

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO PSICOLOGIA

MÔNICA TINÔCODA FONSECA

ANALISANDO QUESTÕES PERINATAIS ATRAVÉS DA MANDALA

NATAL/RN

2017

MÔNICA TINÔCO DA FONSECA

ANALISANDO QUESTÕES PERINATAIS ATRAVÉS DA MANDALA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro Universitário
do RN como requisito final para
obtenção do título de psicólogo.

Orientadoras: Profa. Esp. Acácia
Brito Coelho; Profa. Narjara
Medeiros de Macedo.

NATAL/RN

2017

MÔNICA TINÔCO DA FONSECA

ANALISANDO QUESTÕES PERINATAIS ATRAVÉS DA MANDALA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro Universitário
do RN como requisito final para
obtenção do título de psicólogo.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Narjara Medeiros de Macedo
Orientadora

Prof. Débora Cristina Diogenes de Andrade
Prof. Convidada

Coordenadora

\

A Antônio Carlos, Patrick e
Louise, razão maior da minha
existência.

AGRADECIMENTOS

Foram longos anos dedicados a estudar. Minha sede de aprender parece não ter limites... Por isso mesmo, tenho que agradecer muito ao meu marido, Antônio Carlos, meus filhos, Patrick e Louise, familiares e amigos, pela paciência de lidar comigo por anos e anos seguidos sempre preocupada em dar-lhes atenção e ao mesmo tempo conciliá-la com meus estudos. A eles, meu amor e minha gratidão eterna.

À Deus e aos espíritos de luz muito queridos, pela proteção e pelo cuidado comigo, me iluminando para que eu continue seguindo o meu caminho.

À mim mesma, pela força e coragem de passar tantos e tantos anos em constante formação acadêmica em uma luta diária para harmonizar afetos e abrir mão de momentos de lazer para vivenciar o novo e surpreendente mundo do conhecimento.

A Marlos, meu mestre e amigo, por ter percebido meu sonho, ter acreditado em mim e me incentivado a enfrentar mais uma graduação. E além disso, ter me passado seus conhecimentos incondicionalmente e me permitido compartilhar também da sua sabedoria, sensibilidade e amor ao próximo. Guardo no coração a minha gratidão.

À Débora que sempre esteve ao meu lado em todas as horas que precisei, seja na transmissão de conhecimentos ou através da sua amizade, meu afeto e reconhecimento.

Aos mestres, em especial à Narjara Macedo e Acácia Coelho, muito obrigada pela transmissão de conhecimentos e pelo apoio em todas as horas.

Aos colegas de curso, que sempre me acolheram com tanto carinho e que me propiciaram aprender com eles de uma forma mais leve e descontraída, levo comigo esse aprendizado e um pouco de cada um dentro do peito.

A todos que me ajudaram a crescer como pessoa e como profissional e também as tantas outras pessoas que passaram pelo meu caminho e com seus gestos, de alguma maneira me ajudaram a realizar este sonho, meus agradecimentos.

Valeu a pena realizar este sonho! Mais compreensão sobre a

complexidade humana, mais compreensão sobre o viver e cada dia mais compaixão, empatia e amor àqueles que nos tocam a alma ao nos confiarem suas histórias de vida e seus sentimentos. Reverencio cada um deles com reconhecimento e respeito extremo!

“Conheça todas as
teorias, domine todas as
técnicas, mas ao tocar uma alma
humana, seja apenas outra alma
humana.”

Carl Jung

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar as questões perinatais e suas coexs com aspectos psicodinâmicos que podem ser expressas através da mandala. Inicialmente fala sobre a psicologia corporal, sua correlação com a psicologia Transpessoal para depois mostrar, por meio de um estudo de caso, a mandala como forma de expressão e avaliação da paciente. Para isso, evidencia mais detalhadamente a dinâmica das matrizes perinatais, ou seja, do que acontece em torno do nascimento, de acordo com a visão de Stanislav Grof e fala sobre estas experiências concretas pelas quais todos os seres vivos passam, e que influenciam profundamente o desenvolvimento e a vida adulta do ser, pois ficam registradas na memória através do sistema coexs criando padrões de comportamento relacionados a essas experiências vividas. A mandala complementa o trabalho ao favorecer o afloramento de questões inconscientes correlacionadas às matrizes. Na conclusão, mostra-se através da arte, as memórias que remetem ao período do nascimento. Entendê-las e resignificá-las liberta o paciente do possível aprisionamento causado pelo trauma do nascimento e leva a um caminho de compreensão e reelaboração a nível psicodinâmico e a integração da psique.

Palavras-chave: Psicologia Transpessoal. Matrizes perinatais. Mandala.

ABSTRACT

This work aims to analyze the perinatal issues and their coexs with psychodynamic aspects that can be expressed through the mandala. Initially, it discusses about body psychotherapy, its correlation with Transpersonal psychology, and then, through a case study, show the mandala as a form of expression and evaluation of the patient. In order to do this, it shows in more detail the dynamics of perinatal matrices, that is, what happens around birth, according to Stanislov Groff's vision, talking about these concrete experiences through which all living beings pass, and which profoundly influence the development and the adult life of the being, because they are registered in the memory through the coexs system creating patterns of behavior related to these lived experiences. The mandala complements the work by favoring the emergence of unconscious issues correlated to matrices. In the conclusion, it is shown through art, the memories that refer to the period of birth. Understanding them enable us to avoid from the possible imprisonment caused and leads to a path of understanding and rework in a psychodynamic dimension, and integration of the psyche.

Keywords: Transpersonal Psychology. Perinatal Matrices. Mandala.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 A PSICOLOGIA CORPORAL.....	14
2.1.2 ESTRUTURAS DE CARÁTER	18
2.1.3 Caráter esquizoide	18
2.1.4 Caráter oral	18
2.1.5 Caráter psicopático	19
2.1.6 Caráter masoquista.....	19
2.1.7 Caráter rígido.....	19
2.2 A PSICOLOGIA TRANSPESSOAL	21
2.2.1 A barreira sensorial e o inconsciente individual	22
2.2.2 A dinâmica das matrizes perinatais.....	24
2.2.3 A psicoterapia transpessoal.....	27
3 A CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	34
4 METODOLOGIA	36
5 RESULTADOS ESPERADOS	37
6 ESTUDO DE CASO	38
6.1 HISTÓRICO (O CASO CLARA)	38
6.2 A DIMENSÃO HUMANA E SUAS NUANCES CORPORAIS E TRANSPESSOAIS	41
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS.....	51
ANEXOS	54

1 INTRODUÇÃO

A psicologia corporal tem como fundamentação a principal tese Freudiana a respeito da enorme relevância dos fatores sexuais na etiologia das neuroses. Enfatiza a “economia do sexo” referindo-se ao equilíbrio entre carga e descarga de energia ou excitação e relaxamento sexual. Para Reich, precursor da abordagem corporal, a verdadeira neurose advém da supressão de sensações sexuais seguidas das atitudes caracterológicas que as acompanham (GROF, 1987).

Porém, é na correlação das emoções com o corpo, simbolizadas através de tensões que formam couraças no corpo do indivíduo na sua fase inicial da vida e na análise do caráter do paciente, que Reich se destaca ao promover tratamentos nos quais o paciente é olhado de frente e participa ativamente do processo terapêutico.

Além dessas peculiaridades, a psicologia corporal tem também algumas características que a fazem transcender no tempo e na sua visão de mundo, de energia cósmica primordial, o que a aproxima da Psicologia Transpessoal. Porém, é sobretudo a concordância de que os registros somáticos começam a ser inscritos ainda na fase intra-uterina que as duas abordagens se entrelaçam fortemente.

Por sua vez, a característica marcante da psicologia Transpessoal é que em suas raízes busca integrar a psicologia às vivências espirituais e às experiências chamadas “transpessoais”. Essas vivências são marcadas por um estado de consciência superior, que contém toda a história do indivíduo e o conduz rumo à sua transcendência (PARIZI, 2006). Cabe esclarecer aqui que o termo espiritualidade: é a busca pessoal pelo entendimento de respostas a questões sobre a vida, seu significado e relações com o sagrado e transcendente, não se está aqui se referindo ao aspecto religioso.

Stanislav Grof (1987) é um dos precursores da Transpessoal e possui mais de cinquenta anos de experiência e pesquisa em terapia com estados incomuns da consciência. Em seu conhecido livro “Além do Cérebro” (1987) descreve as técnicas que possibilitam penetrar de maneira experiencial nos domínios da mente inconsciente e, apesar de não haver limites e demarcações claras no campo da consciência, para fins didáticos, pode-se

considerar que existem quatro níveis distintos: a barreira sensorial; o inconsciente individual; o nível de nascimento e morte e por fim, o domínio transpessoal. A ativação dos órgãos sensoriais tem pouca significação para os processos de auto exploração e autoconhecimento. Porém, o campo experiencial seguinte, o domínio do inconsciente individual, tem significados relacionados com a vida do indivíduo, do nascimento ao momento presente com forte carga emocional a ela ligada (GROF, 1987). “As técnicas que ativam o inconsciente de modo direto parecem reforçar seletivamente o material emocional mais relevante e facilitar sua emergência na consciência” (GROF, 1987). A diferença fundamental da técnica transpessoal é que o material biográfico não é lembrado ou reconstruído, como acontece em outras abordagens terapêuticas, mas esse material pode ser plenamente revivido. Dessa forma, não só as emoções, mas também sensações físicas, elementos pictóricos do material envolvido e dados provenientes de outros sentidos são acessados. Essa situação acontece quando há uma regressão completa de idade do estágio de desenvolvimento relativo à época em que o evento ocorreu (GROF, 1987). Então, ao ser revivido, é lembrado e reconstruído, libertando o indivíduo de comportamentos correlacionados a este período e que eram limitantes em sua vida.

Ao se aprofundar um pouco mais no domínio biográfico rememorativo, encontra-se o domínio da psique que possui conexões próximas com o início da vida e seu fim, com nascimento e morte. As experiências originárias desse nível seriam, para muitas pessoas, um reviver do trauma do nascimento biológico. Daí o nome **perinatal**, escolhido por Grof para referir-se a esses estados que permitem penetrar na mente inconsciente (GROF, 2015). O referido autor subdividiu esses fenômenos perinatais em quatro padrões de experiência distintos e caracterizados por emoções, sensações físicas e imagens simbólicas específicas, que estão intimamente ligadas a quatro períodos consecutivos do parto biológico, denominados de Matrizes Perinatais Básicas (MPBs) (GROF, 2015).

A proposta deste trabalho é mostrar, através de um estudo de caso, o caso “Clara”, uma análise das questões perinatais através de mandalas em interação com a Psicologia Corporal e a Transpessoal. Para uma melhor compreensão do referido trabalho, inicialmente será comentado sobre a Psicologia corporal mostrando suas principais características, inclusive alguns

aspectos em comum com a psicologia Transpessoal e as questões perinatais. Em seguida correlaciona esses aspectos com as mandalas mostrando que elas podem ser uma forma de expressão desses processos e consequentemente de avaliação do paciente.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A PSICOLOGIA CORPORAL

As raízes da psicologia corporal vêm de Wilhelm Reich (1897- 1957), médico, nascido em Viena e colaborador de Freud. Reich desenvolveu seu método de análise do caráter, concebendo tendências de proteção defensiva contra as ameaças às necessidades primárias, tendo rompido com a psicanálise e, posteriormente, desenvolvido um método chamado Vegetoterapia. Nesse método, Reich trabalhava diretamente com as raízes somáticas da resistência caracterológica, inscritas em tensões musculares que ancoravam as neuroses no corpo, denominadas de couraças. Para Reich, as couraças caracterológicas eram constituídas na repressão de movimentos autorregulatórios, base para a pulsação vital, e consequente redução da capacidade do indivíduo para o contato profundo e a gratificação orgástica (BOADELLA, 1996). Considerando a indissociabilidade entre pensamento, emoção e corpo, a A Psicologia Corporal é “uma abordagem humana que busca compreender todo o ser vivo como uma unidade de energia que contém em si dois processos paralelos: o psiquismo(mente) e a soma(corpo)” (REICH, 1998, p.81).

