

A vida é dura para quem é mole:

Considerações sobre aspectos psicológicos da hipotonia muscular.

Ricardo Amaral Rego

**São Paulo
2008**

Monografia apresentada ao
Instituto de Análise Bioenergética de São Paulo
como parte dos requisitos para conclusão do
Curso de Formação em Análise Bioenergética

Orientadora: Léia Cardenuto.

Destino

Cecília Meireles

Pastora de nuvens, fui posta a serviço
por uma campina desamparada
que não principia nem também termina,
e onde nunca é noite e nunca madrugada.

(Pastores da terra, vós tendes sossego,
que olhais para o sol e encontrais direção.
Sabeis quando é tarde, sabeis quando é cedo.
Eu, não.)

Pastora de nuvens, por muito que espere,
não há quem me explique meu vário rebanho.
Perdida atrás dele na planície aérea,
não sei se o conduzo, não sei se o acompanho.

(Pastores da terra, que saltais abismos,
nunca entenderéis a minha condição.
Pensais que há firmezas, pensais que há limites.
Eu, não.)

Pastora de nuvens, cada luz colore
meu canto e meu gado de tintas diversas.
Por todos os lados o vento revolve
os velos instáveis das reses dispersas.

(Pastores da terra, de certos olhos,
como é tão serena a vossa ocupação!
Tendes sempre o início da sombra que foge...
Eu, não.)

Pastora de nuvens, não paro nem durmo
neste móvel prado, sem noite e sem dia.
Estrelas e luas que jorram, deslumbram
o gado inconstante que se me extravia.

(Pastores da terra, debaixo de folhas
que entornam frescura num plácido chão,
Sabeis onde pousam ternuras e sonos.
Eu, não.)

Pastora de nuvens, esqueceu-me o rosto
do dono das reses, do dono do prado.
E às vezes parece que dizem meu nome,
que me andam seguindo, não sei por que lado.

(Pastores da terra, que vedes pessoas
sem serem apenas de imaginação,
podeis encontrar-vos, falar tanta coisa!
Eu, não.)

Pastora de nuvens, com a face deserta,
sigo atrás de formas com feitios falsos,
queimando vigílias na planície eterna
que gira debaixo dos meus pés descalços.

(Pastores da terra, tereis um salário,
e andaré por bailes vosso coração.
Dormireis um dia como pedras suaves.
Eu, não.)

AGRADECIMENTOS

A Liane Zink, pelos ensinamentos, pelo incentivo, pelo exemplo e por compartilhar o sonho de desenvolver e aprimorar o jeito brasileiro de fazer psicoterapia corporal.

A Odila Weigand pela interlocução valiosa, pelos comentários e sugestões bibliográficas, pela disponibilidade de ajudar, pela entrevista sobre hipotonia que trouxe contribuições importantes a esta monografia.

A Léia Cardenuto, amiga querida, colega valorosa, companheira de tantas lutas, pela sua colaboração, incentivo e apoio.

Aos professores do curso de Análise Bioenergética, por seu empenho, sua vitalidade e sua crença no caminho escolhido.

Aos colegas de turma: Antonio Carlos, Cláudia, as três Crises (Coltro, Francisco e Helô), Elza, Estela, Laís, Márcia, Noemi, Sueli e Tomiko. Pela acolhida, pela alegria e disponibilidade. Uma das melhores lembranças do curso realizado é constituída pelos momentos de alegrias e tristezas compartilhadas, de esperanças e descobertas vividas em conjunto.

A Alexander Lowen, David Boadella, Gerda Boyesen e Wilhelm Reich, pelos caminhos abertos por sua criatividade.

Aos alunos e professores do Instituto Brasileiro de Psicologia Biodinâmica, que muito inspiraram e estimularam meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Aos colegas do grupo de estudos das 3 Bios, pela vitalidade e coragem de trilhar caminhos nunca dantes navegados.

Às pessoas que autorizaram o uso da imagem de seus miotonogramas para ilustrar os conceitos aqui expostos.

A Wulf Herman Dittmar, pelas instrutivas conversas sobre neurociência e pela assessoria no campo da psiquiatria e psicopatologia.

A Ariel Velloso Rego, filho amado, essencial nos aconselhamentos relativos às dificuldades e atoleiros existentes nos complexos caminhos da informática.

A Germano Braga Rego, pai querido, pela assessoria prestimosa ao lidar com os perigos de verter a língua-mãe para idiomas estrangeiros.

A Laura Villares de Freitas, adorável companheira, pelo seu incentivo e apoio, pela presença harmonizadora, pela tolerância com tantos momentos roubados ao convívio para que este trabalho pudesse ser feito.

SUMÁRIO

Resumo	vii
Abstract	vii
Apresentação	viii
1. Introdução	1
2. Wilhelm Reich e a hipertonia muscular	1
3. Alexander Lowen e o tônus muscular	4
3.1 O lugar privilegiado da hipertonia muscular	4
3.2 O tônus muscular nos diversos caracteres	5
3.3 O caráter esquizóide	5
3.4 Depressão e tônus muscular	7
4. Novas visões sobre a hipotonia em autores ligados à Análise Bioenergética	9
4.1 O caráter esquizóide flácido segundo Ben Shapiro	9
4.2 Uma entrevista com Odila Weigand	11
5. A hipotonia muscular na Psicologia Biodinâmica de Gerda Boyesen	12
5.1 Gerda e a hipotonia	12
5.2 Miotonograma: um recurso didático e clínico	13
6. A hipotonia muscular e a Anatomia Emocional de Stanley Keleman	15
7. Elsworth Baker e a questão da anorgonia	18
8. Neurodinâmica da hipotonia muscular: as idéias de António Damásio	19
8.1 A relação entre sistema nervoso e sistema locomotor na evolução das espécies	19
8.2 Damásio: o papel da percepção da paisagem corporal na geração da consciência	21
8.3 Reich e Damásio	23
8.4 O campo da psicoterapia corporal frente às idéias de Damásio	24
8.5 Uma hipótese sobre a influência do tônus muscular na percepção consciente	25
8.6 Algumas especulações adicionais	26

9. Aspectos médicos e biológicos relativos ao tônus muscular	27
9.1 Aspectos farmacológicos	27
9.1.1 A psicofarmacologia	27
9.1.2 Os relaxantes musculares	30
9.2 Anatomia e Fisiologia e da neuromotricidade	31
9.3 Propriocepção e os neurônio motores gama	34
9.4 Neuropatologia	36
9.5 Psicopatologia	37
9.5.1 Transtornos de ansiedade	37
9.5.2 Psicose	38
9.5.3 Depressão	39
10. Discussão	40
11. Conclusões	45
Referências bibliográficas.....	46
Anexo 1 – Entrevista com Odila Weigand	50
Anexo 2 – Miotonograma	56
Anexo 3 – Galeria de Figuras	59

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – A couraça muscular e os impulsos segundo Lowen	9
Figura 2 – Diferenciação entre sistema nervoso e sistema locomotor	20
Figura 3 – Córtex motor. Visão lateral	59
Figura 4 – Córtex motor. Visão medial	59
Figura 5 – Unidade motora	60
Figura 6 – Esquema de representação do controle da contração muscular	60
Figura 7 – Sistema piramidal	61
Figura 8 – Reflexos medulares	62
Figura 9 – Propriocepção: órgão tendinoso de Golgi e fuso neuromuscular	62
Figura 10 – Fuso neuromuscular e órgão tendinoso de Golgi	63
Figura 11 – Órgão tendinoso de Golgi em detalhe	63
Figura 12 – Reflexo patelar e órgãos tendinosos de Golgi	63

RESUMO

Este trabalho enfoca o lugar teórico e técnico da hipotonia muscular dentro da Análise Bioenergética. Alexander Lowen segue os caminhos de Reich na valorização da influência das tensões musculares crônicas sobre o aparelho psíquico. Entretanto, tal como o mestre, tem pouco material escrito sobre o tema da hipotonia. Outros autores ligados à Análise Bioenergética parecem seguir o mesmo padrão, com algumas exceções, dentre as quais se destaca o conceito de esquizóide flácido elaborado por Bennet Shapiro.

São examinados outros autores do campo da psicoterapia corporal, como Gerda Boyesen e Stanley Keleman, em cujas concepções e propostas a questão da hipotonia encontra destaque. Busca-se também apoio na biologia e na neurociência para a compreensão do assunto em pauta. Com base nas idéias de Antônio Damásio, é formulada uma hipótese sobre os mecanismos que poderiam explicar a influência do tônus muscular sobre os processos psíquicos. Discutem-se também brevemente alguns aspectos da psicofarmacologia, psicopatologia e fisiologia relacionados ao tema.

É proposto um recurso de representação gráfica do estado do tônus muscular nas diversas regiões do corpo de uma pessoa, aqui chamado de mionograma. Ele permite uma visualização integrada das áreas de hipotonia e hipertonia muscular, e pode ser utilizado com fins didáticos e clínicos na abordagem do tema da couraça muscular do caráter.

Conclui-se que é preciso desenvolver a teoria e a técnica bioenergéticas de modo a contemplar a questão da hipotonia de forma mais completa e efetiva. Três caminhos são apontados para tal: 1- a adaptação de recursos técnicos antigos da análise bioenergética; 2- a criação de novos dispositivos específicos com esta finalidade; 3- a incorporação de recursos teóricos e técnicos oriundos de outras abordagens, cuja efetividade já tenha sido testada na prática.

ABSTRACT

The present work focuses the theoretical and technical place of muscular hypotony in Bioenergetic Analysis. Alexander Lowen follows Reich when he recognizes the influence of chronic muscular tensions on the psychic apparatus. However, like Reich, he produced little written material about the issue of hypotony. Other bioenergetic analysts seem to follow the same pattern, with few exceptions, like Bennet Shapiro in his the article on the flacid schizoid.

The ideas of other authors who have developed the study of muscular hypotony, like Gerda Boyesen and Stanley Keleman, are presented. Elements from Biology and Neuroscience are considered in order to bring support to the understanding of the issue. Based on Antonio Damasio's ideas, a hypothesis is formulated about how the muscular tonus can influence psychic processes. Some aspects of Physiology, Psychopathology and Psychopharmacology are discussed briefly.

A graphic scheme for representing the muscular tonus is proposed, which is called here mionogram. It allows an integrated view of hypertonic and hypotonic areas of the body and may be used in the pedagogical and clinical approaches to the muscular armor of the character.

The present study leads to the conclusion that it is necessary to develop bioenergetic theory and technical resources in order to improve the understanding and the treatment of patients with muscular hypotony. Three proposals are presented: 1- the adaptation of old exercises of Bioenergetic Analysis; 2- the creation of new ones specifically aimed at this goal; 3- the assimilation of theoretical and clinical elements from other schools of Body Psychotherapy.

APRESENTAÇÃO

Em primeiro lugar, um aviso: a monografia propriamente dita está no texto que se inicia à página 1, logo a seguir. Se o leitor estiver interessado apenas no conteúdo cognitivo, ou seja, na apresentação de informações, na argumentação e discussão de idéias, nas propostas e conclusões, não é necessário ler esta Apresentação. Pule-a e vá direto à Introdução.

Entretanto, se o leitor, como eu, gosta de saber sobre as condições em que um texto foi escrito, onde ele se insere no momento de vida do autor, qual foi a motivação, talvez possa ter interesse no que se segue. É como um “making of¹”, uma exposição do lado humano que está por trás do que aparece escrito.

Busca também facilitar a leitura. Uma monografia, do mesmo modo que uma tese, deve ter rigor e seriedade, as citações devem expor exatamente o que o autor citado escreveu, para evitar risco de distorção. Além disso, deve-se citar a fonte de cada idéia apresentada, para permitir àquele que lê consultar a fonte se assim o desejar. O raciocínio deve seguir passo a passo, sem saltos ou lacunas, para que o leitor possa acompanhar o curso de idéias e a coerência da argumentação. Espera-se que o autor não dê muita asa à sua imaginação e fantasia, atendo-se ao que pode ser provado e comprovado.

Tudo isso é legítimo e viabiliza um diálogo de idéias mais profundo. Há um sentido nisso, e é bom que seja assim. Mas, como tudo na vida, este jeito de escrever tem um lado bom (explicitado acima) e um lado ruim, qual seja o de tornar o texto denso, árido ... e chato. Por isso é tão difícil e pesado ler teses. O escritor Milan Kundera, em “A insustentável leveza do ser”, dizia que as prateleiras de teses são mais solitárias do que os cemitérios, porque estes de vez em quando são visitados por alguém, ao menos no dia de Finados. Por este motivo, algumas dicas de como caminhar pelo texto também serão apresentadas, buscando facilitar a vida do leitor.

Nos últimos anos tenho sido um dos promotores de um movimento de aproximação entre escolas reichianas e neo-reichianas. Mais especificamente, membros do Instituto Brasileiro de Psicologia Biodinâmica, do Instituto de Análise Bioenergética de São Paulo e do Instituto Brasileiro de Biossíntese têm se reunido para trocar idéias e promover eventos, especialmente os chamados Encontros das 3 Bios, realizados anualmente e que caminham para sua quarta edição em 2008.

Como parte deste processo, resolvi cursar a formação em Análise Bioenergética para entender melhor as muitas mudanças ocorridas nessa abordagem nas últimas décadas e tornar mais fácil o aprofundamento deste diálogo com os (as) colegas. Como diretor do Instituto de Biodinâmica e *International Trainer* desta abordagem, este movimento serviu, ou espero ter servido, para ajudar a enterrar de uma vez por todas certas rixas e picuinhas que antigamente opunham as várias abordagens neo-reichianas com base em diminutas divergências que, com o passar do tempo, tornaram-se menores ainda. Me ocorre que isso pode ser um excesso de otimismo, pois a estupidez humana não se deixa eliminar assim tão facilmente. Freud já assinalava que as brigas de irmãos, assim como as guerras civis, são as mais terríveis e cruéis de todas, devido ao que ele chamou de “narcisismo das pequenas diferenças”. Um consolo é pensar que o otimismo é um estado mental mais agradável do que o pessimismo, e seus possíveis malefícios podem ser atenuados quando ele não é contaminado pela ingenuidade e pela ilusão.

¹ No sentido original, nome dado a um documentário sobre a realização de um filme específico, usualmente mostrando como foram feitas algumas cenas, entrevistas com o diretor e atores, exibição de cenas cortadas etc. Num sentido expandido, pode-se fazer algo parecido com outras produções (teatro, dança, texto), para mostrar os passos que permitiram chegar ao resultado final apresentado ao público.

Como há a exigência de escrever uma monografia para concluir esta formação, veio a dúvida: qual o tema? Pensei inicialmente em escrever sobre o conceito de bioenergia. É um tema ao qual me dediquei anteriormente (Rego, 1992) e que julgo da maior importância, pois em torno dele gira uma grande polêmica científica, que é um dos grandes obstáculos a uma aceitação maior das psicoterapias corporais por parte do mundo acadêmico e da sociedade em geral. Além disso, o conceito faz parte da própria identidade da Análise Bioenergética, presente até no nome, e percebe-se que não é muito clara qual seria sua definição exata hoje. Por exemplo, existe um reconhecimento da contribuição de Reich, mas há em geral um silêncio quando se quer saber se as últimas concepções de Reich sobre o tema (a chamada Orgonomia) são aceitas como parte da Análise Bioenergética ou não. Se são aceitas as concepções orgonômicas, porque não usar o nome “orgone”, porque não usarmos os acumuladores? Se não são aceitas, porque não dizer isto publicamente, pois tiraríamos das costas um fardo difícil que é a resistência social de aceitar estas propostas reichianas?

Depois de alguns movimentos iniciais, entretanto, acabei desistindo. Em parte porque o tema é muito complexo, e também porque seria mexer num vespeiro do qual talvez não resultasse grande proveito. Pela minha condição de recém-chegado à instituição, acredito que eu não seria a pessoa mais indicada para tratar do tema. Um analista bioenergético mais “sênior” estaria numa posição bem melhor para trazer a questão à baila.

Acabei resolvendo me dedicar a um assunto que tem a ver com este diálogo de escolas, que pode exemplificar o quanto de benefício há na possibilidade de que cada pessoa e cada abordagem se enriqueça a partir dos pontos fortes das demais. A hipotonia muscular constitui assunto que preenche este perfil: é algo enfatizado na Biodinâmica, com vários recursos técnicos específicos para isto. O desafio então seria como apresentar o que conheço sobre o tema de forma a fazer sentido para os analistas bioenergéticos, e cabe ao leitor julgar se fui ou não bem sucedido nessa empreitada.

Ao lado disso, outros interesses se juntaram. Esta sempre foi uma aula difícil para os professores e alunos da Biodinâmica: apesar da valorização do tema e da existência de técnicas voltadas para a intervenção neste aspecto, a teoria apresentava muitas lacunas e a bibliografia se encontrava dispersa. Veio daí a idéia de que este trabalho poderia também servir a esta finalidade de produzir um material didático que facilitasse o entendimento do assunto. Não como uma fonte definitiva e final, mas como uma primeira tentativa de sistematizar o conhecimento existente, uma base a partir da qual fica mais fácil a discussão do tema e que pode acabar levando a um aprofundamento da teoria.

Uma outra motivação foi apresentar ao mundo um recurso por mim desenvolvido neste campo e aproveitar para registrar a idéia. Trata-se do que chamei de mionograma, um esquema de representação do tônus muscular que pode ser útil como instrumento didático e clínico. Este aspecto encontra-se no item 5.2 e no Anexo 2.

Uma outra ainda foi de colocar no papel reflexões que tenho feito sobre a relação entre neurociência e psicoterapia corporal. Tenho dado diversas palestras sobre o tema, mas havia uma certa preguiça de escrever. Na minha opinião, uma das possíveis pontes com a neurociência diz respeito às idéias de António Damásio sobre a importância da propriocepção² na geração da consciência, que podem proporcionar uma nova maneira de entender o papel das alterações do tônus muscular no funcionamento psíquico. Aproveitei a deixa e incorporei este aspecto ao texto.

Também tive como meta escrever um texto que pudesse servir de base para o diálogo com profissionais de fora do campo da psicoterapia corporal. Para os reichianos em geral, essa conversa sobre tônus muscular e psicologia é óbvia, é uma das coisas mais básicas do nosso modo de entender o humano. Mas, para alguém de fora deste quadro de referência

² Ou seja, a percepção por uma pessoa do estado de seu próprio sistema locomotor.

teórico, acredito que este modo de pensar cause muita estranheza e dúvida. Assim, a ênfase dada às correlações com a neurociência e diversos aspectos médicos e psiquiátricos pode facilitar o entendimento das inúmeras possibilidades que se abrem quando passamos a considerar a pessoa como um ser encarnado, podendo ver o psiquismo como algo intrinsecamente ligado à fisiologia do organismo, sendo na verdade parte dessa fisiologia e dos processos de auto-regulação. Como disse William Blake, “o Homem não tem um Corpo distinto de sua Alma; pois aquilo que é chamado Corpo é uma parte da Alma percebida pelos cinco Sentidos, os principais canais de comunicação da Alma nesta era³.” Quem sabe falando essa linguagem mais científica se possa conversar melhor com psicoterapeutas de outras abordagens, psiquiatras, neurologistas, ortopedistas, fisioterapeutas etc.

Como o leitor vê, não faltaram interesses e motivações. O que foi ótimo pois, como diz o Roberto Freire, “sem tesão não há solução”. Com bastante libido, bastante catexia, lancei-me ao embate, roubando minutos preciosos das minhas atividades profissionais e do tempo de lazer. Acho que valeu a pena. Eu pelo menos me diverti bastante, aprendi muita coisa, organizei minhas idéias e minha auto-estima manteve-se em bom estado ao perceber que o produto final foi aprovado pelo meu superego. Vamos ver o julgamento do público...

A seguir, alguns comentários que julgo interessantes. Começando pelo começo, o título foi a primeira coisa que me veio. Muitas vezes a gente escreve algo e depois fica quebrando a cabeça para dar um título adequado. Neste caso foi diferente, o título deu o mote. Acho que vi essa frase num pára-choque de caminhão e ela ficou na minha mente. Achei de uma sabedoria incrível. Provavelmente quem escreveu não entendia nada de psicoterapia reichiana e de couraça muscular, mas estava ali uma verdade clínica, qual seja, a de que os indivíduos hipotônicos freqüentemente têm dificuldades em sua vida cotidiana. O músculo “mole” está ligado a um estilo mole de ser e agir. Não é fácil ganhar dinheiro, manter um emprego, chegar na hora, ser disciplinado e organizado, estar “plugado” no mundo dito real, cuidar das relações e por aí vai. São pessoas em geral sonhadoras, criativas, sensíveis, mas que muitas vezes tropeçam nas exigências práticas do dia-a-dia⁴.

Passo seguinte: como ilustrar esta idéia de maneira poética, valorizando a hipotonia e mostrando-a com simpatia e compaixão? Acho muito bacana este costume de inserir pequenos textos ou poemas que tenham uma ressonância com o texto propriamente dito, mas não é tão fácil achar algo que realmente se afine com o conteúdo e o ilustre. Fuçando meus livros de poesia, deparei-me com esse texto maravilhoso da Cecília Meireles. Já havia gostado do poema de outras leituras, mas desta vez ele me pareceu ainda melhor, mais luminoso. Me deu aquela sensação tão comum ao leitor de poesia: um arrebatamento, uma alegria de descoberta de palavras para descrever e iluminar algum aspecto da realidade e, ao mesmo tempo, um sentido de humildade (quase de humilhação) de perceber que muito dificilmente

³ No original: *Man has no Body distinct from his Soul; for that call'd Body is a portion of Soul discern'd by the five Senses, the chief inlets of Soul in this age.* Em “The Marriage of Heaven and Hell” (Blake, 1989, p. 149).

⁴ Isso tem sido usado muitas vezes para depreciar e desqualificar os indivíduos hipotônicos, classificando-os como problemáticos, limitados e neuróticos. É verdade que eles são problemáticos, limitados e neuróticos, mas ... quem não é? Com disse o Caetano Veloso, “de perto ninguém é normal”. O problema deles tende a ser de um tipo que dificulta ser “bem sucedido” segundo os parâmetros culturais narcisistas e consumistas de hoje em dia. Pessoas de outros estilos de neurose (especialmente os rígidos ou hipertônicos) talvez se adeqüem melhor às exigências sociais e sejam admiradas por ter mais facilidade de conquistar dinheiro, parceiros sexuais e poder. Entretanto, se o critério de avaliação priorizar itens como criatividade, desempenho artístico, desenvolvimento espiritual, intuição ou sensibilidade, provavelmente os indivíduos hipotônicos se mostrarão superiores aos demais. Eu particularmente acho inadequadas as tentativas de hierarquização dentro das tipologias, não vejo sentido em dizer que um tipo ou caráter seja melhor que outro em termos globais. Cada um terá seus pontos fortes e pontos fracos, sem falar na imensa variabilidade humana que dificulta a afirmação de generalidades sobre qualquer categoria ou classificação que se tente fazer em relação aos seres humanos.

(para não dizer nunca) atingirei tal grau de beleza e profundidade em meus escritos. A metáfora usada, da comparação entre os pastores de nuvens e os pastores da terra, cabe muito bem como recurso para descrever as inúmeras diferenças entre os hipotônicos e hipertônicos. É lindo, porque o hipotônico padrão tende a viver mesmo com a cabeça nas nuvens⁵, daquele jeito que ela descreve.

Claro que o poema admite mil outros olhares e interpretações. Nem seria um poema se assim não fosse. Talvez justamente por isso caia bem esse hábito de inserir poesia em meio a textos racionais e lógicos. Ela alivia em algum grau o cansaço e espanta um tanto o tédio de percorrer essa estrada tão direta e reta. Suas múltiplas conexões têm mais a ver com o funcionamento espontâneo e natural da mente, que tende a ser de natureza associativa e analógica. O espírito gosta de ser surpreendido, encanta-se com rimas e imagens bonitas, alegra-se de ser levado a passear a bordo de uma linguagem que tem ritmo e melodia.

Bom, chega de divagar, é hora de retornar ao chão, ao tema central!

Seguem agora algumas dicas quanto ao conteúdo. O item 2 (sobre Reich) pode ser pulado por aqueles que conhecem o tema. Não há nada de novo, apenas uma compilação do que o autor disse sobre o assunto. Pode ser útil para quem quiser ver um apanhado das idéias, precisar preparar uma aula ou for um novato chegando a este território. Em grande medida, o mesmo pode ser dito quanto ao item 3, relativo às idéias de Lowen sobre o tema.

Já o item 4 creio ser bastante interessante para o analista bioenergético, pois trata das contribuições novas neste campo. É uma discussão importante, e acredito que o texto contribui para a discussão e o aprofundamento das fundamentações e propostas. Os eventuais leitores de outras abordagens poderão, a partir do que está exposto, ter uma idéia das mudanças ocorridas no campo da Análise Bioenergética nas últimas décadas.

Os itens 5, 6 e 7 tratam das contribuições de outras escolas de psicoterapia corporal. Respectivamente, estão aí representadas a Psicologia Biodinâmica, a Psicologia Formativa e o Orgonoterapia. Creio ser importante a leitura desta parte, especialmente para aqueles que valorizam a importância de uma abordagem multidisciplinar. Claro, existem os que não compartilham deste ponto de vista, ou seja, falo daqueles que confiam tanto na abordagem adotada que chegam a perder a motivação de saber o que os outros dizem sobre o tema. Estes últimos podem pular este trecho sem grande prejuízo a não ser o risco da ignorância, o que não é tão grave, convenhamos, pois, afinal de contas, a ignorância é algo impossível de extirpar em termos absolutos, podendo apenas ser abrandada aqui e acolá.

Quanto ao item 8 (sobre neurociência), acredito que existam dois tipos de leitor: um que não curte e não vê sentido nesse modismo de falar tanto em neurociência, pois no fim tudo continua igual e só mudam os nomes; e aqueles que, mesmo com as dificuldades inerentes ao campo, acreditam no seu papel fundamental e cada vez mais importante para nossa área. Aos primeiros, sugiro pular esta parte e passar direto para o item seguinte⁶. Aos do segundo grupo: aqui está o que julgo ser minha contribuição mais original e importante apresentada neste trabalho. Requer um esforço, por apresentar de forma extremamente sintética as concepções de Damásio. Esta dificuldade talvez só possa ser sanado com a leitura desse autor ou em um eventual trabalho posterior meu mais detalhado. Peço a este segundo tipo de leitor que não se esqueça de me enviar comentários: críticas, sugestões e elogios são bem vindos, pois esta elaboração de um novo saber é algo em movimento, um conhecimento em processo que vai se desenvolvendo a cada dia e a interlocução é muito valiosa para mim.

O item 9 traz uma discussão interessante, se bem que preliminar. Pode ser pulado sem grande prejuízo, principalmente por aqueles que não se entusiasmam pela vertente médica e

⁵ Em termos clínicos, dizemos que eles têm dificuldade de realizar um bom *grounding*.

⁶ Como naqueles jogos de tabuleiro que dizem em certos pontos “você não tem nada a fazer aqui, avance duas casas”.

biológica da psicologia e da psicoterapia. Para os que se interessam pelo diálogo com a psiquiatria, medicina e afins, apontam-se caminhos de investigação que podem abrir muitas portas e dar mais consistência e fundamentação à teoria da psicoterapia corporal. Também aqui o assunto é tratado de uma forma geral e sintética, pois não caberia no âmbito desta monografia o aprofundamento deste ramo colateral. Espero que o leitor entenda que o eixo principal é o exame do tema da hipotonia muscular no âmbito da psicoterapia corporal de base reichiana. Vejo os itens 8 e 9 como uma “faixa bônus” (*bonus track*), tipo aquelas músicas a mais que aparecem em alguns CDs (ou extras em DVDs) e dão ao usuário um brinde além do básico que está sendo fornecido.

Este item 9 é o que me deixou mais insatisfeito com o resultado. Para tratar adequadamente do assunto seria preciso escrever uma outra monografia, ou mesmo uma tese inteira. Meu lado perfeccionista diz que talvez fosse melhor simplesmente retirar esta parte, já que não é possível dissecar o assunto na profundidade requerida. Mas, por outro lado, deixar de lado esta discussão seria uma pena, pois, na minha opinião, existem aqui conexões que é preciso que sejam exploradas um dia. Então resolvi arriscar e trazer ao leitor algumas considerações incompletas e parciais, apontamentos preliminares que talvez ajudem a pavimentar o caminho para uma futura análise destas questões com todo o rigor desejável.

Finalmente, restam a Discussão e Conclusões. Não há muito a dizer quanto a isto. Essa parte apresenta, ou pelo menos deveria apresentar, a essência do trabalho. Quem se interessou e leu até aqui, muito provavelmente não deixará de ler o final do trabalho, não faria muito sentido deixar de lado exatamente este trecho.

Os Anexos visam complementar e ilustrar o que foi exposto. Gosto muito do Anexo 1, que exhibe a entrevista com a Odila. Ela ilustra bem como seria importante que todos nós psicoterapeutas corporais nos dispuséssemos à tarefa de colocar no papel tudo aquilo que aprendemos com nossos mestres, e que foi filtrado a partir de nossas experiências, reflexões e leituras. Há um conhecimento valioso nessas mentes, que precisa ganhar um espaço maior e mais perene do que aquilo que é dito nas aulas, palavras que se perdem no vento e na memória dos alunos.

Os Anexos 2 e 3 trazem basicamente imagens. Adoro as palavras, o poder da linguagem. Em geral isto me leva a ficar contente por ter nascido gente, nem imagino como seria não dispor desta capacidade⁷. Entretanto, devo admitir que muitas vezes as palavras não bastam, não clareiam o suficiente. Ocorre com frequência que só uma ilustração tenha o poder mágico de sossegar a inquietação de estar perdido. É muito reconfortante quando ela traz aquele efeito de “Ah! Agora começo a entender!” Por isso resolvi colocar aqui algumas imagens que podem funcionar deste jeito e tornar menos cansativo o esforço de compreender o que é que eu quero dizer exatamente.

Boa leitura!

⁷ Se bem que às vezes sonho acordado e brinco tentando imaginar como seria olhar para o céu à noite e simplesmente me maravilhar com aquela imensidão de luzes e espaço, sem entender nada de estrelas e planetas e Big Bang, sem poluir a percepção com idéias e conceitos. Simplesmente ver e admirar o que vejo.

A vida é dura para quem é mole:

Considerações sobre aspectos psicológicos da hipotonia muscular

Ricardo Amaral Rego

1- Introdução

O objetivo deste trabalho é discutir o papel da hipotonia muscular dentro do quadro teórico e técnico da Análise Bioenergética. A importância das tensões musculares crônicas na dinâmica psíquica é algo conhecido desde a década de 1930, quando Reich formulou suas idéias sobre a couraça muscular do caráter, e todas as escolas neo-reichianas parecem concordar com ele neste aspecto.

Na Análise Bioenergética, apesar de haver um crescente reconhecimento de que a hipotonia⁸ muscular também tem seu papel na psicopatologia e nos mecanismos psíquicos, é muito menos detalhada e clara a compreensão de seu significado. O mesmo se aplica aos recursos técnicos: parece haver uma flagrante predominância de instrumentos e dispositivos destinados a trabalhar a hipertonia, quando comparados aos que existem para lidar com quadros em que é preciso cuidar da hipotonia muscular. O objetivo desta monografia é trazer elementos que ajudem a caminhar no sentido de preencher esta lacuna.

2- Wilhelm Reich e a hipertonia muscular

Um dos primeiros autores a fazer correlações entre aspectos psicológicos e o tônus muscular foi Wilhelm Reich⁹. Ao desenvolver a técnica de análise do caráter, ele descreveu inicialmente o caráter como uma barreira narcísica, um dispositivo do ego criado para lidar com as pressões oriundas do id, do superego e do mundo exterior. Haveria como que uma couraça ou armadura¹⁰ protetora, que originalmente foi descrita como algo essencialmente psíquico, uma metáfora que permitia entender a sua função nos processos mentais.

Posteriormente, chegou à conclusão de que esta função de couraça do caráter estava relacionada com um quadro de hipertonia muscular verificado em seus pacientes. Segundo ele, “na prática da análise do caráter, descobrimos que a couraça funciona sob a forma de atitudes musculares crônicas e fixas” (Reich, 1995, p. 313). Chegou a esta conclusão a partir de dados clínicos, observando correlações entre, por um lado, certas atitudes, posturas e comportamentos e, de outro, determinadas manifestações clínicas:

“A inibição da agressividade e a couraça psíquica andam de mãos dadas com um tônus aumentado (...) pacientes com bloqueio afetivo deitam-se no divã duros como tábuas” (idem, p.314). Além disso, “observa-se, muitas vezes, que há uma diferença no estado de tensão muscular antes e depois de solucionar um recalque severo. Em geral, quando os pacientes estão em estado de resistência, isto é, quando uma idéia ou uma moção pulsional é barrada da consciência, eles sentem uma tensão no couro cabeludo, na parte superior das coxas, na musculatura das nádegas etc. Quando conseguem superar essa resistência por si mesmos ou pela interpretação correta do analista, sentem-se subitamente aliviados.” (ibidem, p. 315).

