

ERRATA

Note-se a falta da página 82.

*Considerar mantida a seqüência
de 81 a 83, pulando-se a página
82.*

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARIANGELA GARGIONI DONICE

**PREVALÊNCIA DOS SINTOMAS DE STRESS EM
PSICOTERAPEUTAS CORPORAIS:
UMA PESQUISA PSICOSSOMÁTICA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Pontifícia Universidade Católica

São Paulo

2007

MARIANGELA GARGIONI DONICE

PREVALÊNCIA DOS SINTOMAS DE STRESS EM
PSICOTERAPEUTAS CORPORAIS:
UMA PESQUISA PSICOSSOMÁTICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do Título de Mestre em Psicologia Clínica - Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, sob a orientação PROFª. DRA. MATHILDE NEDER.

Pontifícia Universidade Católica

São Paulo

2007.

**PREVALÊNCIA DOS SINTOMAS DE STRESS EM
PSICOTERAPEUTAS CORPORAIS:
UMA PESQUISA PSICOSSOMÁTICA**

MARIANGELA GARGIONI DONICE

BANCA EXAMINADORA

PROF. DR. RICARDO AMARAL REGO

PROF. DR. ESDRAS GUERREIRO DE VASCONCELLOS

PROF. DR.^a MATHILDE NEDER

DISSERTAÇÃO DEFENDIDA E APROVADA EM: ____/____/____

DEDICATÓRIA

Ao Vicente em quem encontrei um refúgio único, que esteve ao meu lado compartilhando tantos momentos difíceis, dando suporte necessário para me fortalecer diante das vicissitudes principalmente nestes últimos anos.

Aos meus filhos Camila e Bruno, que na compreensão e cumplicidade, amor e esperança auxiliaram-me nesta jornada me permitindo chegar até aqui.

A minha mãe Beth, Cybele e Elisabeth minhas irmãs, que me ofereceram incentivo e apoio.

Obrigado por vocês serem esta família maravilhosa!

AGRADECIMENTOS

A escrita de uma dissertação precisa de solidão para se realizar, no entanto é um trabalho que não se pode fazer só.

Sou grata a todos que colaboraram na confecção da trama da minha dissertação.

Ao Dr. Luiz Henrique Gebrin e Dr. Arthur Katz por manterem minha vida viva.

À Dr.^a Ceres Alves de Araújo que me acolheu, onde eu não era apenas um corpo, não apenas um problema, não apenas um caráter, não apenas um sistema energético, mas conectou comigo com todas as minhas fraquezas e necessidades.

Ao Dr. Esdras Guerreiro de Vasconcellos, meu primeiro orientador, obrigado pela confiança depositada ao longo da orientação, caminhando comigo até a finalização deste trabalho.

À Dr.^a Mathilde Neder minha orientadora, exemplo da eterna guerreira de sabedoria inigualável, por acreditar em mim e pela grande ajuda.

Ao Dr. Ricardo Amaral Rego pelas valiosas contribuições dadas na qualificação.

Ao Dr. Ângelo Gaiarsa pioneiro da psicoterapia corporal que me permitiu fazer o vídeo “Conversando com Gaiarsa”, onde relatou toda sua trajetória de amor, trabalho, conhecimento e *stress*, acreditando no meu sonho.

Aos colegas Eulina, Liane, Luiza, Odila, Miriam, Arthur, permitindo entrevistá-los, conhecendo toda sua trajetória como psicoterapeutas corporais.

Agradeço a Vera Soares, aos professores, doutores Denise Ramos, Edna P. Kahale, Marlise Bassani pelo ombro amigo, incentivo e escuta.

Aos colegas do Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, pelos horizontes que juntos pudemos descortinar durante estes anos todos, Sonia, Silvia, Kika, Elisa, Vera, Clarice, M^a Aparecida, Keila, M^a Teresa, Enéas, Luiza, Rosa, Fernando, Cristina, Márcia, Ciça, amigos que sofriam e vibravam juntos.

A todos os sujeitos desta pesquisas, colegas de profissão, pela confiança que em mim depositaram, propiciando as condições necessárias para o desenvolvimento de meu estudo, permitindo que eu aprendesse tanto; sem vocês teria sido impossível concluir esta pesquisa.

RESUMO

DONICE, MARIANGELA GARGIONI. *Prevalência de sintomas de stress em psicoterapeuta corporal- Uma abordagem psicossomática*. São Paulo, 2007, p. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar da PUC-SP.

Esta pesquisa é o resultado da dissertação de mestrado em Psicologia Clínica no Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar da PUC-SP. A pesquisa teve como objetivo geral investigar quais variáveis que desencadeiam stress em um grupo de psicoterapeuta corporal, verificando a prevalência dos sintomas de *stress*, sua frequência e intensidade. Os sujeitos que compuseram a amostra foram 20 psicoterapeutas corporais sendo 10 homens e 10 mulheres, com atividade em clínica particular, na cidade de São Paulo atuando há mais de 10 anos. Com o suporte teórico obtido da revisão de literatura, procedeu-se à aplicação dos instrumentos, Questionário Sócio-demográfico, o LSS/VAS – Lista de Sintomas do *Stress*, para a população alvo, que foi submetido a uma avaliação estatística e a Entrevista Semi-Dirigida: “O stress no psicoterapeuta Corporal”, especialmente elaborado para este fim. Um número equivalente a 90% dos psicoterapeutas corporais considerou a atividade um pouco stressante e 10% dos sujeitos a considerou nada stressante, no entanto no questionário : Lista de Sintomas de Stress (LSS/VAS), onde a fase de Stress que vai de LEVE/ALARME/PERIGO/PERIGO AGUDO/ EXAUSTÃO; 65% se encontra na Fase de PERIGO. Considerando-se a frequência e intensidade com que se manifestam nos sujeitos pesquisados, esses são os sintomas que interferem mais ou menos no bem-estar deles, no entanto ocorreu duplicidade de sintomas num mesmo *locus do ranking* (LR): **Os 5 mais representativos:**

1° Sinto raiva; 2° Tenho pensamentos que me deixam ansioso(a) ;

3° Sinto angústia ; 4° Fico esgotado(a) emocionalmente; 5° Tenho desânimo.

Os 5 menos representativos: 50° Rôo unhas; 49° Fico afônico(a); 48° Sinto falta de apetite; 47° Tenho a sensação de que vou desmaiar ; 46° Sinto o corpo coberto de suor frio. Sugere-se em decorrência, estudos mais aprofundados nesta área e medidas preventivas destinadas ao controle e diminuição dos fatores *stressantes* para a compreensão do *stress* no psicoterapeuta corporal.

Palavras Chave: Stress Ocupacional, Psicossomática, Psicoterapeuta Corporal.

SUMMARY

DONICE, MARIANGELA GARGIONI. Stress symptoms prevalence in body psychotherapists - A psychosomatic approach. São Paulo, 2007, pp.194. Dissertation (Master). Post-graduation Program in Clinic Psychology, Hospital Psychology and Psychosomatic Nucleus at PUC - SP.