À medida que Reich desenvolvia suas teorias e sinalizava que o papel repressivo da sociedade era um dos grandes causadores das desordens emocionais, tornou-se não aceito pelos círculos psicanalíticos e pelo movimento comunista, no qual foi ativista político.

Mesmo com essas reações negativas, ele não desistiu, Reich acreditava que ao longo da nossa história, conflitos emocionais são retidos na nossa mente e no nosso corpo, através das respostas do Sistema Nervoso Autônomo (SNA) e o antagonismo Simpático- parassimpático, formando as neuroses e a couraça muscular respectivamente. Essas couraças se refletem corporalmente nas nossas expressões, que podem transparecer através de tensões, olhos arregalados, ombros curvados ou suspensos, boca tensa, triste, apertada, peito proeminente e tantas outras formas de expressão que evidenciam a relação corpo e emoção.

A partir desta compreensão sobre a relação do corpo com as emoções, criou então a técnica de análise do caráter. Nesta técnica, Reich compreendia

que o caráter se formava de acordo com os bloqueios sofridos nas etapas do desenvolvimento psíquico-emocional. Sendo assim, considerava mais importante o período que vai desde o momento da fecundação até os cinco anos de vida, pois a criança vai desenvolvendo o seu caráter de acordo com estas etapas que propiciarão a incorporação de experiências vividas e irão sinalizar fases da criança. (VOLPI; VOLPI, 2002).

De acordo com Reich, a criança que conseguir atravessar estas etapas do desenvolvimento sem bloqueios, estresses, fixações, terá sua estrutura de caráter livre de neuroses, o que ele chamou de caráter genital, ficando a denominação de neurótico para as situações contrárias.

Ao tentar compreender a sexualidade e a psicogênese das neuroses, percebeu Reich a dificuldade de muitos pacientes em encontrar um caminho para a cura pelos métodos tradicionais e atribuiu a isso os diferentes tipos de caráter dos seus pacientes e consequentemente suas diferentes reações e resistências. Assim, passou a analisar não somente o conteúdo e o sintoma, mas a organização somática expressa no falar, andar, gesticular, etc. que compunham a formação caracterológica do paciente, trazendo à consciência aspectos defensivos que geravam sofrimento, com suas respostas orgânicas musculares e áreas de estrangulamento energético. A relação clínica com os que estavam sob seus cuidados mudou, pois estes tiveram que trocar o divã para sentarem-se frente a frente com seu terapeuta, passando dessa forma, a atuar mais ativamente no processo terapêutico. Dessa forma, surgiu então a técnica de análise do caráter.

Reich descobriu que a couraça se organiza no corpo através de conjuntos funcionais, identificados em sete segmentos, relacionando regiões/ funções em seus fluxos, cargas, direções e contenções energéticas, corpóreas e questões psíquicas/afetivas envolvidas (BOADELLA, 1985):

1º segmento – na parte superior da cabeça: engloba os olhos, ouvidos e órgãos internos (cérebro), além da musculatura local. Responsável pela cognição e pela senso-percepção, o encorajamento pode afetar desde a parte superficial, como a musculatura do crânio, os olhos e os ouvidos, como no nível mais interno afetando o próprio cérebro.

2º segmento – região da boca: o encorajamento pode ocorrer em perturbações na musculatura facial, nas expressões faciais, com inibição/exacerbação dos impulsos básicos da boca, tais como a sucção e a mordida.

3º segmento – região do pescoço: manifesta o encorajamento através da ansiedade de queda, da repressão da expressão sonora

das emoções, medo de entrega sendo a sede das defesas narcísicas. 4º segmento – região do peito incluindo os braços e as mãos: é considerada a parte central da couraça, é a sede da identidade e da afetividade, assim como das funções cardíacas e respiratórias. Identidade porque a estruturação do ego se faz pela aquisição do comando voluntário da musculatura, em geral e principalmente, da musculatura respiratória.

5º segmento – região do diafragma e órgãos subdiafragmáticos internos (fígado, vesícula, pâncreas e baço): o encouraçamento envolve alterações na mobilidade do diafragma, relacionada à raiva contida por medo.

6º segmento – região do abdômen: o encouraçamento relaciona-se ao sentimento de medo, envolve registros muito primitivos; abriga o umbigo, que guarda memórias da vida intrauterina.

7º segmento – região da pelve (órgãos genitais) e das pernas: o encouraçamento deste nível relaciona-se a repressão sexual e ao medo das sensações genitais que, juntamente com a angústia da castração provoca uma contenção muscular e vegetativa na pelve, atingindo as pernas, afetando o embasamento postural da pessoa.

Considerando que o amadurecimento humano é um processo de passagem do maior período de dependência do reino animal para a independência constitutiva de uma jornada de toda a vida, existem quatro etapas fundamentais no desenvolvimento de qualquer mamífero (Winnicott apud BOADELLA, 2006). As duas primeiras etapas dizem respeito à dependência dos pais e as duas últimas dizem respeito ao movimento em direção à independência deles: 1. Crescimento no útero da mãe; 2. Necessidade de sustentação na forma de alimento; 3. Necessidade de oportunidades de exploração; 4. Necessidade de estabelecer relação com outros no grupo social.

Na formação do tipo de defesa de caráter que uma criança adquiria, desde seus períodos iniciais de vida, Reich admitiu seis fatores como decisivos: o primeiro fator envolvia o momento em que um impulso é frustrado na vida infantil, em relação às possibilidades de elaboração pela criança naquela época. Por exemplo, a repressão prematura do prazer anal e da iniciativa poderia levar à organização compulsiva e ao excesso posterior no controle. O segundo fator envolvia a extensão e intensidade das frustrações relacionados à blindagem com vários graus de intensidade. O terceiro fator envolvia os impulsos contra os quais a frustração central é dirigida: desde as necessidades orais e anais da criança nos dias mais prematuros da vida e de seu primeiro contato com a mãe, até o período exploratório e relacional envolvido na construção das relações edípicas. O quarto fator envolvia a razão entre a permissão e a frustração, remetendo à forma como os pais podem

frustrar um impulso primário assim como reforçá-lo até certo ponto. O quinto fator envolvia o sexo da principal pessoa frustradora, relacionando as identificações e relações com a masculinidade e/ou feminilidade da criança. O sexto e último fator envolvia as contradições das frustrações em si, apontando que as frustrações em nível infantil podem ser reforçadas ou negadas na puberdade (BOADELLA, 1985).

Posteriormente, dentre diversos estudiosos pós reichianos e neoreichianos, Alexander Lowen dá a sua contribuição à análise do caráter de Reich e à suas aplicações práticas para terapia, considerando que as estruturas de caráter.

Seu livro O CORPO EM TERAPIA começa onde a análise do caráter parou e é um dos mais brilhantes livros já escritos sobre a formação do caráter. A classificação de Lowen se manteve essencialmente em termos de oralidade, masoquismo e genitalidade, embora ele tenha acrescentado dois capítulos sobre o problema esquizoide e esquizofrênico (BOADELLA, 2006, p.2).

Resumidamente, as estruturas de caráter discutidas por Lowen relacionam-se a cinco direitos primários que são violados por cuidados e educação deficientes. Os direitos que ele descreve são: a) O direito de existir, que é estar no mundo, como organismo individual. Esse direito é estabelecido durante os primeiros meses de existência, associado à oportunidade de estabelecer vínculos e ao livre fluxo de energia que envolvem a experiência de ser e ver; b) O direito de estar seguro, que deriva da função de suporte e de alimentação materna durante os primeiros anos de vida. Esse direito se relaciona com a sensação de ser preenchido e ao período de sustentação, abrangendo a experiência de ter e saborear; c) O direito de ser livre, que é o direito de não estar submetido às ordens e desejos do outro; d) O direito de ser independente, adquirido pela criança através de sua auto-afirmação e oposição aos pais, remetendo à experiência do fazer e criar; e) O direito de desejar, mover-se na direção da satisfação de forma aberta e direta, comunicar sentimentos de forma clara e franca, confrontando e sendo constituído egoicamente pelos dados de realidade. Alude à constituição da sexualidade infantil e depende do ajuste fino do tônus muscular e da experiência de dar e receber.

As neuroses podem ser, então, classificadas em quatro grupos,

correspondentes às fases do ciclo de maturação.

As defesas de caráter são padrões universais de respostas, são as cores da ferida. Cada pessoa tem a probabilidade de manifestar uma capacidade de funcionamento latente em cada uma dessas áreas que, bem escondida, sobrevive sem danos. É esta capacidade latente que torna a terapia possível. É com a saúde do paciente que trabalhamos para superar a doença. Sem ela nos afogáramos em patologia [...] (BOADELLA, 2006,p. 4).

O esquema a seguir apresenta uma estrutura para compreensão das correlações necessárias (BOADELLA, 2006, p. 9):

Quadro 1 – Estrutura para compreensão das correlações necessárias

Função energética	Fase de maturação	Direitos Básicos	Caracteriologia de Lowen	Caracteriologia de Lake	Zona libidinal associada
Fluxo	Vinculação	Existir	Esquizoide	Esquizoide-histerico	Ocular
Carga	Sustentação	Estar seguro	Oral	Paranoico-depressivo	Oral
Ritmo	Exploração	Ser livre e independente	Psicopata-masquista	Defesas obsessivas, compulsivas, queixosas	Anal
Tônus	Comunicação	Querer	Rígido		Genital

Fonte:Boadella (2006, p. 9)

A discussão de Lowen (1977) indicam aspectos somatodinamicos esclarecedores.

2.1.2 ESTRUTURAS DE CARÁTER

2.1.3 Caráter esquizoide

Refere-se à pessoa cujo senso de si mesma está reduzido, com fragilidade da conexão entre ego, corpo e sentimento, em função de faltas relativas ao direito de existir. Carrega em essência a ferida da rejeição. Defende-se evitando relacionamentos íntimos e afetuosos, estrutura em cuja personalidade encontram-se tendências à formação do estado esquizofrênico. Apresenta falta de um sentimento positivo cheio de segurança e alegria. Em termos de registro somático é compatível o encouraçamento na região ocular. O corpo pode ser estreito e contraído e a face ter uma aparência de máscara, com os olhos sem vivacidade.

2.1.4 Caráter oral

Refere-se à experiência básica de carência afetiva, denotando senso de fraqueza, tendência a depender dos outros, uma sensação de precisar ser carregado e cuidado, angústia frente à possibilidade de ficar só e acessar o próprio vazio, que leva à tendência depressiva, à busca de preenchimento através do outro. Somaticamente envolve a região da boca e pescoço e alude à dificuldade de sustentação, de estar nas suas próprias pernas e na própria coluna. O corpo é macio e colapsado, com fragilidade no tônus de sustentação ou pode enrijecer-se reativamente.

2.1.5 Caráter psicopático

Refere-se à possibilidade de exploração do mundo, identificado com a motivação de poder e domínio, bem como à exigência de ter que ser sempre vencedor. Em essência, carrega a negação dos sentimentos que é o mesmo que a negação das necessidades. Há retenção de energia na vivência narcisista, e pode exercer dois modos de se ter domínio sobre os outros: oprimindo e atormentando ou debilitando por meio de aproximações sedutoras. Relaciona a região do peito e do diafragma, com possibilidade de apresentar a parte superior do corpo como “inflada”, com olhos atentos e desconfiados.