Suas tentativas de relaxar a musculatura destes pacientes pareciam confirmar esta correlação: “se o analista tenta persuadir o paciente a relaxar, a tensão muscular é substituída

⁸ Hipotonia quer dizer “redução da tensão em qualquer parte do corpo” (Dicionário Houaiss). Assim, hipotonia muscular designa um músculo que está mole ou flácido e, inversamente, fala-se em hipertonia muscular para descrever o estado de rigidez ou dureza causado por uma tensão acima do habitual.

⁹ É claro que este enfoque tem precursores muito antigos. Há vários milênios, por exemplo, a hatha yoga é utilizada para promover o bem-estar psíquico e o desenvolvimento espiritual. Na Psicologia, autores como Ferenczi e outros assinalaram e utilizaram o efeito do relaxamento muscular no estado mental.

¹⁰ No original alemão: *panzer*. Nas traduções para o inglês: *armour*.

por inquietação.” (ibidem). O mesmo acontecia quando se tentava inibir movimentos involuntários do paciente que surgiam no decorrer de uma sessão de análise. Ele afirma que “a dissolução de um espasmo muscular não só libera a energia vegetativa, mas, além disso e principalmente, reproduz a lembrança da situação de infância na qual ocorreu a repressão do instinto. Pode-se dizer que toda rigidez muscular contém a história e o significado de sua origem.” (Reich, 1984, p. 255).

Ele chegou à conclusão de que estes achados tinham um significado, descartando a idéia de que se tratasse de mera coincidência: “Trata-se na verdade de uma identidade funcional entre couraça do caráter e hipertonia ou rigidez muscular. Todo aumento de tônus muscular e enrijecimento é uma indicação de que a excitação vegetativa, angústia ou sensação sexual foi bloqueada e ligada” (Reich, 1995, p. 315). De acordo com ele, “o que temos em mente não é uma analogia, e sim uma identidade real: a unidade da função psíquica e somática” (idem). Este ponto é enfatizado em outras passagens: “a rigidez psíquica e a rigidez somática não são manifestações análogas, mas funcionalmente idênticas” (ibidem, p.320); “a couraça do caráter e a couraça muscular são funcionalmente idênticas.” (ibidem, p. 325).

Indo além disso, postulou que este fenômeno não se restringia a alguns poucos casos, mas na verdade constituía a norma, afirmando que “não há uma só pessoa neurótica que não apresente uma ‘tensão no abdômen’.” (Reich, 1984, p. 259). Segundo ele, “uma contração crônica do diafragma é perceptível, sem exceção, em todos os neuróticos; expressa-se em uma tendência para expirar apenas de forma superficial e interrompida.” (idem, p. 270). Em outras palavras, “todo neurótico é muscularmente distônico e toda cura se manifesta diretamente num ‘relaxamento’ ou numa melhora do tônus muscular.” (Reich, 1995, p.315-6). Do mesmo modo, é dito que “se a formação do caráter tem uma relação tão íntima com o tônus muscular, podemos supor que há uma identidade funcional entre o caráter neurótico e a distonia muscular.” (idem, p.319). Isso seria especialmente visível no caráter compulsivo, no qual a rigidez muscular se manifestaria no desajeitamento, falta de ritmo no andar e no sexo, mímica pobre e olhar rígido.

Reich procurou integrar estes achados com a teoria psicanalítica, lançando a hipótese de uma relação entre o mecanismo psíquico do recalque estudado por Freud e a hipertonia muscular. De certa maneira, a pergunta que ele se fazia era: como é possível ao organismo humano executar esta complexa operação psíquica de excluir um determinado conteúdo da consciência?

Sua resposta foi de que “a contenção muscular das fezes é o protótipo do recalque em geral e seu passo inicial na zona anal” (ibidem, p.316). Esta não seria apenas uma analogia ou uma metáfora, mas sim, como citado acima, o *modus operandi* somático deste mecanismo psíquico. Cada região do corpo poderia conter a localização de diferentes recalques: “na zona oral, o recalque se manifesta pelo enrijecimento da musculatura da boca e por um espasmo na musculatura da laringe, da garganta e do peito; na zona genital, manifesta-se como tensão contínua na musculatura pélvica.” (ibidem, p. 316-7). Uma discussão de outras conexões entre recalque e hipertonia muscular pode ser encontrada em Rego (2005).

Esta concepção abriu novos horizontes clínicos, podendo-se dizer que foi o ponto de partida da constituição de uma nova abordagem, aquilo que hoje se denomina de psicoterapia corporal. Na visão freudiana, o fulcro do trabalho analítico seria conscientizar aquilo que era inconsciente por meio da eliminação do recalque. Se, como Reich propunha, o recalque podia ser eliminado por um trabalho físico sobre a musculatura, isto poderia complementar a técnica tradicional, que operava apenas a nível verbal. Em outras palavras, os recursos não-verbais poderiam constituir uma nova via de acesso ao material inconsciente recalcado, algo com potencial de influir decisivamente na dinâmica psíquica de uma pessoa.

Seguindo esta linha de pensamento, Reich afirma que “a liberação da excitação vegetativa de sua fixação nas tensões da musculatura da cabeça, garganta, maxilares, laringe

etc., é um dos requisitos indispensáveis para a eliminação das fixações orais em geral” (Reich, 1995, p. 317).

No mesmo sentido, diz que “o tratamento vegetoterapêutico das atitudes musculares é entrelaçado de modo muito bem definido com o trabalho sobre as atitudes de caráter. Assim, não exclui de modo algum o trabalho de análise do caráter. Completa-o, mais propriamente; em outras palavras, vegetoterapia significa o mesmo trabalho em um estrato mais profundo do sistema biológico (...) Haveria boas razões para chamar à vegetoterapia ‘análise do caráter’ no campo do funcionamento biofísico.” (Reich, 1984, p. 274).

Nessa formulação, as intervenções verbais e somáticas são vistas como estratégias complementares que operam sobre um mesmo ponto: a superação das defesas neuróticas. De acordo com Reich, “há tentação de abandonar o trabalho simultâneo nas incrustações do caráter e concentrar-se somente na vegetoterapia. Mas a experiência prática logo nos ensina que é tão inadmissível excluir uma forma de trabalho quanto a outra. Com um paciente, o trabalho na atitude muscular predominará desde o início, enquanto com outro o trabalho sobre as atitudes do caráter será enfatizado. Encontramos também um terceiro tipo de paciente com o qual o trabalho no caráter e o trabalho na musculatura prosseguem em parte simultaneamente e em parte alternadamente.” (idem).

Em termos pulsionais, “a hipertonia muscular crônica representa uma inibição do fluxo de toda forma de excitação (prazer, angústia, raiva) ou, pelo menos, uma redução significativa da corrente vegetativa” (Reich, 1995, p.319). Na verdade, mais do que conter a excitação, a hipertonia como que consumiria a libido, que deixaria de circular livremente. Para Reich, “a tensão muscular que está presente e não se resolve numa descarga motora consome a excitação que poderia surgir como angústia; desse modo evita-se a angústia.” (idem).

Reich afastou-se progressivamente da psicanálise e fundamentou-se cada vez mais sua teoria e técnica psicoterápicas nos aspectos energéticos (ver Rego, 2002). Desenvolveu sua famosa fórmula do orgasmo: tensão mecânica → carga energética → descarga energética → relaxação mecânica. Deste modo, a hipertonia muscular passou a ser compreendida prioritariamente em sua relação com a bioenergia, deixando-se de lado os aspectos psicodinâmicos.

Apesar de as considerações sobre a hipertonia muscular terem ocupado espaço tão importante na teoria reichiana, a condição oposta – a hipotonia muscular – parece ser considerada como algo de pouca importância. São raras as referências a ela, que aparecem principalmente em duas situações:

a) numa tentativa de correlacionar o tônus muscular com o funcionamento do sistema nervoso autônomo: “O aumento do tônus muscular é, evidentemente, uma função sexual-parassimpática; a diminuição do tônus e a paralisia da musculatura, por outro lado, são uma função angustiosa-simpática.” (Reich, 1995, p. 317). Assim, a contração muscular é “parassimpática e libidinal, ao passo que a flacidez muscular é simpática e antilibidinal.” (idem, p. 320).

b) em especulações sobre a couraça em casos de psicose. Ao relatar o tratamento de um caso de esquizofrenia, é dito que: “No exame físico, o tórax mostrava-se relaxado, e não rígido, como nos casos de neurose compulsiva. O relaxamento e a mobilidade do tórax foram encontrados mais tarde em outros casos de esquizofrenia em fase inicial. Devemos estudar, posteriormente, se e até que ponto a ausência de couraça torácica é ou não uma característica da biopatia esquizofrênica.” (ibidem, p. 374).

3- Alexander Lowen e o tônus muscular

3.1- O lugar privilegiado da hipertonia muscular

Lowen manifesta adesão às idéias de Reich sobre a hipertonia muscular desde seus escritos mais antigos. Já no prefácio de seu primeiro livro afirma que “o terapeuta bioenergético analisa não apenas o problema psicológico do paciente como o faria qualquer analista, mas também a expressão física do problema, à medida em que é manifesto em sua estrutura corporal e movimento. Em segundo, a técnica envolve uma tentativa sistemática de liberar a tensão física, encontrada nos músculos espásticos e cronicamente contraídos.” (Lowen, 1977, p. 16). Note-se a ausência de menção à hipotonia muscular, coerente com o que foi dito acima em relação à visão reichiana.

Mais adiante, afirma que “se a unidade funcional do caráter com o padrão de rigidez muscular é reconhecida, torna-se então importante descobrir seu princípio básico comum. Este vem justamente a ser o conceito de processos de energia.” (idem, p. 32). “Uma garganta fechada e um pescoço contraído podem realmente bloquear a passagem de qualquer sentimento (...) as tensões nos pequenos músculos das mãos resultam da repressão de impulsos para pegar ou agarrar, rasgar ou ferir.” (Lowen, 1982, p. 75). Seria ocioso nos estendermos mais sobre este aspecto: tão notória é a importância atribuída à hipertonia muscular no contexto da Análise Bioenergética que gastaríamos páginas inúteis a chover no molhado.

Cabe apenas assinalar que Lowen em geral enfatiza muito mais sua correlação com os aspectos energéticos do que com os psicodinâmicos. Entretanto, nas passagens em que comenta o tema, parece concordar com o mestre: “quando a memória ou a idéia do impulso é recuada para o inconsciente, falamos de repressão¹¹ (...) Com efeito, a área do corpo que deveria ser envolvida na expressão do impulso é amortecida, falando-se relativamente, pela tensão muscular crônica que se desenvolve como conseqüência do padrão contínuo de retenção. A área é efetivamente isolada da consciência pela perda de sentimentos e sensações normais nela.” (Lowen, 1983, p. 61). Em outro texto, comentando sobre a vibração que surge ao realizar o exercício de *grounding*, diz que “a tremedeira e o chacoalhar representam a ruptura das tensões musculares e sua contrapartida psicológica, as defesas do ego.” (Lowen, 1984, p. 68). É dito também que “a camada muscular, onde se encontram as tensões musculares crônicas e suportivas das defesas do ego, protege, ao mesmo tempo, a pessoa contra a camada subjacente dos sentimentos e sensações reprimidas.” (Lowen, 1982, p. 105).

Bem, até aqui nenhuma novidade para o leitor bioenergético, imagino. Mas as coisas ficam bem menos claras quando se examina o papel da hipotonia muscular na dinâmica psíquica, como ela é vista na Análise Bioenergética, qual é a sua importância teórica, o que existe no repertório técnico que nos permite uma intervenção clínica neste aspecto. Como então este tema aparece na obra de Lowen?

A consulta aos seus escritos revela que em algumas passagens é feita menção à hipotonia muscular, mas em geral o tema não é aprofundado. Por exemplo, ao comentar o trabalho com o corpo em arco¹², é dito que “um problema que venho comumente encontrando nas pessoas é uma rigidez que domina todo o corpo e que não as deixa curvar-se (...) a condição oposta é a hiperflexibilidade das costas que se inclinam em demasia, indicando uma

¹¹ Possivelmente trata-se de uma tradução de *repression*, que segundo o Vocabulário de Psicanálise de Laplanche e Pontalis é o termo usado em inglês para traduzir o alemão *Verdrangung*, que em português é traduzido por alguns como repressão (por exemplo, Obras Completas de Sigmund Freud – primeira versão – ver Freud, 1974) e por outros como recalque, forma utilizada na nova tradução das obras de Freud (2004), e no “Vocabulário da Psicanálise”, (Laplanche & Pontalis, 1991).

¹² “Um dos exercícios fundamentais foi por mim desenvolvido logo no início, como um auxílio para uma maior entrega das pernas e pés, e para sentir-se mais firmemente apoiado no chão. É o chamado arco ou curvatura.” (Lowen, 1982, p. 63).

fraqueza nos músculos das costas. Relacione este fato com a falta do sentimento de firmeza e determinação. Enquanto o corpo e a personalidade rígidos são excessivamente inflexíveis, esse tipo de corpo e personalidade são por demais maleáveis.” (Lowen, 1982, p. 67). Note-se que a hipotonia não é explicitada nesta descrição. Fica a dúvida: fala-se de uma musculatura flácida ou de músculos rígidos porém fracos, sem força?

3.2 O tônus muscular nos diversos caracteres de acordo com Lowen

Dada a importância atribuída na Análise Bioenergética à tipologia caracterológica, um aspecto a ser observado é a possível ocorrência de hipotonia muscular nos diversos caracteres. Comentando sobre o caráter rígido, é dito que “este grupo inclui vários tipos clínicos: o homem fático-narcisista, a mulher histérica, o caráter compulsivo, o neurótico obsessivo, o caráter anal, etc. Todos estes subgrupos clínicos têm em seu denominador comum a rigidez estrutural, caracterológica e somática.” (Lowen, 1977, p. 144).

Segundo Lowen (idem, p. 164), “as tensões musculares são particularmente espalhadas no caráter oral. Sempre se encontra um forte anel de tensão ao redor da cintura escapular e na base do pescoço. (...) Os músculos longitudinais das costas são muito tensos, especialmente entre as espáduas, ao nível do crura¹³ do diafragma e na inserção do sacro. Os músculos da cintura pélvica são tão contraídos como os da escapular. Tensões musculares mais acentuadas parecem ausentes da parte anterior do corpo, mas somente devido à condição defletida do peito e abdômen. Quando se palpa mais profundamente, pode-se perceber a espasticidade do músculo abdominal reto.”

Quanto aos caracteres masoquistas, “estruturalmente, todos eles tendem a ser pesados, com forte desenvolvimento muscular.” (ibidem, p. 193). “Em sua aparência física lembram um gorila, porque suas costas tendem a ser arredondadas, os pescoços curtos e grossos e as coxas bastante musculosas (...) Quando se retraça o movimento energético numa tal estrutura com suas severas tensões na parte posterior do pescoço e na região lombar inferior, pode-se achar uma explicação para o comportamento masoquista.” (ibidem, p. 194). “Os músculos se superdesenvolvem a fim de reter impulsos negativos e controlar os naturais. A alimentação forçada tende a provocar vômitos que então são reprimidos, causando uma severa tensão no pescoço e garganta (...) As fortes tensões musculares na cintura escapular reprimem o ódio e a raiva contra a mãe.” (ibidem, p. 195-6).

No caráter psicopático “há, em geral, uma constrição muito clara em redor do diafragma e da cintura que bloqueia a descida do fluxo de energia e de sentimentos.” (Lowen, 1982, p. 139). É feita uma diferenciação entre dois subtipos deste caráter: o tirânico e o sedutor. “No primeiro tipo, a pelve tem uma carga reduzida e é sustentada de maneira rígida.” (idem, p. 140). Segundo ele, “ambos apresentam uma espasticidade acentuada do diafragma. Há também tensões nítidas no segmento ocular, o qual inclui os olhos e a região occipital. Da mesma forma, pode-se perceber tensões musculares graves ao longo da base do crânio, na região do segmento oral, representativas de uma inibição do impulso de sucção.” (ibidem, p. 141).

O que se vê, portanto, é uma ênfase quase que absoluta nos elementos de hipertonia muscular encontrados nos diversos caracteres examinados.

3.3 O caráter esquizóide

O caráter esquizóide merece uma análise especial, pois, segundo a descrição de Lowen, este tipo apresenta características específicas quanto ao tônus muscular.

¹³ Pilares do diafragma: “a parte lombar do diafragma provém de dois pilares, tendíneos em suas extremidades inferiores, que se fixam firmemente na frente da coluna vertebral, tornando-se musculares à medida que avançam para o diafragma (Hollinshead & Rosse, 1991, p. 579).

Em “O Corpo em Terapia”, é dito que “a fraqueza do sistema muscular, no caráter esquizóide e no psicótico, não é devida a uma falta de desenvolvimento muscular, como usualmente entendemos essa expressão. Muito freqüentemente, o caráter esquizóide tem acentuado potencial muscular e apresenta músculos fortes (...) No esquizóide, a musculatura é tensa, os músculos mais profundos são muito espásticos.” (ibidem, p. 305).

Entretanto, em “O Corpo Traído”, ao discutir este tipo de caráter, é feita uma ressalva: “Existem duas estratégias comumente usadas pelos indivíduos esquizóides para se protegerem do terror e da insanidade. A mais comum, conforme foi descrito acima, consiste numa rigidez física e psicológica que serve para reprimir o sentimento e manter o corpo sob controle do ego. (...) Porém, nem todos os indivíduos esquizóides apresentam este tipo de rigidez. Muitos deles (...) revelam em suas estruturas corporais uma flacidez superficial ou carência de tônus muscular em vez da rigidez descrita acima. A formação de impulsos é ainda mais reduzida - a ponto de o corpo parecer mais morto que vivo” (Lowen, 1979, p. 58).

Ele denomina a condição esquizóide rígida de “barricada esquizóide”, e a hipotônica de “retirada esquizóide”. Os pacientes portadores desta última condição “salvaram a sua sanidade acreditando na necessidade e no valor do sacrifício. Desistiram de seus corpos e aceitaram a morte simbólica deles, mas assim agindo roubaram do terror a sua força. Um corpo desprovido de todo e qualquer sentimento não pode mais ficar apavorado ou chocado (...) Nesta retirada o esquizóide declara a rendição da maioria de suas tropas (tônus muscular) e perde a capacidade de combater e revidar, embora retenha o controle do restante de sua personalidade. Ele pode ser comparado a um general sem exército, mas está em posição muito melhor do que a de um exército caótico sem general.” (idem, p. 59).

Esta condição é considerada como bastante grave: “tais casos estão mais próximos da extremidade esquizofrênica do espectro do que os corpos rígidos.” (ibidem, p. 76). Correspondentemente, este quadro é tido como tendo origem no início da vida da pessoa: “Sob o aspecto histórico, pode se demonstrar que a manobra esquizóide de retirada e sacrifício se desenvolveu numa idade precoce da criança.” (ibidem, p. 60).

Na conceituação destas condições, duas visões são expostas: uma diz que elas são incompatíveis entre si: “geralmente, estas duas manobras de defesa são mutuamente exclusivas.” (ibidem, p. 59). Ou seja, um indivíduo seria de um tipo ou de outro, nunca uma mistura de ambos. Entretanto, às vezes aparentemente se afirma que estas condições podem coexistir no mesmo indivíduo: “no corpo abatido, o peito é contraído, mole, e sem tônus muscular. Em todos os casos, ocorre uma acentuada constrição no corpo na altura da cintura, devido à contração crônica do diafragma.” (ibidem, p. 73). Na discussão de um caso com fortes ataques de ansiedade, comenta-se que “seu corpo não revelava a rigidez e tensão comuns ao esquizóide. Seus músculos superficiais eram flácidos e carentes de tônus normal. Sob a maciez da superfície, no entanto, podia-se apalpar a tensão nos músculos profundos na base do crânio, em torno do diafragma, e nas regiões pélvica e lombossacra.” (ibidem, p. 76).

Um comentário interessante é que “em muitos corpos esquizóides a tensão é desigual nos dois lados, e pode-se observar que o tronco fica retorcido numa das direções, enquanto a cabeça se vira para a outra.” (ibidem, p. 211).

Apesar da menção aos esquizóides hipotônicos, as discussões de caso e tratamentos propostos enfatizam quase que com exclusividade os esquizóides rígidos. Alguns exemplos: “O primeiro obstáculo ao processo de cura natural é o fato de o paciente não ter consciência das tensões existentes no seu corpo.” (ibidem, p. 211). “Uma posição que julgamos especialmente proveitosa é arquear o corpo para trás sobre um banquinho (...) este arqueamento estira os músculos das costas, libera as tensões em torno do diafragma, e propicia uma respiração mais profunda.” (ibidem, p. 216). É dito que a posição de hiperextensão “é particularmente eficaz no estiramento dos músculos anteriores da coxa, que freqüentemente se verificam bastante espásticos.” (ibidem, p. 216-7). “As posições passivas

acima descritas são utilizadas para trazer o paciente para o contato com o seu corpo, incrementar a sensação corporal, e produzir alguma liberação de tensão através de tremores e movimentos involuntários.” (ibidem, p. 217). “No capítulo anterior descrevi algumas das técnicas físicas empregadas para trazer o paciente de volta ao contato com o seu corpo. Estas técnicas permitem que ele tome consciência das suas áreas de rigidez muscular. Muitos desses exercícios liberam a tensão e melhoram a respiração; porém, a maior tarefa de libertar o paciente de sua rigidez é conseguida através do emprego de movimentos expressivos.” (ibidem, p. 239).

Comenta-se o caso de Sally, na qual, “apesar de ser dançarina, os músculos do seu corpo eram extremamente tensos. (...) Às vezes, eu massageava os seus músculos tensos com as minhas mãos. Isso liberava um pouco da sua espasticidade e dava à paciente a sensação de um contato corporal e consciência de si própria.” (ibidem, p. 222).

A conclusão é que na descrição deste caráter, do mesmo modo que nos caracteres examinados anteriormente, a hipertonia muscular é enfatizada e se dá prioridade ao afrouxamento das tensões crônicas como parte da estratégia de tratamento.

3.4 Depressão e tônus muscular

A depressão é uma condição na qual poderíamos esperar que se verificasse algum grau de hipotonia muscular, dado o estado de desvitalização do organismo que ocorre comumente nestes casos.

Ao comentar casos de depressão, este autor parece caminhar na direção de que, na maioria dos mesmos, este estado está relacionado com a hipertonia muscular. Ele conta de David: “sua mandíbula era dura e inflexível, seus olhos eram embotados e seu corpo tinha a rigidez de uma tábua.” (Lowen, 1983, p. 19). Quanto a George, “seu corpo tinha uma constituição musculosa apesar de ele nunca ter sido um atleta ou se interessado por alguma forma de modelagem física. Sua musculatura compacta e superdesenvolvida era conseqüência de seu trabalho de submissão e contenção de seus sentimentos.” (idem, p. 20). Para Joan, “sua capacidade de vibrar era tão reduzida como se estivesse ausente. Se seu corpo fosse levado a vibrar, sua rigidez diminuiria e a imagem da estátua ficaria em perigo de se quebrar (...) Era importante fazer Joan gritar. Isso geralmente é conseguido aplicando uma pressão nos músculos escalenos anteriores no terço superior do pescoço enquanto o paciente tenta gritar. A espasticidade destes músculos inibe o choro e o grito.” (ibidem, p. 77). Comentando o caso de James, é dito que “seu corpo tinha uma característica pesada e maciça, que poderia ser tomado por força em vista do seu acentuado desenvolvimento muscular.” (ibidem, p. 99). Numa outra paciente, Marta, “seus ombros estavam levantados, seu peito era alto e estufado, enquanto que as áreas abdominais e pélvicas eram presas e também levantadas. Suas pernas eram rígidas e finas, os músculos da perna estavam tão contraídos que suas pernas apreciam tacos de bilhar.” (ibidem, p. 118).

Já o relato sobre Anne indica um componente de hipotonia muscular: “seu corpo era frouxo, seus músculos flácidos, a pele do seu rosto estava caída, sua cor desbotada.” (ibidem, p. 21). Apesar de citar um caso de aparente hipotonia, logo em seguida, ao comentar sobre a dinâmica da depressão, apenas a condição hipertônica é enfatizada: “a irrealidade da atitude da pessoa deprimida é manifestada mais claramente pelo grau em que está sem contato com seu corpo. Há uma falta de autopercepção (...) Não percebe as limitações impostas pela sua rigidez muscular; contudo estas limitações são responsáveis pela sua inabilidade de realizar-se como uma pessoa no presente.” (ibidem, p. 23).

O bloqueio da excitação natural oriunda dos impulsos e funções corporais é visto como um dos fundamentos do estado depressivo, e a hipertonia muscular tem um papel decisivo para que isto ocorra: “em muitas pessoas há ansiedades ligadas às funções urinárias e anais que também devem ser resolvidas (...) Fomos elogiados por controlarmos e punidos

quando falhamos. Fomos ensinados que é errado deixar a natureza seguir seu curso, de que se deve manter o controle todo o tempo. Agora não conseguimos relaxar nossos ânus fechados e assoalhos pélvicos tensos. Temos medo de que os fundilhos caiam se soltarmos. Não sabemos como relaxar os músculos contraídos que envolvem as aberturas inferiores de nosso corpo.” (ibidem, p. 41).

No mesmo sentido, é dito que “meus pacientes estão bloqueados em sua capacidade de se abrirem e saírem de si mesmos, total e livremente. Em muitos deles descubro que o peito é duro e rígido como um cofre para proteger e guardar o coração. Há também um anel de contração muscular no pescoço estreitando a abertura junto à cavidade torácica. Em alguns o pescoço é curto e grosso, com músculos fortes que efetivamente sufocam qualquer impulso para o exterior. Em outros o pescoço é longo e fino com músculos tensos que restringem qualquer impulso. A mandíbula fica trancada para controlar o acesso ao interior ou a saída para o exterior. As tensões crônicas da mandíbula nunca estão ausentes e em muitos casos a abertura da boca está drasticamente reduzida. Até os lábios ficam paralisados e são incapazes de se mover para frente livremente e com facilidade. As espasticidades musculares na região dos ombros e da escápula efetivamente limitam o espaço que a pessoa tem para se estender.” (ibidem, p. 185).

A hipertonia também é destacada em termos do tratamento proposto. Afirmando, em seu livro sobre a depressão, que “na terapia bioenergética começamos com a respiração” (ibidem, p. 44), Lowen comenta o quanto as tensões musculares atrapalham o fluxo respiratório: “Cada área de tensão bloqueia a onda e distorce a percepção de pulsação. Pode-se encontrar esses bloqueios se estendendo da cabeça aos pés.” (ibidem, p. 45).

É dito que “se o ventre estiver flácido e as nádegas apertadas, há poucos movimentos abdominais nos movimentos respiratórios. Estas tensões musculares se desenvolvem no abdômen como um meio de reprimir sensações sexuais, controlar as funções excretoras e diminuir a dor causada por um choro persistente que falhou ao tentar conseguir uma resposta positiva dos pais.” (ibidem). Este trecho é curioso, pois apesar de se referir à flacidez do abdômen, Lowen logo em seguida torna a destacar a importância da hipertonia. E assim prossegue nesse trecho, comentando as tensões diafragmáticas oriundas do medo, a rigidez do tórax que reduz as sensações e sentimentos relacionados ao coração, o espasmo da musculatura dos ombros e braços, as tensões nos músculos do pescoço e garganta.

Vemos que o tema da hipotonia muscular aparece aqui e acolá, mas não é detalhado ou comentado. Em geral retomam-se as ponderações relativas à importância da hipertonia: “Espasticidade nos músculos longos das costas e das pernas criam uma rigidez corporal que impede sobretudo o fluxo das ondas excitadoras. Em outros casos, há áreas de colapso no corpo onde um padrão de rigidez apertada se quebrou sob o stress. *Essas áreas de flacidez são barreiras poderosas para o fluxo do excitação e dos sentimentos* (grifo meu). Toda conduta terapêutica que pretende fundamentar uma pessoa deve efetuar uma liberação significativa destas tensões musculares.” (ibidem, p. 46).

Em conclusão, o exame do livro de Lowen, “O corpo em depressão”, revela que a hipotonia muscular é citada em alguns momentos, porém o assunto não parece constituir algo importante ou que mereça maior atenção. Todo o destaque quanto ao papel do tônus muscular na dinâmica, na compreensão e no tratamento da depressão é dado à hipertonia. Um exemplo disto pode ser visto na Figura 1 abaixo, em que a hipotonia parece ser tratada como algo irrelevante para a discussão.

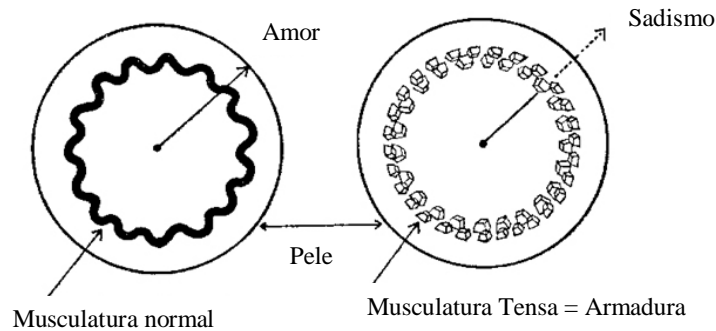


Figura 1- Diagrama de como o impulso amoroso se transforma em raiva por ação da couraça muscular. (Lowen, 1983, p. 187).

4. Novas visões sobre a hipotonia em autores ligados à Análise Bioenergética

4.1. O caráter esquizóide flácido segundo Ben Shapiro

Encontra-se pouca coisa escrita por analistas bioenergéticos sobre o tema da hipotonia. Uma das exceções é Ben Shapiro, que apresenta uma visão sistematizada sobre este assunto quando procura definir e descrever um tipo específico de estrutura de caráter, constituído pelos caracteres esquizóides que apresentam hipotonia muscular, ao qual ele denomina de caráter esquizóide flácido.

Assinalando a diferenciação feita por Lowen (ver acima), ele diz que “na minha experiência como *trainer* de Bioenergética, o tema do esquizóide flácido não é comumente reconhecido pelos terapeutas bioenergéticos. Clientes com estes temas são com frequência diagnosticados erroneamente como ‘masoquista’, ou ‘borderline’, ou ‘narcísico’. Isto é trágico, porque em decorrência disso os aspectos do desenvolvimento mais precoce destes clientes nunca são vistos, e muito menos trabalhados. Em consequência, estes clientes apresentam grande dificuldade de se tornarem mais saudáveis, eles se sentem vagamente não vistos, não ouvidos, mal compreendidos, e têm muita dificuldade de romper com seus sentimentos caracterológicos de vitimização.” (Shapiro, 2006b, p. 2).

Na discussão da etiologia deste quadro, Lowen remontou sua origem a uma defesa contra a hostilidade dos pais. Mas, segundo Shapiro (idem), “minha própria experiência difere da de Lowen, no sentido de eu crer que o esquizóide flácido foi provavelmente inundado com a ansiedade (e não hostilidade) da mãe, o que arruinou os esforços do bebê no sentido de construir uma defesa rígida.” Assim, “cedendo às ondas de inundação, a submissão tornou-se seu modo de sobrevivência.” (ibidem, p. 3).

É feita uma analogia com uma bexiga dessas usadas em festas de aniversário. Se ela estiver cheia e um trator passar por cima, ela irá estourar. Mas, se estiver vazia, não há esse perigo. Em decorrência, “a sobrevivência do esquizóide flácido (EF) depende de três coisas: o EF não deve se tornar fortemente carregado; o EF deve produzir um vazamento de qualquer carga substancial que acidentalmente ocorra, e isso tão rapidamente quanto for possível; o EF nunca deve mobilizar qualquer forma de agressão energética para conquistar o que ele/ela quer.” (ibidem).

Os aspectos corporais encontrados no EF seriam: pele flácida, corpo de bebê, mãos e pés pequenos, hiperflexibilidade das articulações, miopia, tendência a evitar esforço físico, excesso de peso. Esta última característica seria “possivelmente uma tentativa do corpo de obter mais limite (*boundary*)”. (ibidem, p. 4).

Shapiro comenta sobre as estruturas EF cindidas, em que há partes flácidas e outras rígidas: “a cisão mais comum ocorre quando a cabeça é narcisista, mas o resto do corpo é flácido. Em outro tipo de estrutura, a metade de baixo do corpo é mais flácida, enquanto que a metade de cima é mais narcisista ou rígida. Em outra estrutura, as mãos e pés podem ser bem definidos e de tamanho normal, apesar de o resto do corpo ser flácido.” (ibidem, p. 5).

Quanto ao tratamento, este autor propõe que “os objetivos terapêuticos essenciais são musculares/energéticos, não psicológicos.” (ibidem). Consistiriam em “construir uma carga energética, conter esta carga energética, mobilizar suficiente agressão para ir ao mundo e obter o que é seu de direito.” Para Shapiro, “qualquer tentativa de obter melhora em problemas de comportamento fracassarão e entrarão em colapso se estes três objetivos energéticos não forem alcançados antes.” (ibidem, p. 6).

