculos; outro benefício é aumentar a auto percepção óssea ao sentir que a bolinha está passando sobre uma superfície dura e coordenação motora fina ocorre com o maseio da bolinha na mão. Além disso, a conscientização do sacro pode ser realizada com a massagem da bolinha no sacro ou com o peso do sacro sobre a bolinha, de acordo com as figura 14 e 15.

Para aumentar a percepção dos órgãos, deve-se posicionar as mãos sobre o tórax (coração) ou no abdômen e observar com muita concentração as sensações e a intensidade do movimento cardíaco e peristáltico. Esta vivência possibilita também a consciência física que os espaços internos são preenchidos por: órgãos e ossos.

O osso é geralmente insignificante. Pior ainda, ele é fragmentado, deformado, até mesmo ausente do esquema corporal. Quando nossas imagens se limitam a esta, do músculo

sem suporte ósseo, o músculo só pode se endurecer para ocupar o lugar do esqueleto. Está claro que esse “esqueleto muscular” não está autorizado a se permitir o menor relaxamento. É preciso manter firme. E logo os músculos estarão duros como cimento (DENYS- SRTUYF, 1995).

Os conjuntos musculares (psiconeuromusculares) são gerados por esquemas comportamentais, que também expressam um modo de ser. Desde bebê as cadeias musculares vão sendo formadas, através dos movimentos realizados em sequência de determinados grupos musculares. Quando criança a ativação de todos os grupos musculares ocorrem quando há mudança de postura, de acordo com a fase da criança. Um exemplo é a mãe quando pega o bebê no colo, neste momento há ativação da musculatura posterior de tronco, este contato desenvolve uma personalidade segura, de pessoas que superam bem suas dificuldades.

Denys-Struyf desenvolveu seu próprio método, porém, diferentemente dos seus precursores, sua abordagem foi de desenvolver uma abordagem mais individualizada da mecânica humana. Ademais, interessou-se em relacionar os seguintes constituintes psicológicos, a estrutura corporal do indivíduo e suas influências no processo terapêutico. Pelo estudo minucioso das formas do corpo humano, chegou à teoria de que havia cinco biotipologias. (Vieira,p.44, 1998).

Geralmente as tipologias são encadeadas conforme os movimentos, quando uma tipologia é isolada há uma fragilidade, geralmente há uma duplicidade ou uma tríade entre as cadeias. Porém é mais fácil identificar uma expressão corporal quando os contornos são excessivos, tensos e assimétricos. Como se observa na lombar acentuada ou na coluna encurvada.

As tipologias Psicocorporais (ver Anexo), são:

- AM - Ântero-Mediana são músculos anteriores e medianos, o tronco é posicionado para trás, pela atividade dos grupos musculares. Na análise comportamental uma pessoa com essa postura, vive do passado, é afetiva, sentimental e de natureza sensorial.
- PM - Pósterio-Mediana são músculos posteriores e medianos, o tronco é posicionado para, o tronco se inclina para frente, os músculos posteriores garantem esta inclinação. A análise comportamental expressa à ideação pensa no futuro, construída para realizar e ter sucesso tende a se dispersar;
- AP-PA- Ântero-Posterior / Pósterio- Anterior. A análise comportamental desta postura é característico de pessoas com capacidade de ser flexível e alegre. E a análise comportamental da PA tem uma personalidade rígida.

Consequentemente, as duas cadeias juntas trabalham para o equilíbrio psicocorporal.

- PL - Pósterio-Laterais são músculos que estão situados lateralmente atrás do quadril e do ombro. As análises comportamentais são de pessoas que tem necessidade de expansão, curiosidade e deslocamentos.
- AL - Ântero-Laterais são músculos anteriores e colocados lateralmente na altura do quadril e do ombro. A análise comportamental é característica de pessoas introvertidas, com gosto pela solidão e ao isolamento.

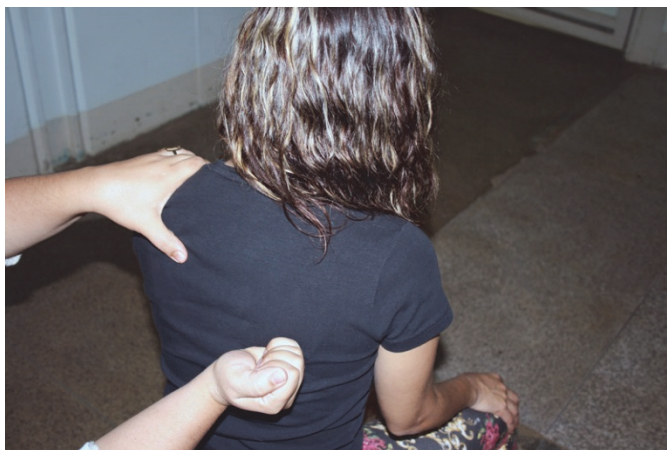


Figura 13- Consciência das estruturas ósseas.