2.1.6 Caráter masoquista

Relativo a questões diferentes acerca da necessidade de exploração, envolve submissão ao controle e aprovação do outro, apesar do lamento e da queixa, bem como do enclausuramento de sentimentos de despeito, de negatividade, hostilidade e superioridade por trás de uma aparente cordialidade. As capacidades de agressão e autoafirmação são bastante reduzidas, com sensação de incapacidade de movimento. As regiões de enrijecimento envolvem abdômen e pélvis, o corpo pode ser curto, grosso e musculoso, com pelos, com projeção da pélvis para frente e achatamento das nádegas.

2.1.7 Caráter rígido

Relativo à necessidade de reconhecer e comunicar o próprio desejo, envolve defesas em relação aos riscos que estes representam na constituição da culpa edípica. Há tendência a posturas rígidas e eretas de orgulho-defensivo, associadas ao medo de ceder, de submeter-se e de ser traído em seu amor, predominando o controle consciente. Apresenta como correlatos psicológicos as atitudes ambiciosas, competitivas e agressivos. Apesar de representar limitações na região do pescoço, do diafragma e da pelve, o corpo revela maior proporcionalidade, harmonia e leveza.

Alguns anos depois, Reich passou a acreditar cada vez mais na existência de uma energia cósmica primordial e que dela surgem, a energia mecânica, massa inorgânica e matéria viva, a qual ele chamou de Orgone (REICH, 1973), uma energia que perpassa todo o cosmos e se expressa em diferentes concentrações, movimento e formas (VOLPI; VOLPI, 2003).

Reich, pela sua visão de mundo e pela maneira de encarar a natureza, aproximou-se da física quântico-relativista e por muitas vezes demonstrou proximidade com a compreensão Transpessoal, pela sua consciência do cosmos e pelas suas ideias de que a verdadeira religião era fundir-se oceanicamente, sem couraças com a dinâmica da energia orgônica universal. Porém, era difícil para Reich a compreensão e apreciação de filosofias espirituais do mundo (GROF, 1987). De acordo com Navarro (1995), “a visão de Reich transcende a dualidade entre o mental do corporal à medida que considera que os processos psíquicos e os processos fisiológicos têm um fundamento e uma base energética comuns”.

Dessa forma, a visão Reichiana aponta para uma nova concepção do ser humano e da realidade, ampliando a percepção do sujeito ao considerá-lo como sendo resultado da sua relação com o mundo ao mesmo tempo em que aprofunda e aumenta sua compreensão do mundo. E vai além, Reich entende esses processos a partir de uma dimensão energética, uma realidade também energética, viva e pulsante (VOLPI; VOLPI apud AMUD, 2002).

Posteriormente, Boadella, estudioso e seguidor de Reich, em seu livro *Correntes da Vida*, descreve o feto, seu processo de crescimento embrionário e questiona sobre a possibilidade da existência de uma memória primitiva muito anterior a que a psicanálise e outras teorias acreditavam. A compreensão da

embriologia é a base da sua abordagem. Dessa forma, questiona-se essa fase em que o organismo cresce mais rápido do que em qualquer outra fase de vida, não deixa marcas? Neste sentido aponta para o fato de que não é preciso limitar a memória ao cérebro.

Além do mais, outras diversas formas de terapia, inclusive as terapias com LSD, trazem evidências de que os padrões de excitação do feto, os sentimentos de prazer e desprazer de alguma forma ficam retidos e podem ser recuperados. Corroborando com isto, pode-se dizer que organismos sem tecido cerebral ou mesmo sem sistema nervoso, podem ter alguma espécie primitiva de memória. Sob a ação do LSD, inúmeras pessoas dizem ter vivenciado memórias uterinas e as relatam, pique só seria possível se existisse alguma forma de memória ainda nesta fase. Esse é fundamentalmente um ponto onde a psicologia corporal se encontra com a Transpessoal, através dos estudos do Grof, cuja vida foi dedicada a compreender a complexidade das memórias perinatais, o que será visto mais adiante neste trabalho.

2.2 A PSICOLOGIA TRANSPESSOAL

À medida que o tempo passa, cientistas contemporâneos têm mostrado cada vez mais, a necessidade de investigar o ser humano de forma mais holística. Estudos sobre física quântica, influência da espiritualidade, a multidimensionalidade humana, com o legado de antigas tradições, têm ajudado a ampliar e aprofundar o entendimento do homem (LATTERZA et al., 1995).

A psicologia transpessoal, considerada como a quarta força da psicologia, busca essa compreensão mais holística do homem, integrando à psicologia as vivências espirituais e as experiências chamadas **transpessoais**, caracterizadas “por um estado de consciência superior, que contém todas as experiências anteriores do indivíduo e prossegue no sentido de conduzir o ser humano em direção à transcendência” (PARIZI, 2006).

A psicologia Transpessoal surgiu no ano de 1967, em um encontro com outros pesquisadores, Maslow e Stanislav Grof – psiquiatra tchecoslovaco, radicado nos EUA e um dos mais importantes teóricos da psicologia transpessoal – têm a oportunidade de se reunir e comparar pesquisas e conclusões sobre os estados ampliados de consciência. Observam, então, que

têm conclusões parecidas e decidem lançar uma nova disciplina, que combinaria ciência e espiritualidade (PARIZI, 2006). O novo movimento atrai muitos seguidores e no mesmo ano é fundada a Associação de Psicologia Transpessoal, que inclui, além de Maslow e Grof, Sutish, Carl Rogers, Victor Frankl e James Fadiman.

A Califórnia foi o berço do movimento transpessoal. O Instituto Esalen, célebre centro de contraculturas, sediou os primeiros encontros. Entre os muitos teóricos de destaque, encontra-se o já citado Stanislav Grof: cientista, psiquiatra, que, como já foi dito antes, tem mais de 50 anos atuando no campo da psicologia, psicoterapia e pesquisa da consciência. Destaca-se por oferecer uma nova visão sobre temas fascinantes: as dimensões da psique e a dinâmica das matrizes perinatais, religião, misticismo e espiritualidade, entre tantos outros.

Em seu livro *Além do Cérebro* (GROF, 1987), demarca, para fins didáticos, quatro níveis ou domínios da psique humana e as experiências correspondentes:

- 1) A barreira sensorial;
- 2) O inconsciente individual (nível psicodinâmico ou biográfico);
- 3) O nível de nascimento e morte (nível perinatal);
- 4) O domínio transpessoal.

Esses níveis são possíveis à maioria das pessoas e podem ser acessados através de sessões com ou sem uso de drogas psicodélicas, em diversas abordagens da psicoterapia experiencial: a respiração (holotrófica), a dança, a música e o trabalho corporal. Podem também ser acessadas através de “técnicas laboratoriais de alteração da mente, como *biofeedback*, privação do sono, isolamento ou sobrecargas sensoriais e vários dispositivos sinestésicos” (GROF, 1987).

2.2.1 A barreira sensorial e o inconsciente individual

Para penetrar nos domínios da mente inconsciente, utiliza-se técnicas que ativam os órgãos sensoriais, mas essas experiências, de natureza mais ou menos abstrata, não têm um significado simbólico pessoal e não levam a uma auto compreensão de si mesmo. Durante o acesso à barreira sensorial:

O material biográfico não é lembrado ou reconstituído na psicoterapia experiencial profunda: ele pode ser, de fato, plenamente revivido. Isso engloba não só emoções, mas também sensações físicas, elementos pictóricos do material envolvido e dados provenientes de outros sentidos. Tipicamente isso acontece quando há uma regressão completa de idade, ao estágio do desenvolvimento relativo à época em que se deu o evento (GROF, ano, 1997p.70).

Quando memórias relevantes são acessadas, elas não emergem separadamente, elas se conectam a outras memórias, cuja carga emocional se assemelha. E a essas conexões de memória Grof denominou-as de sistemas COEX, ou sistemas de experiência condensada. Estes sistemas se referem a diferentes períodos da vida do indivíduo. Para ele, a maioria dos sistemas COEX está dinamicamente ligada a facetas específicas do processo de nascimento.

2.2.2 A dinâmica das matrizes perinatais

O domínio da psique, que vem em seguida ao biográfico rememorativo, possui conexões próximas com o início da vida e seu fim, com nascimento e morte. Para muitas pessoas, acessar este nível significa reviver o trauma do nascimento biológico (o qual já foi denominado de perinatal) e experimentar emoções e sensações físicas de extrema intensidade. “Uma combinação de sensação intensa de confinamento ameaçador, com um esforço desesperado e determinado para se libertar e sobreviver” (GROF, 2015).

Essas experiências podem acessar memórias de vários aspectos do nascimento biológico, além de virem acompanhadas de manifestações físicas possíveis de serem observadas até mesmo por um observador externo. “A experiência de confrontação com o nascimento e a morte parece levar automaticamente a uma abertura espiritual e à descoberta das dimensões místicas da psique e da existência” (GROF, 2015).

Os fenômenos perinatais ocorrem em quatro padrões de experiência distintos, assim como as emoções, sensações físicas e imagens simbólicas que aparecem são específicas de cada uma das fases. Esses quatro padrões citados, se referem a quatro períodos consecutivos do parto biológico (do ventre materno ao nascimento) e são chamados pelo Grof de Matrizes Perinatais (1997, 1987, 2015). “As Matrizes possuem conexões específicas

com memórias pós-natais organizadas em sistemas COEX” (já explicado acima).

MPB I – MATRIZ PERINATAL BÁSICA I

Representa a existência intrauterina antes do início do parto, o “universo amniótico”, onde o feto não tem consciência dos limites intra e extrauterinos. Por isso, essa fase é muitas vezes representada através de sensações agradáveis ou desagradáveis e resultarão em memórias correspondentes a estas sensações. O estado intrauterino tranquilo traz a percepção de falta de obstruções e limites simbolicamente representada por experiências de êxtase oceânico, forma de vida aquática (baleia, peixe, medusa, anêmona ou alga marinha) ou espaço interestelar. Imagens da natureza bela, segura e alimentadora (mãe natureza) são formas simbólicas de representação do estado fetal bem-aventurado. Em seus aspectos positivos, a MPB I se conecta ultimamente com memórias da união simbiótica com o seio materno, positivos sistemas COEX e lembranças de situações associadas com paz de espírito, satisfação, relaxamento e belos cenários naturais (GROF, 1987).

Por sua vez, as perturbações da vida intrauterina (útero mau) nessa fase são concatenadas a imagens e experiências de perigos subaquáticos, rios poluídos, natureza contaminada de insidiosos demônios. Para cada tipo de imagem existe uma relação com um acontecimento intrauterino, seja ele envolvendo influências placentárias tóxicas ou nutrição insuficiente. Pode ser ainda, nos casos de tentativas de aborto, que as imagens relacionadas sejam vivenciadas como um tipo de ameaça universal ou associam-se a sangrentas visões apocalípticas do fim do mundo (GROF, 1997).

Sendo assim, estas experiências podem ser vivenciadas com lembranças dos episódios fetais bem-aventurados, onde há uma predominância de sensações envolvendo dissolução mística de limites ou quando as lembranças forem negativas, por distorção psicótica e pela desintegração de todas as estruturas conhecidas e confiáveis, acompanhadas pelo terror e a paranoia. Como consequência, pode-se entender que os aspectos positivos da matriz perinatal I estão intimamente associados a memórias da união simbiótica com a mãe na amamentação, a sistemas COEX

positivos e lembranças de situações associados com relaxamento, paz, cenas de natureza bela, entre outras. Já os aspectos negativos da MPB I parecem ter ligações com imagens apocalípticas, guerras químicas e outras já citadas, que se traduziriam em sintomas físicos como náuseas, dispepsia e disfunção intestinal.