É feito um alerta de que “os exercícios bioenergéticos típicos que dependem de expressar assertividade (agressão) – por exemplo, bater, chutar – são em geral inúteis para o EF. Isto acontece porque eles não lidam com o problema da falta de limites (*boundaries*), a necessidade de aumentar de modo estável a carga, e a necessidade de ser capaz de conter a carga. Como o borderline, que talvez tenha uma questão de ter uma fronteira (*boundary*) excessivamente permeável, a pessoa EF pode se sentir ainda mais vazia depois de expressar agressão fisicamente.” (ibidem).

Como recurso terapêutico de grande valor nestes casos, Shapiro propõe a técnica por ele desenvolvida, denominada de “Carregar/Conter” (*Charging/Containing*). Encontra-se uma descrição deste exercício em outro texto do autor (Shapiro, 2006a), que trata da construção de limites (*boundaries*). Ele faz uma distinção entre três tipos de indivíduos:

a) os com “limites frágeis porque eles são demasiado flexíveis, porosos, permeáveis”. (idem, p. 234). Entre estes estariam os esquizóides flácidos, orais e borderlines.

b) aqueles com “limites frágeis porque são demasiado inflexíveis, muito rígidos, muito impermeáveis (...) aqueles com questões principalmente ‘narcisistas’ têm esse problema.” (ibidem).

c) os com “limites frágeis que são muito porosos mas, para serem efetivos no mundo, compensam com uma rigidez artificial para se manterem inteiros. Aqueles que são impulsivos, reativos, hiperativos, ou combinam questões ‘borderline’ e ‘narcisistas’ têm esse problema.”

Não há menção aqui à hipotonia ou à importância do tônus muscular. Mas ele diz que os “problemas com limites são determinados em grande medida por questões musculares e energéticas” (ibidem, p. 237), e que “a Construção Bioenergética de Limites envolve mudanças musculares, energéticas e psicológicas.” (ibidem, p. 239).

Isto é curioso, pois sabemos pelo outro texto do autor mencionado acima que o tema da hipotonia não lhe é estranho. Quando ele fala de limites porosos e permeáveis, e cita os esquizóides flácidos como indivíduos com tais características, podemos supor que este quadro está relacionado à hipotonia muscular. Mas a questão do tônus praticamente não é tratada neste artigo e, quando surge, parece ser para falar da hipertonia. Buscando explicar a etiologia dos limites deficientes, é dito que “se o ambiente maternal é hostil ou frio ou ausente, a contração do impulso vital pode ser grave.” (ibidem, p. 259). No tratamento, tais impulsos são despertados novamente, mas “esse fluxo externo em direção à periferia de nosso corpo é contraposto por nossas contrações musculares e energéticas caracterológicas.” (ibidem). Ou seja, mais uma vez a hipertonia prepondera na exposição dos mecanismos neuróticos e ficamos sem saber o que o autor pensa sobre a importância da flacidez muscular em relação ao assunto tratado.

4.2. Uma entrevista com Odila Weigand

Ao buscar autores do campo da Análise Bioenergética que tivessem escrito textos sobre a hipotonia muscular, não encontrei muita coisa. Entretanto, ao conversar com colegas e professores bioenergéticos, percebi que o tema não é desprezado ou desvalorizado. Ao contrário, existe uma reflexão sobre o assunto e também há todo um desenvolvimento de recursos técnicos voltados para trabalhar com a hipotonia. Ao que parece, ocorre apenas que isso não chegou ainda ao papel sob a forma de textos que descrevam e discutam o assunto.

Veio daí a idéia de realizar uma entrevista com alguém que tivesse o que dizer sobre o tema. Não cabe aqui fazer um levantamento de opiniões oficiais e representativas dentro da instituição responsável pelo ensino da Análise Bioenergética. Pretende-se algo bem mais modesto: uma coleta de opiniões de uma pessoa que tenha refletido sobre o assunto e seja credenciada institucionalmente para falar sobre isso. O objetivo é ter algo sobre o que refletir, um ponto de partida que pode permitir o aprofundamento posterior da discussão sobre o tema.

Assim, em dezembro de 2007 foi realizada uma entrevista com Odila Weigand, que é *International Trainer* de Análise Bioenergética, vinculada ao IABSP (Instituto de Análise Bioenergética de São Paulo). A íntegra deste material compõe o Anexo 1. Serão comentados alguns pontos de destaque dentro do que foi dito, e as citações a seguir referem-se a esse material.

A prioridade dada por Lowen à hipertonia muscular teria um importante componente histórico, ligado à influência dos ensinamentos de Wilhelm Reich sobre o seu pensamento. A visão clínica inicial de Lowen foi transformada e desenvolvida por autores como Shapiro, que destacam a importância da contenção da carga, e não apenas o processo de carregar e descarregar.

A visão tradicional era que o importante seria expressar o medo e outros sentimentos ligados à determinação do quadro de hipotonia. Depois, expressar raiva onde havia medo, aplicando como que antídotos para transformar e corrigir a hipotonia. Na visão atual da Análise Bioenergética, “a expressão e a catarse já não constituem o objetivo principal e nem secundário. A catarse acontece se tiver de acontecer, mas a catarse não é o objetivo. Tem se modificado muito a abordagem da hipotonia.” (Weigand, 2007).

Para entender as alterações do tônus muscular, é importante considerar os fluxos energéticos existentes no organismo, dado que a hipotonia muscular está intimamente ligada a condições de baixa carga na região afetada. A hipotonia muscular no adulto estaria vinculada ao chamado vazamento de energia, sendo isto de grande importância nas considerações sobre o tratamento destes pacientes.

De acordo com Weigand, “a hipotonia tem muito a ver com medo, um medo mais intenso, aquele do qual fala o Peter Levine, aquele medo em que a pessoa se vê totalmente sem saída, sem possibilidade de resposta, em que a única resposta possível é se fazer de morto, desistir.” A origem da hipotonia pode ser situada comumente em processos primitivos e pré-verbais, que ocorrem logo no início da vida, mas outras condições também poderiam causá-la. A exposição a situações extremas como catástrofes, traumas, assaltos e abusos, pode levar o organismo a reagir desta forma.

Alguns quadros orgânicos encontrados em crianças e adultos podem ser atribuídos a esta dinâmica: “você vai encontrar talvez uma hipotonia de garganta, de língua, um problema de fala que muitas vezes acaba caindo na mão dos fonoaudiólogos.” (ibidem).

Discutindo a questão dos tipos de caráter, é dito que raramente se vê um tipo puro. Em geral encontramos regiões hipotônicas nos rígidos, e os caracteres esquizóides apresentam normalmente hipertonia em diversos músculos. Depreende-se disto que é necessária a

compreensão das configurações peculiares do organismo de cada indivíduo quando se fazem considerações clínicas sobre o tônus muscular de um paciente.

Quanto ao que fazer diante de pacientes que apresentem hipotonia muscular, tem-se uma ampla gama de possibilidades. Seria fundamental entender a hipotonia de modo não isolado, e sim dentro do contexto da função vital do organismo e da psicodinâmica do indivíduo. Exercícios voltados para o fortalecimento do tônus podem ser úteis, tais como caminhadas e ginástica. Deve-se também trabalhar na direção da “pulsção para centrar, para conter, para fazer contato com o sistema vegetativo.” (ibidem). O exercício reichiano da água-viva (*jellyfish*) é também adequado para esta condição.

Para Weigand (ibidem), “outra coisa que fazemos às vezes é mobilizar um pouco com um exercício muscular. Mobiliza um pouco, só para esquentar, e depois a pessoa para e se volta para dentro, direcionando a energia para a parte visceral, para si mesmo, para perceber a respiração, perceber o mundo interno. Desse modo o terapeuta usa o movimento, o músculo voluntário, postural, para depois redirecionar para dentro essa energia que foi criada. Sempre pensando em carregar/conter.”

5. A hipotonia muscular na Psicologia Biodinâmica de Gerda Boyesen

5.1 Gerda e a hipotonia

O que se procura neste item e nos dois seguintes é verificar como outros autores do campo da psicoterapia corporal abordam a questão da hipotonia. Importa aqui examinar as contribuições teóricas e técnicas elaboradas por eles e que podem ser úteis para uma melhor compreensão do assunto.

Gerda Boyesen, criadora da Psicologia Biodinâmica, destaca o papel da hipertonia muscular na dinâmica dos processos mentais, basicamente nos mesmos moldes de Reich e Lowen. Segundo ela, “que o organismo seja capaz de recalcar as emoções e conflitos por tensões musculares e por uma contração crônica do diafragma foi uma outra revelação essencial.” (Boyesen, 1986, p. 35). Assim, quando se dissolvem essas tensões, “as lembranças, os afetos e os movimentos reprimidos podem emergir das profundezas do corpo.” (idem).

Na década de 1950, relata que em sua formação em tratamentos com massagem, “no Instituto Bülow-Hansen, trabalhávamos unicamente sobre as tensões. A teoria era a seguinte: se as tensões neuróticas fossem dissolvidas, o paciente curava-se” (ibidem, p. 50). Havia, porém, uma colega chamada Lillemor Johnsen que trabalhara durante um bom tempo em hospitais psiquiátricos e que dava grande importância à questão da hipotonia muscular neste tipo de paciente. A princípio Gerda era muito hostil à idéia de que a hipotonia fosse algo digno de nota, mas com o tempo foi percebendo que este fenômeno poderia explicar acontecimentos até então misteriosos. Ela ficara intrigada com o caso de três pacientes, em que dissolvera todas as tensões musculares neuróticas, e o resultado havia sido um estado de depressão profundo e não a melhora do quadro inicial. Em uma conversa com Lillemor sobre a hipotonia, “de repente, ocorreu-me: era exatamente o que havia acontecido a meus três pacientes! Eles tinham perdido o tônus! A hipotonia estava presente sob as camadas hipertônicas; era a razão por que eles tinham se tornado tão deprimidos. Apaixonei-me por esta abordagem.” (ibidem, p. 51).

Ela nos conta sobre o que aconteceu consigo mesma em seu tratamento: “quando Aadel Bülow-Hansen trabalhou com massagens em minhas pernas e reabsorveu as tensões musculares crônicas, descobrimos, por baixo, camadas hipotônicas. Minhas pernas perderam suas belas formas. Fiquei muito infeliz por ter perdido estas formas, estes contornos dos músculos. Mas compreendi que tinha havido muito cedo, em meus pés e meus tornozelos, uma resignação que havia ocasionado esta hipotonia. As tensões tinham vindo mais tarde, por

esforço e pelo esporte. Uma vez que as tensões secundárias haviam desaparecido, a hipotonia veio à superfície.” (ibidem, p. 52).

Tudo isso fez com que atribuísse crescente importância ao tema. “Cada vez mais me interessei pela hipotonia subjacente ao tratar meus pacientes. Até então eu não tivera consciência da hipotonia porque nunca havia trabalhado com este método de massagem nos hospitais psiquiátricos. Compreendi que a neurose está associada a um grande número de tensões enquanto que, na psicose, a maior parte das tensões musculares crônicas desapareceu.” (ibidem). Passa então a adotar a “teoria da hipotonia de Lillemor Johnsen: ela sempre dizia que os doentes mentais quase não tinham tônus. O único lugar do corpo onde o tônus era muito forte (hipertonia), era uma zona na base do atlas, na nuca. Chamávamos esta zona de o ‘anel da psicose’: era a última defesa contra a ‘ressaca’ da dinâmica.” (ibidem).

Desde essa época, o tema da hipotonia muscular tem merecido destaque na abordagem clínica da Psicologia Biodinâmica, incluindo o desenvolvimento de técnicas específicas para o tratamento desta condição. Uma delas é a massagem orgonômica (IBPB, 2002), em que se faz como que um bombeamento energético abrangendo toda a musculatura. Partindo da idéia de que muitas vezes a energia retirada dos músculos encontra-se presa nos ossos, muitas vezes inicia-se o trabalho com uma massagem no periósteo para soltar e reativar esta energia, procedendo-se depois a uma técnica específica de massagem hipotônica, que visa (como o próprio nome indica) vitalizar, energizar e tonificar os músculos flácidos.

Dentro desta abordagem, acredita-se que é possível que os bloqueios energéticos e emocionais ocorram não só no corpo físico, mas também no campo energético que o envolve. Em muitos pacientes hipotônicos, verifica-se que é neste nível que obtemos maiores resultados. Existem diversas formas de “massagem” e toques que procuram trabalhar sobre este campo, ou seja, técnicas que proporcionam uma intervenção em regiões acima da pele, com resultados bastante bons em diversos casos. Após o desbloqueio nesta área, torna-se em geral mais viável recuperar o tônus muscular nas regiões hipotônicas.

Em termos de vegetoterapia biodinâmica, o trabalho a partir do impulso interior (Southwell, 1983) também é indicado nestes casos, pois permite incentivar e desenvolver as fontes pulsionais amortecidas pelo processo de desvitalização inerente à dinâmica psicopatológica destes casos. O exercício da medusa ou água-viva (Heller, 2000) também é de grande utilidade, na medida em que colabora para o incremento da vitalidade geral.

Em geral, a compreensão da hipotonia muscular nesta abordagem está relacionada a temas pré-edípicos, especialmente aqueles ligados ao período que Winnicott chama de desenvolvimento emocional primitivo (Winnicott, 1945; Dias, 2003), situado nos primeiros meses de vida. Falhas importantes nos cuidados maternos neste período podem deixar seqüelas ligadas a traços de resignação e desistência. A atenção aos cuidados de maternagem no processo clínico de uma psicoterapia voltada para o tratamento desta condição inclui a criação de um *setting* apropriado, bem como a utilização de técnicas específicas que permitam lidar com a hipotonia muscular, originada na situação mencionada acima e que colabora na manutenção do quadro de baixa vitalidade, deficiências no impulso de agir de modo eficaz e dificuldades relacionais.

5.2 Miotonograma: um recurso didático e clínico

Como professor do Instituto Brasileiro de Psicologia Biodinâmica, elaborei um recurso didático que permitisse aos alunos reconhecer as alterações de tônus muscular existentes nas pessoas. A partir da minha experiência clínica, ficava evidente que é muito raro encontrar um paciente inteiramente hipotônico ou hipertônico. O mais comum é uma mistura de ambos, com diversas regiões do corpo se comportando diferentemente neste quesito. Com frequência verificava-se quase que um mosaico, uma colcha de retalhos que, entretanto, não deixava de ter sua lógica, coerente com a história emocional da pessoa. O que me confundia

era que os teóricos do assunto em geral falam de indivíduos hipertônicos e hipotônicos, como se as pessoas apresentassem sempre um quadro geral que fosse de um tipo ou de outro. Creio que este é um dos aspectos mais necessitados de elaboração teórica e técnica no campo da psicoterapia corporal de base reichiana, e o presente trabalho pretende ser uma contribuição nesta direção.

Alguns exemplos clínicos: um paciente apresentava predominância de hipotonia no tórax e braços, e hipertonia acima e abaixo desta região¹⁴. O peito hipotônico estava relacionado a uma identificação com sua mãe resignada, embasando uma atitude insegura e submissa que aparecia em diversas situações. Isso contrastava com as áreas hipertônicas, ligadas especialmente a uma identificação com o pai autoritário e rígido, traço ligado a um comportamento desafiador e ousado. Claro que esta é uma simplificação algo esquemática, pois os casos reais são muito mais complexos e cheios de nuances. Mas, de qualquer modo, não é raro encontrar pacientes que apresentam sua própria história familiar¹⁵ estampada na distribuição das alterações do tônus muscular ao longo de seu corpo.

Um outro tipo muito comum é o paciente no qual predomina a hipertonia, porém que apresenta algumas brechas hipotônicas, por exemplo, no peito ou abdômen. O psicoterapeuta desavisado poderá tratar tais pessoas como um hipertônico comum, sem atentar para o componente de vulnerabilidade extrema evidenciado na “falha” da couraça em determinados pontos cruciais.

É também muito raro (pelo menos na minha experiência) encontrar um paciente inteiramente hipotônico. Pessoas hipotônicas tendem a apresentar algumas áreas hipertônicas que representam em geral aspectos estruturados e adaptativos de seu caráter. Deste modo, a pergunta não é: como lidar com este indivíduo hipotônico? E sim: como lidar com este indivíduo que apresenta uma hipotonia importante e que tem tais e tais áreas hipertônicas? A estratégia clínica irá variar, claro, de caso para caso. Mas muitas vezes é adotada a conduta mais imprudente, que é de trabalhar primeiro para dissolver a hipertonia muscular. Isso empurra o paciente na direção de um colapso existencial que pode ser muito danoso a ele. Felizmente, em geral nestes casos a resistência do sujeito age como um anjo da guarda e ele questiona ou mesmo abandona o tratamento, livrando-se do efeito iatrogênico oriundo de só considerar a hipertonia como alvo terapêutico.

A partir destas considerações, desenvolvi um instrumento que permitisse evidenciar as variações do tônus muscular no corpo de uma pessoa. Denominei-o de “miotograma”: mio de músculo, tono de tônus, grama de representação ou esquema (como em diagrama, eletrocardiograma etc.). Apesar do nome complicado, trata-se de algo bem simples e quase que óbvio.

Em uma folha de papel, há um desenho esquemático (veja o Anexo 2) do corpo humano visto de vários ângulos – de frente, de costas, lateral direita e lateral esquerda. O examinador escolhe três cores contrastantes (em giz de cera, lápis de cor ou material equivalente), uma para representar áreas de hipertonia, outra para áreas hipotônicas e uma terceira para regiões onde o tônus muscular é equilibrado, a chamada eutonia, infelizmente tão pouco comum. O indivíduo examinado permanece deitado e tranquilo, enquanto o

¹⁴ Lowen relata casos semelhantes, mas sem entrar em detalhes quanto ao tônus muscular: “Um dos distúrbios mais comuns do ser humano é a dissociação das metades superior e inferior. Às vezes até parece que as duas metades não pertencem à mesma pessoa. Em algumas, a metade superior é bem desenvolvida, enquanto que a pelve e as pernas são pequenas e de aparência imatura, como se pertencessem a uma criança. Em outras, a pelve é cheia e arredondada, porém a metade de cima é pequena, estreita e de aparência infantil (...) Algumas vezes, a metade superior do corpo é firme, rígida e agressiva e a inferior parece branda, passiva e masoquista.” (Lowen, 1982, p. 75-6).

¹⁵ Em casos como o aqui descrito não é raro encontrarmos nos conflitos internos do indivíduo uma repetição, às vezes literal, das disputas familiares entre o pai e a mãe dele.

examinador vai realizando uma massagem¹⁶ nas diversas áreas do corpo. Depois de examinada uma área, é feito o registro do que foi encontrado em termos de tônus nos músculos verificados. Passa-se a uma nova área, faz-se novamente o registro, e assim por diante, até abranger o corpo todo.

O resultado é uma figura colorida que, nas mãos de um examinador experiente, funciona como uma radiografia da vida emocional e do caráter do indivíduo. Em geral é uma aula que tem grande impacto sobre os alunos, pois eles vêm revelados aspectos de si mesmos muito profundos. Discute-se, por meio de exemplos, como entender cada configuração específica, que estratégias clínicas poderiam ser consideradas e qual a ressonância de cada um frente aos diversos quadros apresentados.

Obviamente, o resultado é muito parcial e questionável, por diversos motivos. Um é que o tônus muscular varia conforme as situações – em situações de confiança e tranquilidade, tende ao relaxamento. Por outro lado, ansiedade, medo e estresse evocam a hipertonia. Portanto, o miotonograma apresentará resultados diferentes conforme a relação com o examinador e conforme o momento e a situação em que é realizado. Do mesmo modo, pode ser que ao exame um indivíduo se mostre hipotônico ou eutônico, mas, numa situação de vida determinada, reaja com hipertonia ao desafio. Ou ainda que se revele hipertônico ao exame, mas numa situação de conflito em sua vida reaja com resignação, colapso e hipotonia.

Feitas estas ressalvas, o que se vê é que este é um instrumento didático bastante útil na sensibilização do aluno para o tema. Na clínica, é discutível o quanto vale ser usado da maneira formal aqui apresentada. Eu recomendo que se use como uma referência de fundo nestes casos, sem que precise ser desenhado realmente. Ou seja, o psicoterapeuta, ao realizar o trabalho corporal, está atento para as variações do tônus muscular, especialmente quando se trata de massagem, na qual é bem fácil este exame. Ele vai compondo mentalmente o quadro geral de seu paciente, o que lhe permite formular hipóteses e criar estratégias clínicas, que sempre devem ser testadas na prática para verificar sua compatibilidade com o processo terapêutico real que se desenrola. Isso porque a compreensão global operacionalizada a partir do miotonograma requer certa dose de imaginação e interpretação teórica da parte do psicoterapeuta, o que deixa aberta a porta para a inserção de conteúdos pessoais na formulação de uma tentativa de entendimento do outro.

No Anexo 2 é apresentado o impresso utilizado para realização do miotonograma. Incluem-se aí também alguns exemplos ilustrativos de casos reais.

6. A hipotonia muscular e a Anatomia Emocional de Stanley Keleman

Stanley Keleman parte de uma base teórica diferente daquela adotada pela Análise Bioenergética e pela Psicologia Biodinâmica. Enquanto estas estão fundamentadas em termos reichianos e psicanalíticos, Keleman parte de uma concepção enraizada na biologia¹⁷. Apesar disto, suas propostas apresentam uma grande compatibilidade e semelhança com as abordagens neo-reichianas, o que não é de se surpreender, dado que no começo de sua carreira ele foi *trainer* de Análise Bioenergética.

Este autor parte da noção de reflexo de susto para entender os processos somáticos e psíquicos que ocorrem no organismo humano. Para ele, o reflexo de susto “é uma resposta organísmica para lidar com situações de emergência. Ela é planejada para ser usada temporariamente; quando passa o organismo volta ao normal. Mas essa mesma reação pode se

¹⁶ Na verdade uma apalpação diagnóstica dos músculos, mas que em geral é bem recebida pelo examinado e tem o efeito benéfico de uma massagem relaxante.

¹⁷ Note-se que, apesar de Keleman não utilizar atualmente o referencial teórico reichiano, continua sendo considerado por muitos como vinculado a ele. Por exemplo, Rauch (2005, p. 23), em seu trabalho de PhD, classifica as escolas de psicoterapia corporal existentes em diversos tipos, colocando Keleman na categoria dos “seguidores de Reich”.

tornar um estado habitual, de tal forma que continua organizada quando passamos a outros eventos.” (Keleman, 1992a, p. 80).

Ou seja, “uma reação pode persistir ou aumentar até que se torne parte contínua da estrutura.” (idem, p. 77). Assim, o reflexo de susto poder levar à cronificação do estado alterado, o que é chamado por ele de estresse: “susto é uma resposta imediata, enquanto o estresse é a intensificação e continuidade das reações baseadas em interações sociais e interpessoais.” (ibidem). Os padrões de estresse “são a continuação, intensificação e consolidação das posições de susto em estados tissulares de estresse”. (ibidem, p. 89).

O grau de mobilização do reflexo de susto e sua eventual cronificação dependem de diversos fatores: “a intensidade das ameaças, agressões, choques e surpresas dependem do momento – se ocorrem mais cedo ou mais tarde no desenvolvimento; do número – se acontecem muitas ou poucas; das fontes – se surgem do exterior ou resultam de uma relação assimétrica entre excitação interna e capacidade individual para tolerá-la; da duração – se a ameaça é episódica ou contínua; e da gravidade – ameaças de pouca gravidade, moderadas ou intensas.” (ibidem, p. 77).

Para este autor, “os quatro estados de agressão podem ser chamados de choque, trauma, abuso e negligência. O choque congela a forma ou cria uma consistente com o modo como a pessoa interpreta sua existência naquele momento.” (Keleman, 1992b, p. 15). “O trauma significa um esgarçamento, uma ruptura, uma mutilação, um dano imediato ao tecido e o início da dor. O abuso significa irritação, inflamação a longo prazo, cansaço, exaustão. A negligência é atrofia, desuso, falta de empatia, ausência de relacionamento humano e indiferença às próprias necessidades físicas e emocionais.” (idem, p. 16).

O abuso e a negligência em geral envolveriam situações de média ou longa duração, com efeito cumulativo. O choque e o trauma seriam decorrentes de episódios agudos de grande intensidade, sendo a diferença maior entre ambos o fato de que no estado de choque “você simplesmente não sente nada. Há só incredulidade, incompreensão e entorpecimento.” (ibidem, p. 20).

Exemplificando este processo, é dito que “uma confrontação direta, aos berros e pela força, de uma criança pequena por um adulto pode durar apenas dois segundos, mas fará a criança congelar. Uma outra vai adensar-se e encolher-se contra o abuso de sermões, queixas e críticas persistentes. Uma negligência violenta provoca congelamento, enquanto uma negligência a mais longo prazo provoca desamparo, desespero, apatia, perda de direção e uma forma diminuída.” (ibidem, p. 17).

É proposta a existência de um *continuum* do estresse, uma seqüência de atitudes às quais o organismo recorre progressivamente ao lidar com uma ameaça: “somos programados com um reflexo de susto, que consiste em uma série de respostas de alarme ao longo de um *continuum*. O reflexo de susto começa com uma resposta de investigação, seguida por asserção, depois por uma reação de aborrecimento, depois raiva ou abstenção e, finalmente, de submissão ou colapso. Se a primeira resposta alivia a agressão, o evento que nos perturbou, o organismo volta à homeostase. Caso contrário, a primeira resposta pode desencadear a segunda, a segunda leva à terceira, e assim por diante.” (Keleman, 1992a, p. 78). A primeira metade deste continuum do estresse é caracterizada pelo enfrentamento e retesamento, comportando reações de assertividade e sentimentos como raiva e orgulho. A segunda metade tem mais a ver com desistência e submissão, com sentimentos de resignação, derrota, impotência.

Resumindo, “o organismo lida de duas formas com agressões contínuas ou cumulativas. Ou resiste ou cede. Resistir requer que o organismo fique em pé, perante o ataque, para repeli-lo. Ceder requer que o organismo se renda, aceite a agressão e recue para um nível inferior de funcionamento. Ao resistir, o organismo torna-se mais sólido; se enrijece

ou se retesa. Ao criar mais forma, estrutura, limites e solidez, o organismo torna-se *overbound*. Ao ceder, o organismo amolece, rende-se, assemelha-se mais ao líquido. Ao criar menos forma, estrutura, limites e um estado mais liquefeito, o organismo torna-se *underbound*.” (idem, p. 90).

Muito mais que um simples estado orgânico, tais estruturas são uma forma de estar no mundo que determina o que sentimos e como agimos: “Essas organizações tornam-se nossa maneira de reconhecer o mundo e a nós mesmos e, por sua vez, elas se tornam a maneira de o mundo nos reconhecer. Para compreender um indivíduo, portanto, é preciso determinar que configuração, de susto ou estresse, pode ser dominante.” (ibidem, p. 89). “O tônus muscular, sua firmeza ou fragilidade, determina a qualidade e a duração de uma emoção (...) Padrões contínuos e expansivos de estresse fazem o organismo se estender para cima e o enrijecem. Emoções como asserção, orgulho e raiva despertam. Padrões contínuos e contráteis de estresse levam uma depressão até o colapso, com as decorrentes emoções de recuo, submissão, derrota e impotência.” (ibidem, p. 108).

A condição denominada de *overbound* está relacionada à hipertonia muscular, o que está fora do âmbito de interesse deste estudo. A atenção será voltada, portanto, para as estruturas *underbound*:

“Uma importante função dos músculos é criar o tônus que mantém os limites ou continentes internos (...) Os músculos *underbound* criam pouca resistência. Quando essa função de limite enfraquece, os conteúdos incham ou extravasam. Os músculos inchados contêm muita água. Eles parecem intumescidos, como se estivessem cheios de líquido, gordura, ar. Há pressão interna, mas como falta tônus aos músculos, ela encontra pouca resistência. Isso distorce a contração normal. Músculos frágeis ou em colapso perdem seus fluidos; eles secam e se tornam estreitos, esponjosos, pequenos, duros. Falta-lhes substância, é como se tivessem esfarelado. Há fraqueza e atrofia.” (idem, p. 96).

Segundo Keleman, “na condição *underbound*, segunda metade do continuum de estresse, há contração, diminuição, recuo para dentro de nós mesmos. A depressão ocorre quando já fomos derrotados ou quando decidimos nos submeter ou colapsar. Os conteúdos abdominais descem devido à falta de tônus muscular no tronco. O afrouxamento dos intestinos arrasta o diafragma para baixo e os músculos intercostais entram em colapso. Isso está em agudo contraste com a espasticidade do padrão raiva-medo. Os músculos da coluna perdem o tônus, e o afrouxamento se aprofunda (...) Tentamos manter a cabeça ereta com espasmos do músculo occipital (...) a protrusão abdominal aumenta, a cúpula do diafragma se achata mais, os músculos costais da parte superior do peito se atrofiam, a pressão da tração nos puxa para baixo, o psoas se afrouxa.” (ibidem, p. 108).

“Sem resistência muscular, os tubos e os espaços internos não conseguem sustentar-se e começam a se esparramar para fora ou a colapsar para dentro. O tônus dos esfíncteres se perde. Há inchação ou prolapso.” (ibidem, p. 94).

Keleman cita duas estruturas que compõem a condição *underbound*: a inchada e a em colapso. A estrutura inchada “implora por limites e por resistência, embora pareça resistir a isso. O que ela declara de fato é: ‘Empurre-me de volta para que eu tenha limite’ (...) Essa estrutura teme o colapso e, por isso, distende seus tubos e bombeia para cima, em um esforço para se manter ereta. Toda sua excitação é mantida na superfície, longe dos tubos internos. A pessoa inchada é uma criança adulta, uma pessoa considerada adulta, mas que retém muitas das características imaturas.” (ibidem, p. 140). O autor prossegue em sua descrição, detalhando o funcionamento somático muscular e visceral, os padrões emocionais e comportamentos habituais deste tipo de estrutura. Expõe também suas propostas clínicas para pessoas com este padrão: “esvaziar, comprimir, ensinar asserção (...) questionar suas ilusões, aumentar a pressão interna para mantê-lo do tamanho certo, incentivar excitação e contenção internas, dar estrutura, firmando e preenchendo.” (ibidem, p. 149).

O mesmo é feito como o outro tipo de padrão underbound: “As declarações emocionais da estrutura em colapso são: ‘Não posso’, ‘Dê-me suporte’ (...) Cede, encolhe, chora. Lida com a raiva, medo, necessidade ou fraqueza, cedendo. Esse tipo pede mais estrutura. Precisa de uma espinha dorsal (...) Pode aceitar o que vem dos outros, se lhe oferecem, mas não se esforça para obtê-lo. Também não faz muito esforço para dar. Reage ao estresse recuando e isolando-se. Não agir é sua forma de agressão.” (ibidem, p. 150). “Essa estrutura tem uma função muscular enfraquecida. Parece que lhe faltam ossos ou músculos (...) Essa estrutura tem pouca capacidade para suportar pressão. Suas bolsas desmoronam e o mundo pélvico inferior torna-se uma poça ou um pântano.” (ibidem, p. 152). As propostas clínicas de Keleman para esta estrutura incluem: “inflar; tornar ereto; incentivar o desejo; incentivar a auto-estima; construir uma estrutura interna de suporte usando o tecido conjuntivo; gerar ritmo, incentivar a excitação; ajudar a controlar o *self*, tirar pressão; restaurar a vitalidade pulsátil.” (ibidem, p. 159).

7. Elsworth Baker e a questão da anorgonia

Baker é considerado um reichiano que seguiu a linha de Wilhelm Reich sem fazer grandes modificações, e é assim possivelmente um dos autores que mais refletem o que deve ter sido o pensamento deste último em sua fase tardia. Por este motivo, é útil verificar sua opinião sobre o tema em estudo.

Em seu livro “O Labirinto Humano”, não encontrei menção direta à hipotonia muscular. Entretanto, em alguns momentos ele fala de algo muito próximo, a condição do organismo em que há baixa carga energética, chamada por ele de “anorgonia”. Para este autor, “o escoamento de energia para fora de uma certa região do corpo resulta numa fraqueza conhecida como anorgonia.” (Baker, 1980, p. 36).

Para Baker, “pode-se verificar na esquizofrenia e na epilepsia pouca couraça muscular, localizada principalmente no segmento ocular. Quando este é liberado, o organismo contrai mais abaixo e erige uma couraça muscular (...) Em alguns casos, geralmente nos que estão às voltas com emoções de mais intensidade, o organismo, aparentemente incapaz de equilibrar-se convenientemente dentro da couraça, suga energia da parte em questão ou mesmo de toda a musculatura. Essa perda da energia é conhecida com o nome de anorgonia.” (idem, p. 69).

Assim, “a anorgonia parece ser uma condição alternativa à da couraça, constituindo-se numa reação do organismo a situações altamente carregadas do ponto de vista emocional. Talvez, o melhor seja dizer que o processo de encouraçamento produz uma imobilização através das contrações musculares, enquanto que na anorgonia o que se dá é a imobilização causada a nível do sistema plasmático.” (ibidem, p. 88).