This research is the Master dissertation result in Clinic Psychology at PUC – SP; Hospital Psychology and Psychosomatic Nucleus. The research aimed at investigating which variables unleash stress in body psychotherapists group and checking stress symptoms prevalence its frequency and intensity. The individuals taking part in the sample were 20 body psychotherapists—10 male and 10 female working in private clinic in the city of São Paulo and being in area for over 10 years. Supported by the literature revision, the tool application started: Socio-demographic Questionnaire, the LSS/VAS- Stress Symptoms List for the target people. The Symptoms List was submitted to statistics evaluation while the Semi-Guided Interview: “ The stress in Body Psychotherapist ” was especially elaborated for this research. A number equivalent to 90% of the body psychotherapists considered the activity to be a bit stressful at all; however in the questionnaire: Stress Symptoms List (LSS/VAS) where the stress stage: that goes LIGHT/ALARMING/ DANGER/ EXTREME DANGER/EXHAUSTION, 65% are in the DANGER stage. Considering the frequency and intensity they are the symptoms which interfere in a way or the other in their well-being. Still, double symptoms happened in the same ranking locus (LR). **The 5 most representative** symptoms: 1° I feel angry ; 2° I have thoughts that make me anxious (a) ; 3° I feel anguished, 4° I get emotionally worn-out; 5° I get discouragement. **The 5 least representative:** 50° I bite my nails ; 49° I get hoarse (a); 48° I lose appetite ;47° I feel like fainting ; 46° I get in a cold sweat. This way, further studies in this area and preventive measures to control and diminish stressful factors in order to understand stress in the body psychotherapist are recommended.

Key Words: Occupational Stress, Psychosomatic, Body Psychotherapy.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	05
2. OBJETIVOS DA PESQUISA.....	12
3. STRESSE PSICOSSOMÁTICA.	
1. Considerações gerais sobre <i>stress</i>.	13
1.1 Síndrome Geral de Adaptação.....	17
1.2 Expressões mais evidentes da Síndrome do <i>Stress</i> Profissional.....	20
1.3 Burnout: A resposta ao <i>stress</i> crônico.....	23
1.4 <i>Stress</i> Pós-Traumático Secundário e Fadiga do Psicoterapeuta.....	28
1.5 A Perspectiva Psicossomática do <i>Stress</i>	34
1.6 O modelo Psiconeuroimunológico de <i>Stress</i>	49
2. Wilhelm Reich e a Psicossomática.	51
2.1 O Encouraçamento e a Doenças.....	59
2.2 O toque em psicoterapia.....	65
3. O Psicoterapeuta	70
4. MÉTODO	
4.1 Descrição do Estudo.....	83
4.2 Sujeitos.....	85
4.2.1 Seleção da Amostra.....	85
4.2.2 Local da Coleta.....	85
4.3 Instrumentos	86
4.3.1 Termo de Consentimento (Anexo 1)	
4.3.2 Questionário Sócio-Demográficos (Anexo 2 A)	
4.3.3 Questionário Dados Profissionais - Pessoais(Anexo 2 B)	
4.3.4 Lista de Sintomas de Stress (LSS/VAS).....	87
4.3.5 Entrevista semi-dirigida “Stress no psicoterapeuta Corporal”. (ANEXO 3).....	88

5 . PROCEDIMENTO	
5.1 Seleção da Amostra.....	90
5.2 Local da Coleta.....	90
5.3 Duração e Sequência da Aplicação dos Instrumentos.....	90
5.4 Análise dos Dados Coletados.....	90
6. CUIDADOS ÉTICOS	91
7. RESULTADOS	
7.1 Dados Sócio–Demográficos.....	92
7.2 Dados Profissionais - Pessoais	94
7.3 Lista de Sintomas de Stress (LSS/VAS) e Tabela	101
7.4 Ranking dos Sintomas.....	104
7.5 Análise qualitativa do (DSC) do Questionário da Entrevista semi-dirigida...	108
8. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	151
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	165
10. BIBLIOGRAFIA.....	168
11. ANEXOS.....	184

1. INTRODUÇÃO

“A plenitude que a vida e a psicoterapia oferecem é a capacidade de ser inteiramente verdadeiro consigo mesmo. Esse si mesmo, para mim é o self corporal – o único self que podemos conhecer. Confie nele, ame-o e seja verdadeiro para consigo mesmo”. (Lowen, 2.004, p.33).

O presente estudo se insere no Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, como exigência para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Muitos foram os caminhos trilhados após a graduação em Psicologia, sendo que o meu primeiro contato se deu através do curso de especialização em psicoterapia corporal, no antigo Instituto Agora, há 21 anos atrás, onde obtive as primeiras noções de Reich e Psicossomática, tendo como professor o Dr. Carlos Brigante.

No entanto, o meu primeiro emprego foi na área educacional, como psicóloga educacional na pré-escola. Durante o curso de psicoprofilaxia obstétrica, no início dos anos 80; com três amigas, montamos um berçário e recreação; permaneci durante 10 anos no berçário, sempre voltada ao cuidador, o médico pediatra, enfermeiras, professores e os psicoterapeutas.

A análise bioenergética, psiconeuroimunologia, ¹stress, vieram depois; a clínica sempre me fascinou, sendo reforçada desde o meu primeiro paciente; no entanto, observava os meus professores, terapeutas e colegas, constatando que o fato de que nós, profissionais de saúde, muitas vezes empenhados no cuidado com nossos pacientes, não temos disponibilidade interna para nós mesmos e até mesmo a nossos companheiros de trabalho e tomarmos ciência o quanto precisamos também de cuidados. Acredito ainda que o meu interesse em ter um olhar especial para nós, psicoterapeutas, nasceu do momento em que optei em ser psicóloga.

No final da década de 80 iniciei meus estudos com base na Análise Bioenergética, portanto fundamentada nos princípios de Wilhelm Reich. Nessa época havia algumas pesquisas sobre stress, e o conceito do que se constitui

¹ A palavra stress, por ser difícil tradução é considerada universal. Neste trabalho, será mantida na grafia inglesa do termo, assim como em seus derivados no português: stress, stressante, stressado, etc.

a reação do *stress*, passou a ter uma grande repercussão tanto do público leigo, quanto dos cientistas internacionais e brasileiros.

A Análise Bioenergética é um método psicoterapêutico que combina, de forma única, os princípios fundamentais da Psicanálise com a abordagem direta nos níveis somático, do desenvolvimento e da relação. Nesta ótica há um conceito integrador; que considera corpo e mente como unidade. Defende a idéia de que somos os nossos corpos como também nossos pensamentos, emoções, sensações e ações. Logo, a Análise Bioenergética centra-se nos processos biológicos envolvidos na saúde. Segundo Lowen, citado por Donice (2000), "*Viver a vida do corpo é estar em contato com os sentimentos e ser capaz de expressá-los*".

Várias são as situações com que o homem primitivo se defrontava, e ainda o homem hoje se defronta, ao ultrapassar os limites físicos e psíquicos do organismo até a completa exaustão, gerando conseqüências desagradáveis. Com a capacidade de optar de que forma agirá diante dessa situação, reagirá dependendo de sua capacidade em entender os revezes da vida. Quando esta compreensão não é alcançada, o homem pode vivenciar episódios de *stress*.

Conforme Jacques (1996), o trabalho tem uma grande importância em nossas vidas; investe-se grande parte da existência na preparação e na dedicação ao trabalho. De forma geral, despendamos, para isso, cerca de 8 horas diárias, sem contar o tempo utilizado com locomoção; isto é mais que um terço do dia, por um período de mais 35.

Para aprofundar a discussão sobre o *stress*, fundamentei-me nas idéias de Hans Selye; penso que, apesar do significativo número de pesquisas e estudos a respeito *stress* ocupacional e *burnout*, pouco foi dedicado ao *stress* específico do psicoterapeuta corporal.

Benevides (2002), ao examinar o trabalho do psicoterapeuta, relata que, em geral, verifica-se que, por suas peculiaridades, constitui-se numa ocupação de risco para o desenvolvimento do *stress*, ou mesmo do *burnout*, em seu estudo. Assinala a autora, ao observar os estudos sobre o *Burnout em psicólogos brasileiros*, que o *stress* a que são submetidos no empenho diário com pacientes, cujas solicitações são intensas, requer do profissional uma relação muito próxima com pessoas às quais atende. Essa relação estreita, freqüentemente relacionada a problemas emocionais, muitas vezes reflete na vida pessoal do psicoterapeuta.