Viver-se, sentir-se estruturado, mais construído, mais sólido a partir dessa consciência física do suporte, pode resultar no processo de ficar centrado. Num todo indissociável, físico e psíquico. Um centrar que pode então reabsorver as escaladas de tensão, defesas que submergem e esgotam quando o condutor não colabora com sua máquina (DENYS- SRTUYF, 1995).



Figura 14 - Conscientização do sacro por meio do toque.

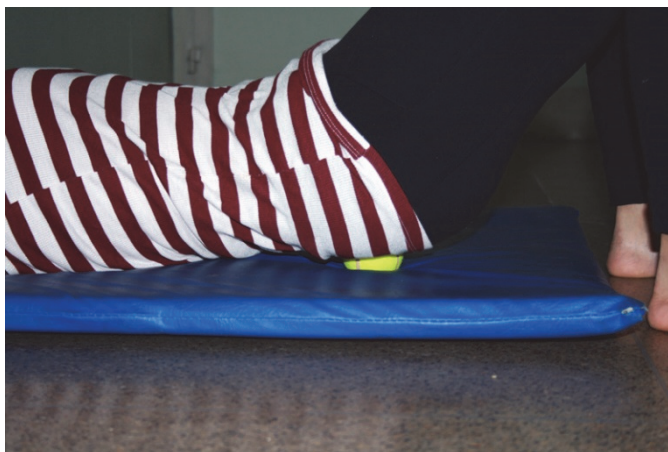


Figura 15 - Conscientização do sacro com o peso do corpo sobre o sacro

2.1.6. Sensações do toque.

Conhecimento de parte a parte do corpo, por meio da motricidade e de sensações de prazer e de desprazer. São as atividades sensoriais, visão e tato, associado à cinética que possibilitam a construção e a organização da imagem corporal em confronto com o que o rodeia o indivíduo. Contribui para esta construção e organização, as experiências concretas de reconhecimento da própria imagem e da imagem do outro no espelho, sobretudo quando se trata do indivíduo psicótico (NICK, 2003).

Auto percepção do estímulo sensorial tátil: na postura sentada com os olhos vendados, paciente define (formato, tamanho e textura) do objeto que está em mãos. Conforme, elucidado na figura 17.

A sensação do toque, estimulação tátil no outro paciente possibilita a aproximação com o outro e massagear com a bolinha estimula a coordenação motora fina.



Figura 16 - O toque da bolinha na coluna vertebral.



Figura 17 - Estímulo sensorial tátil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dos conhecimentos psicanalíticos de Winnicott é possível compreender com uma visão mais ampla e sensível os primórdios da origem de muitos distúrbios da mente que refletem na estrutura física, entende-se que a experiência corporal tem papel funcional em diversos momentos, na participação da formação dos instintos, na formação da psique, entre outras. O corpo e a mente são indissolúveis e trabalham juntos, ambos se favorecerem incondicionalmente para resultar numa psique emocionalmente madura e no corpo com refinamento dos seus movimentos.

Nick E.(2003), afirma:

Para o indivíduo portador de transtornos mentais o corpo já sofre os sacrifícios desta ordem e também os do curso da própria doença. O corpo deste indivíduo é visto somente como algo que falhou e não como tendo sido violentado. Desta forma o corpo fica duplamente banalizado. Isto ocorre porque geralmente os tratamentos consistem em terapias medicamentosas e verbais. Importantíssimas sim, mas nem sempre dão conta do caráter corporal, ou seja, o não verbal que denuncia pelos gestos e posturas o desconforto geral (p.72).