Comentando sobre as possíveis causas desta condição, ele afirma que “não está claro qual das três possibilidades seguintes seria a responsável pela anorgonia: retenção da energia fora daquela parte do corpo, falta de excitação da carga energética da área, ou excitação excessiva do sistema vegetativo. Acredito que, para a maioria dos casos pelo menos, prevalece a última alternativa (...) É como se a expansão fosse começar e não tivesse condições de seguir seu curso natural, como se o próprio impulso em si fosse subitamente extinto e com isso se desse uma perda do contato com a parte afetada.” (ibidem, p. 88). Deste modo, “apesar de haver sem dúvida uma perda da energia na parte afetada em muitos casos de anorgonia, o mecanismo básico parece ser o de uma excitação excessivamente intensa que produz a paralisia do sistema plasmático (...) esta situação parece ser uma incapacidade de tolerar a agressão; quando o organismo pode tolerar a agressão mas não consegue exprimi-la, ocorre o processo de encouraçamento.” (ibidem, p. 89).

Em relação ao papel da musculatura neste processo, o autor diz que “ainda há muito que se aprender sobre a anorgonia, mas tenho a impressão de que se trata basicamente de um problema muscular (...) parece que os músculos são passivos ou incapazes de participar de

algum fluxo de energia emocional que se dirija aos genitais. Não está claro se é o organismo que não consegue tolerar o fluxo de energia nos próprios músculos, ou se é a passividade destes que permite um fluxo demasiado de energia até a pele.” (ibidem).

Quanto ao tratamento desta condição, pouco é dito. Numa das passagens ao tratar deste tema, ele relata a situação de um atendimento em que se configurou tal situação: “um caso grave de anorgonia aconteceu depois de intensos sentimentos de ódio que se seguiram de uma excitação genital. A área afetada cobria das pernas ao peito. A paciente respondeu rapidamente quando a fiz dançar ao som de um disco de que gostava muito. Minhas suposições levaram-me a crer que seria benéfico exercitar a energia para que fluísse pelo sistema muscular.” (ibidem).

Apesar deste comentário, o que se vê ao longo da obra é essencialmente um retrato do que já se viu anteriormente em Reich, ou seja, a ênfase quase que absoluta na questão da hipertonia muscular. Isto é exemplificado quando ele resume a tarefa do tratamento: “o princípio da terapia é muito simples: apenas remover as contrações crônicas que interferem no fluxo livre da energia pelo corpo, restabelecendo deste modo seu funcionamento natural.” (ibidem, p. 69).

8. Neurodinâmica da hipotonia muscular: as idéias de António Damásio

8.1 A relação entre sistema nervoso e sistema locomotor na evolução das espécies

Os avanços recentes da neurociência ampliaram enormemente a compreensão da relação entre o cérebro e os processos mentais. Cabe aqui comentar brevemente alguns aspectos em que a presente discussão sobre a hipotonia muscular pode se beneficiar deste enfoque.

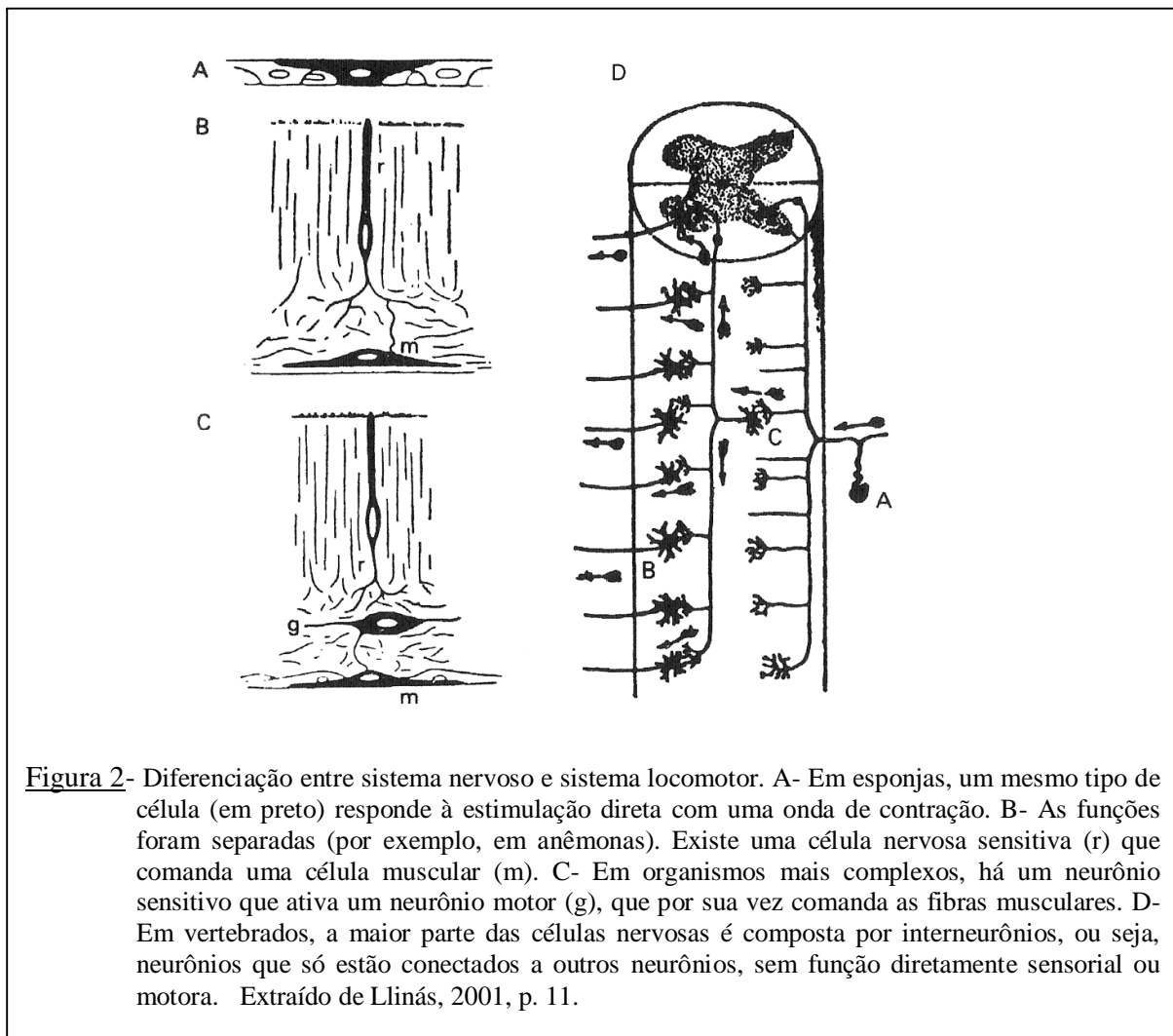
Em primeiro lugar, é importante assinalar que, para a biologia, não é nada estranho associar os músculos ao sistema nervoso. Tanto o tecido muscular quanto o tecido nervoso surgiram em conjunto na evolução das espécies e caracterizam o reino animal. Na verdade, um não teria sentido sem o outro: de nada serviriam músculos sem um regente para controlar e coordenar seu funcionamento e, do mesmo modo, muito pouca utilidade teria um aparelho perceptivo e um sistema de processamento de informações sofisticados sem que isso servisse para guiar a ação no mundo, ou seja, o comportamento viabilizado por um sistema locomotor.

Isso pode ser verificado nas esponjas, os animais mais simples que existem, nas quais há uma indiferenciação entre o sistema nervoso e o sistema locomotor. Ou seja, existe um tipo de célula (ver Figura 2 - A) nestes animais que é capaz de perceber estímulos e de se contrair. Ao longo da evolução, estas funções se tornam diferenciadas, dependendo de dois tipos de tecido (musculatura e sistema nervoso - ver restante da Figura 2), mas sempre guardando uma relação íntima. É isto que permite, por exemplo, Keleman (1992a, p. 49) dizer que “uma vez que os músculos estão ligados a todas as camadas do cérebro e da medula espinal, seria possível, conceitualmente, considerar cérebro e músculos um único órgão. Nesse sentido, os músculos são nervos grossos.” Note-se que o conceito reichiano de “courage muscular do caráter” ganha aqui um fundamento importante, já que a partir destes dados parece quase óbvio que se procure observar o que acontece aos músculos ao estudar os correlatos somáticos dos processos psíquicos.

Llinás, um neurofisiologista e professor titular da Escola de Medicina da New York University, publicou um livro em que afirma existir uma íntima relação entre a capacidade de se movimentar ativamente, o funcionamento do cérebro e o aparelho psíquico. Ao comentar a relação entre o sistema nervoso e o sistema locomotor, ele cita o exemplo curioso proporcionado pela ascídia, um animal marinho bastante simples que começa a vida como larva móvel, com um gânglio nervoso contendo cerca de 300 neurônios. Na passagem para a vida adulta, ela se fixa a uma rocha ou outra estrutura semelhante e, como não precisa mais de

tantos neurônios dado que deixou de mover-se, ela digere seu próprio “cérebro” e passa a viver com algumas poucas células nervosas. Segundo ele, “a conclusão aqui é bastante clara: o desenvolvimento evolutivo de um sistema nervoso é uma propriedade exclusiva de criaturas que se movem ativamente.” (Llinás, 2001, p. 17).

Este autor defende a noção de que o “Eu” evoluiu a partir de um dispositivo do sistema nervoso central voltado para o planejamento da coordenação do movimento. Idéias muito parecidas podem ser encontradas em autores do campo reichiano: “o movimento é de tal modo central para a personalidade que muito rapidamente ele se confunde com ela. O ego é logo experimentado como ‘aquilo que muda o mundo conforme eu pretendo’.” (Gaiarsa, 1988, p. 40). Llinás (2001, p. 35) afirma ainda que “aquilo a que denominamos pensamento é a internalização evolutiva do movimento.” Mais uma vez, pode-se encontrar em Gaiarsa (1988, p. 83) afirmação com grande semelhança: “toda ação, processo ou dispositivo mental encontra paralelo – e provavelmente fundamento – em uma manipulação ou modo de relacionamento mecânico do corpo.”



8.2 Damásio: o papel da percepção da paisagem corporal na geração da consciência

António Damásio é um neurologista e pesquisador que tem elaborado concepções inovadoras e de grande repercussão. Acredito que é possível formular algumas hipóteses úteis para entender o papel psicológico da hipotonia com base em suas idéias. Mas, antes de apresentar minhas hipóteses, faz-se necessária uma exposição breve sobre alguns conceitos elaborados por este autor.

Em seu livro “O Mistério da Consciência”, ele afirma que a consciência pode ser separada em um tipo simples e um complexo: “O tipo mais simples, que denomino consciência central, fornece ao organismo um sentido do *self* concernente a um momento - agora - e a um lugar - aqui.” (Damásio, 2000, p. 33). O outro tipo, denominado por ele de consciência ampliada (que corresponde à noção tradicional de consciência), possui muitos níveis e graus e situa a pessoa em um ponto do tempo histórico individual, ciente do passado vivido e do futuro antevisto. A cada um destes tipos de consciência corresponderia um sentido de eu (ou *self*) diferente. “O sentido do *self* que emerge na consciência central é o *self* central, uma entidade transitória, incessantemente recriada para cada objeto com o qual o cérebro interage (...) O *self* autobiográfico depende de lembranças sistematizadas de situações.” (idem, p. 35).

O *self* central e a consciência central seriam originados a partir dos mecanismos de auto-regulação que mantêm o estado corporal dentro dos limites estreitos e na relativa estabilidade requeridos para a sobrevivência. Para este autor, a consciência e o sentido de *self* constituem formas mais elaboradas de tentar garantir a auto-regulação, mecanismos complexos surgidos ao longo da evolução das espécies a partir da seleção natural. Nesse sentido, é algo até óbvio que as funções cerebrais envolvidas nestes fenômenos apresentassem uma ligação importante com as regiões do cérebro responsáveis pela homeostase¹⁸. Em outras palavras, o cérebro e a consciência seriam jeitos mais sofisticados de realizar tarefas que a vida sempre realizou antes de eles surgirem.

Damásio apresenta uma concepção própria sobre como surge a consciência central: “minha teoria é que nos tornamos conscientes quando os mecanismos de representação do organismo exibem um tipo específico de conhecimento sem palavras - o conhecimento de que o próprio estado do organismo foi alterado por um objeto.” (ibidem, p. 45). Assim, “a consciência central ocorre quando os mecanismos cerebrais de representação geram um relato imagético, não verbal, de como o próprio estado do organismo é afetado pelo processamento de um objeto pelo organismo, e quando esse processo realça a imagem do objeto causativo.” (ibidem, p. 219). São gerados então padrões neurais que representam a relação entre objeto e organismo e que são percebidos como sentimentos. Entre estes, o sentimento de um *self* no ato de conhecer e os sentimentos relativos aos vários estados afetivos.

Ou seja, o substrato para o surgimento da consciência é a percepção pelo cérebro das alterações na “paisagem corporal” geradas por um objeto qualquer, que pode ser um estímulo oriundo do mundo externo ou interno. A percepção desse objeto provoca no organismo “um conjunto de ajustes motores necessários para que se continue a reunir sinais sobre o objeto, bem como reações emocionais a vários aspectos do objeto. Em outras palavras, a implementação do algo a ser conhecido é inevitavelmente acompanhada por um efeito complexo

¹⁸ “A natureza é uma remedeira oportunista, e, como a consciência é um meio recente de obter a homeostase, teria sido conveniente para a natureza que o mecanismo da consciência evoluísse dentro, a partir e nas proximidades do mecanismo ligado à homeostase básica previamente disponível – em outras palavras, o mecanismo da emoção, da atenção e da regulação de estados corporais.” (Damásio, 2000, p. 348).

sobre o proto-self¹⁹.” (ibidem, p. 208).

De acordo com Damásio, os componentes dessa paisagem corporal que forma a base da consciência podem ser divididos em “a divisão do meio interno e visceral, a divisão vestibular²⁰ e músculo-esquelética e a divisão do tato discriminativo”. (ibidem, p. 196). Em outras palavras, a propriocepção (percepção do estado do sistema locomotor – posturas e movimentos) e a interocepção (percepção do estado das vísceras) constituiriam o fundamento do funcionamento consciente²¹. Ele apóia sua hipótese em uma sólida base de evidências originadas do estudo de pacientes com lesões neurológicas de diversos tipos e de pesquisas que utilizam neuroimagem e outras técnicas avançadas.

Para Damásio, “uma das mais fascinantes linhas de comprovação, ainda que indireta, da importância da entrada de estímulos do corpo para a geração de sentimentos provém da síndrome de encarceramento.” (ibidem, p. 369). Ela ocorre quando uma parte do tronco cerebral é lesada e “as vias motoras que conduzem sinais para os músculos esqueléticos são destruídas, e apenas uma via é poupada, às vezes não completamente: a do movimento vertical dos olhos.” (ibidem). Estes pacientes mantêm intacta a consciência, mas “não podem mover nenhum músculo da face, dos membros e do tronco (...) o piscar voluntário dos olhos é o único meio que dispõem para comunicar-se com o mundo.” (ibidem, p. 370).

O autor ressalta o fato de que “embora esses pacientes, totalmente conscientes, sejam lançados de um estado de liberdade humana para outro de total aprisionamento mecânico, eles não vivenciam a angústia e a comoção que os observadores esperariam dessa situação pavorosa. Eles têm um espectro de sentimentos considerável, de tristeza a, isto mesmo, alegria (...) esses pacientes podem até mesmo experimentar uma estranha tranqüilidade, como nunca haviam sentido na vida.” (ibidem).

A explicação dada para a atenuação do sofrimento e das emoções é que a imobilidade corporal impediria que o corpo (ou, mais precisamente, o componente locomotor do proto-self) fosse afetado pela situação vivida, com um conseqüente abafamento da consciência afetiva. Ou seja, “o cérebro vê-se privado do corpo como teatro para a realização emocional.” (ibidem, p. 371). Estas idéias podem ser comprovadas pela leitura de um livro fascinante, escrito por um jornalista francês que, como conseqüência de um acidente vascular cerebral aos 43 anos, foi levado à condição descrita acima. Jean-Dominique Bauby ditou cada letra de “O escafandro e a borboleta” piscando o olho esquerdo para designar a letra escolhida, e seu relato, além de comovente, é muito instrutivo quanto à influência dos componentes corporais sobre o estado da consciência de um indivíduo.

Outro exemplo pode ser visto em um caso relatado por Oliver Sacks, o famoso neurologista e escritor. Ele conta de uma paciente de 27 anos que perdeu abruptamente o sentido da propriocepção devido a uma polineurite aguda. O efeito sobre a percepção de si mesma foi brutal: “Não consigo sentir meu corpo. Eu me sinto esquisita - desencarnada.” (Sacks, 1997, p. 61). Em outro relato, diz que “é como se o corpo estivesse cego. Meu corpo não consegue 'enxergar' a si mesmo se perdeu seus olhos, certo?” (idem, p. 64). Segundo Sacks, “em certo sentido, ela é ‘desmedulada’, desencarnada, uma espécie de alma penada.

¹⁹ Proto-self é um conceito criado por Damásio que designa o “conjunto inconsciente de representações das numerosas dimensões do estado corrente do organismo.” (idem, p. 256). Como parte dos mecanismos de autorregulação, o cérebro produz continuamente registros do estado do organismo a cada momento, que irão servir de base para as ações internas (no próprio organismo) e externas (interferindo sobre o meio ambiente) que procurarão garantir a homeostase e a sobrevivência. O conjunto destes registros constituiria o que ele chama de proto-self.

²⁰ Relacionada ao sentido do equilíbrio.

²¹ Note-se que Damásio enfatiza o papel do pólo sensorial do sistema nervoso na gênese da consciência e do sentido de self. Outros autores, como Llinás (ver acima, no item 8.1), destacam a importância da motricidade.

Perdeu, junto com o senso de propriocepção, o ancoradouro orgânico, fundamental da identidade - pelo menos da identidade corporal, ou 'ego corporal' que Freud considera a base do eu." (ibidem, p. 68). Ele conta que um outro paciente com quadro semelhante descreveu a sua situação como "uma deficiência no sentimento egoísta da individualidade." (ibidem, p. 69).

Um aspecto interessante deste caso é que ele permite uma análise da influência específica de cada um dos diversos componentes da autopercepção sobre o psiquismo. As sensações viscerais preservadas permitem uma ampla gama de sentimentos, e o papel das sensações cutâneas fica mais claro a partir do relato de Sacks: "Ocorrem breves suspensões parciais de sua condição, quando sua pele é estimulada. Christina sai para o ar livre quando pode, adora carros conversíveis, onde pode sentir o vento no corpo e rosto (foi pequena a redução da sensação superficial, do toque leve). 'É maravilhoso', diz ela. 'Sinto o vento nos braços e no rosto e percebo, debilmente, que tenho braços e rosto. Não é a sensação verdadeira, mas já é alguma coisa - tira de mim esse horrível véu da morte por alguns momentos'." (ibidem).

8.3 Reich e Damásio

As concepções de Damásio parecem (e realmente são, em grande medida) inovadoras, abrindo novas perspectivas de compreensão do que são a consciência e o sentido de um *self* no ato de conhecer. Entretanto, a perspectiva que ele adota não é exatamente uma novidade para os conhecedores do campo da psicoterapia corporal. Muitas de suas idéias aparecem em textos de autores desta abordagem, claro que de forma mais simples e com menos embasamento científico. Mas, de qualquer modo, o essencial (do ponto de vista da clínica) já fez seu surgimento décadas atrás, muito antes das recentes descobertas da neurociência.

Isso não quer dizer que o conhecimento das obras de Damásio seja dispensável. Muito pelo contrário, pois a partir de suas idéias podemos talvez chegar a um entendimento mais embasado, mais completo e mais estruturado dos processos que explicam o que fazemos e por que fazemos ao atender um indivíduo seguindo os procedimentos utilizados na psicoterapia corporal.

O primeiro autor da lista é, como não poderia deixar de ser, Wilhelm Reich. Em texto de 1948 (ou seja, mais de meio século antes do livro de Damásio aqui comentado), ele afirma que "a consciência é uma função da autopercepção em geral, e vice-versa. Se a autopercepção é completa, a consciência também é clara e completa. Quando a função da autopercepção se deteriora, o mesmo acontece em geral com a da consciência e com todas as suas funções, como a fala, a associação, a orientação etc." (Reich, 1995, p. 405). Podemos perguntar, com admiração, como ele chegou a esta conclusão (que em sua essência é muito semelhante aos conceitos de Damásio) sem dispor de todas as informações hoje existentes. Em sua obra, ele parece basear-se apenas em dados clínicos, especialmente nos fenômenos observados no atendimento da paciente esquizofrênica cujo caso ele relata nesse texto.

Ele utiliza esta visão para fundamentar um entendimento do que se passa no âmbito psíquico: "se a própria autopercepção não está perturbada, mas apenas reflete um organismo rígido, como no neurótico com bloqueio afetivo, as funções da consciência e do intelecto também serão rígidas e mecânicas. Quando a autopercepção reflete um funcionamento orgânico embotado, a consciência e o intelecto também serão embotados. Quando a autopercepção reflete uma excitação orgânica fraca e distante, a consciência desenvolverá idéias de 'estar além' ou de 'forças externas estranhas'." (idem, p. 405).

Em outro ponto em que suas concepções parecem se harmonizar integralmente com as de Damásio, diz que "embora a autopercepção constitua a consciência, e embora a espécie de autopercepção determine o tipo de consciência, essas duas funções da mente não são idênticas. A consciência aparece como função mais elevada, desenvolvida no organismo

muito depois da autopercepção.” (ibidem, p. 406).

Numa passagem crucial para a clínica, afirma ainda que o grau de clareza e unidade da consciência dependem “não tanto da força ou intensidade da autopercepção, mas da integração mais ou menos completa dos inúmeros elementos de autopercepção numa só experiência do SELF.” (ibidem). Numa tentativa de traduzir esta afirmação para a linguagem damasiana, poder-se-ia dizer que a exclusão ou abafamento de determinadas informações sensoriais relativas ao estado do organismo produziria um proto-self parcial e incompleto, o qual por sua vez geraria um estado de consciência parcial e incompleto²². Ou, talvez melhor dizendo, produziria uma percepção consciente parcial e incompleta dos afetos, intenções e desejos vigentes em um dado momento.

O leitor psicanalítico provavelmente não deixará de perceber que este caminho de pensamento nos deixa a um passo de algo que poderia ser denominado de uma neurofisiologia (ou neuropsicofisiologia) do recalque. Ou seja, trata-se aqui da tentativa de responder ao questionamento feito por Reich quando ele formula a pergunta: como se daria exatamente no organismo essa operação (o recalque) que exclui da consciência determinados elementos? Como o cérebro seria capaz de desprezar, em seu relato consciente, determinadas informações importantes relativas às memórias, aos sentimentos, às intenções presentes no aparelho psíquico em um dado momento? Um começo de resposta seria: atenuando ou bloqueando determinados aspectos da paisagem corporal relacionados ao conteúdo a ser recalcado, ou impedindo que estes elementos participem dos processos que levarão à geração da consciência central correspondente.

8.4 O campo da psicoterapia corporal frente às idéias de Damásio

De uma maneira geral, praticamente todos os autores neo-reichianos concordam com esta visão de Reich e a utilizam em sua prática clínica. Destacarei aqui, como exemplificação, alguns autores que buscaram aprofundar o estudo da propriocepção e sua correlação com os fenômenos psíquicos. Mais uma vez, fica evidente a semelhança de seus pontos de vista com o que foi examinado anteriormente na exposição sobre as idéias de Damásio.

Para Lowen (1982, p. 56), “se os sentimentos têm um caráter ameaçador, geralmente são suprimidos. Isso se processa através de tensões musculares crônicas que não permitem que qualquer fluxo de excitação ou movimento espontâneo se desenvolva nas áreas relevantes.”

Segundo José Ângelo Gaiarsa “a propriocepção transforma a mecânica do corpo em sensação e neste ato torna as forças musculares, força da consciência – ou do inconsciente.” (Gaiarsa, 1988, p. 54). Ele coloca este aspecto como um aspecto fundamental da clínica: “o único exercício ou ginástica com a propriedade de alterar a personalidade é aquele que se faz em plena consciência, sentindo as sensações de estiramento, de contração, de movimento (...) o único exercício com poder de transformação psicológica é o que se faz para ir aos poucos descobrindo, ampliando e aprofundando a percepção das mil sensações complexas desta coisa que chamamos meu corpo.” (Gaiarsa, 1984, p. 78).

Para Stanley Keleman, “o processo anatômico constitui uma sabedoria profunda e poderosa, que dá origem a imagens internas de sentimentos (...) Os sentimentos gerados por essas formas constituem o fundamento dos programas cerebrais, da consciência, de nosso modo de pensar e sentir.” (Keleman, 1992a, p. 12). Segundo ele, somos “uma forma, uma configuração orgânica, um formato, uma geometria, um padrão de pulsação que leva a

²² Talvez seja mais apropriado dizer que o proto-self continua igual, ou seja, a paisagem corporal representada inconscientemente não se altera. Mas haveria um bloqueio, uma interdição de determinados elementos na passagem ao nível seguinte, que consiste na utilização dessa paisagem ou mapa (o proto-self na denominação de Damásio) como substrato dos processos de geração da consciência e do sentido de self.

certos padrões de experiência de vida, sentimentos e pensamentos.” (idem, p. 71). Ou seja, “formas anatômicas específicas produzem um conjunto correspondente de sentimentos humanos.” (ibidem, p. 72). Keleman afirma ainda que as “contrações musculares são o diálogo que constrói a imagem das intenções.” (Keleman, 1995, p. 25).

Isso abre uma perspectiva clínica muito importante na direção de conscientizar aquilo que é inconsciente²³: “Por exemplo: alguém está com raiva e cerra os punhos. Se os cerra levemente, é provável que não tenha a sensação da raiva. Mas cerrando-os mais firmemente reconhecerá o sentimento.” (idem, p. 21). Ou seja, “por meio da intensificação de minha postura muscular, percebo o modo como me uso.” (ibidem, p. 25). Além da intensificação da postura, outras técnicas e exercícios que trabalham sobre a propriocepção podem permitir o acesso não só aos desejos, afetos e intenções que estão ocorrendo em um dado momento, mas também abrem um caminho para a reativação da memória de elementos recalçados que estão na base dos conflitos neuróticos.

8.5 Uma hipótese sobre a influência do tônus muscular na percepção consciente

Formulo aqui uma hipótese sobre o tema, uma especulação teórica a ser testada na clínica e eventualmente em pesquisas experimentais. Se for verdadeira, poderá proporcionar um embasamento importante a diversas teorias e técnicas do campo da psicoterapia corporal de inspiração reichiana.

Se a percepção da paisagem corporal é tão determinante para a geração dos estados conscientes, qualquer ação do organismo voltada ao embotamento, à atenuação ou à perda de nitidez destes mapas de representação do estado do organismo terá um efeito nos conteúdos da consciência. Ou seja, se eu conseguir “apagar” do meu proto-self os elementos corporais cruciais relacionados aos estados afetivos, intenções e desejos que existem ou existiram (memórias), poderei retirá-los da minha consciência e evitar a angústia que seria gerada pelo conhecimento dos mesmos. Talvez mais precisamente²⁴, se no momento em que meu cérebro for construir os mapas de segunda ordem que contam a história sem palavras de como meu corpo é afetado por um dado objeto (mapas estes que, segundo Damásio, são a base da consciência central), eu conseguir retirar do processo os tais elementos do proto-self mencionados, minha meta de escapar da angústia será bem sucedida, pois certas representações críticas serão assim impedidas de ter acesso à minha percepção consciente.

Na visão aqui proposta, a alteração do tônus muscular seria um recurso empregado pelo organismo para este fim. Os dois principais receptores sensoriais responsáveis pela propriocepção nos músculos voluntários (estriados) são os fusos neuromusculares e os órgãos tendinosos de Golgi (ver o item 9.3 para uma exposição mais detalhada sobre a fisiologia da propriocepção). Uma das informações essenciais da propriocepção é proporcionada pelas alterações do tônus muscular decorrentes da atividade cotidiana, que são registradas por estes receptores. Se o músculo estiver cronicamente contraído ou cronicamente relaxado, haverá uma perda de nitidez do sinal.

Penso numa analogia com um violão: se as cordas estiverem retesadas demais (por exemplo, se forem substituídas por um arame grosso), não se conseguirá produzir um som claro, nítido e potente. No outro extremo, se as cordas estiverem frouxas demais também não conseguiremos gerar música. Do mesmo modo, pensando nos músculos como as “cordas” da propriocepção que serão tocadas pelas emoções e desejos, a “música” resultante sofrerá dos mesmos problemas que o violão citado acima. A consciência, nossa prezadíssima “ouvinte”, não saberá discernir que melodia está sendo executada.

²³ Em linguagem psicanalítica, isto seria equivalente a eliminar o recalque.

²⁴ A precisão a que se refere aqui é relativa a saber em que momento (da cadeia de eventos que começa com a geração de um mapa que representa no cérebro um determinado estado corporal e que irá culminar com o surgimento da consciência central e da consciência ampliada) o elemento crítico é eliminado do processo.

Outra analogia possível seria quando estamos numa festa em que o som está tão alto que não se consegue conversar e nem distinguir que música está sendo tocada. Seria algo equivalente à hipertonia. Ou então, no caso da hipotonia, é como se todo som fosse tão baixo, sussurrado e inaudível que não sabemos do que se está conversando.

A hipótese apresentada aqui é compatível com a diferença relatada entre os processos psíquicos relacionados com a hipotonia e com a hipertonia muscular. Na hipertonia, a voz dos sentimentos poderia ser abafada completamente, enquanto que na hipotonia haveria uma vulnerabilidade à pressão dos impulsos, que poderiam inundar a consciência em determinadas situações dada a fraqueza da função de couraça nesses casos.

Se esta hipótese estiver correta, abrem-se as portas para o aprofundamento do diálogo entre a psicanálise e a neurociência. Isto tem sido proposto por diversos autores (Andrade, 2003; Nava, 2003; Solms, 2004) e constitui um campo da maior importância para os profissionais de fundamentação reichiana que valorizam a herança freudiana e os avanços recentes relativos ao conhecimento do cérebro. Seria também uma comprovação científica das teses clínicas de Wilhelm Reich, o que pode abrir uma importante perspectiva de compreensão e aceitação por parte do mundo acadêmico.

Isso sem falar no mais importante, que seria o desenvolvimento de dispositivos clínicos mais eficazes, que permitam um aperfeiçoamento da nossa capacidade de cuidar dos pacientes que nos procuram. Sabe-se que a psicoterapia é um processo demorado, caro e limitado. Quem sabe uma compreensão mais aprofundada dos mecanismos que geram sofrimento e patologia possa levar a uma melhora nesse campo.

8.6 Algumas especulações adicionais

Este trabalho versa sobre questões relativas ao tônus muscular. Entretanto, não poderia deixar de comentar brevemente algumas especulações que estão estreitamente relacionadas ao que foi discutido e que acredito serem de grande interesse para o psicoterapeuta corporal.

A primeira diz respeito aos elementos da autopercepção que Damásio julga importantes para a constituição do proto-self. Em trecho já citado anteriormente, ele destaca “a divisão do meio interno e visceral, a divisão vestibular e músculo-esquelética e a divisão do tato discriminativo”. (Damásio, 2000, p. 196). Toda a discussão girou em torno da propriocepção, ou seja, do componente locomotor do proto-self. Como ficam os outros componentes? Teriam eles lugar na teoria e na prática neo-reichianas?

Gerda Boyesen traz alguns elementos que podem tornar mais abrangente a noção de couraça, indo além da musculatura: “a teoria biodinâmica postula que a tensão, presente nas vísceras durante qualquer excitação emocional, torna-se uma tensão temporária, ou melhor, uma pressão, apenas quando o impulso é inibido. O organismo forçado a reprimir a emoção no fundo do corpo, também precisa efetuar uma neutralização da pressão visceral. Na situação traumática, formadora da neurose, as forças vegetativas repressoras tornam-se permanentes e assim podemos falar de uma couraça visceral.” (Boyesen & Boyesen, 1983, p. 76). Além desta couraça relativa aos órgãos internos, é contemplada a importância de outra couraça, mais relacionada com o terceiro item assinalado por Damásio: “assim como a musculatura e as vísceras têm barreiras para conter a repressão intacta e evitar a espontaneidade, assim também os tecidos têm uma infiltração, uma couraça do tecido, que dessensibiliza e perturba a circulação normal e a homeostase física, mental e espiritual.” (idem, p. 91). Essa couraça tissular estaria situada principalmente no âmbito da pele e tecido subcutâneo, tendo sido desenvolvidas diversas técnicas de intervenção clínica voltadas para a dissolução desta forma específica de bloqueio neurótico.

Ou seja, pode-se encontrar aqui elementos que permitem estender a noção reichiana de couraça numa perspectiva damasiana que vá além do estudo do sistema locomotor. O efeito

de atenuação de determinados elementos da paisagem corporal que participam do processo de geração da consciência central pode ocorrer não apenas no sistema locomotor (couraça muscular), mas também no sistema circulatório e órgãos internos (couraça visceral) e na pele e tecido subcutâneo (couraça tissular).