Quanto ao atendimento clínico propriamente dito, em psicoterapia, vários autores salientam o impacto negativo dessa atividade profissional. Guy (1995), aponta o intenso isolamento, vivido pelo psicoterapeuta físico como psicológico. Há a interferência do trabalho na vida pessoal, tanto a necessidade de uma formação específica, não só para um bom atendimento, mas, também, para aquisição de estratégia de enfrentamento das dificuldades.(BENEVIDES, 2002, p.158-159).

Creio que também se somam ao *stress* do psicoterapeuta, segundo a minha experiência clínica, a condição adversa do trabalho, a falta de encaminhamentos, o isolamento profissional, o atender um número excessivo ou reduzido de pacientes e atender várias horas seguidas. Os profissionais ficam imobilizados em suas cadeiras e presos em sua sala, cerca de cinqüenta minutos com cada paciente. Nessa situação, o psicoterapeuta confronta-se com vários aspectos afetivos, como ansiedades, depressões, conflitos, partilhando, portanto, do mundo dos outros e muitas vezes distanciando-se do contato com o seu universo pessoal. A meu ver, os psicoterapeutas sobrecarregam-se e desgastam-se durante os atendimentos clínicos, podendo acarretar *stress*.

Pert, (1999), destaca que, em recentes e revolucionárias descobertas nas áreas da Neurologia e na Psiconeuroimunologia, foram estabelecidas sólidas evidências da intrincada comunicação mútua entre a mente e o corpo. Fundamentais idéias ao identificar os complexos “mensageiros neuropeptídeos”, nomeadas moléculas da emoção. Esses neuropeptídeos agem com inteligência, comunicando informações, orquestrando um vasto complexo de atividades conscientes e inconscientes.

Na visão de Pert (1999), essas transferências de informações ocorrem através de uma rede que conecta todo sistema e órgãos. Segundo a autora, o que nós vemos é uma imagem de um “cérebro móvel”, que se move através de todo o nosso corpo, localizado em todos os lugares ao mesmo tempo e não só na cabeça. Essa rede envolve todas as nossas ‘moléculas da emoção’, se comunicando e descobrindo vários caminhos pelos quais a mente e o corpo se comunicam, como se fosse uma “avenida de mão dupla”.

Essa concepção defendida por Pert, é contrária à que apregoa o cérebro como uma estrutura hierárquica que tem uma “estação” reguladora, de controle no topo e uma série descendente de posições que criam papéis subsidiários crescentes.

Concordo com essa visão teórica; ao considerar um trabalho em rede, deduz que se pode entrar em qualquer ponto nodal e rapidamente obter um outro ponto; todas as localizações são iguais tanto quanto o potencial de “regular” e direcionar o fluxo de informações. Essa imensa rede de informações corporais é mutante e dinâmica infinitamente flexível.

“É um gigantesco salto, direcionando e processando informações simultaneamente, guiando de forma inteligente o que nos chamamos de vida”. (Pert, 1999).

Segundo Dr^a Ramos, coordenadora da Psicologia Clínica da PUC-SP, (1994), o progresso na medicina molecular, na genética e a aplicação da teoria quântica na biologia, expandiram nosso modo de ver a relação mente-corpo e nos levaram a uma nova reflexão sobre a saúde e a doença. Entretanto, mesmo entre autores dentro desse modelo, observa-se a ausência de um modelo conceitual.

Assim, novas tendências começaram a falar de um princípio holístico ou força psíquica maior que qualquer evento psicológico neurobiológico e as descrições moleculares da vida psíquica começaram a revelar a interdependência mente-corpo como uma unidade significativa. (RAMOS. D. 1994, p.35).

Desejando me aprofundar nessa visão holística, resolvi fazer mestrado, após muita pesquisa e conversando com colegas, após ter realizado um curso sobre Psiconeuroimunologia com Dr. Vasconcellos (2002), que me orientou neste caminho.

Vasconcellos (2000) defende que o fenômeno é uma totalidade, por conseguinte deve ser entendido em seis dimensões: a física a química, a biológica (fisiológica), a psicológica (mental e emocional), a social e a espiritual.

Penso que os sintomas corporais não são necessariamente patológicos, a serem curadas, reprimidos ou sanados. Os sintomas, na minha compreensão, são condições potencialmente significativas e deliberadas, que podem desencadear fases fantásticas da vida; podendo conduzir a pessoa a um ponto

surpreendentemente próximo do centro da existência, um melhor caminho para o desenvolvimento da personalidade.

Ramos, (2006) uma das pioneiras da psicossomática, em uma entrevista dada a uma revista brasileira², explica que não se pode dizer que pessoas com este ou aquele perfil tenham determinado tipo de doença, no entanto ela completa que o que se pode dizer é que certos tipos de personalidade agem de uma forma a causar maior desequilíbrio fisiológico e psíquico, talvez pudesse dizer, desequilíbrio na homeodinâmica, o que por sua vez, aumentaria o risco de desenvolver uma ou outra doença.

Hoje, após tantos anos, ainda questiono e procuro espaços de aprendizagem onde exista este olhar essencial na interdependência e inter-relação de todos os fenômenos biológicos, psicológicos e culturais. Não estou interessada apenas na anormalidade, mas, sim, nos aspectos naturais do curso do movimento da energia que passamos como profissionais e como conseguimos lidar com esses ritmos da vida.

Para iniciar este estudo, filmei uma entrevista com o Dr. José Ângelo Gaiarsa³, primeiro reichiano brasileiro, iniciou em 1957, onde, baseado em sua vivência, encontra na psicoterapia algumas medidas pedagógicas originais que vêm a constituir seu estilo, sua marca pessoal, a escola Gaiarsa de Psicoterapia. Gaiarsa (2006) admite que usa conhecimentos da psicanálise, mas condena-lhe a falta de percepção do olhar, do contato físico, dos movimentos e da relação interpessoal entre pacientes e terapeuta.

Baseado na tese de Jung de que “quem não se envolve não se desenvolve”, detalha as relações entre angústia e a contenção respiratória involuntária; expande as idéias de Reich, contesta as escolas psicoterápicas, apontando o que lhes falta mais do que criticando.

Gaiarsa procura integrar, além de todos os sistemas psicoterápicos desenvolvidos no século XIX e XX no Ocidente, técnicas orientais como budismo, ioga, artes marciais e zen.

² Isto É- 22/02/2006.

³ Entrevista apresentada na XXIV Jornada de Psicossomática e Psicologia Hospitalar CONVERSANDO COM GAIARSA- Exibição da Filmagem – “Entrevistando Gaiarsa”.

De acordo com o autor, a maioria das técnicas corporais é simples, o difícil é saber esta ou aquela e, mais difícil ainda, é saber o que fazer depois que os movimentos ou o contato terminam.

Houve uma expansão das práticas terapêuticas reichianas na década de 80, onde terapeutas se alinharam e instituíram núcleos de formação, institutos e sociedades tais como: Ágora, Análise Bioenergética, Biossíntese, Biodinâmica, CIO (Centro de Investigação Orgonômica Wilhelm Reich), IOR (Instituto de Orgonomia Ola Raknes), Pulsar - Centro de Estudos Energéticos, Dinâmica Energética do Psiquismo e outros. Essas instituições contribuíram para a formação dos psicoterapeutas.