Pesquisar sobre a imagem corporal foi uma tarefa difícil, devido às poucas bibliografias pesquisadas, principalmente nos métodos utilizados, que eram pouco convincentes. No entanto, para as pessoas “saúdáveis” existem terapeutas e estudiosos que fazem a leitura e a classificação de cada tipologia corporal. O método GDS, além da intervenção corporal é um método de leitura das tipologias corporais (são cinco as estruturas Psicocorporais), que são identificadas numa pessoa “normal”, através de uma análise Psico comportamental, principalmente da personalidade. No transtorno mental, não existe uma releitura do corpo, uma imagem corporal que diferencia uns dos outros pelo tipo de crise ou pelo diagnóstico.

A imagem corporal do indivíduo ‘normal’ para Nick E.(2003) é gradativamente construída, através do:

Conhecimento de parte a parte do corpo, por meio da motricidade e de sensações de prazer e de desprazer. São as atividades sensoriais, visão e tato, associado à cinética que possibilitam a construção e a organização da imagem corporal em confronto com o que o rodeia o indivíduo. Contribui para esta construção e organização, as experiências concretas de reconhecimento da própria imagem e da imagem do outro no espelho, sobretudo quando se trata do indivíduo psicótico (p.73).

E como entender a doença mental sob o aspecto de personalidade (suas vontades e julgamentos) e sua relação de corporeidade. É difícil definir a influência da personalidade e valores da pessoa, quando há um acometimento mental e como esses elementos interferem no comportamento e na postura do paciente. Na prática, para o transtorno mental, não existe uma releitura do corpo, uma imagem corporal que diferencia uns dos outros, seja pelo tipo de

diagnóstico associado ou não à personalidade; Observa-se, somente uma falta de ritmo, tensão e gestos pouco ou muito articulados. É sabido que há influência do tempo de medicalização e o tempo de acometimento da doença.

Na realidade todo gesto é carregado de psiquismo, e o investimento do fator psicológico no movimento é análogo ao da motricidade no psiquismo. A coordenação motora nos permite compreender o movimento como um todo organizado, capaz de situar-se paralelamente ao psiquismo, com ele e perante ele. Então um poderá ser estudado em função do outro (PIRET e BÉZIER, 1992).

As imagens do corpo, segundo a psicopatologia, propõem um paradigma corporal diferente da prática psiquiátrica. Uma vez que, esses estudos são baseados na Psicopatologia, pela observação e percepção em diversos momentos da doença mental, interessante é como o corpo reage à crise e ao meio.

A reflexão está na disfunção psíquica que utiliza o corpo como intermediador de comunicação. Muitas vezes, a linguagem não verbal predomina com gestos que transparece um estado de euforismo, a extensão corporal ganha amplitude e a postura adotada representa sentimentos e impulsos. A imagem corporal é consolidada com elementos psíquicos.

Se para o neurótico o que assusta é o mundo interno e para o psicótico é o externo, tal conceito poderia ser entendido ao nível da imagem corporal. Poderia dizer-se que os aspectos desta imagem, que compõem o todo, se encontram externamente em conflito, entretanto, sem ligação com o mundo interno, ou seja, tanto há uma negação desta realidade quanto uma dificuldade de adaptação à mesma (NICK, 2003).

Na prática os tratamentos em saúde mental baseiam-se em: terapia farmacológica, atividades lúdicas, atendimento individual ou/e grupo com psicólogo, e outros. Todas as terapias são focadas na estabilidade das funções psíquicas e cognitivas, para melhor de qualidade de vida do paciente. Entretanto, se esquecem de olhar o paciente na sua totalidade que são mente e corpo.

Um modo de exterminar ou diminuir a forma rígida do modelo postural do corpo Shilder P.(1994) citou:

O movimento e a dança. Já coloquei que, todas as vezes que nos movemos, o modelo postural do corpo se altera. O esquema prévio serve de base para construção do novo esquema do modelo postural. Ao nos mexermos, afastamo-nos da figuração primária comparativamente rígida, e parece que está se desestruturando ou fica parcialmente dissolvida até que o corpo retorne a uma das atitudes primárias p.180.

Sem dúvida a vivência corporal possibilita a organização do corpo e da mente, aumenta a percepção: dos gestos, da postura e do andar. Consequentemente, melhora o esquema

corporal e a autoestima. A proposta de trabalhar o corpo não é somente mudar a imagem corporal e sim utilizá-la como ferramenta: de expressão, aproximação com o outro, consciência de si e como mediadora de comunicação.