MPB II – MATRIZ PERINATAL BÁSICA II

Esse estágio se inicia com os primeiros sinais do parto biológico que interrompe a suposta harmonia original e o equilíbrio da existência fetal. Ocorre inicialmente por sinais clínicos alarmantes e também por contrações musculares. À medida em que essa situação se instala, o feto é periodicamente comprimido por espasmos uterinos. Nessa fase, o colo uterino ainda não está dilatado e não é possível a saída do feto e este é alternadamente comprimido pelas contrações. O feto é ameaçado pela falta de oxigênio, resultante da diminuição do fluxo sanguíneo e também da nutrição e calor.

Essa situação remete o feto a sentimentos esmagadores, de ansiedade crescente e à consciência de um perigo vital iminente. Simbolicamente, “a experiência de uma espiral tridimensional, funil ou redemoinho engolindo o sujeito incansavelmente para seu centro, é a característica dessa situação” (GROF, 1997). Como o sujeito não tem como identificar o que está acontecendo, essas memórias, quando são expressadas posteriormente, remetem à sensação de estar sendo engolido por um monstro apavorante, como um dragão, um leviatã, serpente, crocodilo, ou mesmo uma baleia gigante. Aparecem ainda outros temas relacionados a essas memórias, tais como: a descida a um mundo subterrâneo perigoso, reino dos mortos, conjunto de cavernas escuras ou labirinto enganador. Temas mitológicos como a jornada do herói, a queda dos anjos e o paraíso perdido, também são utilizados como forma de representação dessas memórias (GROF, 1997).

Todas essas imagens descritas, ou algumas delas, poderão parecer sem sentido ou sem conexão com o momento vivido pelo feto. Porém, todas elas têm uma profunda lógica experiencial, o sorvedouro, que simboliza um sério perigo para um indivíduo que flutua livremente num ambiente aquático, pois lhe impõe um movimento unidirecional. A situação de ser engolido altera a sensação de liberdade do feto livre no ventre para a sensação de um

confinamento, que ameaça a vida e que equivaleria a sua prisão na abertura pélvica (GROF, 1987)

Dessa forma, quando se estabelece o primeiro estágio clínico do parto, pode-se dizer que, de forma resumida, significa a “experiência de ausência de saída ou inferno” (GROF, 1997): a sensação de estar enjaulado ou aprisionado em um mundo claustrofóbico. A sintomatologia e desenvolvimento da síndrome de pânico tem sua raiz na MPB II segundo os estudos e análises de várias regressões com pacientes acometidos pela síndrome. Assim, a MPB II, “se conecta a sistemas COEX que envolvem situações em que uma vítima passiva e desamparada é submetida a uma força destrutiva subjugadora, sem chance de escapar” (GROF, 1997, p. 97).

III – MATRIZ PERINATAL BÁSICA III

Relaciona-se ao seguinte estágio clínico do parto, onde ainda há contrações uterinas, mas o cervix está dilatado – diferentemente da matriz anterior – e permite a propulsão gradual do feto pelo canal de parto.

Sabe-se, como já foi citado anteriormente, que as contrações reduzem a circulação sanguínea e podem causar sufocamento. Pode acontecer também do cordão umbilical ser curto ou estar em volta do pescoço do feto (enlaçado). Essas duas situações podem vir a ser muito perigosas, no sentido de provocar sufocação. Neste estágio da MPB III, o final do parto pode levar o feto a ter contato íntimo com várias formas de material biológico além do líquido amniótico. Isto inclui sangue, muco, urina ou até mesmo fezes (GROF, 1997).

De um ponto de vista fenomenológico, a MPB III é um padrão experiencial rico e complexo. Na terapia regressiva, ele toma “a forma de uma luta determinada de morte e renascimento” (GROF, 1997, p 85). Esses momentos podem vir representados num nível simbólico por lutas titânicas, experiências sadomasoquistas, intensa excitação sexual, episódios demoníacos, vivências escandalosas e encontro com o fogo. Representações de vulcões, tempestades elétricas, terremotos, maremotos ou furacões podem estar associados a memórias desta fase. Também estão inclusas cenas de guerras ou revoluções e imensas energias tecnologicamente geradas, tais como reatores termonucleares, bombas atômicas, tanques, naves espaciais, imensas energias, foguetes, raios laser e usinas elétricas.

Neste padrão experiencial que é a Matriz Perinatal III, o sujeito não está desamparado, “ele está ativamente envolvido e tem uma sensação de que o sofrimento tem uma direção e objetivos definidos” (GROF, 1997).

MPB IV – MATRIZ PERINATAL BÁSICA IV (A EXPERIÊNCIA DE MORTE-RENASCIMENTO)

Esta Matriz Perinatal está relacionada ao terceiro estágio clínico do parto, o momento real onde acontece a expulsão do feto através do canal de parto e o corte do cordão umbilical. É o final do caminho percorrido onde toda a ansiedade, dor, pressão e tensão sexual cessam para dar lugar a uma súbita sensação de relaxamento. A criança, ao nascer, encontra a luz: seja essa a luz natural do dia ou a artificial da sala de parto. Durante o nascimento, todas as sensações e emoções vivenciadas pelo feto não têm como ser expressas e nem assimiladas psicologicamente. Essas lembranças de vulnerabilidade, inadequação e fraqueza, que são vivenciadas ao nascer, ficam impregnadas nele (GROF, 2015). “No entanto, a morte do ego que precede o renascimento é relacionada à extinção de nossos velhos conceitos acerca de quem somos e como é o mundo, que foram forjados pelas marcas traumáticas do nascimento” (GROF, 2015).

Ao deixarmos emergir à consciência essas “velhas programações”, elas se tornam irrelevantes e de certo modo começam a morrer. É um processo que pode parecer amedrontador, mas que é na verdade muito curativo e transformador. No momento desse processo, quando falta pouco para a conclusão do nascimento e a experiência radical de libertação, uma sensação de ansiedade generalizada e de catástrofe iminente de enormes proporções toma conta de todo nosso ser (GROF, 2015). Para Grof, as sensações que se encontram relacionadas a esse momento se misturam e “sentimos como se estivéssemos perdendo tudo o que somos; ao mesmo tempo, não temos nenhuma ideia do que nos espera do outro lado, nem mesmo se há realmente algo após esse momento”. Por isso, muitos resistem ao processo nesse estágio, e dessa forma, podem permanecer psicologicamente presos neste momento vivencial específico.

Assim, o indivíduo experiencia inicialmente a superação do medo e o enfrentamento do momento pode trazer uma sensação de aniquilação total

com sensações de destruição física, desastre emocional ou condenação espiritual. Em seguida, após a vivência mais difícil, é possível experimentar “visões luminosas de radiação e de beleza sobrenaturais”, que por muitas vezes são consideradas divinas. Neste momento, o indivíduo sente emoções positivas com relação a si mesmo e ao mundo. É uma experiência curativa e transformadora, desde que o nascimento não tenha sido muito debilitador e não tenha sido usada doses muito altas de anestésicos a ponto de provocar perturbações.

2.2.3 A psicoterapia transpessoal

A psicoterapia Transpessoal fundamenta-se nas matrizes perinatais e na correlação delas com alguns comportamentos humanos, entre outras coisas. Assim, na psicoterapia Transpessoal o terapeuta tem como alvo ajudar o cliente a se desidentificar dos problemas e transcende-los, estimulando-o sobre os potenciais dos estados alterados de consciência e sobre as limitações e perigos do apego a modelos e expectativas fixas. Também instrui o paciente sobre a possibilidade do emprego de toda a experiência vital como parte da aprendizagem em busca de sua essência divina.

O objetivo da Psicoterapia Transpessoal inclui os métodos tradicionais, com alívio dos sintomas, mas visa principalmente promover o processo de morte e renascimento do ego, ou seja, transcender o ego proporcionando assim outra dimensão da consciência, onde entra-se em contato com a infinidade do nosso ser. Um dos subprodutos do ego é a nossa autoimagem a qual nos identificamos e ficamos presos sem nos apercebermos das nossas amarras psíquicas, das nossas crenças limitantes, das relações de apego e medos que muitas vezes são frutos de experiências negativas, traumas e imposições as quais nos submetemos e acreditamos que devemos corresponder as expectativas que o mundo nos impõe. Uma vez que não correspondemos a essas exigências e expectativas nos identificamos com uma autoimagem negativa de nós mesmos e entramos num processo de auto destruição.

É imprescindível nos desidentificarmos dessa autoimagem negativa através de um processo de morte e renascimento do ego em busca de nossa essência divina e da consciencia de que somos um ser em evolução. Par a que

isso seja possível é necessário levar o cliente ao eixo experiencial.

As possibilidades de intervenção Terapêutica trabalham com conteúdos sem interpretação levando o indivíduo a experienciar esses conteúdos, senti-los e vivenciá-los, estabelecendo um elo entre eles, trazendo-o para o eixo experiencial.

Além disso, caracterizam-se por uma visão holística do homem e da realidade. As técnicas tendem a salientar a experiência direta, a interação não-verbal e o envolvimento do corpo no processo. Entretanto a rápida mobilização de energia e liberação de blocos emocionais e psicossomáticos, possibilitados por esses métodos revolucionários, inclinam-se a abrir caminhos para experiências perinatais e transpessoais.

O conteúdo destas experiências é tão extraordinário que parece abalar a estrutura conceptual do indivíduo, o sistema básico de curas e a visão do mundo (GROFF, 1987).

As técnicas terapêuticas transpessoais utilizadas na psicoterapia são classificadas em seis grupos ou níveis de intervenção terapêutica. São eles:

1.Nível de intervenção verbal

Representa toda gama de verbalização que facilita estabelecer o vínculo terapêutico.

2. Nível de imaginação ativa

É uma possibilidade do inconsciente, em desenvolver imagens mentais, aparentemente aleatórios, que estão sendo criados e contornados pelas motivações mais profundas dos diferentes níveis do próprio indivíduo. São exercícios que favorecem ao cliente a utilização de imagens e cenários que possibilitam vivenciar experiências, atualizando uma percepção mais ampla da consciência (como exemplo: Técnica de visualização e “jornada da fantasia”).

3.Nível de reorganização simbólica.

São símbolos evocativos que induzem a uma compreensão intuitiva

direta. São técnicas que facilitam a organização de determinados conteúdos numa sequência lógica e adequada, seja a nível psíquico, temporal ou espacial.

É uma modalidade de técnica cujas funções incluem:

- Clarificar e reorganizar metas.
- Criar perspectivas futuras ao individuo.
- Estimular a motivação.
- Despertar para o significado da vida.
- Ampliar a percepção do todo.
- Diagnosticar núcleos de apego.

Entre as técnicas de reorganização simbólica citaremos as principais:]

*Morte e Renascimento do Ego - nesse processo passamos pelo vazio existencial até renascermos para outra condição.

- *Sonho Catártico Diurno.
- *Hot Seat.
- *Morte da Pessoa Amada.
- *O Ser ideal.
- *Auto-imagem.
- *Técnica de visualização.
- *Jornada da fantasia.

Como recursos adjuntos que favorecem um estado mais sereno da mente, a psicoterapia Transpessoal utiliza ainda:

- *Técnica projetiva da mandala.
- *Técnicas de relaxamento.
- *Trabalho corporal.
- *Técnica de concentração.
- *Técnica de meditação.
- *Técnica de contemplação.
- *Técnica de regressão de memória.