De acordo com Gaiarsa (2006) baseado na 'tese de Jung' de que *"quem não se envolve não se desenvolve"* fazendo uma relação entre angústia e a contenção respiratória involuntária. Gaiarsa, vê a neurose como estreiteza de visão e de interesse, mais a incapacidade de perceber e de se adaptar no acontecer social; cada vez mais amplo (mídia) e acelerado.

Acredita que ansiedade e a "síndrome do pânico" tão presente neste nosso mundo contemporâneo medo daquilo que não é mais como era; medo do presente, percebido e sentido como caótico, inserto e destruidor dos velhos padrões de comportamento e de relacionamento. *"Dos padrões tidos até a meio século atrás como estáveis e confiáveis e até eternos - ou divinos"*.

Nunca como o século XX surgiram tantas práticas psicoterápicas, nem tanto livros estudando as "Mudanças de Paradigmas" nas sociedades em geral, nas organizações empresariais, econômicas e científicas, nem tantos livros de auto-ajuda, nem a importação de práticas orientais e de teorias práticas alternativas. (GAIARSA, 2006, p.17).

Vale notar que os terapeutas que também vivem todas essas transformações podendo ter consciência mais ampla e profunda destas mudanças ou não, tentando se adequar a elas ou não, e todos esses não, conforme Gaiarsa é quantitativo.

Gaiarsa observa ainda que nos cursos de psicologia no Brasil, tudo se passa como se Freud, Jung, a psicologia experimental e o comportamentalismo permanecessem atuais – e únicos, até definitivos -eternos. Ou mesmo o surgimento das neurociências que vai explicar tudo; sendo ninhos germinam idéias novas.

“Todo inovador começou sendo mártir e a comunidade científica já cometeu todos os crimes da Inquisição – exceto a fogueira”. (GAIARSA, 2006, p.18).

De acordo com Hilton, W.Virginia, (2001, p.28), os anos 1960 e 1970 foram um período de expansão cultural, de exploração e movimento; houve o movimento de direitos civis, o feminino e a revolução sexual; no campo da psicoterapia, aconteceu o florescer da psicologia humanística e o movimento do potencial humano. Nos anos 80 estávamos lidando com as doenças sexuais transmissíveis e com a epidemia da Aids. Os anos 80 e 90 representaram um período de retraimento cultural, uma etapa de reação contra os excessos dos anos 1960 e 1970, mas, também, de reação contra o que é incerto ou não compreendido, o desconhecido. Conforme a autora, *“os seres humanos parecem ter pouca tolerância ao desconhecido, e ainda menos à ansiedade criada pela liberdade e pela ausência de respostas absolutas”*.

Xavier, (2000), ressalta que *“No campo das terapias corporais, os processos de formação costumam orientar-se pela figura do líder carismático a recitar dogmas reichianos acrescidos de seus próprios dogmas”*. Comenta que, em geral, tais lideranças são exercidas a partir de um lugar de poder auto-ortogado que se reafirma a cada instante através da supressão da consciência crítica por parte dos candidatos à psicoterapia reichiana.

A partir dos dados da filmagem: “Entrevistando Gaiarsa” e acrescidas de outras quatro entrevistas com psicoterapeutas reichianos e neo-reichianos, com mais de 20 anos de experiência, e apoiada numa revisão bibliográfica, obtive os subsídios para elaborar a entrevista semidirigida.

Através dos dados fornecidos pelas entrevistas, foi possível ver o quanto era importante relatar essas experiências vividas como psicoterapeutas corporais. Mantive sempre uma escuta e um olhar com muita admiração pelos depoimentos. Aprendi muito com essa experiência interativa, que se repetia ao ouvir as gravações e o vídeo. Nesse momento começava a introjetar a experiência de diferentes psicoterapeutas corporais.

Nesse trajeto optei por estudar a teoria do *stress* e seus processos, pelo fato do *stress* ser constantemente mencionado nas obras de Psicossomática.

O *stress* é um fenômeno com componentes biológicos definitivamente reconhecidos, oferece a oportunidade, ou pelo menos a esperança de se

correlacionar a eventos psicológicos, a sintomas e as reações de natureza fisiológica. Além disso, o estudo do *stress* nos oferece a possibilidade de realizar pesquisas nitidamente multidisciplinares, nas quais pesquisadores, ao empregarem uma linguagem comum, podem fornecer elementos para o avanço da ciência.

Numa visão integrada do funcionamento humano, uma primeira e importante consideração a fazer é que no fenômeno do *stress* estão implicados numerosos elementos. Uma das questões é que o sistema nervoso autônomo é muito mais importante do que se pensava há um tempo atrás, pois é o regulador de todo o organismo, que controla, de fato, inúmeros outros sistemas psicorporais. Atualmente o *stress* ocupacional tem sido descrito como um tipo de doença biopsicossocial que acomete pessoas que assistem às pessoas traumatizadas. O *stress* é também visto como um ponto de conexão, inserido entre o objetivo e o subjetivo.

Neste trabalho procuro refletir uma visão holística da integração “corporeamente”; utilizando as dimensões quantitativa e qualitativa, que permitem a análise global do que se quer investigar: o *stress* do psicoterapeuta corporal.

Concordando com (London, 1977, Farber, 1983, Guy & Lisboe, 1986), gostaria de ressaltar que a profissão de psicoterapeuta não apresenta somente problemas, senão aspectos positivos, tais como o desenvolvimento de uma capacidade de introspecção, maior sensibilidade ou habilidade de auto – reflexão.

Enfim, essa dissertação não tem a pretensão de esgotar todas questões, há necessidade do desenvolvimento de novos e aprofundados estudos, aplicáveis às situações de *stress* antes, de modo a fundamentar a formulação de melhor prover os profissionais da área de saúde, e em especial o psicoterapeuta corporal, a fim de oferecer-lhes recursos que permitam lidar adequada e satisfatoriamente com os aspectos mais críticos de seus ambientes de trabalho, geradores de *stress*.

2. OBJETIVOS DA PESQUISA

Este estudo tem como objetivos:

1. Investigar quais variáveis desencadeiam *stress* no psicoterapeuta corporal.
2. Verificar a prevalência dos sintomas de *stress*, sua freqüência e intensidade em Psicoterapeutas Corporais.

3. *STRESS E PSICOSSOMÁTICA*

1. Considerações sobre o Stress

“Atualmente, os estudos e as publicações sobre o stress e seus efeitos abrangem não só as conseqüências do stress no corpo e na mente humana, mas também suas implicações para a qualidade de vida da humanidade”.(LIPP, 1987).

Desde que nascemos, a natureza munuiu-nos de um dispositivo de percepção que coloca nosso corpo em estado de alerta contra possíveis ameaças, independentemente da vontade externa, de nossa própria vontade e, muitas vezes, até mesmo da razão.

O termo *stress* vem da Física e, nesse campo de conhecimento, tem o sentido do grau de deformidade que uma estrutura sofre quando é submetida a um esforço.

As primeiras referências à palavra “*stress*” significando ‘aflição’ e ‘adversidade’ datam do século XIV (Lazarus e Lazarus 1994), mas seu uso era esporádico e não sistemático. No século XVII, o vocábulo, que tem origem no Latim, passou a ser utilizado em inglês para designar “opressão, desconforto e adversidade” (Spielberg 1979).

Conforme observa Farias (1985, p.97), a palavra *stress*, já no século XVII, era utilizada com o sentido de “fadiga”, significando também algo “apertado, estrito e penoso”; nos séculos XVIII e XIX aparece com outras conotações: “estar sob pressão”, “esforço” ou “sob estímulos persistentes”.