Isso poderia ajudar a explicar o fato de que, na clínica, muitas vezes se percebe um grande efeito psíquico a partir de intervenções somáticas que atuam sobre outras partes do corpo que não apenas o sistema locomotor. Se houvesse apenas uma couraça muscular, estes resultados seriam inexplicáveis. Mas, quando se considera a possibilidade da existência de outros tipos de “couraça”, fica muito mais fácil compreender o papel deste tipo de abordagem corporal.

Outro ponto diz respeito à importância psicológica da respiração. Há um forte consenso no campo reichiano quanto à influência do funcionamento respiratório sobre o aparelho psíquico e as emoções. Mas é pouco claro como se daria tal influência. A partir das teses examinadas acima, uma especulação possível é que o movimento respiratório produz uma verdadeira massagem nos órgãos torácicos e abdominais. Isso deve provocar uma forte onda de sensações em tais órgãos. Muito possivelmente a porção do proto-self relativa a estes elementos fica muito mais ativada e presente quando a respiração se faz de forma profunda e livre. Como os sentimentos estão intimamente dependentes das sensações oriundas destas regiões, é bastante possível que uma inibição dos movimentos respiratórios torácicos e abdominais seja acompanhada de uma atenuação das sensações viscerais, tornando a percepção consciente dos sentimentos fraca, vaga e imprecisa. Ou seja, haveria aí o que poderíamos chamar de uma função de couraça: a inibição da percepção consciente de sentimentos, intenções e desejos por conta de uma alteração do funcionamento corporal.

9. Aspectos médicos e biológicos relativos ao tônus muscular

Já que foi adentrado o território da biologia e da neurociência, cabe aqui complementar a discussão com um exame breve de questões relacionadas a alguns aspectos médicos do tema. Um aprofundamento do assunto requereria outra monografia para que isso pudesse ser tratado com um mínimo de cuidado, tantas são as implicações e discussões pertinentes ao caso. Por este motivo a opção tomada aqui foi de apenas assinalar alguns pontos que poderiam merecer uma análise mais detalhada em outro momento.

9.1. Aspectos farmacológicos

O fato de acreditar que há uma relação entre a musculatura e o psiquismo leva a perguntar: haverá algum indício desta interação quando se examinam as características de determinadas medicações? A hipótese a verificar é se as drogas utilizadas por seus efeitos psíquicos propiciam alterações no tônus muscular, e vice-versa.

9.1.1 A psicofarmacologia

Um exame dos psicofármacos permite verificar que isso se verifica em diversos casos. De acordo com Schatzberg e Nemeroff (1995, p. 251), “em humanos, todas as medicações antipsicóticas tradicionais produzem sintomas extrapiramidais, incluindo parkinsonismo (ou seja, rigidez, tremor e andar arrastando os pés), distonia (ou seja, espasmos musculares às vezes bizarros, de início abrupto, que afetam principalmente a musculatura da cabeça e pescoço) e acatisia (inquietação objetiva e subjetiva).” O quadro como um todo é comumente chamado de “impregnação neuroléptica”.

Este é um efeito observado não apenas em humanos: “quando se administra a animais um antipsicótico tradicional em doses relativamente altas, eles desenvolvem uma síndrome com imobilidade, aumento do tônus muscular e posturas anormais” (idem, p. 250-1). Uma boa parte dos pacientes tratados cronicamente com este tipo de medicação sofrem efeitos

colaterais neuromusculares, com a acatisia afetando 75% deles e o parkinsonismo 30% (ibidem, p. 256).

Também de importância nessa condição, “as distonias são contrações breves ou prolongadas dos músculos, geralmente resultando em movimentos ou posturas visivelmente anormais, incluindo (...) trismo, torcicolo, distonias laringo-faríngeas e posturas distônicas dos membros e tronco.” (Kaplan, Sadock & Greeb, 2003, p. 825)

Além dos problemas descritos, podem ocorrer outros quadros importantes, como a discinesia tardia²⁵ e a síndrome neuroléptica maligna²⁶. Estes problemas podem ser tão importantes que em determinados casos é necessária a mudança de medicação, com uso dos chamados antipsicóticos atípicos, como a clozapina (Leponex). Apesar da vantagem de grande redução dos efeitos colaterais do tipo descrito acima, outros problemas mais sérios podem ocorrer, como a agranulocitose²⁷ em 1 a 2% dos casos, inclusive com relato de óbitos (ibidem, p. 271-2).

Entre os antipsicóticos tradicionais, que podem levar à impregnação neuroléptica, contam-se a clorpromazina (Amplictil), haloperidol (Haldol), flufenazina (Flufenan), trifluoperazina (Stelazine, Stelapar), tioridazina (Melleril), tiotixeno (Navane). Alguns antipsicóticos considerados “atípicos” segundo o critério acima seriam a já citada clozapina (Leponex), e a risperidona (Risperdal).

É interessante notar que “a capacidade das drogas neurolépticas de produzir uma ação antipsicótica, bem como efeitos colaterais extrapiramidais, tem sido atribuída primariamente à sua capacidade de bloquear o receptor do subtipo D2 nos sistemas de dopamina mesolímbocortical e nigrostriatal.” (ibidem, p. 263). Ou seja, não é o caso de que a ação terapêutica ocorra em um determinado ponto ou estrutura, e o efeito colateral em outro. Tanto o efeito sobre a musculatura como o efeito psíquico se dão pela mesma ação nos sistemas dopaminérgicos, o que mostra uma imbricação destes aspectos no funcionamento do sistema nervoso central.

Um reichiano mais afoito poderia julgar ter encontrado aqui uma prova da teoria da couraça muscular do caráter. Afinal, se os psicóticos apresentam comumente uma hipotonia muscular (associada a uma falta de couraça, como discutido anteriormente), talvez estes medicamentos funcionem exatamente por causarem hipertonia (ou seja, construir couraça muscular). Com isso, haveria um fortalecimento do ego do paciente, que não seria mais tão facilmente inundado pelos conteúdos inconscientes.

A inquietação (acatisia) e a discinesia tardia poderiam ser talvez consideradas manifestações mais brandas da irrupção destes conteúdos inconscientes, os espasmos (distonia) seriam evidência do conflito entre pulsão e defesa, abrandado mas não eliminado pela medicação. A síndrome neuroléptica maligna também poderia encaixar-se na concepção

²⁵ A discinesia tardia (Tardive Dyskinesia – TD) “é um transtorno do movimento que pode surgir no decorrer de um tratamento crônico com medicações antipsicóticas. Pacientes com TD podem ter um tipo ou todos os tipos de diversos movimentos anormais. Estes freqüentemente consistem de movimentos da boca e língua (por exemplo, estalar ou franzir os lábios, sugar) bem como caretas. Outros movimentos podem incluir movimentos irregulares dos membros (...) e movimentos lentos de retorcer o tronco.” (Schatzberg e Nemeroff, 1995, p. 256)

²⁶ “As características da síndrome neuroléptica maligna incluem: 1) rigidez muscular severa, 2) instabilidade autonômica, incluindo hipertermia, taquicardia, aumento da pressão sanguínea” (idem, p. 257).

²⁷ Agranulocitose é uma doença causada pela falta ou número insuficiente de glóbulos brancos granulócitos (neutrófilos, basófilos e eosinófilos) no sangue periférico, em consequência de um distúrbio em nível medular ósseo, geralmente por efeito de substâncias químicas tóxicas. As manifestações clínicas nestes casos são de processos infecciosos em consequência do aumento da suscetibilidade às infecções, manifestando-se como ulcerações na garganta e outras mucosas, seguidas por infecções graves, podendo, muitas vezes, ser fatais. (ref. CID 10 – D70).

reichiana, dado que a contenção da pressão dos elementos recalçados por meio de uma rigidez severa estaria acompanhada de manifestações autonômicas como via de descarga.

Entretanto as coisas não são tão simples assim. Não há no momento nenhuma evidência de que a melhora do quadro psicótico esteja relacionada a alguma alteração no tônus muscular. Além disso, o quadro de rigidez muscular atinge uma minoria de pacientes e, se fosse correta a hipótese de que o efeito do medicamento se dá por este efeito, como se explicaria a ação antipsicótica? Existem ainda drogas antipsicóticas, como a clozapina acima citada, cujo efeito não se acompanha de hipertonia muscular.

Parece, portanto, mais prudente aguardar pelo desenvolvimento da compreensão da psicodinâmica e da neurodinâmica das alterações do tônus muscular antes de formular hipóteses e teorias abrangentes neste sentido. Parece um campo de estudos promissor, mas que ainda precisa ser explorado devidamente para que se ilumine a questão e se possa chegar a um entendimento bem fundamentado.

Outro exemplo seria constituído pelos benzodiazepínicos, um tipo de medicamento muito utilizado. Segundo Schatzberg e Nemeroff (1995, p. 215), “existem atualmente 39 benzodiazepínicos disponíveis no mercado”, incluindo o diazepam (Vallium, Dienpax), clordiazepóxido (Psicosedin), alprazolam (Frontal), lorazepam (Lorax), clorazepato (Tranxilene), flurazepam (Dalmadorm), midazolam (Dormonid), bromazepam (Lexotan, Somalium).

Entre os efeitos colaterais mais importantes desta classe de medicamentos está o “desempenho motor lentificado” (Schatzberg e Nemeroff, 1995, p. 224) e o relaxamento muscular. Este tipo de efeito é tão pronunciado e constante que alguns são indicados para o “alívio do espasmo muscular reflexo devido a traumas locais (lesão, inflamação); no tratamento da espasticidade (estado de aumento do tônus muscular), como ocorre na paralisia cerebral e na paralisia das pernas.” (SESSP, 2007, P. 1). Também no tétano o diazepam encontra indicação como recurso para abrandar a severa rigidez muscular provocada pela doença.

É interessante notar que há uma semelhança considerável à primeira vista entre esta classe de medicamentos e o efeito da massagem peristáltica usada na psicoterapia biodinâmica (ver Boyesen, 1986). Em ambos os casos, o resultado que se obtém é uma diminuição da ansiedade, bem-estar e relaxamento muscular. Porém nada indica que o modo como se obtém este efeito seja similar ou mesmo comparável.

Aqui também é aconselhável ser prudente, pois apesar da nítida correlação entre efeitos musculares e psíquicos, muitos aspectos restam por ser elucidados. Entre eles, o fato de que diversos componentes deste grupo apresentam efeito psíquico (ansiolítico) sem ação significativa no aspecto de sedação ou relaxamento muscular, como o bromazepam, por exemplo.

Também outras medicações revelam condições semelhantes: os inibidores da monoamina-oxidase²⁸ – usados no tratamento da depressão, pânico, transtorno obsessivo-compulsivo e fobia social – podem apresentar efeitos colaterais tais como fraqueza muscular, câibras e espasmos mioclônicos (myoclonic jerks).

A amoxapina, outro tipo de antidepressivo, “demonstra efeitos colaterais de tipo semelhante ao dos neurolépticos. Estes incluem sintomas parkinsonianos, acatisia e reações distônicas agudas.” (Schatzberg e Nemeroff, 1995, p. 200).

A conclusão é que as evidências coletadas não desmentem a hipótese de trabalho aqui discutida, de que há alguma correlação entre o funcionamento psíquico e alterações no tônus

²⁸ Exemplos: moclobemida (Aurorix), tranilcipromina (Parnate).

muscular. Pelo contrário, parece se confirmar a idéia de que há algo neste sentido, pois em muitos casos verifica-se a ocorrência de um efeito muscular em drogas cujo principal ação se dá sobre o funcionamento mental. Mas são dados esparsos, que não permitem nenhuma afirmação conclusiva quanto a como isto ocorre e que processos estão envolvidos nesta relação.

9.1.2. Os relaxantes musculares

Do mesmo modo, os relaxantes musculares também apresentam efeitos psíquicos. Existem muitos medicamentos com essa ação, que funcionam de maneiras muito diferentes, sendo bastante comum a ocorrência de ação sobre o psiquismo, geralmente como sedativo²⁹. Comentando sobre os fármacos usados no tratamento da espasticidade, Quagliato et al. (2006, p. 4) afirmam que essas “drogas se unem a vários receptores no sistema nervoso central (SNC), podendo alterar ou deprimir múltiplas funções, como cognição, humor e personalidade.” Serão examinados apenas alguns miorelaxantes mais comuns em nosso meio.

A orfenadrina (Dorflex, Miorrelax), por exemplo, “pode prejudicar a capacidade do paciente para o desempenho de atividades como operar máquinas ou conduzir veículos.” (ANVISA, 2007).

O carisoprodol (Dorilax, Somaflex, Mioflex) pode ter efeito euforizante, sedativo e hipnótico. Em determinados casos isso pode levar a dependência e abuso, tendo sido por este motivo retirado do mercado na Suécia em 2007. Há também uma recomendação da Agência Médica Européia de suspensão da venda de produtos contendo carisoprodol (EMEA, 2007). Na maioria dos países (inclusive o Brasil), a sua venda está liberada.

O baclofeno (Baclon, Lioresal), que está na lista de medicamentos genéricos vendidos no Brasil, pode apresentar como efeitos adversos: sonolência, tontura, alucinação, confusão mental, parestesias, ataxia, fadiga muscular e hipotonia. A bula (Baclon) diz que pacientes portadores de “distúrbios psicóticos, esquizofrenia, distúrbios maníaco-depressivos, estados confusionais ou mal de Parkinson devem ser mantidos sob cuidadosa vigilância, quando tratados com baclofeno, pois pode ocorrer exacerbação destas condições.” Existe inclusive relato de um caso em que ocorreu um episódio psicótico agudo após o uso deste medicamento em doses terapêuticas (Chawla, Rao & Sagar, 2006). Os autores relatam que o quadro regrediu com a suspensão do baclofeno e voltou a aparecer com a sua reintrodução. Estas descrições parecem apresentar uma grande compatibilidade com as teses reichianas sobre a couraça muscular do caráter e seu funcionamento em psicóticos, bem como sobre a função da hipertonia muscular enquanto um mecanismo de defesa egóico efetivo no controle dos impulsos inconscientes. As precauções propostas apresentam grande semelhança com o que comumente se enfatiza quando se discute o uso de técnicas usadas para abrandar a hipertonia em pacientes de psicoterapia.

A clormezanona (Beserol) tem efeito muscular e também ansiolítico. Tem como possíveis efeitos colaterais a diminuição de reflexos e da capacidade de reagir em situações de emergência, sonolência e estados confusionais (Miranda, Venegas & Kagi, 2002).

O entendimento do modo de ação sobre a musculatura, bem como a correlação com os efeitos psíquicos, poderiam talvez fazer com que os miorelaxantes sejam um dia incorporados ao arsenal terapêutico das psicoterapias corporais. Em estados de couraça rígida, eles poderiam atuar como coadjuvantes das técnicas destinadas a diminuir a hipertonia, facilitando a dissolução dos bloqueios emocionais constelados pelas diversas formas de rigidez muscular crônica que constituem a couraça muscular.

²⁹ Que é exatamente o que se esperaria segundo a teoria reichiana da couraça.

Considerando os medicamentos analisados neste item, o que se verifica é que parece mesmo haver uma imbricação entre o sistema locomotor e o funcionamento mental. Esta hipótese é fortalecida pela verificação de que drogas que atuam sobre o psiquismo freqüentemente têm ação sobre o tônus muscular e vive-versa.

9.2. Anatomia e Fisiologia da neuromotricidade

O controle da motricidade pelo sistema nervoso é um processo complexo. Para aqueles que têm pouca familiaridade com a neuroanatomia e a neurofisiologia, poderá ser bastante árido e difícil acompanhar a discussão que se segue. Entretanto, ela é importante no sentido de trazer elementos para que se possa pensar sobre quais seriam os mecanismos neurais envolvidos na determinação tanto da hipotonia quanto da hipertonia dos músculos de uma pessoa, no âmbito dos processos psíquicos relacionados ao caráter e à chamada couraça muscular do caráter.

Em outras palavras, os psicoterapeutas corporais acreditam que as alterações do tônus muscular estão relacionadas a certas condições e características do funcionamento mental. A pergunta é: que instâncias, que estruturas, que regiões, que circuitos do sistema nervoso participam desse processo e determinam que um dado músculo se torne hipotônico ou hipertônico? Até onde me foi possível observar, parece que esta pergunta até hoje não foi respondida de forma completa e definitiva, especialmente quando se busca a determinação psíquica e emocional destes estados musculares. Entretanto, o tema é crucial para aqueles que, como eu, aspiram a alcançar uma fundamentação científica sólida para a psicoterapia corporal.

Será feita aqui uma descrição bastante simplificada, procurando trazer elementos anatômicos e fisiológicos que permitam situar a questão. O objetivo aqui é bastante modesto, é mais um reconhecimento inicial do terreno do que uma colheita de resultados. Uma resposta mais completa à questão acima provavelmente não será fácil de obter, mas, como dizem os sábios, mesmo as caminhadas mais longas começam com um passo.

O comando básico da contração muscular é feito pelos chamados neurônios motores inferiores, situados nas colunas cinzentas anteriores da medula ou nos núcleos motores dos nervos cranianos (ver Anexo 3 – Figura 5). Cada neurônio controla um determinado número de fibras musculares através dos nervos periféricos. Na descrição de Hollinshead e Rosse (1991, p. 85), “o grupo de fibras musculares inervadas por uma única fibra nervosa é chamado de unidade motora e representa a menor parte de um músculo que pode ser contraída isoladamente (...) quanto mais precisa é a ação do músculo, menores são as suas unidades motoras. Por exemplo, os músculos do quadril e da coxa, que não precisam realizar movimentos muito precisos, são descritos como tendo unidades motoras que variam de 150 a talvez 1.600 fibras musculares (...) aqueles que controlam os movimentos muito precisos do bulbo do olho provavelmente têm unidades motoras com uma média de três fibras musculares.”

Este nível de comando da contração muscular é por sua vez controlado por neurônios situados mais acima, no cérebro (ver Anexo 3 – Figura 6). Existem diversos níveis funcionais, que exibem uma hierarquia de comando, dado que a evolução da motricidade se deu por um “processo de acreção. Mecanismos mais simples não são em geral substituídos pelos mais recentes: eles são deixados intactos em sua essência, mas suplementados e controlados a partir de cima.” (Carpenter, 2003, p. 291). Assim, “do mesmo modo que são capazes de estimular a medula espinal a gerar padrões particulares de ação, os níveis superiores também podem exercer uma influência tônica inibitória nos níveis inferiores.” (idem, p. 292). São muitas as estruturas envolvidas nesta função de controle e comando, que são comumente agrupadas em dois grandes sistemas: o piramidal e o extrapiramidal. Um comentário deste autor pode servir de consolo para os que se iniciam neste campo: “os estudantes freqüentemente acham que os

níveis superiores do sistema motor são difíceis de compreender: o mesmo acontece com aqueles que pesquisam sobre eles.” (ibidem, p. 360).

Como elemento central do chamado sistema piramidal, “o córtex de projeção motora primária está localizado na parede anterior do sulco central e na porção adjacente do giro pré-central, correspondendo de modo geral à distribuição das células piramidais gigantes (Betz). Estas células controlam os movimentos voluntários da musculatura esquelética do lado oposto do corpo.” (Chusid, 1972, p. 6). Além do córtex motor primário, existem a área pré-motora (localizada anteriormente ao córtex motor primário, responsável pelo planejamento do movimento e que tem área 5 a 6 vezes maior do que o córtex motor primário) e a área motora suplementar (em posição superior à área pré-motora), que funciona em conjunto com a área pré-motora para coordenar os movimentos posturais (ver Anexo 3 - Figuras 3 e 4).

Na visão clássica, no córtex motor estariam os neurônios motores superiores que, por meio dos tratos corticoespinal e corticonuclear, principais vias motoras, controlam os neurônios motores inferiores, situados na medula e nos núcleos motores dos nervos cranianos³⁰. A grande maioria das fibras piramidais cruza na altura das pirâmides bulbares, e continua seu caminho descendente no lado oposto (ver Anexo 3 – Figura 7).

Este sistema seria responsável pelo componente voluntário da motricidade. Note-se, entretanto, que a contração é voluntária, porém o relaxamento nem tanto. Ou seja, é relativamente fácil contrair um músculo ou grupo de músculos pela ação da vontade. Do mesmo modo, não há grande dificuldade de impedir ou inibir uma contração reflexa, como, por exemplo, morder a mão do dentista quando o tratamento provoca dor. Entretanto, isso não ocorre quando se trata de comandar uma cessação da contração para que se desfaça um espasmo ou um torcicolo, por exemplo.

Antigamente supunha-se que os neurônios da área motora cortical controlassem diretamente os neurônios motores, mas hoje se sabe que a grande maioria dos tratos descendentes “termina não nos próprios neurônios motores, e sim nos interneurônios que fazem parte destes arcos reflexos. O controle descendente não é tanto dos músculos e sim mais das ações, como se selecionasse dentro de um repertório da medula espinal: o cérebro comanda a medula espinal não como uma pessoa que toca piano, é mais como alguém que seleciona um disco de um *jukebox*.” (Carpenter, 2003, p. 298).

Assim, “por um longo tempo a noção corrente era que a essência do sistema motor voluntário era (...) a ‘volição’ disparando de alguma maneira as células de Betz da área 4³¹ que, por sua vez, faziam sinapse diretamente com os neurônios motores espinais. Os primeiros eram chamados ‘neurônios motores superiores’ e os últimos de ‘neurônios motores inferiores’, com a implicação de que os efeitos da estimulação do córtex motor eram inteiramente devidas à estimulação do trato cortical.” (idem, p. 337). Porém, segundo o autor, “este é um quadro enganoso e de pouca utilidade, por vários motivos.” (ibidem, p. 337-8). Algumas evidências apontadas por ele e que falariam contra a visão clássica: em primatas, apenas 30% do trato corticoespinal vem da área 4. “Se no macaco for traçado o mapa de estimulação elétrica tanto antes como depois da secção completa do trato piramidal, encontra-se que a distribuição das respostas permanece essencialmente sem mudança (embora elas tendam a ser um pouco mais lentas e requeiram uma corrente maior para serem evocadas).” (ibidem, p. 338).

O chamado sistema extrapiramidal é importante na manutenção do equilíbrio, na manutenção do tônus muscular, na coordenação dos movimentos estereotipados do corpo e

³⁰ Além destes tratos nervosos motores corticais, existem outros que têm origem no sistema nervoso central e que comandam os neurônios motores inferiores. Eles têm origem em “partes do cérebro bastante próximas entre si (...) a formação reticular, os núcleos vestibulares, o núcleo rubro e o *tectum*.” (Carpenter, 2003, p. 298).

³¹ A área 4 da classificação de Brodmann corresponde ao córtex motor primário. A área 6 corresponde à área pré-motora. (ver Anexo 3 - Figuras 3 e 4).

dos movimentos da cabeça e olhos. Apresenta tratos (feixes de fibras nervosas) que começam no tronco cerebral e terminam na medula espinal: vestibulo-espinal (início no núcleo vestibular do bulbo), retículo-espinal (início na formação reticular localizada na medula oblonga, ponte e mesencéfalo), tecto-espinal (início no tectum do mesencéfalo) e rubro-espinal (início no núcleo rubro do mesencéfalo). Os gânglios da base também fazem parte deste sistema.

O cerebelo, mesmo sem ter a capacidade direta de causar contração muscular, é um órgão muito importante, colaborando para seqüenciar as atividades motoras e também fazer ajustes corretivos nas atividades motoras do corpo. Ele coordena os movimentos iniciados pelos dois subgrupos anteriores, comparando o movimento pretendido com o movimento real. Permite o planejamento e a execução dos movimentos e é também responsável pela manutenção da postura e pela coordenação dos movimentos da cabeça e dos olhos.

O cerebelo e os gânglios da base “são estruturas mais velhas do que o neocórtex, proeminentes em todos os vertebrados; em pássaros e répteis, o córtex motor ou algo equivalente parece não existir, sendo-se forçado a concluir que o córtex desenvolveu-se mais para refinar ações do que para gerá-las em primeiro lugar.” (ibidem, p. 342). É ainda importante notar que o cerebelo e os gânglios da base “estão anatomicamente a uma distância considerável do resultado final da ação, no sentido de que não enviam fibras diretamente para a medula espinal.” (ibidem).

Participam também do controle do movimento outras estruturas: “dois núcleos talâmicos estão pareados desta forma com as áreas motoras corticais: eles são o núcleo ventrolateral, que projeta principalmente para a área 4 e recebe fibras de volta tanto da área 4 como do córtex sômato-sensitivo; e o núcleo ventroanterior, que projeta para a área 6 e recebe conexões recíprocas tanto da área 4 como da 6. O *input* ascendente dos núcleos motores do tálamo não é sensorial, ele vem parcialmente dos gânglios da base e cerebelo e parcialmente da formação reticular.” (ibidem, p. 336).

É possível dividir a motricidade em três tipos: a reflexa, a automática e a voluntária, todas terminando no neurônio motor periférico que constitui a via final comum da motricidade. A motricidade automática se vincula ao funcionamento do sistema extrapiramidal, através de áreas corticais e dos núcleos da base. A motricidade voluntária funciona através dos feixes piramidais que partem do córtex motor. Os reflexos podem ocorrer já no nível medular. Há uma hierarquia nesses sistemas, sendo que os mais recentes são capazes de inibir os mais antigos. Nos gânglios da base ocorre o controle do tônus muscular e a regulação de alguns movimentos intencionais, e ao córtex cerebral caberia a função de controle consciente e voluntário do movimento.

De acordo com o que foi visto, não parece tarefa fácil discernir quais seriam os processos fisiológicos envolvidos na determinação das alterações do tônus muscular (hipotonia e hipertonia) que constituem aquilo que Reich denominou de couraça muscular do caráter. Provavelmente isto se dá no âmbito do sistema extrapiramidal, envolvendo as estruturas responsáveis pela motricidade automática. Esta hipótese se impõe mais por exclusão, dado que parece pouco provável situar a origem da couraça muscular no sistema piramidal – se assim fossem bastaria pedirmos aos pacientes para desfazer a rigidez ou flacidez, conforme o caso, e tudo estaria resolvido. O fato de a teoria e a clínica apontarem na direção de processos inconscientes envolvidos na psicodinâmica da couraça também fala contra atribuir um papel de destaque ao sistema piramidal na gênese e na manutenção da couraça. Pode ser que num primeiro momento a alteração do tônus muscular tenha sido voluntária e consciente. Porém é de se supor que a instalação da couraça psíquica e muscular ocorre quando a postura, atitude e/ou gesto é automatizado e deixa de ser consciente e voluntário. Pensar na motricidade reflexa exigiria no mínimo postular a existência de um

estímulo constante que não cede à habituação, o que parece pouco provável. Enfim, estas idéias não passam de meras especulações a serem testadas posteriormente.

O problema torna-se mais complexo pelo fato de que, na visão reichiana, o que fundamenta a perpetuação da couraça muscular são os afetos nela consumidos. E o estudo da neurofisiologia afetiva é algo muito recente e pouco desenvolvido. Em boa parte dos livros de texto da área há pouca ou mesmo nenhuma menção aos elementos neurais envolvidos nos processos emocionais. António Damásio (1995) comenta que até bem pouco tempo o tema das emoções não constituía objeto sério de estudos científicos, e os poucos que se devotavam a ele eram tidos como tipos exóticos e aceitos com ressalvas pela comunidade acadêmica.

A dificuldade se agrava ainda mais pelo fato de que nos livros dedicados ao tema da emoção que foram consultados (Damásio, 1995; LeDoux, 1998; Panksepp, 1998) não há menção significativa ao fato de que as emoções e os estados afetivos alteram a motricidade. É algo óbvio que, sob influência das emoções e sentimentos, as posturas e atitudes mudam, a qualidade dos movimentos denota uma alteração que qualquer leigo pode verificar. Mas, até onde pude observar, este tema não tem sido estudado, o que aponta para uma lacuna importante que dificulta a compreensão do que é e como funciona exatamente a couraça muscular. Não se pode aqui deixar de mencionar o trabalho pioneiro de Gaiarsa (1982) neste campo, em examinando o papel do cerebelo na formação da hipertonia muscular envolvida na contenção dos impulsos e desejos humanos.

9.3 Propriocepção e os neurônio motores gama

Na busca de entender quais são os processos que determinam o tônus muscular de um indivíduo, é importante examinar em detalhe a chamada propriocepção. Ela faz parte dos sentidos que nos dizem como está o nosso organismo, ajudando a compor aquilo que Damásio chama de “paisagem corporal” (ver item 8). Na nossa cultura, que dá tão pouca importância à interiorização, ao contato consigo mesmo, passa quase despercebida esta capacidade. Ouvimos desde cedo falar nos cinco sentidos, sem nos darmos conta de que os sentidos são muito mais numerosos do que estes cinco tradicionais, voltados para a percepção do que acontece no mundo externo. Mas este é outro tema, interessa agora voltar a atenção para os detalhes de o que é e como se dá este canal sensorial.

Começando pela definição, pode-se dizer que a propriocepção é aquilo “que nos proporciona informação sobre nós mesmos: sobre a posição e os movimentos de nossos membros, as forças geradas pelos nossos músculos, e nossa atitude e movimento em relação ao solo. O cérebro usa esta informação principalmente para ajudar no controle do movimento.” (Carpenter, 2003, p. 141).

Quanto a como se dá esta percepção, temos que “dois tipos distintos de proprioceptores³² são encontrados nos músculos voluntários (...) os fusos musculares³³ que reagem conforme o comprimento e a taxa de mudança do comprimento do mesmo; e os órgãos tendinosos de Golgi que sinalizam a força ou a tensão muscular. Ambos são essencialmente receptores de estiramento.” (idem). Além deste dois tipos principais, colaboram para gerar informação proprioceptiva outros tipos de receptores, como os corpúsculos de Ruffini ao redor das cápsulas articulares e os Corpúsculos de Paccini nos septos intermusculares e periósteeo.

Os órgãos tendinosos de Golgi localizam-se entre o término das fibras musculares e o início do tecido do tendão (ver Anexo 3 – Figuras 9A, 10 e 11). O famoso exame neurológico, em que o médico vai pacientemente percutindo tendão após tendão com um pequeno martelo,

³² Receptores sensoriais que geram informações proprioceptivas.

³³ Também chamados de fusos neuromusculares.

para ver se os reflexos estão preservados, baseia-se na estimulação desse tipo de receptor (ver Anexo 3 – Figura 12).

Os fusos neuromusculares encontram-se dentro do músculo e respondem à tração exercida sobre si. O que mais nos interessa aqui é uma característica curiosa deste tipo de receptor. Além da parte propriamente sensorial, que fica no centro e reage conforme a distensão do músculo, existem nas extremidades cerca de 3 a 10 pequenas fibras musculares (chamadas de intrafusais), que ficam unidas à bainha das fibras musculares comuns adjacentes (ver Anexo 3 – Figuras 9 A E B).

Essas fibras intrafusais recebem inervação de neurônios motores situados na medula espinal. Isso permite ao sistema nervoso modular a sensibilidade dos fusos: se as fibras estão contraídas, o fuso fica esticado, causando uma tração da sua porção média, onde estão as terminações sensoriais. Isto faz com que elas disparem mais facilmente, ou seja, diminui o limiar de ativação. Seria algo mais ou menos análogo à dilatação da pupila para que entre mais luz e tudo fique mais nítido. Se as fibras estão relaxadas, diminui a sensibilidade e aumenta o limiar.

Os neurônios que inervam as fibras musculares comuns são chamados de neurônios motores alfa. A inervação das fibras intrafusais é feita pelos chamados neurônios motores gama. Isto é de grande importância fisiológica, pois permite o ajuste da obtenção de informação proprioceptiva conforme as necessidades do organismo. Quando planejamos um movimento, o sistema gama é ativado e os músculos que poderão ser ativados ganham tônus. Caso se resolva colocar em prática a ação imaginada, o organismo está pronto para obedecer o comando.

Pode-se ter uma idéia da importância funcional deste esquema verificando o número de fibras nervosas dedicadas a cada componente. Segundo Carpenter (2003, p. 306), no músculo sóleo do gato, “comparadas com as cerca de 150 fibras que são verdadeiramente motoras, inervando fibras musculares extrafusais, existem cerca de 100 fibras sensoriais, e outras cem ou mais fibras gama, que (...) modificam os sinais sensoriais que se originam dos fusos neuromusculares. Em outras palavras, cerca de 250 fibras dizem respeito a informação aferente, enquanto que apenas 150 fibras são estritamente motoras.”

Este modo de funcionamento tem uma grande importância na determinação do tônus muscular. Quando um músculo é estirado subitamente, existe um reflexo medular³⁴ que leva à contração deste mesmo músculo. Esta é uma forma de auto-regulação que evita lesão muscular, tende a manter constante o comprimento do músculo e também impede deslocamentos súbitos e desajeitados, evitando espasmos e solavancos e colaborando para um movimento harmônico e suave. Se as fibras intrafusais estiverem contraídas, com aumento da sensibilidade, qualquer movimento, qualquer estiramento, mesmo que mínimo, fará disparar o reflexo e o músculo se tornará hipertônico³⁵. Deste modo, “a estimulação gama pode em princípio iniciar a contração, exatamente da mesma maneira que a estimulação alfa.” (idem, p. 310). A hipotonia decorreria da situação inversa. Vê-se em ação aqui, portanto, um mecanismo que provavelmente participa da determinação dos quadros crônicos de distonia muscular que caracterizam a couraça muscular descrita por Reich.