4. Nível interativo- etapas do processo terapêutico.

Há um aprofundamento e elaboração de conteúdos trazidos pelo

cliente, através de sete etapas específicas do processo terapêutico:

- 1º – Reconhecimento – é o momento de desconforto, onde não se sabe ao certo o que está acontecendo.
- 2º – Identificação – estimula-se o cliente através da intensificação de sintomas físicos, respiração, emoção e exercícios corporais para que ele possa ir à origem do problema e clarificá-lo. O Psicólogo deixa que o cliente vivencie e sinta até a exaustão até ocorrer a catarse ab-reativa, até alcançar a catarse de integração, que é o sentir-se saindo de uma situação dolorosa e entrando na terceira etapa, a desidentificação.
- 3º – Desidentificação – O cliente pode tomar distância facilitando o desapego e ampliação para a transmutação. Até aqui foi vivenciado o eixo experiencial.
- 4º – Transmutação – Desconexão, percepção de outras possibilidades. É o instante onde percebemos diferentes níveis de consciência interagindo aspectos de sombra e de luz. Do conflito e da solução. O indivíduo elabora, tem insight, como condição para o processo de transformação.
- 5º – Transformação – O indivíduo percebe a situação anterior de conflito de forma diferente. Muda o direcionamento de sua mente, dando-se a elaboração.
- 6º – Elaboração – O indivíduo se sente numa nova etapa. É a presença do eixo evolutivo.
- 7º – Integração – O indivíduo integra todo o processo a situação de vida atual, sentindo-se mais seguro. Determina os próximos passos, com novas percepções.

5. Nível de recursos adjuntos

Engloba recursos complementares que favorecem um estado mais sereno da mente.

- Técnica projetiva do mandala.
- Técnica de relaxamento.
- Trabalho corporal.
- Técnica de concentração.
- Técnica de meditação.
- Técnica de contemplação.

6. Nível de regressão de memória

A regressão de memória é um processo no qual o indivíduo conecta memórias de estágios anteriores como a vida intrauterina. O acesso a estas memórias, ocorre sob estados modificados de consciência de forma espontânea ou induzidos. Isto se dá para entrar em contato com os núcleos traumáticos, no intuito de revivê-los e reintegrá-los de forma positiva no nível pessoal.

2.2.4 A mandala como instrumento de expressão e avaliação do paciente

Joan Kellog, estudiosa no uso terapêutico da mandala, formada em artes plásticas, teve a oportunidade de trabalhar com pintura e colagem com pacientes de dois hospitais e alguns centros de viciados em drogas. Esta experiência a levou a constatações de que elas forneceria mais informações do que se poderia imaginar. Observou assim, que determinadas emoções eram expressas de uma mesma forma, variando nas cores na intensidade e no ritmo da pintura de acordo com o conteúdo a ser expresso. Porém, alguns símbolos se repetiam e com o tempo ela passou a compreendê-los.

Stanislav Grof também utilizou mandalas nos processos terapêuticos que acompanhou, inclusive nos seus experimentos com pacientes utilizando LSD e dessa forma, conversando com eles e analisando centenas e centenas de mandalas, também constatou que elas tinham um significado e uma simbologia que representava muitas vezes memórias de períodos que vão da fecundação ao pós-nascimento, os já falados períodos perinatais. Identificá-los na mandala possibilita trabalhar esses conteúdos de forma a libertar o paciente do aprisionamento inconsciente causado por dificuldades vividas no momento gestacional ou logo após o nascimento.

Assim, a mandala passou a ser um instrumento de grande utilidade no uso terapêutico e no tratamento de pacientes. Podem-se dividir as mandalas em duas categorias: as simétricas que parecem representar apenas o momento presente e as mandalas mais complexas, que tem cores e formas diferentes em cada quarto, freqüentemente elas refletem material consciente e inconsciente que vai se desenvolver com o tempo.

As mudanças notadas ao longo de um período de tempo em uma série de mandalas é que as cores, enquanto conteúdo da consciência, passam da periferia interna para a externa, ou vice-versa. Pode passar também da parte inferior esquerda, o domínio relativamente reprimido, para o pré-consciente na parte superior esquerda, daí para o topo e então para o lado direito e porção inferior. Também a pressão do lápis, a forma de pintar espaços vazios, as cores escolhidas, os símbolos ou objetos ali colocados têm um significado. Aos poucos, para os que trabalhavam com as mandalas, as formas artísticas de expressão do paciente foram se descodificando e foi possível interpretar muito do seu conteúdo. Algumas dessas figuras se encontrarão na descrição das

memórias que lembram a fase uterina, o aspiral ou sorvedouro, é um exemplo disso, ele é uma lembrança da matriz perinatal II e vários outros exemplos poderiam ser dados, mas para uma maior objetividade do trabalho, esses aspectos serão comentados quando do estudo de caso mais detalhado.

Dessa forma, a mandala age como um catalisador sobre o próprio organismo, proporcionando o despertar de emoções e pensamentos. A informação coligada vem por influência, à medida que um indivíduo se abre para os dados que entram via esse meio de comunicação, ele vem a conhecer pensamentos e sentimentos que se encontram no pré-consciente e ainda não foram percebidos pelo paciente até o momento que ele expressa através da mandala. A mandala é um instrumento de projeção.

3 A CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo está sendo realizado como trabalho de conclusão do curso de psicologia. Entre as diversas atividades exigidas nos 9º e 10º períodos do curso de psicologia está o estágio curricular obrigatório. Essa é uma oportunidade para o estudante de vivenciar a prática dos conhecimentos teóricos estudados durante os 5 anos da graduação em Psicologia.

De acordo com as prerrogativas do estágio, desenvolverei atividades práticas semanais como estagiária de psicologia. Estas atividades em atendimentos nas clínicas integradas do UNI-RN, sob a supervisão da professora M.Sc. Acácia de Brito Coelho a coordenação da professora Mariana Cella, coordenadora do estágio profissionalizante.

As Clínicas Integradas do UNI-RN dispõem de serviços de atendimento em psicologia, de forma interdisciplinar, voltados para a comunidade. Ainda, outros cursos como nutrição, fisioterapia, enfermagem e educação física agregam ao serviço prestado. Há, também, extensões, cursos e projetos voltados para esses cursos. A população favorecida é, em sua grande parte, constituída por alunos e usuários que fazem das Clínicas uma opção. O SUS é, em muitos casos, a outra opção.

Em psicologia, fazem parte dos serviços avaliações psicológicas, utilizando-se de testes e psicodiagnósticos. Ainda, são desenvolvidas práticas psicológicas grupais ou individuais destinadas a crianças, em salas de ludoterapia, e também para adolescentes, adultos e idosos. O horário de funcionamento é segunda a sexta, das 7h até às 21h, sendo cobrados valores sociais adaptadas à renda dos pacientes. A Assistência Social das Clínicas atua nesse ponto. Durante o estágio, as atividades serão supervisionadas pela professora Ma. Acácia de Brito Coelho. A coordenação das Clínicas Integradas é feita pela professora Geórgia Filomena Baetta Neves.

A prática de estágio de psicologia ocorrerá unicamente nas Clínicas Integradas e no período no período de abril de 2017 até dezembro de 2017. Duas modalidades de atividades serão feitas. Haverá plantão psicológico e atendimento psicoterápico contínuo. O plantão será semanal. Nessa modalidade, o estagiário estará disponível durante duas horas para possíveis demandas. Já pela segunda modalidade serão atendidos, semanalmente, entre 1 e 3 pacientes, dispondo de sessões de cinquenta minutos.

Para nortear o atendimento psicoterapêutico, diante da diversidade de perspectivas teóricas existentes, foi escolhida a Psicoterapia corporal associada às técnicas da psicologia Transpessoal. Percebe-se que no referencial teórico essas duas abordagens compartilham de aspectos teóricos e práticos. Sabe-se que autores NeoReichianos como David Boadela falam da transcendência humana e da energia cósmica que nos envolve e utilizam também a teoria sobre as matrizes perinatais e o uso de mandalas. Portanto, essas abordagens se encontram em vários pontos em comum.

Pensando assim, objetiva-se o atendimento psicoterápico de uma paciente da Clínica Integrada do UNI-RN, enfatizando a abordagem corporal. Mas, ao mesmo tempo, utilizando teorias e técnicas como os desenhos de mandalas para melhor compreensão dos processos resultantes do período que rodeia o nascimento e que podem ser expressos inconscientemente através do uso artístico da mandala como forma de expressão destas memórias perinatais.

O caso que tem mostrado possibilidades de ser o escolhido para este estudo é o de uma paciente de 24 anos, com tendência depressiva, transtornos alimentares e síndrome do pânico. Alguns destes sintomas correlacionam-se com problemas decorrentes da matriz perinatal II e por isso mesmo aponta para o tema proposto.

4 METODOLOGIA

Este trabalho será realizado através de um estudo de caso de uma paciente das Clínicas Integradas do UNI/RN. A paciente tem sessões semanais de psicoterapia com durabilidade de 50 minutos cada tendo iniciado as sessões no mês de abril e o tratamento deverá se encerrar em novembro/2017. Ao longo das sessões, no momento que a terapeuta achar oportuno, será pedido à paciente que desenhe uma mandala como uma forma de expressar o que sente e como é o objetivo maior, captar o seu inconsciente. Para realização dessa atividade é necessário ter coleção de lápis de cor do tipo pastel e papéis brancos quadrados de 45x45 cm com um círculo desenhado no meio.

Posteriormente os desenhos serão analisados juntamente com o conteúdo das sessões para auxiliar no tratamento da paciente.

5 RESULTADOS ESPERADOS

Oportunizar ao paciente o acesso a conteúdos inconscientes e consequentemente ter a possibilidade de resgatá-los e reintegrá-los se libertando das suas amarras, é sem dúvida extremamente compensador. É que se espera do trabalho psicoterápico utilizando as mandalas como uma técnica projetiva.

6 ESTUDO DE CASO

6.1 HISTÓRICO (O CASO CLARA)

“Clara” procurou a psicoterapia da Clínica Escola –UNI-RN e está em tratamento desde abril/ 2017. É feminina, solteira, tem 24 anos e está a quase cinco meses em processo terapêutico.

Inicialmente vale ressaltar que Clara é o nome fictício da cliente, foi escolhido porque ela é loura, com a pele clara e sempre usava um batom bem vermelho, apesar de se dizer tímida, o que destacava ainda mais sua cor de pele. Ressaltava também, seus conflitos internos, pois era uma pessoa que queria ser outra, como veremos na descrição do caso.

Sua principal queixa são problemas de saúde que não têm uma explicação biomédica e que os próprios médicos sugeriram que teriam um fundo emocional, ou seja, seriam somatizações de questões psíquicas que se refletiam em seu corpo. Sente-se constantemente mal com palpitações (taquicardia), falta de ar, tremores, dor de estômago e fraqueza. Já havia consultado dois cardiologistas e feito exames diversos com resultados normais. Relata que desde criança sempre que ficava nervosa já sentia isto. Não dorme bem e tem pesadelos constantes, mas não os descreve, alega que não lembra. Diz que por várias vezes acorda no meio da noite com palpitações. Ainda na infância já sentia uma certa melancolia, uma tristeza sem explicação que segundo ela própria, acha que é depressão.

Apresenta também sintomas de transtorno alimentar com episódios de perda brusca e acentuada de peso e outros sintomas inversos quando contabiliza intenso ganho de massa corporal em curtos intervalos de tempo.

Quando estava no pré-vestibular, engordou 10k em poucos meses e após iniciar o curso de farmácia na UFRN, engordou mais dez quilos. Quando está ansiosa gosta de comer “bagana”, como ela mesma fala. Posteriormente a paciente relata que foi sua insegurança, melhor dizendo, que foi o fato de não se sentir capaz de dar conta da Universidade que a fez comer compulsivamente.

A família é por demais tumultuada. Seu pai já tinha duas famílias anteriores à sua, tendo 7 filhos na primeira família, 5 filhos na segunda família e 7 filhos com a sua mãe, destes, a maioria brigados entre si, sendo ela a

caçula de todos. Sua gravidez não foi planejada, porém o parto foi normal, sem grande intercorrências. Sua mãe conta que no oitavo mês da sua gestação, presenciou o marido trazer para casa um homem que supostamente teria cometido um roubo e seu marido e um dos filhos de outro casamento o espancaram enquanto ela aterrorizada escutava tudo, inclusive o homem dizer o tempo inteiro que era inocente. Diz que teve muito medo dessa situação, que este foi um fato marcante durante a gravidez de Clara. A paciente mamou pouco, pois segundo sua mãe, em um determinado momento ela não quis mais.