Hans Selye, endocrinologista, (que) em 1936 introduziu o termo “*stress*” para designar uma síndrome produzida por vários agentes; *Stress* é definido como uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas, que acontece quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um jeito ou de outro, a aborrece, amedronta, excita ou confunde, ou mesmo que a faz feliz; erroneamente, ele está associado somente a fatores negativos.

É importante definir o *stress* como sendo um processo e não uma reação única, pois, no momento em que a pessoa é sujeita a uma fonte de *stress*, um longo processo bioquímico instala-se e seu início manifesta-se de modo

semelhante, com o aparecimento de taquicardia, sudorese excessiva, tensão muscular, boca seca e a sensação de estar alerta.

No desenvolvimento do processo do *stress*, diferenças manifestam-se de acordo com as predisposições genéticas do indivíduo, potencializadas pelo enfraquecimento desenvolvido no transcorrer da vida em decorrência de acidentes ou doenças. (LIPP, 2001, p.20).

Podemos dizer então que *stress*, como processo, é a tensão diante de uma situação de desafio por ameaça ou conquista. Selye postulava que, “*é graças ao stress que alcançamos degraus cada vez mais altos de progresso físico e mental*”.

Para Benevides (2002, p.25), o conceito de *homeostase* veio a contribuir para a compreensão e definição do *stress*. Conforme Meléndez & Guzmán (1983), o pioneirismo do termo *homeostase* deve-se ao psicólogo Walter B. Cannon (1932), que descreveu como o corpo, através dos hormônios, preserva o estado de equilíbrio do organismo. Dessa forma, diante de mudanças ambientais que venham a agredir o organismo, por meio de um mecanismo de *feed-back*, sem que muitas vezes o indivíduo perceba, o corpo tende a se estabilizar, a se adaptar. (ASHBY 1954, 1966, COOPER & PAYNE, 1978).

Com uma visão diversa das anteriores, para Lazarus & Folkman (1984), o *stress* sobrevém quando os recursos disponíveis estão aquém das demandas, isso é, a pessoa avalia que aquilo que lhe é solicitado seja no plano físico, emocional ou social, está além de suas capacidades.

Schreiber (2004 p.16), descreve que as doenças ligadas ao *stress*, incluindo a depressão e a ansiedade, são comuns em nossa sociedade. Os números são alarmantes; estudos clínicos indicam que 50% a 75% de todas idas ao médico se devem, principalmente, ao *stress*, e que, em termos de mortalidade, ele traz um fator de risco muito mais sério do que o fumo. (Cummings, N.A e Van den Bos, N, 1981).

Em 1999, três dos remédios mais vendidos nos EUA foram antidepressivos (Prozac, Paxil e Zolof)⁴, e que oito, em cada dez medicamentos mais comumente usados nos Estados Unidos, servem para tratar de problemas relacionados ao

⁴ Antonuccio, D.Burns, D.D.et al. ”Antidepressants triumph of marketing over science? Prevention and Treatment, artigo 25, publicado em 15 de jul.2002.

stress: antidepressivos, ansiolíticos e pílulas para dormir, antiácidos para a azia e úlceras e outros para pressão alta⁵.

Um estudo de Harvard em 1977 demonstrou que a grande maioria dos norte-americanos que sofria de *stress*, ansiedade e depressão preferiam métodos “alternativos” e complementares às psicoterapias tradicionais ou à medicação.⁶

Conforme França & Rodrigues, (2002, p.27), os *stressores* advêm tanto do meio externo, (frio, calor, condições de insalubridade, do ambiente social, trabalho) e do mundo interno, (pensamentos, emoções – angústia, medo, alegria, tristeza).

Segundo os autores, todos esses *stressores* são capazes de disparar em nosso organismo uma série de reações, via sistema nervoso, sistema endócrino, relacionado às glândulas, e sistema imunológico, por meio do hipotálamo, (glândula situada na base do cérebro) e sistema límbico; essas importantes estruturas do sistema nervoso central estão intimamente relacionadas com o funcionamento dos órgãos e regulação das emoções.

“Todo o processo biopsicossocial desencadeia-se a partir de impactos internos e externos ao corpo. Essas dimensões também podem ser percebidas de forma inesperada pelas pessoas com as quais convivemos. Muitas vezes, as dimensões mobilizam-se, mas a tensão manifesta-se em apenas uma das dimensões. Outras vezes, por hábitos culturais, não damos atenção para sinais que não aparentam ameaça imediata ao organismo” (FRANÇA & RODRIGUES, 2002 p.21).

Uma das funções básicas do sistema nervoso é a regulação e a conservação da estabilidade do organismo, por intermédio de diversas funções; algumas dessas funções são chamadas de vegetativas (circulação sanguínea, a respiração, a digestão); que asseguram seu funcionamento e sua organização.

De acordo com o tipo e a intensidade que é exigida no dia a dia do organismo, o sistema neuroendócrino, por meio de várias vias, principalmente a vegetativa, produz alterações no organismo, a fim de possibilitar um funcionamento adequado a cada comportamento desejado, ou seja, a quantidade de sangue, de oxigênio e

⁵ Pharmacy Times - “Top ten drugs of 2001

⁶ Kessler, R.; Soukup, J. et al. “The use of complementary and alternative therapies to treat anxiety and depression in the United States”, American Journal of psychiatry 158 (2001): 289 – 294.

hormônio que chega a cada parte do organismo pode aumentar ou diminuir, de acordo com o funcionamento do sistema nervoso vegetativo.

Conforme França & Rodrigues (2002), em condições de repouso, a atividade vegetativa é mínima; quando em atividade, várias dessas funções são ativadas de modo proporcional à intensidade da mobilização do sistema nervoso e da musculatura. Existem situações em que a atividade motora é reduzida, enquanto certas regiões do sistema nervoso estão em grande atividade, como é o caso de estarmos escutando uma palestra, atendendo um paciente, estudando um problema, dando uma palestra, havendo também ajustes importantes no organismo, tanto cardiovascular como respiratório, além de sudorese nas plantas dos pés, como nas mãos. *“Quando uma pessoa está excitada por medo ou alegria, a glândula supra-renal, obedecendo a comandos do sistema nervoso, produz bastante adrenalina, ainda que a atividade motora seja bastante reduzida”.*(FRANÇA & RODRIGUES, 2002, p.33).

Dentro dessa perspectiva, o *stress* deve ser então observado não só como uma reação do organismo, mas como:

“... uma relação particular entre uma pessoa, seu ambiente e as circunstâncias às quais está submetida, que é avaliada pela pessoa como uma ameaça ou algo que exige dela mais que suas próprias habilidades ou recursos e que põe em perigo seu bem-estar ou sobrevivência”
(FRANÇA & RODRIGUES, 2002, p.34).

Para compreendermos esses processos, é importante entendermos o modelo da multicausalidade, ou seja, a integração dos fatores biológicos, psicológicos e sociais no *stress*; é isso que acontece e devemos pensar a relação do *stress* e suas repercussões sobre o ser humano.

Na ótica de Lipp (2001), o *stress*, por si só, não é suficiente para desencadear uma enfermidade orgânica, ou para provocar uma disfunção significativa na vida da pessoa. A não ser, é claro, situações extremas tais como guerras, grandes desastres naturais, tortura, encarceramento, perda de familiares queridos. (LIPP 2001, p. 227),

1. 1. Síndrome Geral de Adaptação

Conforme Vasconcellos (1998, p.140), o conceito de *stress* introduzido por Hans Selye (1936), primeiramente como: “A syndrome produced by diverse nocuous agents”, o *stress* caracteriza-se pela alteração fisiológica que se processa no organismo, quando este se encontra em uma situação que requeira dele uma reação mais forte que aquela que corresponde à sua atividade orgânica normal.