Ainda é pouco claro o papel que isso desempenha quanto a essa couraça do caráter, e qual seria a influência piramidal e extrapiramidal na ativação do sistema eferente gama. Sabe-se que este último pode ser influenciado pela região bulbo-reticular do tronco encefálico, pelos gânglios da base, cerebelo e córtex. Estima-se que o sistema gama responda por cerca de 30% das fibras eferentes motoras como um todo.

³⁴ Chamado reflexo miotático ou de estiramento.

³⁵ “A primeira noção sobre a função dos fusos neuromusculares que veio a ser aceita foi que, agindo através do reflexo de estiramento, eles eram responsáveis pela geração do tônus muscular.” (Carpenter, 2003, p. 309).

Boadella dá grande importância clínica ao funcionamento do sistema eferente gama. Segundo ele, “temos que observar o ‘sistema gama no músculo’, que é o sistema que nos prepara para a ação, está ligado com um eixo muscular que está profundamente conectado ao Sistema Nervoso Vegetativo. Trabalhamos com esse sistema que chamo de alma do músculo. Níveis mais profundos da intencionalidade do movimento não estão relacionados com uma intenção consciente do cliente nem com a intenção consciente do terapeuta. Estão relacionados a padrões de intencionalidade, entrelaçados no músculo, que se desenham mediante estímulo apropriado.” (Boadella, 1999).

9.4 Neuropatologia

Serão aqui examinados alguns elementos oriundos da patologia. Isso se deve ao fato de que diversos quadros neurológicos acompanham-se de perturbações, muitas vezes severas, do tônus muscular. Sabendo que muitos dos progressos da neurologia e da neurociência se originaram do estudo das lesões do sistema nervoso, pode ser importante ter pelo menos um panorama geral do que se encontra ao olhar para este território.

As patologias do neurônio motor superior (ou primeiro neurônio motor) levam a um quadro de hipertonía muscular, paralisia espástica e intensificação dos reflexos. Ocorrem com maior frequência nos acidentes vasculares cerebrais (AVC). Além disso, “encontramos a rigidez muscular sem sinais piramidais na enfermidade de Parkinson, no parkinsonismo pós-encefálico e na síndrome parkinsonóide por neurolépticos.” (Fontana, 2005, p. 76).

As chamadas patologias do neurônio motor inferior (ou segundo neurônio motor) produzem paralisia flácida, atrofia muscular e diminuição ou abolição dos reflexos. São com frequência de origem traumática. Algumas doenças, como a esclerose lateral amiotrófica, afetam tanto os neurônios motores superiores quanto os inferiores.

Existem diversas patologias que podem acarretar hipotonia muscular. Elas podem ser divididas conforme sua origem em periféricas e centrais. As hipotonias periféricas ocorrem quando a interrupção do arco reflexo medular provoca a abolição do tônus muscular. Na tabes dorsalis a hipotonia é global e muito acentuada (flacidez, hiperextensibilidade e hiperpassividade). Outras doenças que podem acarretar hipotonia muscular periférica: mononeuropatias, polineuropatias, polirradiculoneurites, poliomielite anterior aguda, amiotrofia espinal progressiva, amiotonia congênita, distrofia muscular progressiva.

Entre os quadros mórbidos de origem central que podem ocasionar hipotonia estão os distúrbios do sistema vestibulocerebelar, por deficiência dos influxos facilitadores vestibulospinais. Nas cerebelopatias predomina a hiperpassividade, Nas lesões piramidais (síndrome deficitária) predomina a hiperextensibilidade. Das síndromes extrapiramidais, a coreia de Sydenham apresenta formas clínicas com acentuada hipotonia muscular (coreia mole); nas atetoses pode ocorrer uma hipotonia de ação. Certos tipos de encefalopatias, próprios da infância, podem evoluir com hipotonia (encefalopatia atônico-estática, síndrome de Down ou mongolismo). A hipotonia também pode ser encontrada na fase de choque do sistema nervoso central consecutiva a determinadas lesões agudas do cérebro ou da medula e nos graus profundos do coma. (Campos, 2007).

Não apenas em patologias graves é possível encontrar alterações do tônus muscular. Estudo realizado por Gonçalves et al. (2000) em escolares paulistas da primeira série do ensino fundamental revelou a presença de hipotonia muscular leve nos membros em cerca de 12% das crianças estudadas. Não foram encontrados casos de hipertonía muscular. Na discussão, estes achados são comparados com outro estudo em que houve “maior número de hipotônicos no grupo com dificuldade escolar (42%), comparados com o grupo com bom rendimento escolar (22%).” (idem, p. 117). Embora não houvesse diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos referidos, é interessante notar que a tendência observada vai na direção do que seria de se esperar de acordo com a compreensão reichiana e bioenergética

da hipotonia. Não deixa de ser interessante também esta possível comprovação científica de que “a vida é dura para quem é mole”, como afirma o título deste trabalho.

Daquilo que foi examinado, as patologias mais graves aparentemente trazem poucas revelações que possam ser úteis para um psicoterapeuta corporal. Permitem ter uma idéia das diversas instâncias de controle da motricidade, o que tem o seu valor. Abrem os olhos também para o entendimento de que algumas doenças orgânicas podem levar a um comprometimento do tônus muscular, o que é importante no sentido de não psicologizar tudo o que acontece e poder encaminhar estes pacientes para o tratamento neurológico adequado.

As patologias neurológicas em geral dizem respeito a um comprometimento anatômico, uma lesão de neurônios que acarreta conseqüências danosas. É bem possível que os processos implicados nas alterações do tônus muscular relacionadas à chamada couraça muscular do caráter tenham uma origem de ordem funcional, ou seja, se originem a partir de conexões e circuitos neurais moldados por determinadas experiências de vida. Numa analogia com o mundo da informática, talvez se pudesse afirmar que as patologias neurológicas tenham a ver mais com problemas de *hardware*, e a couraça muscular com questões ligadas ao *software*. Este tipo de comparação tem um valor bastante limitado, pois o funcionamento do sistema nervoso apresenta grandes diferenças com o que acontece dentro de um computador, mas, em todo caso, a analogia referida pode ajudar a entender as diferentes dinâmicas em jogo.

O achado de Gonçalves et al. (2000), comentado acima, parece trazer uma informação importante para o tema aqui estudado. Trata-se da população geral, sem patologia neurológica definida, e na qual se percebe a ocorrência de uma porcentagem relativamente alta de hipotonia. Acredito que este tipo de estudo pode contribuir mais para clarificar a nossa compreensão dos fenômenos envolvidos na couraça muscular do caráter.

9.5 Psicopatologia

Se as neuropatias fora pouco esclarecedoras quanto à compreensão dos processos que determinam as alterações do tônus muscular que ocorrem no âmbito daquilo que Reich chamou de couraça muscular do caráter, resta ver o se pode extrair do exame das patologias psiquiátricas, especialmente os transtornos de ansiedade, a esquizofrenia e a depressão.

9.5.1 Transtornos de ansiedade e hipertonia muscular

Os transtornos em que o componente de ansiedade é proeminente costumam acompanhar-se de hipertonia muscular. A importância da ansiedade e do estresse na determinação da tensão muscular tem sido documentada com grande clareza em diversos estudos experimentais. (Bansevicius, Westgaard & Jensen, 1997; Holte, Vasselgen & Westgaard, 2003; Nilsen et al., 2007; Wahlström et al., 2002).

Em quadros crônicos isto também tem sido relatado. Na CID-10³⁶, a descrição do Transtorno de Ansiedade Generalizada (código F41.1), lista entre os sintomas característicos a “tensão motora (movimentação inquieta, cefaléias tensionais, tremores, incapacidade de relaxar)”. (OMS, 1993, p. 138). Note-se que também está listada entre tais sintomas a “hiperatividade autonômica (sensação de cabeça leve, sudorese, taquicardia ou taquipnéia, desconforto epigástrico, tonturas, boca seca, etc.)”. (idem). São manifestações que indicam uma ativação do ramo simpático do sistema nervoso autônomo, próprias da reação orgânica de preparação para a luta ou fuga. Fontana (2005, p. 328), ao descrever esta patologia, vai na mesma direção ao dizer que “as queixas mais comuns incluem sentimento contínuo de nervosismo, tremor, tensão muscular, sudorese excessiva, sensação de cabeça leve, palpitação, tontura e desconforto digestivo.”

³⁶ Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão.

Esta pode ser uma conexão importante com as concepções reichianas sobre a hipertonia muscular, dado que para Reich a angústia e ansiedade crônicas desempenham importante papel na manutenção da rigidez muscular encontrada no caráter neurótico, e estariam correlacionadas fortemente com alterações do sistema nervoso autônomo.

Ainda no CID-10, encontramos menção a quadros de hipertonia muscular na categoria F45.8 (Outros transtornos somatoformes), sendo incluídos aqui o “torcicolo psicogênico e outros transtornos de movimentos espasmódicos” (ibidem, p. 166). Além disto, a “dor decorrente de mecanismos psicofisiológicos conhecidos ou inferidos, tais como dor por tensão muscular ou enxaqueca, mas que ainda acredita-se terem uma causa psicogênica, deve ser codificada pelo uso de F54” (ibidem, p. 165).

Se esta hipótese for verdadeira, uma linha de pesquisa interessante seria estudar a relação entre a couraça muscular do caráter e os diversos transtornos de ansiedade, especialmente os descritos no CID-10 nas categorias F40 a F45.

9.5.2 Psicose e tônus muscular

O conceito de psicose sofreu grandes transformações ao longo do século XX, especialmente na sua segunda metade. O advento dos psicofármacos no fim da década de 1950 e as sucessivas revisões conceituais, que se iniciaram no DSM-III e CID-8³⁷ e se aprofundaram no DSM-IV e CID-10³⁸, mudaram bastante os conceitos gerais subjacentes ao diagnóstico e também a forma de nomear e classificar os transtornos mentais. Adotou-se uma postura descritiva das doenças que se limitou à descrição dos sintomas e à busca de agrupá-los em síndromes, sem se preocupar com a etiologia ou a explicação dos transtornos listados.

Por este motivo, é bem possível que aquilo que entendemos por psicose hoje em dia seja algo um tanto diferente do que vigorava na época em que Reich escreveu os textos em que comenta o assunto. Numa certa medida, o mesmo se aplica aos escritos de Alexander Lowen, Gerda Boyesen e outros autores do campo da psicoterapia corporal. Nota-se em suas obras, de uma maneira geral, uma adesão à psicopatologia psicanalítica, que é distinta em muitos aspectos da psicopatologia atualmente corrente no meio psiquiátrico. Até onde é de meu conhecimento, parece nunca ter sido feita uma tentativa de diálogo sistemática frente ao CID-10, por exemplo, que discutisse as condições corporais, musculares e energéticas nos diversos transtornos ali considerados. Em todo caso, creio ser importante para o nosso percurso que seja examinada a possível existência de alguma menção a alterações do tônus muscular em psicóticos.

Uma dificuldade inicial é que “a divisão tradicional entre neurose e psicose que era evidente na CID-9 (...) não tem sido usada na CID-10 (...) Ao invés de seguir a dicotomia neurótico-psicótico, os transtornos são agora arrançados em grupos de acordo com os principais temas comuns ou semelhanças descritivas.” (OMS, 1993, p. 3). Em vista disso, a opção aqui foi de restringir o campo de abrangência do conceito de psicose e concentrar os esforços no exame da esquizofrenia e transtornos assemelhados, que estão listados em F20-F29 (Esquizofrenia, transtornos esquizotípico e delirantes).

A “esquizofrenia confronta o clínico com um conjunto de sintomas que são notavelmente diversos e desconcertantemente amplos.” (Mackenna, 1994, p. 1). Este autor

³⁷ DSM-III refere-se a “*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*” – 3ª Revisão (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), produzido pela *American Psychiatric Association* (Associação Psiquiátrica Americana). CID-8 quer dizer Classificação Internacional de Doenças – 8ª Revisão, que foi produzida pela Organização Mundial de Saúde.

³⁸ “No final do século XVIII, Pinel fazia grande revolução do diagnóstico dos transtornos mentais. No final do século XIX, coube a E. Kraepelin fazer a segunda revolução. Em nosso ponto de vista, esse capítulo V da 10ª Revisão da CID da OMS vem a ser a revolução do diagnóstico psiquiátrico deste final de século.” (Silva, 1993, p. ix).

classifica os sintomas da esquizofrenia em diversos tipos: “idéias anormais; percepções anormais; transtornos do pensamento formal; transtornos motores, volitivos e comportamentais.” (idem). No campo dos transtornos motores e comportamentais é dito que “formas estranhas de movimento, comportamento bizarro e mudanças no nível geral de atividade constituem uma parte indissociável do quadro clínico da esquizofrenia. Os exemplos cardinais desta categoria de sintomas são os fenômenos exóticos agrupados sob o termo catatonia.” (ibidem, p. 19).

Entre os sintomas motores estariam as estereotípias, “atos motores mais ou menos desprovidos de propósito que são realizados repetitivamente e com um alto grau de uniformidade” (ibidem, p. 20); e os maneirismos, em que “atos cotidianos dirigidos a uma finalidade, como lavar-se, vestir-se e comer são realizados de forma idiossincrática; por exemplo, ao comer um paciente pode segurar a colher pelo lado errado” (ibidem). Além destes, são citas as alterações posturais: “os pacientes sentam-se curvados e encolhidos, freqüentemente de um modo que parece expressar uma retirada em relação ao mundo; em alguns casos, são adotadas poses bizarras, estatuéscas, ‘faraônicas’” (ibidem). Segundo o autor, o “assim chamado travesseiro psicológico, em que o paciente deita na cama com a cabeça cinco a dez centímetros acima do colchão, pode ser comumente observado entre pacientes cronicamente hospitalizados.” (ibidem, p. 21).

Segundo Fontana (2005, p. 76), “contraturas podem ser conseqüentes a (...) posturas catatônicas permanentes em esquizofrênicos. De igual forma, no estágio terminal da esquizofrenia é comum observarmos contraturas em flexão das pernas e dos braços nos pacientes que permanecem acamados.” Outras fontes consultadas (Kaplan, Sadock & Greeb, 2003; Kay, Tasman & Lieberman, 2002) mostram resultados semelhantes: algum destaque para alterações ligadas à hipertonia muscular em certas formas de esquizofrenia e na síndrome neuroléptica, sem menção a possíveis alterações da musculatura no sentido da hipotonia.

É possível interpretar isso de diversas maneiras. A mais simples é pensar que na realidade não existe nenhuma alteração típica de tônus muscular nos esquizofrênicos, e que as idéias de Reich, Lowen e Boyesen estão equivocadas no que tange a um predomínio da hipotonia em psicóticos. Outra possibilidade é julgar que existe sim uma alteração do tônus nestes pacientes, mas os preconceitos teóricos decorrentes da formação dos psiquiatras os impede de atentar para este fenômeno. Ao que parece, uma elucidação deste impasse dependerá de estudos posteriores que esclareçam o ponto em questão³⁹.

9.5.3 Depressão e tônus muscular

Nas obras pesquisadas (Fontana, 2005; Kaplan, Sadock & Greeb, 2003; Kay, Tasman & Lieberman, 2002; OMS, 1993) não foram encontrados comentários relativos a alterações do tônus muscular (hipotonia ou hipertonia) em pacientes portadores de depressão (categorias F32 – F33 da CID-10). Ocorrem eventualmente menções isoladas sobre o tema, como, por exemplo, Bader et al. (1999), em estudo que mostrou uma diminuição da potência muscular e alterações na marcha de pacientes deprimidos hospitalizados. Novamente, nada existe de substancial que permita confirmar ou contradizer o que foi discutido anteriormente sobre o funcionamento da couraça muscular do caráter neste tipo de patologia.

³⁹ Uma terceira hipótese seria a existência de uma conspiração, um complô por parte da psiquiatria oficial para impedir que as idéias de Reich e seus seguidores sejam reconhecidas. Apesar de muitos reichianos já terem seguido por esta linha de pensamento em outras ocasiões, julgo que, neste caso ao menos, este tipo de visão parece ser francamente delirante e paranóica, não merecendo crédito algum.

10. Discussão

Algumas questões merecem ser discutidas a partir dos elementos expostos acima. Em primeiro lugar, algo que decorre do treinamento analítico de perceber as lacunas: busco olhar para o que não está presente na informação que foi examinada acima, como se na música mirasse a sustentação da melodia que ocorre mais nos silêncios entre as notas do que nos sons ouvidos. A grande ausência que senti ao longo da pesquisa bibliográfica que fez parte deste trabalho foi que não encontrei nenhuma, repito NENHUMA comprovação científica inequívoca de que haja realmente uma relação entre alterações do tônus muscular e determinadas características psicológicas ou certos quadros psicopatológicos⁴⁰.

Ficou muito evidente a necessidade de sanar esta lacuna na fundamentação teórica, que existe em todas as abordagens que se baseiam nesse pressuposto. Por outro lado, se um dia forem realizados estudos e pesquisas que confirmem tal hipótese, um passo importante terá sido dado no terreno da credibilidade e da confiabilidade atribuídas à psicoterapia corporal por parte dos profissionais da área de saúde mental e do público em geral.

Um atenuante em relação a esta pouca cientificidade é que isto é muito comum no campo das psicoterapias em geral. Também não existe (até onde eu saiba) nenhuma comprovação científica inequívoca da existência do mecanismo do recalque tal como proposto por Freud (2002), do conceito de arquétipo elaborado por Jung (1980), ou das posições esquizoparanóide e depressiva tal como formuladas por Klein (1996). Ou seja, ao que parece, estas abordagens desenvolveram-se fundamentadas essencialmente na clínica, e lá encontram evidências suficientes para sustentar, aos olhos de seus adeptos, a validade de seus conceitos básicos.

Talvez esta situação se deva às dificuldades inerentes à epistemologia da subjetividade, ou seja, como é possível aferir aspectos subjetivos por meio de uma metodologia científica fundamentada em critérios objetivos? Bem, não cabe discutir isto aqui, mas este é um ponto a ser debatido futuramente. Dado que na psicoterapia corporal lida-se tanto com o chamado “corpo erógeno”⁴¹ como com o corpo anatômico, objetivo, e que esta prática se fundamenta em teorias que buscam exatamente explorar a conexão entre o objetivo e o subjetivo, talvez se possa chegar a algum lugar neste aspecto, diferentemente de abordagens pautadas de maneira mais forte e exclusiva na subjetividade.

Especificamente no campo da análise bioenergética e da psicoterapia corporal, pude observar ao longo de minha vida profissional algumas centenas de situações clínicas – enquanto paciente, terapeuta, professor, aluno e supervisor – que me pareceram bem convincentes e que pareciam comprovar que as intervenções somáticas realizadas com base no conceito de couraça muscular eram eficazes e faziam sentido. Percebi que podia aprender a utilizar estas técnicas fundamentadas no modelo teórico reichiano e que poderia também ensinar pessoas a se apoderar deste recurso⁴². Chega uma hora em que fica tão óbvio que a

⁴⁰ Merece especial atenção a hipótese de um suposto predomínio da hipotonia muscular em certos quadros psicóticos – tal como Reich (1995), Lowen (1979) e Boyesen (1986) descreveram – e que está em dissonância com os textos da psiquiatria atual. É um tema que merece ser pesquisado para verificar se há realmente algo neste sentido, ou se tal crença não mais se sustenta hoje em dia, devido talvez a uma mudança nos critérios diagnósticos ou por outros motivos.

⁴¹ Expressão que assinala “o postulado teórico da existência de uma ordem corporal representada, distinta da anatomopatológica, permite pensar a partir de uma anatomia imaginária, já que o histérico produz seus sintomas somáticos e sofre suas dores na imagem do corpo e não na materialidade de sua estrutura anatômica. Podemos mesmo dizer que o ‘corpo histérico’ subverte o corpo da anatomia, marcando a forma como o corpo de que se trata em Psicanálise não é o corpo em seu puro aspecto somático.” (Cukiert, 2000, p. 25). Esta distinção aparece já nos primeiros escritos de Freud: “nas suas paralisias e em outras manifestações, a histeria se comporta como se a anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento desta.” (Freud, 1893/1987, p. 188).

⁴² Posso dizer o mesmo do conceito freudiano de recalque: tantas são as evidências que julgo ter observado na clínica que referendariam esta hipótese, que passei a ter uma grande confiança em sua validade.

coisa funciona, que se passa a dispensar maiores provas. Um indivíduo que passe por um curso de formação certamente poderá observar situações semelhantes e normalmente não sente falta de uma comprovação metodologicamente rigorosa. Ele pode ver em si e nos colegas o resultado, e essa “prova de São Tomé” é o que mais convence um aluno e o motiva a prosseguir em sua formação.

Mas isto é pouco em termos científicos e sociais. Não é o bastante para que este método seja aceito no círculo seletivo das abordagens cientificamente comprovadas e que têm a chancela do reconhecimento acadêmico, que se credenciam a fazer parte dos currículos escolares das escolas de Medicina, Psicologia, Fisioterapia, Educação Física, Enfermagem e outras. Creio, portanto, que seja válido o esforço de pesquisar, estudar e refinar o referencial teórico com base em uma metodologia rigorosa.

Seria realmente muito chato, muito desorientador para o psicoterapeuta corporal, se estas pesquisas revelassem que os pilares teóricos nos quais se baseia carecem de validade. Dá uma enorme preguiça só de pensar no trabalho que seria reformular os fundamentos básicos e repensar a clínica a partir disto. Mas, por outro lado, seria muito legal responder às críticas com base em evidências científicas e não precisar mais recorrer a teorias conspiratórias para explicar porque as abordagens reichianas e neo-reichianas são tão pouco validadas socialmente.

De minha parte, pelo que vejo da clínica, acredito que algo existe de muito bom, de muito efetivo e útil nesse conjunto de teorias e técnicas que se fundamenta na hipótese de que existe uma correlação entre alterações do tônus muscular e determinadas características psíquicas. Algo como um diamante bruto, belo mas ainda cheio de impurezas. Um exame crítico adequado do mesmo ajudará a separar o joio do trigo, o que resultará, espero, numa pedra preciosa lapidada e brilhante, muito valiosa e bela. Mas, de qualquer modo, deve-se estar preparado para uma revisão profunda e uma modificação extensa em termos teóricos caso o resultado seja o inverso, ou seja, caso se comprove ser falsa, parcial ou incompleta a hipótese mencionada acima.

Deixando de lado esta discussão mais global e examinando o que foi exposto ao longo do texto, pode-se verificar que a Análise Bioenergética tem propostas para abordar clinicamente o tema da hipotonia muscular, mas este é um tema ao qual tem sido dada pouca atenção. Muitas das patologias da modernidade remetem a questões em que os quadros hipotônicos ganham relevância, e parece fazer-se necessária uma ampliação dos estudos e debates sobre o tema, de modo a capacitar-se a atender adequadamente a esta demanda.

Partindo do que foi examinado, não há na presente proposta de valorização teórica e técnica da hipotonia nenhuma incompatibilidade com os pressupostos básicos que têm fundamentado até aqui a prática da Análise Bioenergética. Ao que tudo indica, a relativamente pouca atenção dada à flacidez muscular no contexto da clínica é resultado de determinantes históricos, a saber, a ênfase dos pioneiros – Reich e Lowen principalmente – sobre o desenvolvimento de teorias e técnicas que priorizaram a hipertonia muscular. Vejo a proposta de trabalhar a hipotonia como um acréscimo que vem complementar e ampliar o quadro de referência original.

Fica então a questão de como abordar o assunto. Foi visto que existem vários enfoques possíveis, vários pontos de vista diferentes e complementares que se voltam para o estudo da correlação entre as alterações do tônus muscular de um indivíduo e o seu funcionamento psíquico. Cada escola e cada autor privilegia diferentemente estas possibilidades, o que contribui para a riqueza de informações. É claro que na realidade tudo se mistura, e resulta um tanto artificial separar de modo tão definido tais enfoques. Mas acredito que isto pode ter um valor didático, permitindo examinar cada um em sua especificidade. As principais vertentes são:

a) a energética, que coloca a circulação da bioenergia no organismo como elemento principal na determinação tanto do tônus muscular quanto dos aspectos psicológicos. Este parece ser o enfoque predominante hoje em dia entre os autores bioenergéticos, reichianos e neo-reichianos.

Um ponto a ser esclarecido aqui parece ser o da relação entre a hipotonia muscular e situações de baixa carga energética. Tanto nas obras de Lowen consultadas como nas de Baker (ver item 7), este aspecto encontra-se pouco detalhado. Às vezes fala-se de situações de pouca energia sem que se mencione a condição do tônus muscular concomitante. Em algumas passagens a deficiência energética é correlacionada com a rigidez crônica da musculatura, em outras com a flacidez.

Isto é especialmente marcante na compreensão dos processos depressivos. Como visto acima (item 3.4), a descrição de Lowen do caráter oral e da depressão enfatiza muito mais a hipertonia muscular como base dos estados de baixa energia associados a estas condições. Portanto, de alguma maneira parecem existir, segundo sua descrição, situações crônicas em certos organismos que são caracterizadas pela baixa carga energética e que coexistem com – ou mesmo são originadas por – uma musculatura hipertônica.

Algumas perguntas que ficam:

Uma condição de hipotonia muscular sempre significa a existência de baixa carga energética (anorgonia ou hiporgonia)? Pode haver uma situação de alta carga acompanhada de hipotonia?

Uma região hipotônica tem a mesma capacidade de carga energética que outras com tônus normal ou aumentado? Há uma diferença na capacidade de se carregar e/ou de se manter carregado entre um músculo hipotônico e um hipertônico?

O que determina que em certas condições uma situação de baixa energia é acompanhada de hipotonia, e em outras acompanha-se de hipertonia?

É a hipotonia muscular que causa a baixa energia ou é a baixa energia que leva à hipotonia? Ou ainda, seriam ambas determinadas por um terceiro fator?

Um aspecto a considerar é que existem questionamentos importantes, do ponto de vista científico, quanto ao conceito de bioenergia (ver Rego, 1992). Portanto, um exame aprofundado do assunto tende a colocar em pauta esta discussão, principalmente se a perspectiva for de caminhar na direção de uma visão que integre as diferentes vertentes de compreensão da hipotonia.

b) a psicodinâmica, constituída pela busca da compreensão do significado psicológico da rigidez e da flacidez de grupos musculares específicos. Desenvolveu-se a partir do trabalho pioneiro de Wilhelm Reich sobre a análise do caráter na década de 1930 e fundamenta-se na teoria psicanalítica. Seu ponto de partida foi o estudo da relação entre o recalque e a hipertonia muscular. Em geral, esta forma de abordar o tema é menos comum do que a anterior, mas vem ganhando terreno, acompanhando a valorização crescente da psicanálise no âmbito das psicoterapias corporais.

Um aspecto importante a ser discutido diz respeito a como considerar a hipotonia muscular em relação ao conceito de couraça muscular do caráter. Na concepção de Reich, couraça é algo definido como dependente da hipertonia, o que faz sentido se pensarmos em uma armadura ou em carro blindado, imagens compatíveis com o significado de couraça. A hipotonia, nesta visão, parece estar mais bem enquadrada como uma condição de deficiência ou ausência de couraça. Realmente, vemos que indivíduos hipotônicos freqüentemente apresentam hipersensibilidade emocional aos eventos de vida e pouca capacidade de contenção de seus impulsos. É muito comum também que apresentem algum tipo de

mediunidade ou paranormalidade, como se estivessem em contato com energias sutis que os encorajados “normais” não percebem.

Por outro lado, a hipotonia não deixa de ser um tipo de defesa que tem seu papel na psicodinâmica de um determinado tipo de paciente, o que poderia permitir que fosse considerada como um tipo especial de “couraça”. Reich propôs uma equivalência entre o mecanismo do recalque e a hipertonia. Talvez possamos supor que algo semelhante acontece em relação à hipotonia. Fica a dúvida de quais mecanismos de defesa estariam implicados neste caso: poderíamos aqui falar também de recalque? Ou estariam em jogo neste caso mecanismos mais primitivos, como a cisão e projeção, característicos do início do desenvolvimento humano?

Fica assim em aberto esta questão do entendimento do significado da hipotonia muscular nos processos psíquicos: esta condição indicaria uma ausência (total ou parcial) de defesas ou, do mesmo modo que a hipertonia muscular, representaria um componente somático de certas defesas psíquicas?

c) a somática, na qual o reflexo de sobressalto (*startle reflex*) e as reações do organismo às situações de estresse determinam processos que dão origem a configurações somáticas e psíquicas nas quais as alterações do tônus muscular constituem elemento primordial. Esta abordagem é enfatizada, por exemplo, nas propostas de Stanley Keleman e seus seguidores.

d) a neuropsicológica, que procura integrar os novos conhecimentos oriundos do campo da neurociência no entendimento do tema. Constitui um empreendimento recente e ainda pouco desenvolvido, mas que parece bastante promissor e permite vislumbrar a possibilidade de se chegar a uma fundamentação mais sólida das técnicas correntemente empregadas na Análise Bioenergética e em outras abordagens neo-reichianas. Em minha opinião, este é um caminho a ser enfatizado, incentivando professores e alunos a conhecerem e aplicarem cada vez mais os conhecimentos do campo da neurociência em suas elaborações teóricas e como fundamento da sua atividade clínica.

Um ponto importante é a possibilidade de diálogo não só com a neurociência, mas também com elementos trazidos da biologia, medicina e outros campos. Um aprofundamento do conhecimento relativo aos aspectos fisiológicos ligados à determinação do tônus muscular pode ampliar enormemente o horizonte teórico e clínico do campo da psicoterapia corporal. Por exemplo, poderíamos, quem sabe, utilizar medicamentos que diminuam o grau de contração muscular (os miorelaxantes – ver item 9.1.2) como parte do tratamento psicoterápico. Num indivíduo rígido, talvez a ingestão de um comprimido desta classe de medicamentos meia hora antes da sessão facilitasse o trabalho sobre as defesas. Até mesmo um psicanalista poderia utilizar este recurso, caso o efeito muscular fosse acompanhado por uma atenuação do recalque, produzindo mais associações e maior permeabilidade aos sentimentos, o que poderia resultar num enriquecimento do material analítico a ser trabalhado. Especulando sobre outras possibilidades, talvez fosse útil prescrever um relaxante muscular ao longo de algumas semanas, como se faz com os antidepressivos. Enfim, todo efeito psíquico benéfico que pudesse resultar da atenuação da rigidez muscular poderia quem sabe ser evocado dessa forma, complementando o tratamento⁴³.

⁴³ Provavelmente alguns leitores estão a esta altura furiosos com esta suposta iniciativa de medicalização da psicoterapia. Mas, se tivermos ao alcance um recurso eficaz que permita atingir os resultados almejados em menos tempo, com menos sofrimento, de forma mais certa, não seria anti-ético dispensá-los por conta de um preconceito? Sem dúvida há muitos aspectos importantes que podem ser criticados quanto à atuação abusiva da indústria farmacêutica e de alguns psiquiatras quanto à prescrição excessiva e desnecessária de medicamentos, mas certamente nenhuma pessoa sensata abriria mão hoje dos benefícios proporcionados pelos diferentes psicofármacos. Aos ansiolíticos, antidepressivos e antipsicóticos, quem sabe não poderíamos agregar outras substâncias?

O que se vê, portanto, é que existem muitas teorias e enfoques possíveis voltados para a compreensão do significado psicológico da hipotonia muscular. São compreensões diferentes, que privilegiam aspectos diversos em sua tentativa de entendimento. Ora enfatizam os aspectos psicodinâmicos, ora os processos energéticos envolvidos neste quadro. Em outros, o enfoque procura se ater aos elementos biológicos determinantes deste tipo de alteração do tônus muscular. Só o futuro dirá qual destas visões propicia o melhor caminho, mas creio ser muito possível que a estratégia vencedora nesse campo seja uma que combine os variados enfoques numa compreensão que os veja mais como complementares do que antagonicos.

Falando a favor desta postura, encontram-se pontos em comum entre as duas abordagens (Psicologia Biodinâmica e Psicologia Formativa) examinadas com mais detalhe no presente trabalho. É interessante notar que, apesar de partir de uma base conceitual bastante diferente da usada por Gerda Boyesen, Keleman chega a resultados com grandes semelhanças: os indivíduos com hipotonia são considerados como quadros mais graves do que aqueles caracterizados pela hipertonia; a depressão e os sentimentos depressivos constituem um quadro associado fortemente à ocorrência de hipotonia muscular; as pessoas que apresentam hipotonia generalizada muitas vezes apresentam um “anel” de hipertonia muscular na base do crânio.