Quando criança, demorou no controle dos esfínteres, tendo tido episódios de enurese noturna até cerca dos seis anos.

Seu pai era 30 anos mais velho que sua mãe e faleceu quando Clara tinha doze anos. Ela diz que se relacionava bem com o pai, que desde bebê dormia no quarto do casal e que sua mãe relata que usualmente o seu genitor a retirava do berço para que dormisse na cama entre eles. Tem uma boa lembrança do pai, embora a mãe e os irmãos não gostassem dele. A morte dele ocorreu em um final de semana em que estava na casa de um filho de outro casamento. Como havia certa rivalidade entre as famílias, a família da paciente só soube do falecimento do pai, uma semana depois do ocorrido porque um vizinho soube do fato e contou para sua mãe. Sendo assim, não pode participar de nenhum dos rituais que marcam o momento de perda de um ente querido. Não pode sequer se despedir, o que para ela foi algo muito difícil.

Na adolescência, sofreu bullying na escola. No ano da morte do pai, fez uma nova amizade no seu colégio e posteriormente foi perseguida e ridicularizada por essa falsa amiga que a apelidou, chamando-a de “gonorreia”, denegrindo-a e chegou inclusive a atacá-la fisicamente. Quanto ao apelido diz que sequer sabia o seu significado, que teve que pesquisar a respeito, mas ao falar sobre isto, parece acessar resistências e por isso, não se detém muito na sua fala. Depois da agressão física, teve dificuldades de ir à escola precisando que a mãe a levasse por inúmeras vezes e devido a isto, até hoje não consegue confiar nas pessoas. Relata que esse foi um episódio marcante em sua vida e que a partir daí se fechou em si mesma não conseguindo se relacionar bem com as pessoas, o que resultou em uma baixa autoestima.

Sua vida amorosa também não é satisfatória. Aos 14 anos, tinha tido alguns breves relacionamentos quando então começou a namorar o seu atual

noivo. Dez anos de relacionamento se passaram e ela não o ama, tendo já se apaixonado mais de uma vez por outros, inclusive tido um caso rápido com um deles, mas que terminou por causa da desconfiança do noivo, na época ainda seu namorado. Depois disso, a relação ficou tumultuada pela insegurança dele que passou a ter ciúmes e pela insatisfação dela em se manter em um relacionamento simplesmente por achar que não é capaz de ter outra pessoa que a ame como ele. Esta é uma forte crença em sua vida: acha que “é uma pessoa difícil e cheia de defeitos e que ninguém mais a irá querer...” por isso, não consegue acabar seu relacionamento com o noivo e nem ser feliz com ele. De todas as queixas citadas, esta é a que parece incomodá-la mais nos dias de hoje.

Sobre isso, relata em sessões subseqüentes que há uns dois anos atrás conseguiu um emprego em um CallCenter e lá se apaixonou por um colega de trabalho. Tiveram um pequeno caso de amor, mas os dois já tinham compromisso. Nesse período o namorado percebeu o que estava acontecendo e ela tentou ser sincera e dizer que tinha se apaixonado por outra pessoa, mas depois retificou o que disse e continuou o namoro. Depois disso seu namorado se tornou ciumento e passaram a brigar muito. Sente muita culpa pelo que fez, diz de forma reticente que não contou toda a verdade para ele referindo-se ao nível de intimidade que teve com o outro. Isso também a incomoda.

A paciente conta que neste período crítico, um dia quando estava no trabalho comprou uma coxinha de galinha, comeu e passou mal. Teve uma infecção intestinal e após isso, passou a ter dificuldades ou mesmo a não comer certos alimentos, frango foi um deles. A partir daí começou a perder peso e em uns três meses perdeu 23 quilos. Hoje pesa 45 quilos. Nas primeiras sessões sempre falava que não conseguia comer quase nada, comia apenas biscoito e cream crackers. Tinha dificuldades em ir para as aulas devido a fraqueza que sentia.

Ainda relacionado à alimentação a paciente relembra que quando tinha por volta dos oito ou nove anos de idade, assistiu uma reportagem na TV que falava sobre alguém que tinha se engasgado com pão e tinha morrido por isso. Depois disso passou a ter muito receio de se alimentar e quase não comia nada, chegou a ter uma pneumonia e tinha medo até de tomar o remédio. Sua mãe, preocupada com o problema, tão logo ela se recuperou da pneumonia a mandou passar uns dias no interior, na casa da avó e lá, “aos poucos foi se

esquecendo disso”.

Ao que parece, sua ingestão é hora compulsiva, hora ameaçadora e certamente à remete a vivências primitivas onde a ingestão nutricional pode acessarsituações de conteúdos de morte, aniquiladoras. Em outro momento, conta que “ tem algumas manias” como lavar várias vezes as mãos (umas 6 vezes)antes de preparar algum alimento para comer, diz que tem medo de infecção. Acrescenta que tem pensamentos obsessivos nestes momentos.

Ao longo do processo terapêutico, consultou uma nutricionista e começou a caminhar como forma de atividade física. Recentemente, apesar de muitas vezes não se sentir capaz, concluiu em julho o curso de Enfermagem e conseguiu um emprego na UNP.

6.2 A DIMENSÃO HUMANA E SUAS NUANCES CORPORAIS E TRANSPessoais

Desde a primeira vez que Clara entrou no consultório, seus gestos, seu corpo longo e esguio, pareciam sem energia e sem expressão. Seu pescoço também é longo. Tem uma fragilidade aparente e mesmo quando caminha, parece precisar de apoio e cuidado. A falta de energia parece ser maior na parte inferior do tórax. Seu quadril é contraído e voltado para frente. Seu olhar tem pouco contato com a terapeuta, fala a maior parte das vezes, olhando em diagonal, um olhar desviante. Sua respiração é fraca, e ela se queixa inclusive de fraqueza.

Como já foi dito anteriormente neste trabalho, para Alexander Lowen, as estruturas de caráter aparecem correlacionadas ao desenvolvimento infantil e à fase em que ocorreu um problema. Dependendo do acontecimento, acarretará um distúrbio e conseqüentemente resultará em uma forma de caráter. Situações de forte rejeição da mãe ao feto nos primeiros meses de vida poderão resultar no caráter esquizoide. Por sua vez, na primeira infância até os doze meses, a nutrição inadequada e a falta de contato íntimo com a mãe poderão resultar em determinadas características do caráter oral. A paciente apresenta caracteriologias que remetem a estas faltas ocasionadas na primeira fase da vida..

Os caráteresquizoide e o oral têm como fator histórico, uma rejeição da mãe à criança logo no início da vida, acarretando fraqueza, dependência dos

outros, agressividade precária, sensação de precisar ser carregado, apoiado e cuidado. Neste momento, parece que a descrição se encaixa perfeitamente na paciente. É também comum o disfarce destes sentimentos em atitudes compensatórias e não há como não se lembrar do pequeno exemplo do batom muito vermelho que usa se contrapondo a toda falta de energia que se percebe. A impressão que a terapeuta tem é que seu uso parece ter a intenção de compensar sua aparência apática com um elemento de cor forte como se assim pudesse energeticamente se equilibrar. Além do mais, sua oralidade tem na boca um forte significado, comer é preencher um vazio existencial.

Em uma das sessões iniciais, foi utilizada a técnica dos desenhos projetivos como forma de melhor conhecer a paciente. Assim, foi-lhe pedido que desenhasse uma figura humana (anexo A) e logo após, que desenhasse sua família (anexo B). Clara desenhou a si mesma, o desenho inclusive lembra realmente ela. A cabeça é desproporcional ao corpo, muito grande, característica do esquizóide que privilegia o intelecto. O pescoço é longo e fino que também é um traço caracterológico. Os olhos parecem tristes com destaque para a boca grande, grossa e bem vermelha marcando sua oralidade. Seu peito é estreito como se tivesse medo de mostrar o coração. As mãos estão para trás o que nos remete a pensar que não quer contato afetivo. O olhar está focado para frente e os pés estão voltados para os lados, desconectados. Não há chão, seu desenho não tem sequer uma linha abaixo dos pés, falta-lhe estruturação, dados de realidade.

Ao desenhar sua família, Clara não se inclui. Ao ser questionada sobre onde ela se encontra no desenho, responde que não está porque entendeu que era para desenhar sua família. A terapeuta questiona se ela não faz parte da família? Chora contida e reconhece que não se sente pertencente a ela. É provável que haja sentimentos de rejeição, de inferioridade, desejo de afastar-se ou falta de afetividade. O desenho mostra os membros da família voltados para frente, primeiro seu pai, o maior de todos, com a cabeça grande e com roupas exatamente da mesma cor das suas no desenho individual, o que parece demarcar uma conexão entre os dois. Em seguida vêm dois irmãos, a mãe e os outros irmãos. Não há chão no desenho, sua família, como parece, não lhe inspira segurança, não tem bases.

Sua queixa principal, como já foi dito, eram questões de saúde, palpitações, tremores e fraqueza. Tinha também dificuldades de se alimentar e

ao longo do processo terapêutico, contou sobre o noivo e que não o amava. Contou também sobre seu interesse por outros rapazes. Parece que simbolicamente a paciente não agüentava mais engolir esta situação, daí seu transtorno alimentar. Em certo momento da terapia, foi-lhe perguntado o que era que ela não conseguia engolir? Seria seu noivado? Ela concorda que os aspectos acima estão correlacionados porém, é importante deixar claro que seu transtorno alimentar vem da infância, o que apresenta agora é tão somente uma atualização de momentos vividos anteriormente, que retratam situações primárias de amor e desamor e que no presente são agora representadas pela sua relação com seu noivo.

À medida que o tratamento psicoterápico avançava, Clara apresentava melhoras na alimentação, procurou uma nutricionista e passou a se esforçar para fazer corretamente a dieta prescrita. Aos poucos, também deixou mais de se queixar de fraqueza e das palpitações. Alternava alguns momentos de melhora, embora ainda, de vez em quando se queixasse destes aspectos, mas de forma mais leve.

Concluiu o curso de enfermagem, como já foi comentado e conseguiu um emprego na UNP. De maneira geral, parecia melhor, porém havia uma insatisfação constante com sua autoestima e isso a deixava emperrada neste ponto.

Além das questões que inicialmente se queixou, havia uma que parecia ter sido determinante em sua vida, um de seus relatos mais importante foi sobre o bullying sofrido na escola e o quanto isso a marcou. Por diversas vezes nas sessões falava sobre esta situação e o como isso foi determinante na sua vida e como se refletia na sua forma de ser nos dias de hoje. Falava que depois disso passou a não confiar mais nas pessoas, a ter dificuldade de lidar com elas e teve sua autoestima diminuída. Isso, inclusive, pode ser visto ao ser analisada uma de suas mandalas feita no momento em que se sentia muito incomodada com sua autoestima e que reclamava de dificuldade de se relacionar com as pessoas. Foi-lhe pedido que fizesse o desenho pensando nestes sentimentos que a incomodavam.