Ao conjunto de modificações não específicas que ocorrem no organismo, diante de situações de *stress*, Selye deu o nome de SÍNDROME GERAL DE ADAPTAÇÃO (**SAG**)

De acordo com Selye (1965), o processo desencadeia-se em três fases: Fase de Alarme, Fase de Resistência, Fase de Exaustão; não é necessário que ela se desenvolva até o final para que haja o *stress* e só nas situações mais graves é que atingem a última fase, a de Exaustão.

• **Na reação de alarme**, o organismo, ao sentir-se ameaçado, prepara-se para a luta ou fuga, mobilizando todo o organismo (SAG); aumentando a frequência cardíaca e a pressão arterial, permitindo maior oxigenação celular. O aumento da frequência e da pressão arterial permite que o sangue circule mais rapidamente e, portanto, cheguem aos tecidos mais oxigênio e mais nutrientes, contração do baço, levando mais glóbulos vermelhos à corrente sanguínea, acarretando mais oxigênio para o organismo, o fígado libera açúcar armazenado na corrente sanguínea para ser utilizado como alimento e, conseqüentemente, mais energia para os músculos; diminuição do fluxo da pele e vísceras (caso haja algum corte o sangue não está na periferia) e aumento para os músculos e cérebro, aumento da frequência respiratória e dilatação dos brônquios, para que o organismo possa receber mais oxigênio, dilatação da pupila, olhos arregalados, para aumentar a eficiência visual, aumento do número de linfócitos na corrente sanguínea, para reparar possíveis danos aos tecidos, e ansiedade.

Essas reações são desencadeadas por descargas adrenérgicas da medula supra-renal e da noradrenalina. Ao se extinguirem os agentes *stressores*, as reações tendem a regredir até desaparecerem, porém, se o organismo for obrigado a manter seu esforço de adaptação, entrará na **Fase de Resistência**.

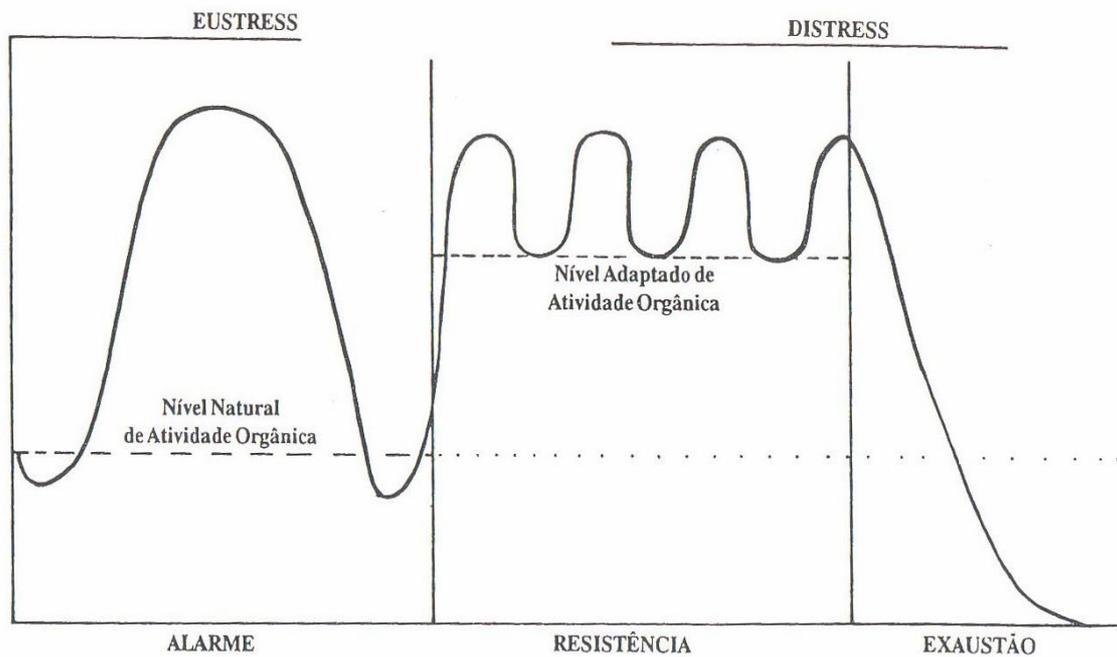


Fig. 7. Ativação orgânica em stress e distress (Vasconcellos, E. 1992).

- **A Fase de Resistência** – Caracteriza-se pela reação de hiperatividade córtico-supra-renal, mediada pelo diencéfalo e hipófise, desencadeando a atrofia do timo, baço e todas as estruturas linfáticas, hemodiluição, aumento do número de glóbulos sangüíneos, diminuição do número de sinófilos (células sangüíneas também relacionadas com a defesa do organismo) e surgimento de ulcerações no aparelho digestivo, irritabilidade, insônia, mudança no humor, diminuição do desejo sexual. Ao persistirem os agentes agressores, por repetição ou por tornarem-se crônicos, os organismos entra em **Fase de Exaustão**.
- **A Fase de Exaustão** – Caracteriza-se pela diminuição de amplitude e antecipação das respostas, podendo gerar falhas nos mecanismos de defesa, dificuldade na manutenção de mecanismos adaptativos. Há um colapso energético do órgão vulnerável, esgotamento por sobrecarga fisiológica, aparecimento de uma patologia orgânica ou óbito súbito. (VASCONCELLOS, 1998, p.162).

O conceito de Resistência ao stress: Certas características individuais, desenvolvidas na infância, podem servir como fontes em potencial de *stress* em termos de crenças e valores inadequados, mas, quando adequadas, podem também auxiliar a adquirir estratégias de vida, que facilitem no manejo do *stress*. Uma vez que o *stress* envolve uma reação do organismo, diante de situações ou muito difíceis ou muito excitantes, ele pode ocorrer em qualquer pessoa, independente da idade, raça, sexo e situação socioeconômica. A criança vulnerável provavelmente será também um adulto vulnerável. (LIPP, 2001, p.22).

A Vulnerabilidade: Lazarus e Folkman, 1984, referem-se à vulnerabilidade como adequação dos recursos individuais, definindo a vulnerabilidade física e a vulnerabilidade psicológica; assim, vulnerabilidade também se refere a uma suscetibilidade para reagir em amplas classes de eventos com *stress* psicológico que é formado por uma variedade de fatores pessoais, inclusive compromissos, crenças e recursos.

Para Lazarus, o conceito de vulnerabilidade alcança especial utilidade quando o padrão de vulnerabilidade da pessoa é comparado com outros e podemos dizer que uma pessoa reage ao *stress* mesmo em situações em que outros não reagem; essa vulnerabilidade nunca é somente de pessoas ou variáveis do meio ambiente, portanto a terapêutica deve ser construída ao redor de áreas específicas de vulnerabilidade e inaptidão de coping (enfrentamento) do paciente, assim como dos pontos fortes. O autor relata ainda que, quanto maior a força de um compromisso, mais a pessoa se torna vulnerável ao *stress* psicológico.

1.2. Expressões mais evidentes da Síndrome do *Stress* Profissional.

Quando o homem se depara com as conseqüências desagradáveis, ao ultrapassar os limites físicos e psíquicos do organismo até a completa exaustão, ele é capaz de escolher de que forma agirá diante dessa situação, dependendo de sua capacidade de entender os revezes da vida. Quando essa compreensão não é alcançada, o homem pode vivenciar episódios de stress.

O *stress* pode acometer qualquer pessoa e, quando o agente desencadeador se refere à atividade desempenhada, o mais correto seria designação *stress ocupacional*; a utilização do termo *stress profissional*. “A utilização do termo nem sempre é a mais adequada, na medida em que tem se verificado que a atividade é mais decisiva do que a profissão, mesmo porque nem sempre é necessário um vínculo trabalhista”.(BENEVIDES 2002, p.46).