REFERÊNCIAS

- BERTAZZO, Ivaldo. **Cidadão corpo: Identidade e autonomia do movimento**. 2. ed. São Paulo: Summus, 1998. 117p.
- BERTHERAT, Thérèse. BERNSTEIN, Carol. BERNSTEIN. **O corpo tem suas razões: Antiginástica e consciência de si**. 13.ed. São Paulo: Martins Fontes Editora, 1987. 221p.
- BÉZIERS, Marie-Madeleine. **A coordenação motora: aspecto mecânico da organização psicomotora do homem**. 3.ed. São Paulo: Summus, 1992. 151p.
- CARVALHO, Isalena Santos. COSTA, Ileno Izídio. COSTA, BUCHER-MALUSCHKE, Júlia S. N. F. **Psicose e sociedade: Interseções necessárias para a compreensão da crise**. Revista Mal-estar e Subjetividade – Fortaleza – v. 7 - n.1 – p.163-189, mar/ 2007.
- COSTA, Ileno Izídio. COSTA. **Da fala ao sofrimento psíquico grave: ensaios acerca da linguagem originária e a clínica familiar da esquizofrenia**. 1.ed. Brasília: I. Izídio da Costa, 2003. 288p.
- CAMPIGNION, Philipe. CAMPIGNION, **Respir-ações: A respiração para uma vida saudável**. 1.ed. SESC- São Paulo. Summus Editoria, 1998.141p.
- DALGALARRONDO, Paulo. DALGALARRONDO, **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2.ed.Porto Alegre: Artmed, 2008. 438p.
- DENYS-STRUYF, Godelieve. DENYS-STRUYF, **Cadeias Musculares e Articulares: O método G.D.S**. 1.ed. São Paulo: Summus Editorial, 1995. 132p.
- DE SÁ, Alvino Augusto. **Delinquência infanto-juvenil como uma das formas de solução da privação emocional**. In: I Congresso de Psicologia Clínica, Universidade Presbiteriana Mackenzie, 14-18 mai 2001.
- ESPINOSA, Ana Maria Fernández. ESPINOSA. **Psiquiatria**. 2.ed. São Paulo: Editora McGraw-Hill interamericana do Brasil, 2000. 358p.
- FERRÃO, Romário Gava. FERRÃO. **Metodologia científica para iniciantes em pesquisa**. 3.ed. Espírito Santo: Instituto Capixaba de pesquisa, INCAPER-Assistência Técnica e extensão Rural, 2008. 258p.
- JASPERS, Karl. **Psicopatologia Geral**. 2.ed. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu,v.1,1987. 545p.
- JASPERS, Karl. **Psicopatologia Geral**. 2.ed. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu,v.2,1987.470p.
- LOWEN, Leslie. LOWEN, Alexander. **Exercícios de Bioenergética: O caminho para uma saúde vibrante**. 1.ed. São Paulo: Editora Ágora, 1987. 196 p.
- MELLO, Enio Lopes. SILVA, Marta Assumpção de Andrade e. SILVA, FERREIRA, Leslie Piccolotto. FERREIRA, HERR, Martha. HERR. **Voz do cantor lírico e coordenação motora:**

uma intervenção baseada em Piret and Béziers. Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia – São Paulo – v. 14 - n.3 – p.352- 361, jan- jun / 2009.

NICK, Elieth. **Mosaico de Olhares e de interesses para além do enquadre do setting terapêutico**. 2003.135f. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ, Instituto de Psicologia, Rio de Janeiro, 2003.

RE, Edoardo. **I Servizi de Salute mentale: Storia e organizzazione**. Pubblicazione a diffusione interna. Scuola de Specializzazione in Psicologia Clinica. Università degli studi di Milano, Milano, 2006.p.03-63.

SCHILDER, Paul. **A Imagem do corpo**. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1980. 316p.

SIDAVON, Paul. FERNANDEZ-ZOÏLA, Adolfo. **Corpo e terapêutica: uma psicopatologia do corpo**. 1.ed. São Paulo: Papirus editora, 1988. 284p.

WINNICOTT, Donald Woods. **Natureza Humana**. 2.ed. Rio de janeiro: Imago Editora, 1990. 222p.

VIEIRA, Adriane. **O método de cadeias musculares e articulares de G.D.S.: uma abordagem somática**. Revista Movimento – Rio Grande do Sul – v. 4 - n.8 – p.41-49, jan/1998.

VIOLA, Spolin. **Improvisação para o teatro**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010, 349p.

ANEXOS

Desenho esquemático das 5 Tipologia Psicorporais (Denys-Struyf, 1995a).