Esta mandala, teste projetivo descrito anteriormente (anexo “C”) foi feita logo depois da sessão em que a paciente se queixa dessa questão. Ao receber o papel para fazer a mandala, Clara inicialmente pega o lápis pastel preto e circunda toda a circunferência previamente existente no papel do

desenho e com este gesto, sinaliza perfeitamente que está voltada para si mesma e que há uma barreira entre ela e sua forma de se relacionar com as pessoas, pois é exatamente este o significado da circunferência no meio do papel da mandala, o que está dentro do círculo é o aspecto mais pessoal e o que está em volta do círculo é a relação com o mundo. Seu gesto delimita estes dois espaços. Depois, ao redor da circunferência preta, contorna-a de amarelo. Dentro do círculo desenha um mar revolto, uma montanha e uma pessoa no ponto mais alto da montanha, no cume, ela com a boca vermelha, sorrindo. Seu corpo está ligeiramente inclinado para baixo, e ela olhando para frente, de braços abertos. À esquerda, no alto da circunferência, um sol. Pode-se dizer que há indícios de Matriz Perinatal IV, pois ela parece estar saindo de uma situação para outra, parece querer renascer. Parece querer uma nova autoimagem. O desenho de si mesma como se fosse cair do alto, remete ao parto onde a criança ao sair do ventre da mãe, tem a sensação de queda. Sinaliza que o processo terapêutico está trabalhando no seu nível biográfico, mas atingindo questões mais profundas, perinatais. O amarelo na borda do círculo remete ao nascimento, à luz, que é um forte símbolo desenhado por pessoas com memórias desta fase, a fase do nascimento, onde a criança sai da escuridão para a claridade. Além dessas questões mais relevantes, pode-se pensar, pelo mar revolto, em questões relacionadas à transição de MPB II para MPB III, e as questões relacionadas a dificuldades com a figura materna e também com o feminino, já que foi traída e agredida por uma amiga na infância. Fora do círculo, há corações e estrelas salpicados demonstrando uma necessidade de ser socialmente aceita.

Logo após esta sessão, ficou muito evidente que a paciente necessitava fazer um trabalho focado neste momento do bullying, pois este fato foi por demais marcante em sua vida e parece ter lhe bloqueado em sua vivacidade e no seu contato com o mundo. Além do mais foi por diversas vezes citado por ela própria como uma situação que a modificou muito, em sua fala, ela própria diz "... Eu nunca mais fui a mesma depois disto...". E cita exemplos do seu dia a dia, conta que se estiver em um ônibus e não souber onde é o caminho, não pergunta, "... não confia em ninguém até que a pessoa prove que merece confiança..." , "...que acha que é assim desde o episódio do colégio..."

Para Boadella e Stanislav Grof as memórias humanas se iniciam na fase uterina inclusive antes da formação cerebral, pois, até mesmo organismos

sem cérebro têm algum tipo de memória. Sobre isso, Boadella e David (1992, p. 36), fala o seguinte:

[...] não precisamos limitar a memória ao cérebro. Organismos sem tecido cerebral ou sistema nervoso também têm experiências. Eles são sensíveis: dão resposta ao meio ambiente e atuam sobre ele. Mesmo células individuais parecem ter algum sistema primitivo de memória de um passado orgânico.

Para ambos os autores, essas memórias podem ser acessadas através de técnicas específicas que auxiliam este processo de aprofundamento. Para Stanislav Grof, que pesquisou por quase trinta anos o uso do LSD em pacientes e voluntários de suas pesquisas, sua descobertas confirmam a existência de memórias perinatais. Assim falou ele:

Observações clínicas na psicoterapia com LSD sugerem que o inconsciente humano abriga reservatórios ou matizes, cuja ativação leva ao reviver do nascimento biológico e a uma profunda confrontação com a morte.

Na experiência perinatal o sujeito do LSD pode reviver elementos de seu nascimento biológico em toda a sua complexidade e, às vezes com espantosos detalhes objetivamente verificáveis.

A psicologia Transpessoal tem técnicas e estratégias terapêuticas a serem utilizadas e que podem acessar diferentes níveis de consciência. Uma delas se chama “Jornada da Fantasia” onde o paciente é induzido a imaginar uma situação dolorosa como se ela estivesse acontecendo no tempo presente. É uma técnica experiencial, onde o paciente pode ser levado a um nível de consciência mais profundo. Para o Grof (1987, p.70):

Há apenas uma condição para tal eventualidade: o problema deve ser de suficiente relevância emocional. Isso representa uma enorme vantagem da psicoterapia experiencial sobre os enfoques verbais predominantes. As técnicas que ativam o inconsciente de modo direto parecem reforçar seletivamente o material emocional mais relevante e facilitar sua emergência na consciência”.

Assim, na sessão seguinte, Clara é convidada a permitir a utilização da técnica. Será uma sessão de uma hora e meia para facilitar a aplicação das técnicas e ao mesmo tempo compensar algumas faltas. Após uma breve explicação sobre a dinâmica, ela concorda. A terapeuta pede para que deite no colchão e feche os olhos. Ela deita colocando os braços em volta da cintura, como se estivesse se protegendo, as pernas ficaram flexionadas e os joelhos

juntos um do outro. Para que relaxasse melhor, foi solicitado que soltasse pernas e braços e procurasse a posição onde estivesse sem tensionamentos. Ela cedeu aos poucos, e para surpresa da terapeuta, ela foi se entregando à dinâmica!

Em seguida é feito um relaxamento mais profundo e só então o problema é ativado. Ela é levada a voltar suas lembranças para o dia mais difícil na escola, o dia em que ela, aos doze anos de idade, após ser traída por sua melhor amiga, é inclusive agredida fisicamente por ela. A terapeuta então solicita que Clara descreva o fato no tempo presente. Ela relata entre outras coisas, que estava na escola e que foi beber água e que neste momento a ex-amiga a atacou por trás. Diz ainda que enquanto ela lhe batia, só tentava se defender. A situação só parou ao chegar alguém responsável pela escola. A terapeuta pede a Clara que descreva o que sente, em que parte do corpo? Sente tristeza no peito, e na garganta. O que ela gostaria de falar para a ex-amiga? Responde (chorando contida), que gostaria de saber porque fez isso com ela? Diz que não compreende o que houve, que era verdadeiramente sua amiga... A terapeuta a instiga a dizer mais, sentir mais, ir ao extremo da situação e ao final pede para que diga o que sente e ela diz ter compaixão por aquela que tudo isso lhe causou...

Sobre a experiência de acessar o material biográfico e vivenciá-lo de forma mais intensa, o Grof (1987, p.70) comenta que:

De modo geral, o material biográfico que emerge em trabalhos experieciais concordes com a teoria freudiana ou uma de suas derivadas. Entretanto, há muitas diferenças significativas. O material biográfico não é lembrado ou reconstruído na psicoterapia experiencial profunda; ele pode ser de fato revivido. Isso engloba não só emoções, mas sensações físicas, elementos pictóricos do material envolvido e dados provenientes de outros sentidos. Tipicamente isso acontece quando há uma regressão completa de idade ao estágio de desenvolvimento relativo à época que se deu o evento (GROF, 1980, p. 70).

Em seguida, a paciente é levada a se ver adulta olhando para sua criança ferida, sua autoimagem psicológica que foi afetada na infância no momento do trauma e cujo acontecimento de dor, raiva e frustração foi integrado à Clara e ela carregava estes sentimentos até o momento. Após esse encontro visual de Clara e sua criança ferida, e assim, sentir o que ela sente, Clara é levada então, a olhar para ela e dizer em voz alta: “ agora você não

precisa ter medo, eu cresci, eu vou cuidar de você!” Por três vezes ela repete emocionada a frase. Logo após, é feito um relaxamento de pacificação interior onde clara é levada a imaginar uma luz dourada entrando pelo topo da sua cabeça e percorrendo todo o seu corpo, dissipando seus medos, seus temores, suas tristezas e ao mesmo tempo, preenchendo-a de luz, de calor, aconchego, paz, serenidade, confiança e a sensação plena de que ela é capaz de cuidar de si mesma. Então a dinâmica se encerra e a paciente, lentamente, no seu tempo, levanta. Diz que está bem, muito bem. Para confirmar sua sensação e facilitar a integração da dinâmica é solicitado que faça uma mandala.

Sua mandala (anexo D) é um grande sol sorrindo que ocupa todo o papel e entre seus raios, está cheio de palavras como: compaixão, amor, saúde, alegria, companheirismo, solidariedade, amizade e paz.

A sessão é encerrada com a certeza de que Clara está muito bem, ela sai sorrindo do consultório como ainda não tinha sido visto antes.

A mandala retrata o inconsciente no momento em que é feita, expressa a relação do que é trazido no momento presente e as memórias correlacionadas, chamadas de COEX((Sistema de Experiências Condensadas) formadas desde o nível perinatal. Para Stanislav Grof(2000, p 37) situações que fazem com que vivências perinatais sejam reforçadas por outras posteriores ao parto, vão se inter-relacionar formando o que ele chamou de COEX:

A COEX (Sistema de Experiências Condensadas), consiste em memórias com carga emocional semelhante, porém vivenciadas em diferentes períodos da vida. Assemelham-se pela qualidade da emoção ou sensação física que compartilham em comum. Cada COEX tem um tema básico que permeia todas as suas camadas e que representa seu denominador comum.

Na hora em que o nível perinatal é ativado o paciente é levado a tratar por ressonância as COEX que existem no momento presente. O trabalho perinatal é o trabalho mais profundo que existe. Então se na mandala é acessada uma questão perinatal, ao ser trabalhada esta questão perinatal, as outras subsequentes são tratadas por ressonância. Melhor dizendo, se a paciente tem uma questão emergente, esta questão certamente está relacionada a uma questão mais profunda, no nível perinatal e os sentimentos envolvidos na questão, ao serem tratados neste nível, consequentemente

serão tratados os outros sentimentos que se assemelham ao original.

Então é provável que Clara já tivesse experimentado sentimentos de rejeição desde o ventre da mãe. Sua gravidez não havia sido planejada, seu pai já tinha duas outras famílias e muitos filhos anteriores e sua mãe não tinha um bom relacionamento com ele. Esses fatores levam a pensar que a paciente já havia tido contato com este sentimento. Posteriormente em sua vida, outras situações aconteceram reforçando suas sensações de rejeição. A situação do bullying lhe remete inconscientemente a vivenciar mais uma vez este sentimento, sua amiga a rejeita, a exclui. Essa conexão entre um sentimento do passado e um sentimento do presente, interligados por uma mesma sensação, vai ressoar forte na paciente. Cada vez que se sente excluída em uma determinada situação, sentirá essa emoção emergir com mais força do que ela mesma espera.

Pode-se imaginar que ao acessar essas sensações ao longo da sua vida, cada vez mais elas eram reforçadas e ficavam marcadas dentro de si, de maneira que em outras situações da sua existência ela também se sentisse presa, pois o medo da rejeição a assombrava.

Então, a paciente, ao ter a oportunidade de trabalhar sua criança ferida, seus sentimentos de rejeição pode compreender que cresceu, que agora pode cuidar de si mesma sozinha. Nas sessões seguintes, Clara demonstra que se sentiu muito aliviada a partir da técnica meditativa e foi levada pela terapeuta a observar outros desdobramentos destas emoções ao longo da sua vida, especialmente quando acessar os mesmos sentimentos e puder perceber que já não é mais uma criança indefesa. É possível que Clara possa libertar-se de suas mais fortes amarras: a sensação de que não pode fazer muitas escolhas na sua vida afetiva e que deve se contentar em viver com alguém mesmo que não o ame. Clara renasceu! Sua compreensão sobre ela mesma se ampliou, agora poderá amar e ser amada de forma mais livre.

Clara deverá levar esse aprendizado ao longo do seu caminho pois agora que sua percepção de si mesma foi ampliada, poderá perceber mais e mais sobre sua pessoa e dar continuidade ao seu processo de auto conhecimento o que com certeza será extremamente recompensador.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca pela compreensão do ser humano é interminável e por isso mesmo tão fascinante. Poder entender ao menos um pouco dessa imensidão que é a complexidade das emoções que compõe a psique, já é por demais gratificante e a experiência de estágio na Clínica Integrada da UNI/RN possibilitou este aprendizado.

Dessa forma, o trabalho realizado propôs, a partir de uma interface entre a Psicologia Corporal e a Transpessoal, mostrar uma visão mais ampla e mais eclética do caso, onde o importante é que se possa alcançar uma maior compreensão sobre o (a) paciente para consequentemente poder melhor ajudá-lo (a).