Conforme Benevides (2002,p.105), a medicina sempre esteve envolvida em uma aura de prestígio e mistério. Segundo a autora, a humanidade nunca aceitou a determinação da finitude do ser. Antigamente, desde quando o homem associou a doença à morte, aqueles que detinham o conhecimento de como tratar, e assim reverter o processo que a desencadeava e mantinha, detinham o poder.

Se, por um lado, esse respeito e consideração se constituem em poder e *status* social, por outro, atribuem responsabilidades que podem vir a se tornar uma carga extra ao profissional de saúde, juntamente com outras características, que predispõem ao *stress* e ao *Burnout*.

Na atualidade, o *status* garantido, como também o retorno financeiro mudaram; para que a retribuição financeira seja compatível com o pretendido, o profissional acaba por se sobrecarregar.

No que se refere à psicoterapia, enquanto atividade requer que o profissional mantenha uma relação muito próxima com as pessoas às quais deve atender, sejam estas seus pacientes do consultório; além disso, os conflitos oriundos da organização, seja esta a escola, a família, a empresa ou a instituição os funcionários e colegas da clínica e as pessoas objeto do seu trabalho, sobrecarregam e desgastam esse profissional. (BENEVIDES, 1994).

Conforme Benevides, 2002, pp.158, 159, como em outras áreas do contexto ocupacional, observam-se características comumente apontadas como elementos que predisõem ao *stress* e ao *burnout*; a literatura traz alguns estudos com psicoterapeutas. Como variáveis antecedentes, podemos encontrar *excesso de demanda* (Farbert & Heifetz,1982, Forney, Wallace - Schutsmann &Wiggers,1982), a *rotina* (Deutsch,1985; Will,1979), a *remuneração insuficiente* (Benevides ,1994; Forney;Wallace- Schutsmann & Wiggers,1982), *irritabilidade e o distanciamento* seja físico (absenteísmo) ou *mental* (falta de sono), aumento na *ingestão de substâncias*, *depressão e suicídio* (Freudenberger & Robbins,1979; Guy & Lisboe,1985; Steppachard & Mausner,1973; Torenssohn, Nathan, Skoriana & Kilburg,1983).

Quanto ao trabalho mais específico em psicoterapia, vários autores salientam o impacto negativo desse atendimento; Guy e Lisboe, 1986, Guy, 1995/1987, entre outros, assinalam o intenso *isolamento*, não só físico como psicológico, a *interferência do trabalho na vida pessoal* e a necessidade de uma *forma específica*, não só para um bom atendimento, mas, também, para estratégias pessoais de enfrentamento das dificuldades.

De acordo com Will (1979), muitos terapeutas atendem durante várias horas seguidas, um paciente após outro, imobilizados em sua cadeira e preso em sua sala; durante 50 minutos com cada paciente, defrontando com ansiedade, depressões, conflitos; vivendo imerso no estranho e místico mundo dos outros e, muitas vezes, perdendo o contato com o seu próprio mundo.

Segundo Cukier, (2002, p.62), o *stress* do psicoterapeuta também pode resultar num atendimento negligente e abusivo do paciente. Há colegas que compensam a baixa remuneração por consulta, atendendo um número excessivo de pacientes num mesmo dia, ou organizando grupos com um número exagerado de pessoas, com prejuízo da qualidade do trabalho e de sua própria saúde pessoal.

Conforme Grosch & Olsen, (1994, p.57), as colocações de Kohut a respeito da questão narcísica descrevem a arrogância e o “Complexo de Deus” de alguns psicoterapeutas; acreditam que, se os psicoterapeutas não tiverem suficiente espelhamento e empatia em seus primeiros anos de vida, podem compensar os seus desejos de ser apreciado e admirado utilizando o paciente para esse papel complementar.

*“Os indicadores mais freqüentes da Síndrome do Stress Profissional: **no nível fisiológico:** cefaléia, taquicardia, tensão muscular, anorexia, insônia; **no nível psicológico:** manifestação de rejeição a situações vividas, freqüentes devaneios, uso da comida e tendência ao sono como formas de defesa frente a situações de frustrações constantes, tendência a se preparar para o pior, adoção de atitudes negativas, sentimentos depressivos, podendo chegar às vezes a sintomas depressivos, raiva intensa e sentimentos de desesperança”.(SINGSEN, 1989 - DELVAUX, 1988 – KELLER, 1989) “*

Cukier, ao se referir à prevenção e tratamento, chego às seguintes conclusões: podemos recorrer a vários recursos para cuidarmos de nossa saúde, todos implicam invariavelmente numa mudança da rotina do trabalho e de vida. Dosar melhor o número de pacientes atendidos, deixar espaço de tempo pra alimentação, exercícios físicos, cuidados com a saúde, férias.(CUKIER, 2002 p.63)

Mesclar atividades de atendimento ao paciente com atividades como dar aulas, palestras ou trabalho institucional é um bom recurso; o terapeuta se locomovendo, conversando com outras pessoas, entrando em relações mais simétricas do que aquelas estabelecidas com o paciente.

Grupos de terapia e supervisão, não excedendo 6 ou 7 colegas, grupos de estudo, produção de trabalhos escritos. Compartilhar com colegas questões delicadas tais como: falta de pacientes, sessões mal conduzidas, “amores e ódios do terapeuta para os pacientes”, dicas para um atendimento que nos preocupa, participar de congressos, vivências e pesquisas dentro da área de trabalho, etc.

1. 3. **BURNOUT: A Resposta ao *Stress* Crônico.**

{...} *Erros na academia, na advocacia ou arquitetura, por um instante, podem ser remediadas com desculpas ou um cheque. Os da medicina, aviação, indústrias petrolíferas ou químicas podem acarretar conseqüências severas ou catastróficas.* (VICENT, 1999:63)

A Síndrome de *Burnout* – cujo significado é desgaste, tornar-se exausto por fazer excessivo esforço para responder a constantes solicitações de energia – é uma resposta ao *stress* ocupacional crônico e caracterizada pela desmotivação, mal-estar interno ou insatisfação ocupacional, que parecem afetar, em maior ou menor grau, alguma categoria ou grupo profissional. Evidenciou-se que os profissionais de saúde, com freqüência, apresentam dificuldade em perceber tais condições e tendem a reagir quando é oferecida ajuda ou sugestões. (SINGSEN, 1989, p.405).