Do ponto de vista da compatibilidade com a Análise Bioenergética, acredito que, pela proximidade das concepções, as propostas da Psicologia Biodinâmica sejam mais facilmente integráveis ao corpo de conhecimentos da Análise Bioenergética do que as oriundas da abordagem kelemaniana. Entre as dificuldades, listaríamos a diversidade em relação aos fundamentos teóricos, a pouca compatibilidade entre as tipologias e a diferente valorização clínica do papel da catarse no processo psicoterápico⁴⁴. Entretanto, não se pode perder de vista que há uma riqueza de percepções, entendimentos e propostas de atuação neste terreno que tornam valiosas as idéias de Keleman, e que fazem pensar que seria útil esta tentativa. As suas formulações sobre a condição *underbound* fornecem um rico manancial de elementos teóricos e técnicos que facilitam a compreensão e o tratamento de pacientes nos quais a hipotonia muscular predomina.

Um exemplo desta postura é encontrado em Weigand, que em seu livro sobre o *grounding* utiliza conceitos kelemanianos relativos à estrutura colapsada e à hipotonia muscular, dizendo que “atualmente os psicoterapeutas não podem mais se contentar com o papel de ‘desmontadores de couraças rígidas’.” (Weigand, 2006, p. 63).

Outro possível exemplo é encontrado, a meu ver, no artigo de Shapiro (2006a) examinado no item 4. Apesar de não citar Keleman, suas concepções se aproximam bastante das deste autor. Ao dividir os tipos de distúrbios de limites (*boundaries*) em excessivamente permeáveis ou excessivamente rígidos, aproxima-se fortemente dos conceitos de *overbound* e *underbound* (ver item 6). O uso de termos como poroso e permeável, a descrição do colapso como um tipo de defesa em determinadas situações, a semelhança de muitas propostas terapêuticas, tudo isso leva a supor uma proximidade importante e uma possível influência, mesmo não havendo menção de Shapiro à obra kelemaniana.

⁴⁴ Deve-se notar que o papel da catarse vem sendo reavaliado dentro da Análise Bioenergética, e o questionamento do seu uso indiscriminado tem levado muitos analistas bioenergéticos a atribuir a este recurso uma importância menor do que aquela que vigorava cerca de 20 ou 30 anos atrás (ver Klopstech, 2005). Entretanto, acredito que ainda há uma diferença significativa entre as propostas de Lowen e Keleman neste aspecto.

11. Conclusões

O tema da hipotonia muscular encontra-se pouco desenvolvido dentro da Análise Bioenergética, e a melhoria no entendimento desta questão pode resultar numa ampliação de seus horizontes teóricos e técnicos e um fortalecimento da sua eficácia.

Este é um uma meta a ser perseguida, para cuja realização três caminhos se apresentam. Um seria a criação de novas técnicas e teorias para dar conta desta questão. As propostas de Shapiro comentadas acima parecem constituir um bom começo no sentido de cumprir este objetivo. Outra possibilidade é a adaptação de técnicas já conhecidas e utilizadas em outros contextos.

Um terceiro caminho seria o aproveitamento de recursos originados externamente à Análise Bioenergética. Acredito que é possível – e desejável – que se faça a incorporação de formulações teóricas e técnicas oriundas de outras abordagens. Foi visto acima que existem escolas de psicoterapia corporal que desenvolveram um importante arsenal de conceitos e procedimentos destinados a lidar com a hipotonia muscular, e estes podem ser incorporados aos recursos terapêuticos bioenergéticos. Isto é verdadeiro especialmente em relação à Psicologia Biodinâmica de Gerda Boyesen e à Psicologia Formativa de Stanley Keleman.

Os avanços recentes do conhecimento biológico, especialmente no terreno da neurociência, podem dar uma importante e necessária fundamentação científica para a psicoterapia corporal de orientação reichiana e neo-reichiana. Mas, para tal, é preciso percorrer um caminho muitas vezes árido, realizar um esforço de compreensão deste novo paradigma.

Seria muito importante para o avanço do conhecimento, e também para o reconhecimento social da Análise Bioenergética e das demais escolas reichianas e neo-reichianas, que se pudesse realizar estudos científicos voltados para a pesquisa da hipótese de que as alterações do tônus muscular estão de alguma maneira implicadas no funcionamento normal e patológico do psiquismo. O fato de esta hipótese nunca ter sido comprovada com o devido rigor metodológico acarreta um fardo que traz grande prejuízo à credibilidade destas abordagens frente aos colegas de outras linhas de psicoterapia e da área de saúde em geral, e também frente às instâncias reguladoras da atividade profissional e às instituições de formação e pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, V. M. – **Um diálogo entre a Psicanálise e a Neurociência**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2003.
- ANVISA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – **Bulário Eletrônico**. Disponível eletronicamente em <http://bulario.bvs.br/index.php>.
- BADER, J. P.; BÜHLER, J.; ENDRASS, J.; KLIPSTEIN, A. & HELL, D. – Muscle strength and gait patterns of depressed people. **Nervenarzt**. 1999 Jul, 70 (7): 613-9.
- BAKER, E. - **O Labirinto Humano**. São Paulo, Summus, 1980.
- BANSEVICIUS, D.; WESTGAARD, R. H. & JENSEN, C. – Mental Stress of Long Duration: EMG Activity, Perceived Tension, Fatigue, and Pain. **Headache** 1997; 37: 499–510.
- BAUBY, J.-D. – **O escafandro e a borboleta**. São Paulo, Martins Fontes, 1997.
- BLAKE, W. – **Complete Writings**. New York, Oxford Univ. Press, 1989.
- BOADELLA, D. – “**The soul of the flesh**”- **A Alma da Carne**. Palestra proferida no 7º Congresso Europeu de Psicoterapia Corporal, Travemunde, Alemanha, Setembro de 1999. Disponível eletronicamente em <http://www.biossintese.psc.br/Boadella-palestra-Travemunde1999.html>. Consultado em 08/02/2008.
- BOYESEN, G. – **Entre Psiquê e Soma**. São Paulo, Summus, 1986.
- BOYESEN, G. & BOYESEN, M. L. – A teoria biodinâmica da neurose. In **Cadernos de psicologia Biodinâmica 1**. São Paulo, Summus, 1983, p. 74-92.
- CAMPOS, S. – **Hipotonias**. Disponível eletronicamente em <http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/5409>. Acesso realizado em 21/12/2007.
- CARPENTER, R. H. S. – **Neurophysiology** 4th ed. London, Arnold, 2003.
- CHAWLA, J. M.; RAO, R. & SAGAR, R. - Baclofen-Induced Psychosis. **Annals of Pharmacotherapy** 2006, 40 (11): 2071-2073.
- CHUSID, J. G. – **Neuroanatomia Correlativa e Neuroanatomia Funcional**. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1972.
- CUKIERT, M. – **Uma contribuição à questão do corpo em psicanálise: Freud, Reich e Lacan**. São Paulo, Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2000.
- DAMASIO, A. – **O mistério da consciência**. São Paulo, Companhia das Letras, 2000.
- _____ – **Descartes’ Error**. Emotion, Reason and the Human Brain. New York, Avon, 1995.
- DIAS, E. O. – **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. Rio de Janeiro, Imago, 2003.
- EMEA EUROPEAN MEDICINES AGENCY - **Press Release recommending suspension of marketing authorisations for carisoprodol-containing medicinal products**. London, 16 November 2007. Disponível eletronicamente em http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/press/pr/Pressrelease_Carisoprodol_52046307en.pdf.
- FONTANA, A. M. – **Manual de Clínica em Psiquiatria**. São Paulo, Atheneu, 2005.

- FREUD, S. – **Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente I**. Nova tradução coordenada por Luiz Hanns. Rio de Janeiro, Imago, 2004.
- _____ – **Repressão**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XIV. Rio de Janeiro, Imago, 1974, p. 169-82.
- _____ – **Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, vol. I, 2ª ed., Rio de Janeiro, Imago, 1893/1987, p. 175-91.
- GAERTNER, G. – **Psicologia somática aplicada ao esporte de alto rendimento**. Dissertação de Mestrado UFSC. Florianópolis, 2002.
- GAIARSA, J. A. – **A estátua e a bailarina**. São Paulo, Ícone, 1988.
- _____ – **Couraça muscular do caráter**. São Paulo, Ágora, 1984.
- _____ – Tatiana, o Cerebelo e o Superego. In **Reich 1980**. São Paulo, Ágora, 1982, p. 165-83.
- GONÇALVES, V. M. G.; TONELOTTO, J. M. F. & RAVANINI, S. G. – Semiologia neurológica numa população de escolares da primeira série do ensino fundamental. **Arq. Neuropsiquiatr.** 2000, 58 (1): 112-118.
- HELLER, M. - **Jellyfish ou o Mundo Reichiano de Gerda Boyesen - Parte II**. São Paulo, 2000. disponível eletronicamente em www.ibpb.com.br.
- HOLLINSHEAD, W. H. & ROSSE, C. – **Anatomia** 4ª ed. Rio de Janeiro, Interlivros, 1991.
- HOLTE, K. A.; VASSELGEN, O. & WESTGAARD, R. H. – Exploring perceived tension as a response to psychosocial work stress. **Scand. J. Work Environ. Health** 2003, 29 (2): 124-133.
- HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. & FRANCO, F. M. M. – **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro, Objetiva, 2001.
- IBPB (INSTITUTO BRASILEIRO DE PSICOLOGIA BIODINÂMICA) – **Massagem Biodinâmica**. São Paulo, 2002. Disponível eletronicamente em www.ibpb.com.br.
- JUNG, C. G. – **Archetypes and the Collective Unconscious**. London, Routledge & Kegan Paul, 1980.
- KAPLAN, H. L.; SADOCK, B. J. & GREEB, J. A. – **Compêndio de Psiquiatria** 7ª ed. Porto Alegre, Artmed, 2003.
- KAY, J.; TASMAN, A. & LIEBERMAN, J. A. – **Psiquiatria**. Ciência Comportamental e Fundamentos Clínicos. São Paulo, Manole, 2002.
- KELEMAN, S. – **Corporificando a experiência**. São Paulo, Summus, 1995.
- _____ – **Anatomia Emocional**. São Paulo, Summus, 1992a.
- _____ – **Padrões de distresse**. Agressões emocionais e forma humana. São Paulo, Summus, 1992b.
- KLD Biosistemas – **Neurofisiologia básica para principiantes**. Disponível eletronicamente em <http://www.kld.com.br/biblioteca.htm>. 2005. Consultado em 06/02/2008.
- KLEIN, M. – Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos. In KLEIN, M. – **Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos**. Rio de Janeiro, Imago, 1996, p. 301-329.

- KLOPSTECH, A. – Reavaliando catarse e auto-regulação: considerações científicas e clínicas. **Revista Análise Bioenergética**, 15, 2005, p. 123-160.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.-B. – **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo, Martins Fontes, 1991.
- LEDOUX, J. – **O Cérebro Emocional**. Rio de Janeiro, Objetiva, 1998.
- LLINÁS, R. - **I of the Vortex: From Neurons to Self**. Cambridge, MIT Press, 2001.
- LOWEN, A. – **O Corpo em Depressão**. São Paulo, Summus, 1983.
- _____ – **Bioenergética**. São Paulo, Summus, 1982.
- _____ – **O Corpo Traído**. São Paulo, Summus, 1979.
- _____ – **O Corpo em Terapia**. São Paulo, Summus, 1977.
- _____ – **Prazer. Uma abordagem criativa da vida**. São Paulo, Summus, 1984.
- MACKENNA, P. J. - **Schizophrenia and Related Syndromes**. New York, Oxford Univ. Press, 1994.
- MIRANDA, M. C., VENEGAS, P. F. & KAGI, M. G. - Síndrome confusional agudo associado al uso de Clormezanona. **Rev Méd Chile** 2002; 130: 707 -708.
- NAVA, A. S. – **O cérebro apanhado em flagrante**. Lisboa, CLIMEPSI, 2003.
- NETTER, F. – **Atlas de Neuroanatomia**. Arquivo PDF, 2002.
- NILSEN, K. B.; SAND, T.; STOVNER, L. J.; LEISTAD, R. B. & WESTGAARD, R. H. - Autonomic and muscular responses and recovery to one-hour laboratory mental stress in healthy subjects. **BMC Musculoskeletal Disorders** 2007, 8:81.
- NISHIDA, S. M. – **Neuroanatomia e neurofisiologia clínica: bases para compreensão do exame neurológico**. Apresentação em PowerPoint. Disponível eletronicamente em http://www.cristina.prof.ufsc.br/md_neuro.htm. Consultado em 06/02/2008.
- OMS (Organização Mundial de Saúde) – **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- PANKSEPP, J. – **Affective Neuroscience**. The Foundations of Human and Animal Emotions. New York, Oxford Univ. Press, 1998.
- QUAGLIATO, E.; Bang, G.; BOTELHO, L. A.; GIANINI, M. A. C.; SPÓSITO, M. M. M ; LIANZA, S. - **Espasticidade: Tratamento Medicamentoso**. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, Projeto Diretrizes, 2006. Disponível eletronicamente em http://www.projetodiretrizes.org.br/5_volume/21-Espasti.pdf.
- RAUCH, S. L. - **A Descriptive Study on the difference between Body Psychotherapists and Traditional Counselors**. Dissertation submitted to the University of North Carolina for the degree of Doctor of Philosophy. Charlotte, 2005.
- REGO, R. – Reich e o paradigma pulsional freudiano. In ALBERTINI (Org.) **Reich em diálogo com Freud**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2005, p. 59-87.
- _____ – Reich e Freud: compatibilidade e incompatibilidades. **Rev. Soc. Wilhelm Reich RS**, Porto Alegre, 5: 59-74, 2002. Disponível eletronicamente em <http://www.ibpb.com.br>.
- _____ – Conceitos de Bioenergia. **Revista de Homeopatia**, APH, São Paulo, 57: 3-19, 1992. Versão ampliada disponível eletronicamente em <http://www.ibpb.com.br>.
- REICH, W. – **Análise do Caráter** 2ª ed. São Paulo, Martins Fontes, 1995.

- _____ – **A Função do Orgasmo**. São Paulo, Brasiliense, 1984.
- SACKS, O. – **O homem que confundiu sua mulher com um chapéu**. São Paulo, Companhia das Letras, 1997.
- SCHATZBERG, A. F. & NEMEROFF, C. B. – **Textbook of Psychopharmacology**. Washington, American Psychiatric Press, 1995.
- SESSP - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - **Informativo sobre diazepam**. Disponível eletronicamente em http://portal.saude.sp.gov.br/resources/geral/acoes_a_sessp/assistencia_farmaceutica/lista_medicamentos_dose_certa/diazepam_memento_srep_sac.pdf. Consultado em 17/12/2007.
- SHAPIRO, B. – Construção bioenergética de limites. In **Análise Bioenergética**, vol. 16. Recife, Libertas, 2006a, p. 231-61.
- _____ – **The Flaccid Schizoid Character Structure: Bioenergetic Boundary-Building for Flaccid, Borderline and Rigid Characters**. Mimeo. SIAB, Roma, Setembro de 2006b.
- SILVA, J. A. C. – Apresentação à Edição Brasileira. In OMS – **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993, p. ix-x.
- SOLMS, M. – **O que é a neuropsicanálise: a real e difícil articulação entre a neurociência e a psicanálise**. São Paulo, Terceira Margem, 2004.
- SOUTHWELL, C. – **Pressão Organísmica Interna**. Cadernos de Psicologia Biodinâmica 1. São Paulo, Summus, 1983, p. 14-21.
- WAHLSTRÖM, J.; HAGBERG, M.; JOHNSON, P. W.; SVENSSON, J. & REMPEL, D. – Influence of time pressure and verbal provocation on physiological and psychological reactions during work with a computer mouse. **Eur. J. Appl. Physiol.** 2002, 87: 257–263.
- WEIGAND, O. – **Vazamento de energia em estruturas sub-carregadas e sobre-carregadas**. Mimeo. Palestra apresentada no III Encontro Paranaense de Psicoterapias Corporais, Curitiba, PR, 1998.

ANEXO 1

Entrevista com Odila Weigand

Realizada por Ricardo Amaral Rego em 10/12/2007

R- A hipotonia muscular é considerada uma parte da couraça? Ela é uma parte da couraça ou é falta de couraça?

O- Quando ensinamos sobre a couraça, falamos do tônus: o hipertônico, o tônico e o hipotônico. A hipotonia é um tipo de couraça que fala de uma experiência primitiva, fala de algo que não se constituiu no self, que ficou faltando. Fala mais de algo que você precisa construir do que desmontar em termos de couraça. É um elemento de um self que não está podendo se sustentar por algum motivo, seja traumático, seja doença, seja abandono.

R- Lendo os livros do Lowen, percebe-se que há pouca referência à hipotonia, ele parece seguir a linha do Reich de enfatizar mais a hipertonia. Isto é um fator histórico, ou a Análise Bioenergética dá na verdade menos importância à hipotonia muscular?

O- Não, não é mais importante a hipertonia, acho que ocorre aí um fator mais histórico. O Lowen veio construindo o conhecimento da Bioenergética a partir do Reich e depois outros profissionais foram construindo além daquilo que ele ensinava. Lowen fala um pouco de hipotonia no “Corpo Traído”, e o Shapiro pegou esse ponto e desenvolveu mais.

Acho que a hipotonia era algo que Lowen percebia. O que ele não lidou como fazemos hoje é que no caso de haver hipotonia é preciso criar contenção no organismo, não basta só carregar e descarregar, é preciso carregar e criar contenção. E é exatamente aí onde o Shapiro veio preencher essa lacuna com os exercícios dele de carga e contenção. Não só os exercícios como a teoria que ele escreve, vinculando isso com o trabalho sobre o esquizóide e o borderline, o trabalho para criar limites.

R- Como seria a função de couraça da hipotonia, como ela funcionaria enquanto defesa psíquica? Em outra conversa você falou algo sobre as idéias do Peter Levine, no sentido de fazer-se de morto como uma estratégia de sobrevivência.

O- A região do corpo que está hipotônica, de uma certa forma ela está abandonada, não está presente na consciência. Nisso o Lowen tem razão quando ele diz que a pessoa sente o seu corpo e sente suas relações quando ela tem energia fluindo na região. Na hipotonia, se a região está num nível tão baixo de energia, tão congelado, provavelmente aquela região não está acessível para a consciência e muito menos os conteúdos que estão ali.

Tem uma coisa de desistência também, de give up, de não lutar mais. Em geral ali tem mais é medo do que outra coisa. Muitas vezes você vê a Bioenergética trabalhando com esses conteúdos colocando movimentos de raiva, mas não necessariamente é uma raiva hit, é mais uma raiva produtiva, uma raiva construtiva para aquecer aquela região, para trazer de volta essa luta pela vida, pois é como se a pessoa tivesse desistido da vida naquele ponto.

R- O Reich coloca a hipertonia como ligada ao recalque, como você vê essa questão do tônus muscular em relação ao recalque?

O- Acredito que a hipertonia tem a ver com o recalque, era o que eles observavam na época, era o mais freqüente. Se pensarmos se o recalque origina couraça, imagino que sim.

R- Freud dizia que o recalque era o mecanismo responsável pela geração do inconsciente dinâmico, e Reich relacionou este mecanismo psíquico com a hipertonia muscular. Ou seja, se afrouxássemos a rigidez dos músculos, o recalque se desfazia e os conteúdos recalcados

poderiam ganhar acesso à consciência. Este seria um momento privilegiado do trabalho clínico.

Pois é, a gente vê que isso às vezes acontece, mas nem sempre, não é? A hipotonia tem muito a ver com medo, um medo mais intenso, aquele do qual fala o Peter Levine, aquele medo em que a pessoa se vê totalmente sem saída, sem possibilidade de resposta, em que a única resposta possível é se fazer de morto, desistir. Como a criança que desiste de chorar porque não vai adiantar, então é melhor guardar suas forças para não morrer do que continuar chorando, se ninguém vem.

Essa situação vai levar a uma hipotonia, vai haver hipotonia da boca, do anel ocular. Tem muito a ver com desistência e com a sensação de morte, seja por trauma, por abandono ou por não ver possibilidade nenhuma de socorro ou de salvação. Aí vem a hipotonia.

Eu diria que o desejo fica recalcado nessa situação. Por exemplo, uma criança que chorou, chorou e ninguém deu atenção. Num certo momento ela está tão esgotada que para de chorar, porque é melhor preservar as forças do que continuar chorando. E aí você vai encontrar talvez uma hipotonia de garganta, de língua, um problema de fala que muitas vezes acaba caindo na mão dos fonoaudiólogos. As deglutições atípicas, isso tem muito de hipotonia, a imaturidade do sistema fonador tem relação com a deglutição. O fonoaudiólogo lida direto com hipotonia da língua, do queixo.

E não cai na nossa mão. São essas questões orais que não caem na nossa mão. Seria bem interessante pesquisar a história dessas crianças. Uma amamentação no peito exige uma sucção forte que iria tonificar.

R- Muitos acreditam que a hipertonia está muito ligada às questões anais ou edípicas, as pessoas com conflitos nessas fases reagiriam em geral com defesas hipertônicas. E a hipotonia estaria mais relacionada às questões dos primeiros meses de vida, temas mais orais. Você acha que isso é válido?

O- No geral não, porque você vai encontrar algumas regiões hipertônicas no esquizóide, uma hipertonia profunda, na região das articulações. Aquele músculo tipo cabo de aço, em vez de ser o músculo do rígido, mais cheio, túrgido. No esquizóide é um músculo seco, mas muito hipertônico nos músculos posturais, por exemplo. Você pode encontrar hipotonia na boca, no anel ocular, nos órgãos do contato.

R- Lowen, ao comentar sobre os caracteres, enfatiza sempre a hipertonia. Quando você encontra um paciente com hipotonia localizada ou geral, como é possível relacionar isso com o tipo de caráter?

O- Não existe a pessoa pura. O rígido vai ter a sua oralidade. O rígido hipertônico pode ter uma hipotonia na região da língua e da garganta, ou coisas assim. Sempre se pode encontrar algumas regiões hipotônicas na pessoa, depende da história, é preciso investigar a fase em que isso aconteceu. Em geral o anel ocular vai falar de coisas mais precoces, o anel oral em seguida.

Você encontra no caráter oral, por exemplo, dificuldades de se manter de pé. Não é que a pessoa não tenha músculos, não tenha tônus nenhum, mas ela se cansa logo, não gosta de fazer exercício. Então ela tem uma tendência de se deixar ir para a hipotonia, que é a defesa dela, o lugar em que ela tem mais conforto.

R- Dentro da Análise Bioenergética, que técnicas terapêuticas existem para se trabalhar sobre a hipotonia muscular?

O- A Bioenergética muitas vezes se voltou para enfrentar a hipotonia, a Bioenergética que vem do Lowen, não a Bioenergética que se faz hoje. Pelo fato de Lowen ter priorizado mais a hipertonia, a hipotonia era uma coisa que tinha de ser enfrentada e transformada. Então, se há muito medo, vamos expressar raiva. A idéia era como que aplicar antídotos. Ou a

expressão do medo, algo muito para o lado da expressão, com foco na expressão. Hoje em dia a gente vai mais na direção da pulsação, do instroke, a pulsação para centrar, para conter, para fazer contato com o sistema vegetativo. A expressão e a catarse já não constituem o objetivo principal e nem secundário. A catarse acontece se tiver de acontecer, mas a catarse não é o objetivo. Tem se modificado muito a abordagem da hipotonia.

R- Você poderia dar um panorama, como se faz hoje em Bioenergética para trabalhar com um paciente hipotônico ou que tenha uma hipotonia localizada?

O- Olhar para a hipotonia é algo parcial, devemos olhar para a função, como está a função de contato. Daí, dentro daquela função, talvez a hipotonia deva ser corrigida, como uma pessoa que tem uma deglutição que não é perfeita e se vai fazer uma correção, isso ajuda bastante. Uma pessoa que não consegue se sustentar nas pernas e que a gente proponha para ela fazer musculação, caminhada ou bicicleta, para fortalecer as pernas, isso vai ajudá-la a se sentir mais firme.

Então, num certo sentido eu acredito sim na correção da hipotonia. A hipotonia não ajuda a pessoa a ser autônoma, não ajuda a pessoa a viver no mundo. Mas não dá para negligenciar a origem do problema e ir direto para a correção, como se fosse apenas um comportamento, um trabalho cognitivo. Vamos mudar o comportamento, mudar a postura e está tudo resolvido. Não é só isso.

Em geral a hipotonia está ligada a elementos primitivos e pré-verbais. Isso acontece muito freqüentemente, a não ser em casos de abuso sexual ou traumas, pessoas que sofrem catástrofes, assaltos ou coisas assim e aí se instala o medo.

Quando se trata dessas situações pré-verbais, em que não há uma memória consciente, eu gosto de explorar a crença que a criança se propõe, que é uma crença inconsciente. O Lowen expressou muito bem isso, num artigo fantástico em que ele comenta as frases típicas de cada caráter. A frase, que eu chamo de crença do esquizóide, é “eu posso existir se eu não precisar”. O esquizóide tem muito isso: “eu não posso incomodar ninguém, eu não devo incomodar ninguém, eu não devo demandar nada”. “Eu devo dar conta de mim mesmo”, que é diferente do rígido que diz: “eu faço tudo sozinho e não preciso de ninguém”.

Segundo esse artigo, o conflito do esquizóide é existência versus necessidades. Ele diz: “Eu posso existir se eu não tiver necessidades”. Eu recalco a minha necessidade e com isso ganho o direito de existir, necessitando o mínimo, solicitando o mínimo do ambiente. Muitas vezes vemos um adolescente esquizóide que pega a mochila e sai pelo mundo. Pensamos “Puxa, que autonomia, sai pelo mundo, viaja sozinho, não está nem aí, tranquilão”. Isso acontece porque para ele não há problema em estar sozinho, ele não conta com ninguém. Este seria o conflito dele. Eu coloco que tem como que uma crença neste sentido. A crença vai ser associada com a necessidade de criar confiança básica. O que faltou foi a confiança básica no ambiente que vai vir me suprir. A função que está faltando é confiança básica.

A hipotonia você encontra justamente na situação em que a pessoa desistiu. Ela desistiu das necessidades, para garantir que possa existir num mínimo de energia, num mínimo de espaço, num mínimo de respiração, num mínimo de desejo, num mínimo de exigência. E tem muito de sair para a cabeça, sair para a criatividade, a dissociação do corpo, tudo isso que vem junto. Tem uma área que vai ser rígida, mas aquele tipo de rígido do esquizóide: mais profundo, mais dentro dos ligamentos. Outra coisa curiosa do hipotônico é aquela pele solta, parece pele de sapo.

R- Você acha que o *grounding* pode ser um bom recurso para trabalhar a hipotonia muscular?

*O- Você não vai colocar em pé para fazer vibração durante um tempão uma pessoa que vaza e que perde energia. Com isso ela só vai vazar. Você vai ter de trabalhar o *grounding* de outras maneiras, por exemplo com a carga e o conter, um trabalho como o que o Shapiro*

propõe. Ou então fazer outros tipos de trabalho, como o de pulsação, um exemplo do qual seria o exercício do Reich, aquele da água-viva ou jellyfish. Pulsações, centramento. Outra coisa que fazemos às vezes é mobilizar um pouco com um exercício muscular. Mobiliza um pouco, só para esquentar, e depois a pessoa para e se volta para dentro, direcionando a energia para a parte visceral, para si mesmo, para perceber a respiração, perceber o mundo interno. Desse modo o terapeuta usa o movimento, o músculo voluntário, postural, para depois redirecionar para dentro essa energia que foi criada. Sempre pensando em carregar/conter.

R- Como o stool pode ser usado para tratar a hipotonia?

O- As pessoas falam bem ou mal do stool, mas isso não tem nada a ver, depende de como se usa. O terapeuta pode usar o stool como apoio ou suporte, ou então para uma descarga, ou para expressar qualquer coisa. Então, não tem a ver se é indicado ou não, depende de como é usado, se o terapeuta se sente bem com aquele instrumento.

Eu não uso muito porque acho que é dolorido, prefiro usar uma coisa mais macia. Mas a posição do stool é bem interessante, porque mantém os pés no chão, mantém a presença do adulto. O terapeuta conta com o adulto da pessoa, ela não vai regredir completamente, se abandonar.

Eu gosto que o paciente possa colocar os pés no chão. O que eu uso para isso é um cubo de espuma. A bola também serve, eu gosto muito da bola para deitar de barriga nela, para brincar um pouquinho. Mas para fazer respiração mesmo eu prefiro o cubo, no qual a pessoa deita na mesma posição do stool, ela está com os pés no chão, aquilo não fica rolando, escapando como a bola. A pessoa pode relaxar ali, mas está com a cabeça apoiada, é macio. Eu como terapeuta tenho acesso a olhar, tocar, ficar atrás ou do lado. O stool te obriga muito a ficar atrás segurando a cabeça da pessoa. Você fica meio aprisionado.

Esse cubo é usado há muito tempo, na Alemanha em 1980 já era usado. Nele a cabeça e o tronco têm apoio, o quadril fica no ar e os pés no chão. Assim o terapeuta pode propor o grounding que quiser, não fica aquela cabeça caída, não prejudica a coluna.

Além disso, é muito bom para bater. Quando se bate no stool pode haver um contragolpe e provocar lesão nas articulações. É o que ocorre se a pessoa bater com muita força numa superfície dura. O cubo serve para bater, serve para gritar, serve para deitar de bruços ou ficar de costas como no stool, tem muitas utilidades.

Eu uso a posição do stool, mas eu não gosto do desconforto do stool. Ele pode ser até útil em certas situações. Há pessoas mais atléticas que suportam bem. Mas isso de causar dor eu não uso. Não acho que desmanche couraça pela dor. Absolutamente eu não uso, reprovo, não gosto que aconteça aonde eu estiver presente.

R- Na sua opinião a hipotonia está sempre ligada a uma falta de energia ou pode ocorrer uma pessoa com alta energia e hipotonia?

O- Eu acho que a hipotonia tem a ver com energia baixa, mas é um acho, pois não dá para medir, não é? É uma região de pouco movimento, uma região muitas vezes fria, meio ausente, é difícil dizer que ali existe uma alta carga de energia. Há uma energia congelada nesses casos. Agora, se do gelo vai sair uma explosão, eu não sei. Tem que esquentar primeiro. Não percebo alta carga em regiões hipotônicas.

R- É uma baixa energia que leva à hipotonia ou é a hipotonia que leva à baixa energia, ou ainda ambos os fenômenos são causados por um terceiro fator?

O- É mais fácil dizer que ambas vem de outro fator, ou que vêm juntas. É preciso pensar na função, não pode pensar nisso ou naquilo. Se a pessoa se exercitar e melhorar o tônus, vem uma energia maior e uma sensação melhor. Muitas pesquisas indicam que é bom para os

depressivos que eles façam ginástica. Sou totalmente a favor. Não interessa se vai enrijecer a couraça dele, depois a gente solta.

Sem energia e largado, sem gostar de fazer movimento, é difícil conseguir alguma coisa de progresso na vida da pessoa. Porque uma pessoa assim é negativa, ela acha que tudo não dá certo, ela se sente impotente, deixa o terapeuta impotente também. Não somos nós que estamos dizendo isto. Há bastante comprovação de que tonificar e colocar em movimento faz bem. É diferente de tornar hipertônico. O cara que já é rígido e vai lá levantar peso, praticar halteres. Se dizemos “vá para a academia”, não é para puxar ferro. É para fazer uma coisa aeróbica, fazer alongamento, algo que tonifica bem os extensores, o que tem a ver com crescimento.

R- Porque você acha que na Bioenergética ficou tão menos enfatizada a questão da hipotonia?

O- Reich começa descrevendo o caráter oral em “Análise do Caráter”, ele vai do esquizofrênico para o oral. Não falou do esquizóide. Mas Reich fala muito de hipotonia no esquizofrênico.

Lowen, por sua vez, não estudou com os orgonomistas, ele fez o caminho dele. Ele escreveu “O Corpo em Terapia” para complementar a caracterologia do Reich. E escreveu “O Corpo Traído” a partir das observações dele sobre o caráter esquizóide. Ele deu o estímulo para outras pessoas saírem pesquisando, buscando outros conhecimentos.

Eu acho que há uma falha da parte de Reich, segundo as descrições dele no [livro] “Biopatia do Câncer”. Quando ele colocou pessoas que estavam com câncer no acumulador, acho que ele acabava algumas vezes provocando uma hipotonia e, a partir disso, o que ele chamou de angústia orgástica. Quer dizer, ele causava uma expansão do biosistema sem promover simultaneamente atividade muscular. A couraça ia cedendo, mas sem atividade física para tonificar a musculatura, vinha a sensação de morte, que é o que a pessoa sente também na crise de pânico.