Assim, a Psicologia Corporal possibilitou uma análise do caráter da paciente, o que foi muito relevante para sua compreensão, assim como foi valoroso o reconhecimento de que ambas as correntes teóricas, na figura de seus expoentes, Boadella e o Grof, convergem ao acreditar que existe memória na fase uterina e que essas memórias podem ser acessadas através de algumas técnicas específicas. Estas técnicas experienciais possibilitam ao paciente vivenciar um acontecimento marcante e resignificá-lo. Foi o que aconteceu com a paciente e que provavelmente reverberará ao longo da sua vida quando posteriormente acessar os sentimentos já trabalhados.

Devido às limitações de tempo impostas pelo término do semestre, outras questões da paciente não puderam ser trabalhadas, mas foi dado um significativo impulso para que ela continue na sua busca de si mesma e de sua felicidade.

REFERÊNCIAS

- BERTOLUCCI, Eliana. **Psicologia do sagrado**. São Paulo, Ágora, 1991.
- BOADELLA, D. **O que é Biossíntese?** Energy and Character, Heiden, v. 17/2, ago. 1996.
- BOADELLA, D. **Nos Caminhos de Reich**. São Paulo: Summus, 1985.
- BOADELLA, DAVID. **Correntes da vida**: uma introdução à biossíntese. São Paulo: Summus. 1992.
- FERREIRA, A. L. SILVA, Sidney Carlos Rocha da; SILVA, Silas Carlos Rocha da. **Psicologia Transpessoal**: histórias conquistas e desafios. Recife: UFPE, 2016.
- GROF, S. **Lsdpsychotherapy**. Pomona: Hunter House.(1980).
- GROF, S. **A aventura da autodescoberta**. São Paulo: Summus, 1997.
- GROF, S. **Além do cérebro**: nascimento, morte e transcendência em psicoterapia. São Paulo: McGraw-Hill, 1987.
- GROF, S. **Quando o impossível acontece**: historias extraordinárias que desafiam a ciência. Rio de Janeiro: Heresis, 2007.
- GROF, S.; BENNETT, H. **A mente holotrópica**: novos conceitos sobre psicologia e pesquisa da consciência. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.
- GROF, S; GROF, C. **Respiração Holotrópica**: uma nova abordagem de autoexploração e terapia. Rio de Janeiro: Capivara, 2011.
- GROF, Stanislav. **Cura profunda**: a perspectiva holotópica. Rio de Janeiro: Numina, 2015.
- GROF, Stanislav. **Psicologia do futuro**. Niterói: Heresis, 2000.
- LATTERZA, A. R. et al. **Tratamento nutricional dos transtornos**

alimentares.Revista de Psiquiatria Clínica, v. 31, n. 4, p. 173-176, 2004.

LOWEN, A. **O Corpo em terapia:** a abordagem bioenergética. São Paulo: Summus, 1977.

KELLOG, J. Mandala: Caminho de Beleza (Apostila).

MATOS, Léo. **Corpo e mente:** práticas para atingir o equilíbrio perfeito. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

NAVARRO, F. **Asomatopsicodinâmica** –Sistematicareichiana da patologia e da clínica médica. São Paulo: Summus, 1995.

OLIVEIRA JÚNIOR Wellington Roriz; HUR Domenico Uhng. A integração corpo/psiquismo e o desenvolvimento do conceito de caráter em Freud, Reich e Lowen. In: CONGRESSO BRASILEIRO e ENCONTRO PARANAENSE DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, XX, 2015. **Anais...** Curitiba: Centro Reichiano, 2015. Disponível em: <www.centroreichiano.com.br/artigos_anais_congressos.htm>. Acesso em: 6 nov. 2017.

PARIZZI, Maria Betânia. **O Canto espontâneo da criança de zero a seis anos:** dos balbucios às canções transcendentais. Revista da ABEM n. 15, out, 2006.

REICH W. **Análise do Caráter.** São Paulo: Martins Fontes, 2004.

REICH, Wilhelm. **The câncerbiopathy,** part one. Nova York: Farrar, Straus e Giroux, 1973.

Rubin, L. Reich.(1998). W. Reich e A. **Freud:** sua expulsão da psicanálise. Revista da Sociedade Wilhelm Reich/RS, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 4-14, dez.

SALDANHA, V. **A psicoterapia Transpessoal.** Rio de Janeiro: Record, 1999.

VICTOR, R. M.; AGUIAR, F. **A clínica Psicanalítica na Saúde Pública:** desafios e possibilidades. **Psicol. cienc. prof.,** Brasília, v. 31, n. 1, p. 40-49, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000100005> Acesso em: 4 mar. 2016.

VOLPI, JOSÉ HENRIQUE; VOLPI, SANDRA MARA. **Psicologia Corporal** - Um brevehistórico. Curitiba: Centro Reichiano, 2003.

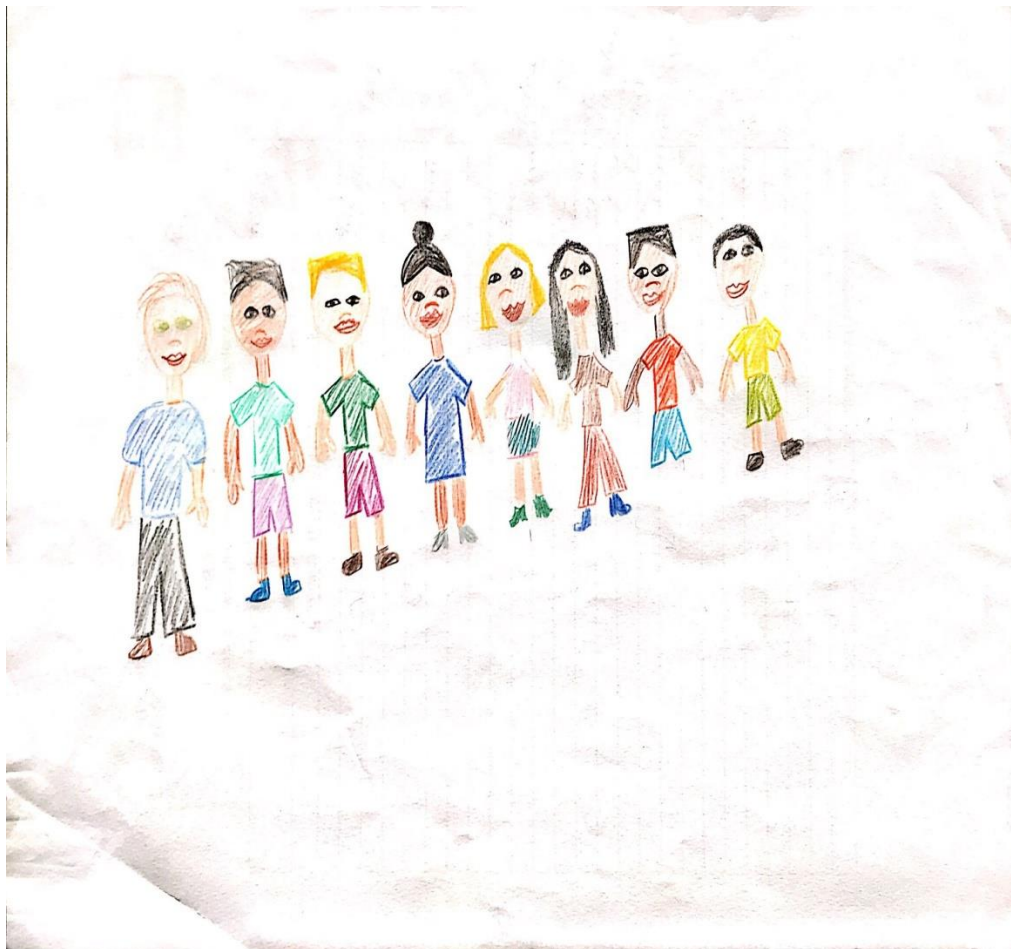
VOLPI, J. H. & VOLPI, S. M. **Crescer é uma aventura!** Desenvolvimento emocional segundo a Psicologia Corporal. Curitiba: Centro Reichiano, 2002.

ANEXO A
Desenho da figura humana.



(Desenho feito pela paciente)

ANEXO B
Desenho da família



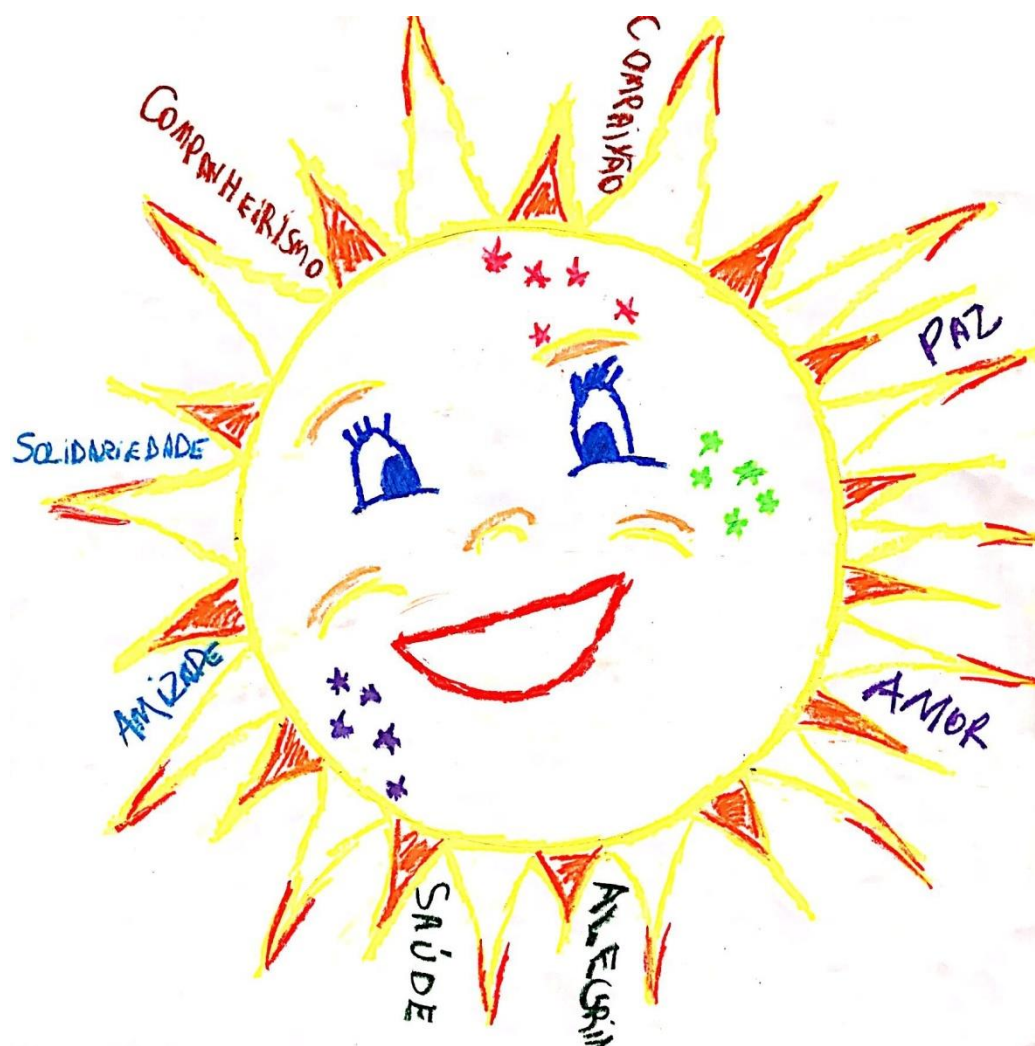
(Desenho feito pela paciente)

ANEXO C
Mandala



(Desenho feito pela paciente)

ANEXO D
Mandala



(Desenho feito pela paciente)