Há um artigo de Charles Kelley (Radix Institute) onde ele conta como tratou um câncer de pele (melanoma) que ele desenvolveu. Kelley usava o acumulador, fez uma rigorosa dieta alimentar, fazia exercícios mesmo dentro da caixa de orgone movimentando os ombros onde se situava o câncer e praticava corrida todos os dias. Mas ele diz que uma das coisas que mais contribuíram para a cura foi a psicoterapia que ele fez com uma mulher que fazia um trabalho de energização com as mãos sobre a zona do câncer. Eu acho que este foi o elemento crucial: introduzir o contato emocional e promover pulsação junto com a expansão gerada pelo acumulador. Assim, vemos que nem tudo se resume a hipo ou hipertonia muscular, isso é um reducionismo; há elementos emocionais e da qualidade de contato, que se sobrepõem e até mesmo determinam o estado da musculatura.

A hipotonia tem a ver, eu acho, com uma perda de energia em diferentes situações. O rígido que está na crise de pânico, ele é rígido, mas naquele momento a energia está vazando. Ele fica com as pernas moles, o organismo reage com susto, dispara o coração, vem sudorese e outras reações. Mas o primário, o anterior a tudo isso, é a perda de energia.

R- Você acha que a grande causa de hipotonia é o vazamento de energia?

O- No bebê não. Ele não é capaz de conter, ele precisa de outras coisas. Entretanto, no adulto, no caso do pânico, a primeira coisa que começa a acontecer é o vazamento, para depois desencadear a crise de pânico. Mas no começo a pessoa não se dá conta do vazamento se não estiver muito atenta. Ela começa a ter um pouco de calor, uma sensação meio febril, uma certa ansiedade, e de repente parece que aquilo veio do nada. Mas a pessoa, quando está se curando do pânico, ela já consegue perceber a aura, ela mesma vai pegar seu saquinho de papel, respirar dentro e conter a crise. Mas o que é respirar no saquinho de

papel? Além de inalar CO₂, é também respirar devagar, prestar atenção em si, se voltar para dentro, é uma questão de contenção.

Eu acho que o terapeuta pode lidar com o vazamento, e com isso a pessoa consegue breçar a crise de pânico e desenvolver uma percepção boa de quando começa a vazar. E daí tem que trabalhar as hipotonias da vida, a falta de pulsação. Às vezes não é a hipotonia, é falta de pulsação, mesmo que haja rigidez muscular.

Só a hipotonia não reflete a situação. A gente tem que olhar para a função da vida, a pulsação, isso é mais útil do que olhar só para a hipotonia.

Nisso a Bioenergética investiu muito, por meio dos exercícios de grounding, respiração, contato, fluxo, etc.

ANEXO 2

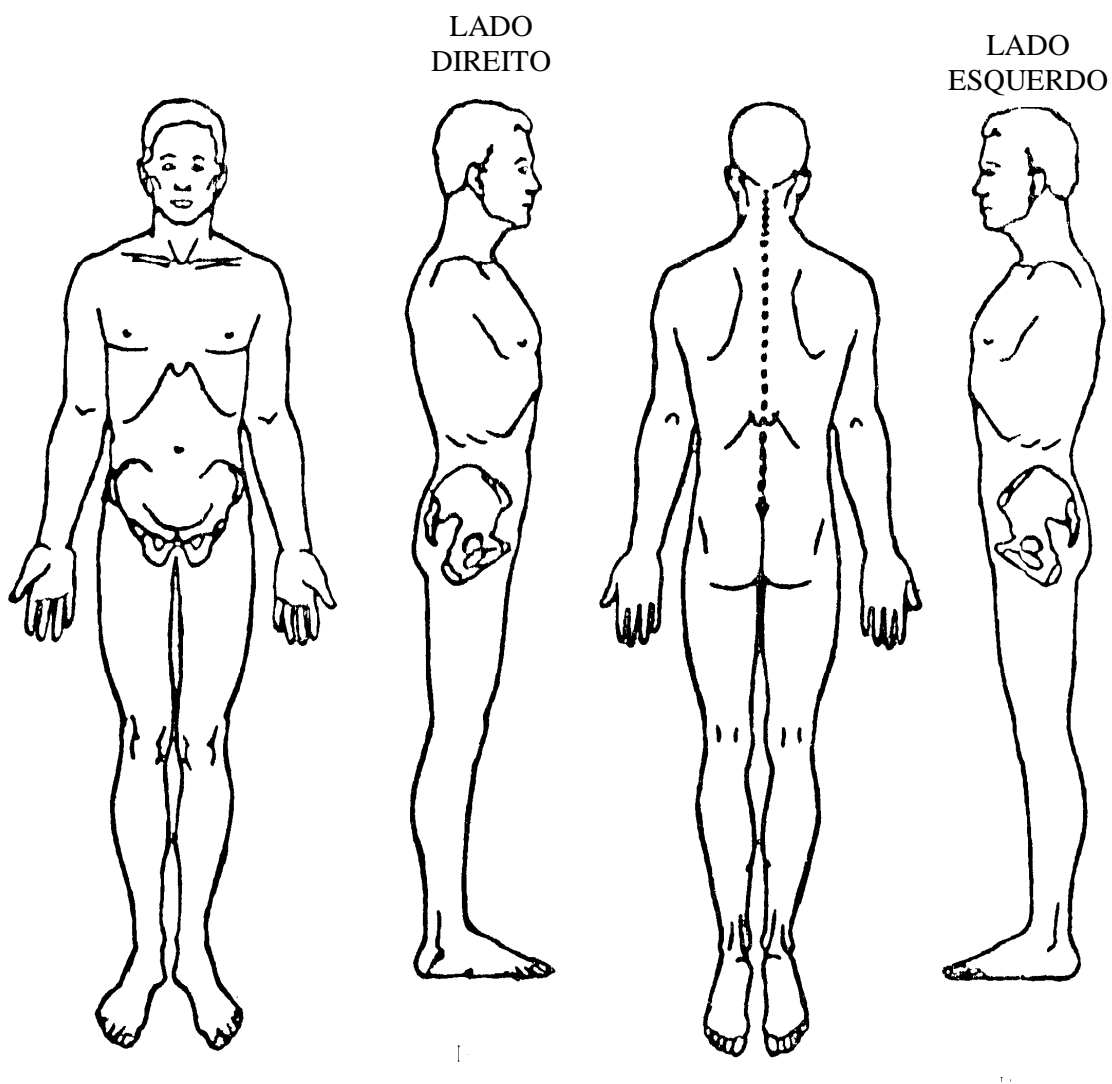
INSTITUTO BRASILEIRO DE PSICOLOGIA BIODINÂMICA

MIOTONOGRAMA

(Esquema de representação do tônus muscular)

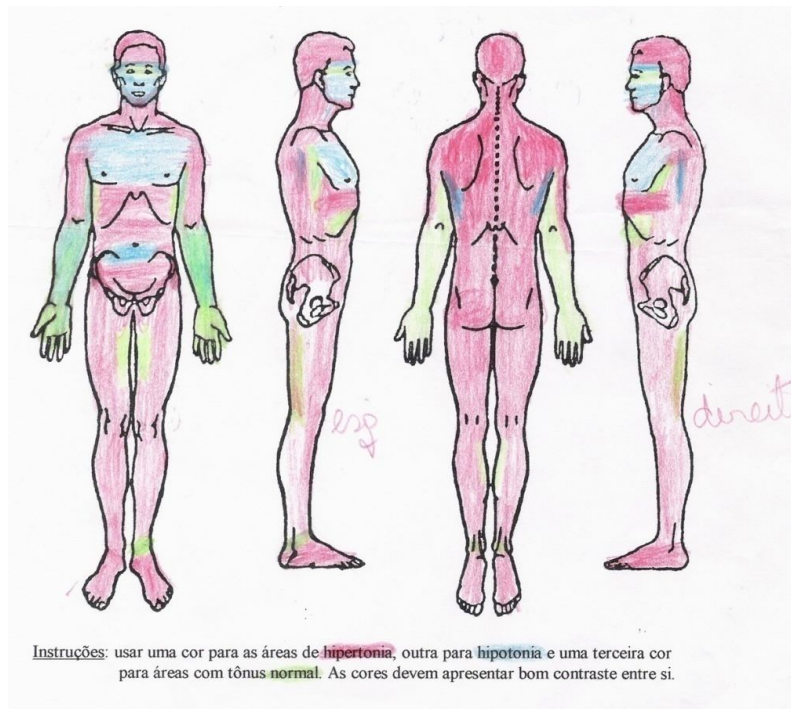
Nome: _____

Data: / /

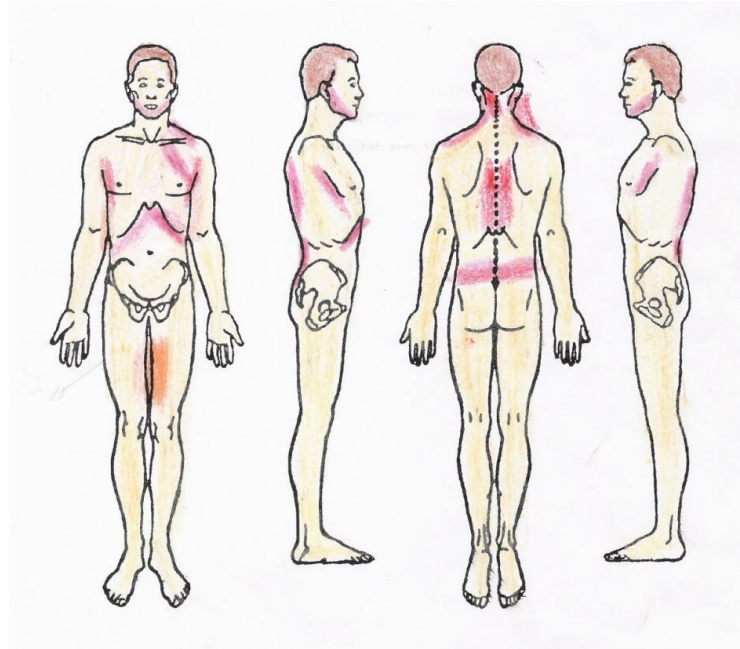


Instruções: usar uma cor para as áreas de hipertonia, outra para hipotonia e uma terceira cor para áreas com tônus normal.

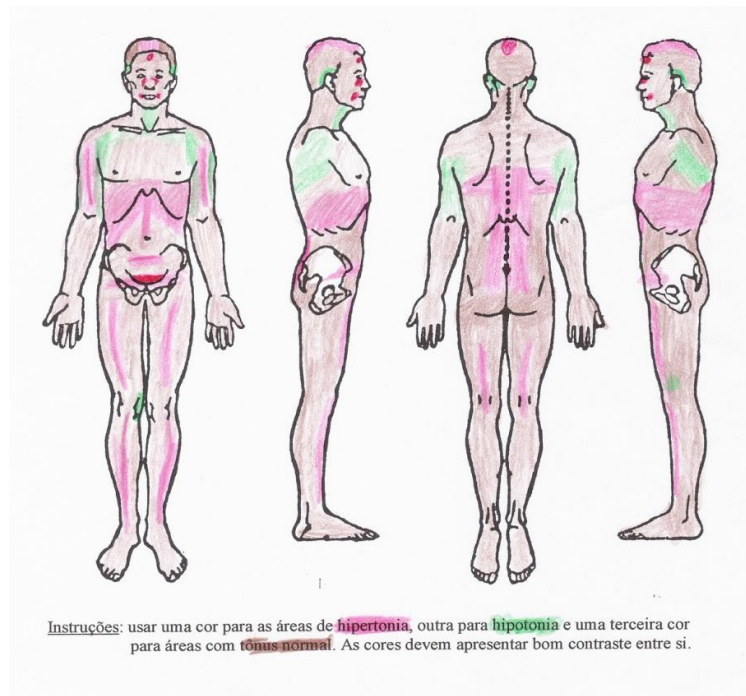
As cores devem apresentar bom contraste entre si.



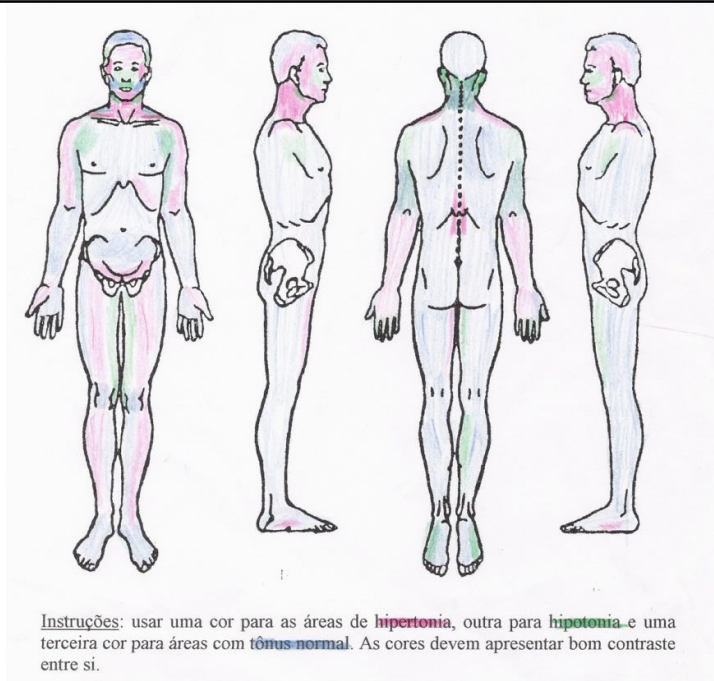
Miotonograma 1- Predomínio da hipertonia, especialmente em costas e diafragma: sustentação estruturada, controle e autocontrole desenvolvidos. Áreas de hipotonia no peito e face, entretanto, sinalizam vulnerabilidade emocional importante.



Miotonograma 2- Predomínio do tônus muscular normal (em bege), com áreas de hipertonia (em vermelho) no tronco, especialmente no m. diafragma, sugestivas de couraça rígida moderada. Hipotonia (em laranja) localizada nos mm. adutores da coxa, indicando possível dificuldade de se defender contra invasão ou castração.



Miotonograma 3- Predomínio do tônus muscular normal, com áreas de hipertonia na região do m. diafragma, face e outros pontos. Padrão sugestivo de vitalidade mantida sob controle através do bloqueio respiratório. Áreas de hipotonia localizada nos braços e cintura escapular, como um corte, indicando possível dificuldade de expressar-se ou efetivar ações relacionadas aos membros superiores.



Miotonograma 4- Predomínio do tônus muscular normal. Hipotonia em pés e panturrilha direita, sugerindo bloqueio no contato com o chão (*grounding*). Pescoço com padrão misto de hipertonia + hipotonia, indicando questões a serem trabalhadas, relativas à conexão entre cabeça e corpo.

ANEXO 3
Galeria de figuras

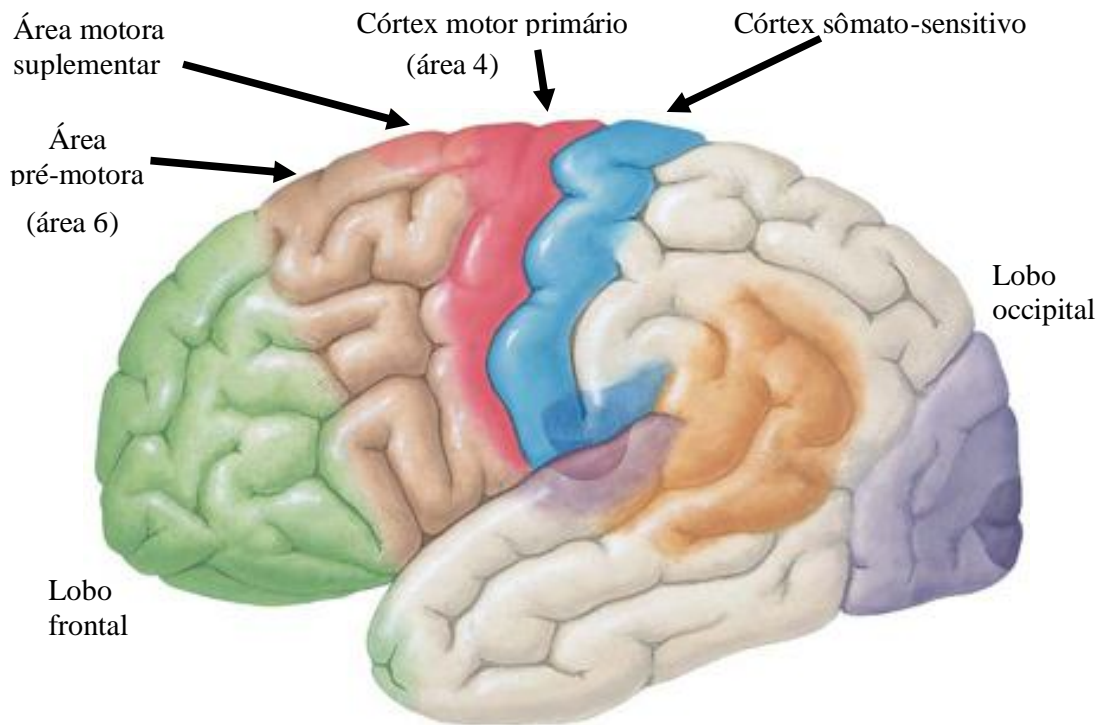


Figura 3 – Córtex motor primário e outras regiões de importância para a motricidade. Visão lateral. Extraído de Netter, 2002.

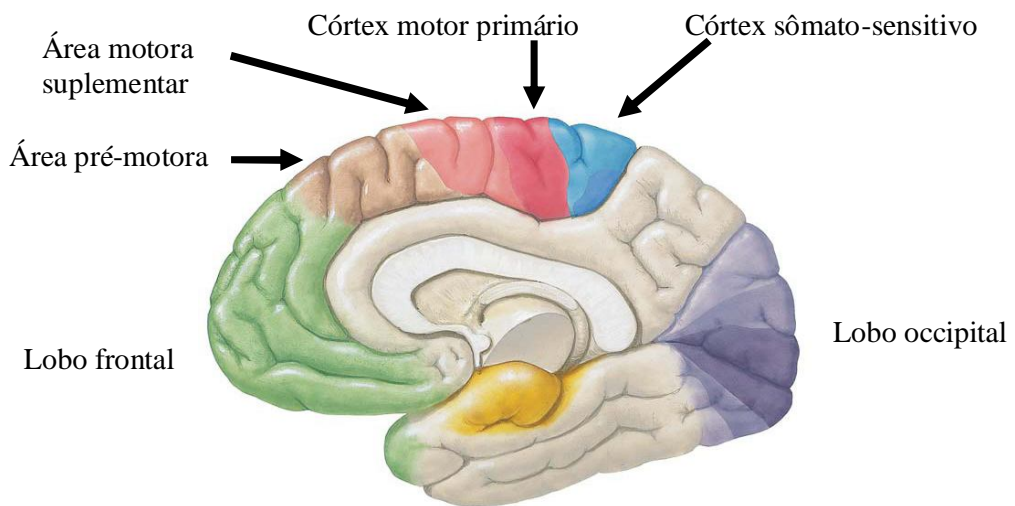


Figura 4 – Córtex motor. Visão medial. Extraído de Netter, 2002.

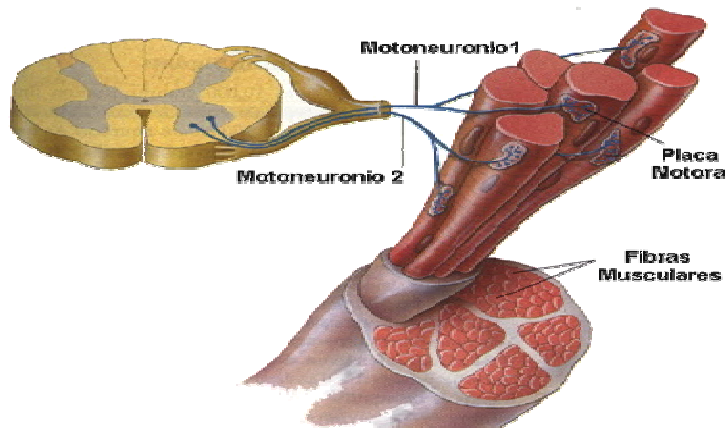


Figura 5 – Unidade motora: um grupo de fibras musculares é inervado por um único neurônio motor (motoneurônio), que se localiza na coluna anterior da medula ou no tronco cerebral e é chamado de neurônio motor inferior ou segundo neurônio. Extraído de Nishida, 2008.

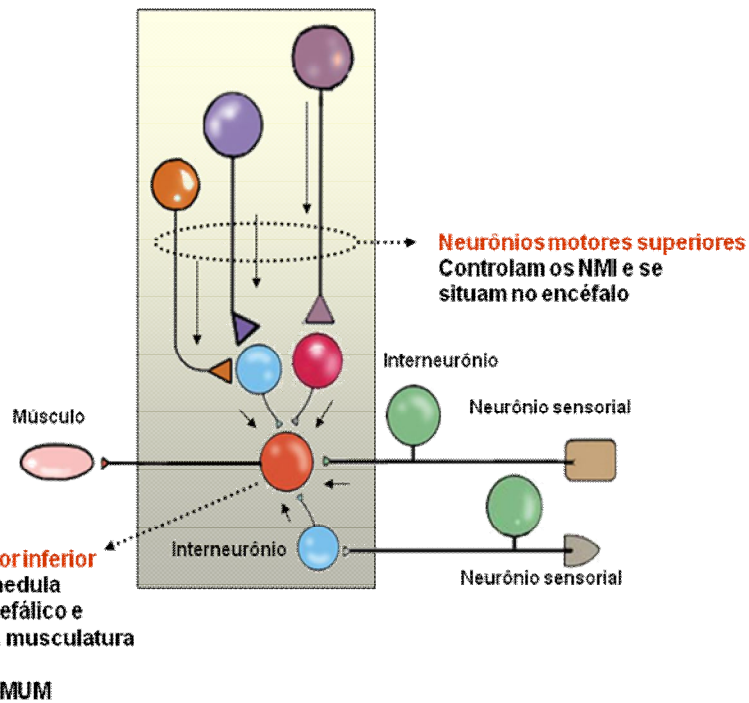


Figura 6 – Esquema de representação do controle da contração muscular. A via final comum é constituída pelo neurônio motor inferior, que recebe inervação excitatória e inibitória oriunda de diversas regiões e estruturas do sistema nervoso. Extraído de Nishida, 2008.

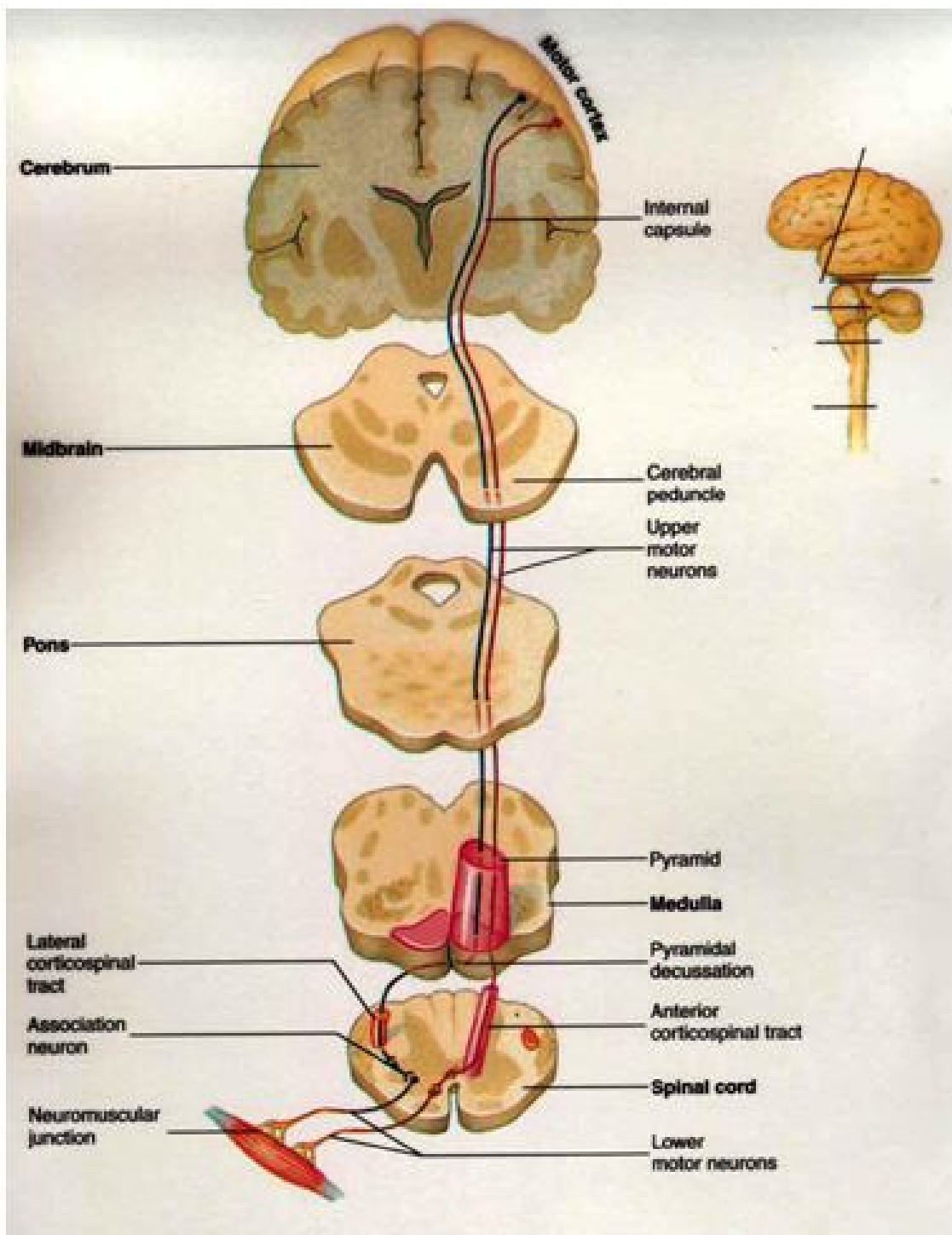
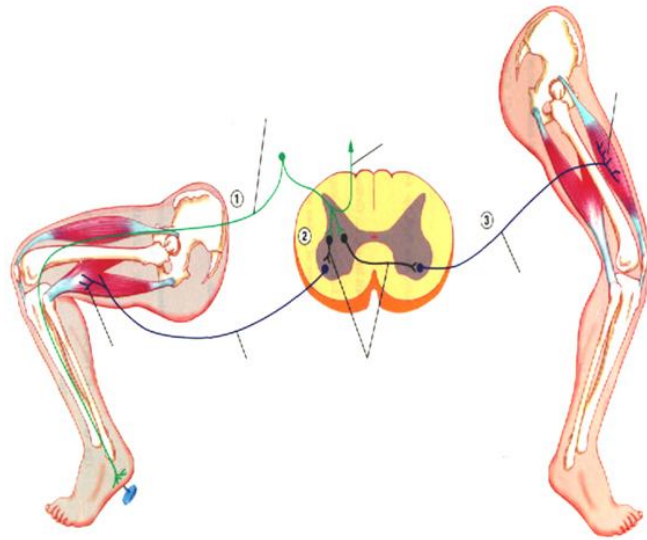


Figura 7 – Sistema piramidal. O comando se origina nos neurônios motores superiores (também chamados primeiros neurônios) situados na área motora primária, no córtex cerebral. Segue por feixes nervosos até atingir interneurônios e neurônios motores inferiores nos vários níveis da medula e tronco cerebral. Extraído de KLD, 2005, p. 15.



A Reflexo de retirada

B Reflexo extensor cruzado

Figura 8 – Reflexos medulares: A- estímulo sensorial de dor provoca contração reflexa do músculo (flexor) que faz com que a área atingida se afaste da fonte do estímulo; e B- inibição reflexa dos músculos antagonistas (extensores) para viabilizar a ação anterior. Extraído de KLD, 2005, p. 12.

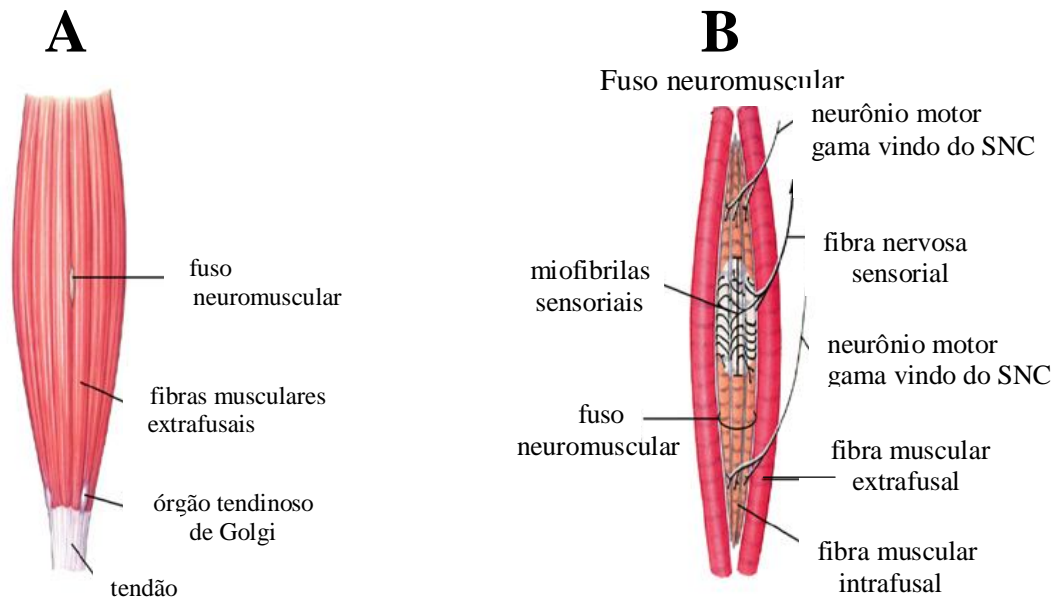


Figura 9 – Propriocepção: A- localização do órgão tendinoso de Golgi e do fuso neuromuscular em relação ao músculo. B- detalhe do fuso neuromuscular: nas extremidades existem fibras musculares comandadas por um neurônio motor gama; no centro está a região que gera impulsos nervosos que serão levados ao sistema nervoso central. Extraído de Netter, 2002.

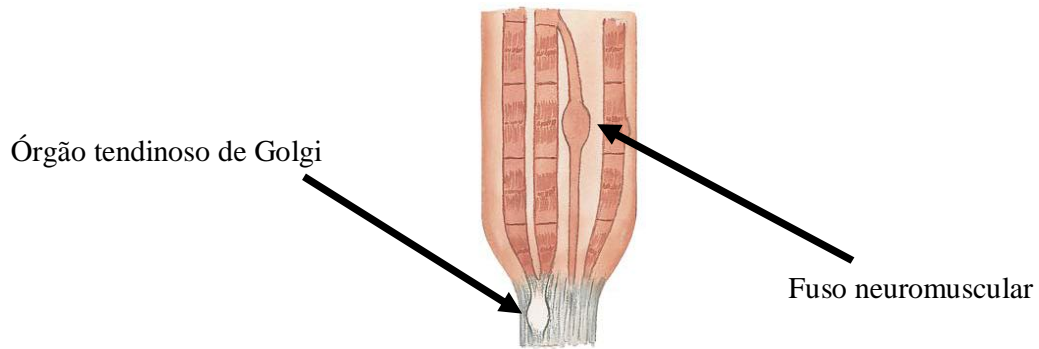


Figura 10 – Esquema mostrando um fuso neuromuscular e um órgão tendinoso de Golgi. Extraído de Netter, 2002.

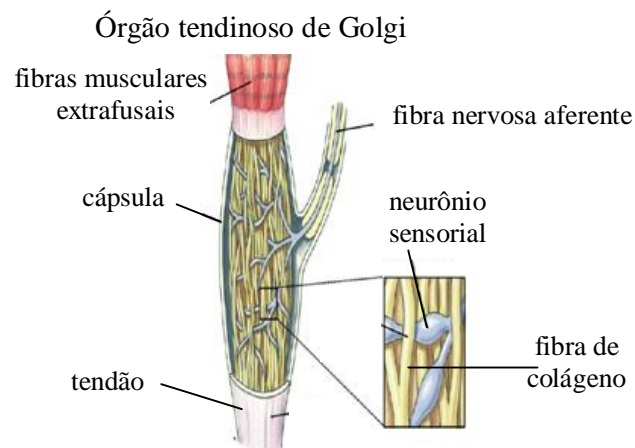


Figura 11 – Órgão tendinoso de Golgi em detalhe. Extraído de Netter, 2002.

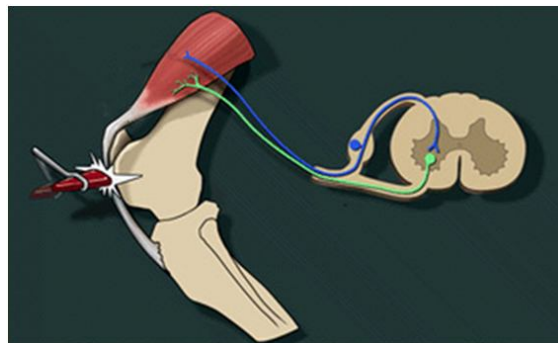


Figura 12 – Reflexo patelar: a percussão dos órgãos tendinosos de Golgi provoca contração reflexa do músculo quadríceps. (Adaptado de Nishida, 2007).