As leis brasileiras de auxílio ao trabalhador já contemplam essa síndrome (Decreto nº3048/99, de 6 de maio de 1996 - Previdência Social), ao se referir aos transtornos mentais e do comportamento relacionado ao trabalho (Grupo V do CID-10). (BENEVIDES, 2002, p.24)

A diferença entre *stress* e *burnout* é que este é uma resposta a um estado prolongado de *stress*, ocorre pela sua cronificação deste, quando os métodos de enfrentamento falharam, ou foram insuficientes. Enquanto o *stress* se apresenta como *eustress* (bom *stress*) e *distress* (mal *stress*), o *burnout* sempre tem um caráter negativo (*distress*), estando relacionado com o mundo do trabalho, com o tipo de atividades laborais do indivíduo. “*Além disso, comporta uma dimensão, social, inter-relacional, através da despersonalização, o que ocorre no stress ocupacional*”. (Gil Monte & Pieró, 1977; Moreno, Garrosa & Gonzáles, 2001)

No entanto, Benevides (2002, p.22) assinala que um levantamento preciso sobre os trabalhos em *Burnout* torna-se tarefa árdua, devido às várias denominações que os diferentes autores vêm adotando para o mesmo fenômeno. Alguns autores acreditam que o *burnout* vai além do *stress*; estando associado mais especificamente ao mundo laboral - *Stress Laboral* – para assinalar que não se trata de uma síndrome específica, mas um tipo de *stress* que se dá no contexto do trabalho. (Büssing & Glaser, 2000; González, 1995; Herrero, Rivera & Martín, 2001; Schaufeli, 1999. A expressão “*estar queimado (a)*” é utilizada

coloquialmente na língua espanhola, adotada em alguns estudos espanhóis (Gil-Monte & Peiró, 1997, 1999; Olabara, 1995; Seis dedos,1997). Nos estudos brasileiros pode-se encontrar a denominação *Neurose Profissional ou Neurose de Excelência* (Stela,2001), salientando os transtornos psíquicos agregados ao trabalho. Outros vão mais além, indicando que é típica de algumas profissões, justamente naquelas em que existe um contato mais próximo com as pessoas, e denominam o *burnout* de *stress* ocupacional assistencial ,utilizando o termo *Stress Ocupacional* (Firth,1985;Shoröder,Martin, Fontanais & Mateo).

É interessante notar que, freqüentemente, os mesmos fatores que podem determinar gratificação, realização e melhora da qualidade de trabalho também contêm o potencial de provocar sintomas que são usualmente descritos como decorrentes da chamada Síndrome do *Stress* Profissional e do *Burnout* (SINGSEN, 1989, p.403).

Na literatura, encontramos descrições de síndromes associadas às atividades profissionais de saúde. A síndrome do "*burnout*" hoje é considerada um dos desdobramentos mais importantes do *stress* profissional e tem sido reconhecida como uma condição experimentada por profissionais que desempenham atividades em que está envolvido um alto grau de contato com outras pessoas.

É um conceito desenvolvido na década de 1970 que tem como autores pioneiros Cristina Maslach, psicóloga social e Herbert J. Freudenberger, psicanalista. (MASLACH, C; JACKSON; S. & LEITER, M.P, 1996).

A maioria dos autores indica Herbert J. Freudenberger como o primeiro a utilizar essa denominação em seu artigo '*Staff Burn-out*', de 1974, com o objetivo de alertar a comunidade científica dos problemas a que os profissionais de saúde estão expostos em função de seu trabalho. (PEREIRA, 2002, p.21).

Para fazer frente à sintomatologia física e psicológica experimentada, o profissional acaba por desenvolver o que foi denominado por Maslach & Jackson, de *despersonalização*, isto é, passa a ter um contato frio e impessoal, até mesmo cínico e irônico, com as pessoas receptoras de seu trabalho, como os pacientes, pacientes, alunos, enfim usuários de seus serviços. (PEREIRA, BENEVIDES, 2002, p.45, 15).

De acordo com a pesquisa realizada por Benevides & Jiménez em 1999, um estudo para detectar se os psicólogos brasileiros, 110 sujeitos proveniente de vários estados brasileiros, 69,8% do sexo feminino e 29,1% do sexo masculino – idade

media situou-se em 39,86 anos, variando entre 22 anos a pessoa mais nova, e 72 anos a mais velha, a grande maioria possuía um companheiro.

Quanto às características profissionais, o tempo de profissão da amostra situando-se entre 1 a 42 anos, sendo a maioria (79 casos) autônomo, muitas vezes compartilhado com outro emprego em que o profissional era contratado(36 casos); 42% procurou completar sua formação através de uma especialização com diferentes orientações, 28,6% possui o título de mestre e 15,2% de doutor-apresentaram características atribuídas à síndrome de *burnout*, apresentando também a sintomatologia de *stress*.

De acordo com Benevides & Jiménez, no que se refere a um curso adicional de formação específica 83,64% apresentaram valores significativamente mais elevados em *Realização Profissional*; possivelmente esse incremento na formação tenha assegurado um preparo que veio a se refletir no desempenho do trabalho realizado; quanto ao fator idade revelou correlação negativa, quanto mais jovem, maior probabilidade de apresentar *burnout*.

Alguns autores mencionam as propriedades moduladoras da utilização do tempo livre ou atividades físicas (Barona, 1996, Freudenberg 1974, 1975, Guy 1995); no entanto, as diferenças apresentadas nessa pesquisa apenas denotaram uma tendência a maior sentimento de exaustão emocional e de sintomas de mal estar físico nos sedentários.

De acordo com Benevides (2002), ao ser perguntado sobre como sentiam a repercussão do trabalho em psicologia em relação à sua vida pessoal, 80,2% da amostra respondeu afirmativamente, interferindo em sua vida particular, denotando que o desgaste provocado pelo trabalho em psicologia acarreta um impacto negativo não só na vida profissional. Esses resultados evidenciaram que ¼ dos psicólogos que participaram dessa pesquisa apresentavam-se esgotados por causa de seu trabalho e evidenciavam atitudes de defesa na tentativa de minimização dessas conseqüências, como atitudes de distanciamento emocional.

Na medida em que o *burnout* é tido como a cronificação do *stress* e como o *stress* apresenta manifestações psicossomáticas diversas, foi também aplicado um inventário de sintomatologia de *stress*, o ISE (inventário de auto-informe, baseado nos sintomas referenciados na literatura como freqüentes ou característicos do *stress*). Quanto à sintomatologia do *stress* apresentada, em primeiro lugar se refere

aos sintomas físicos, tais como dificuldades com o sono, problemas gastrintestinais; em seguida os sintomas psicológicos como, por exemplo, sentir-se sem vontade de começar nada, estado de aceleração contínua e, por último, os sintomas sócio-psicológicos, isto é, aqueles que se originam ou dependem das relações interpessoais, porém ainda de caráter psicológico, tais como pouca vontade de comunicar-se, pouca satisfação nas relações sexuais. (BENEVIDES, 2002).

Maslach (1986) salienta que as causas do “*burnout*” não estão localizadas em traços permanentes das pessoas, mas em certos fatores situacionais e sociais específicos que podem ser influenciados e modificados.

A síndrome do “*burnout*” em profissionais da área de saúde é composta por sintomas somáticos, psicológicos e comportamentais. Os sintomas somáticos compreendem: exaustão, fadiga, cefaléias, distúrbios gastrintestinais, insônia e dispnéia. Humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, rigidez, negativismo, ceticismo e desinteresse são os sintomas psicológicos. A sintomatologia principal se expressa no comportamento: fazer consultas rápidas, colocar rótulos depreciativos, evitar os pacientes e o contato visual, são alguns exemplos ilustrativos. (RODRIGUES, 1998, p.112).

Um profissional que está “*burnout*” tende a criticar tudo e todos que o cercam, tem pouca energia para as diferentes solicitações de seu trabalho, desenvolve frieza e indiferença para com as necessidades e o sofrimento dos outros, tem sentimentos de decepção e frustração e comprometimento da auto-estima (NOGUEIRA - MARTINS, 2002- p. 130-14).

FRANÇA (1987, p.198) observa que o *burnout* atinge os médicos em geral, num grau maior ou menor, em algum momento de sua vida. Afirmar ainda que, após 10 a 15 anos de exercício na profissão, a sobrecarga da medicina é sentida com mais intensidade, tornando o médico mais vulnerável ao *burnout*.

Relata ainda que o *burnout* tem uma incidência predominante nos profissionais da área de ciências humanas, onde são vários os fatores que contribuem para isso; além do contato direto com sofrimentos do próximo.

No entanto, a profissão de psicólogo não apresenta apenas problemas, senão também aspectos positivos tais como: o desenvolvimento de uma maior capacidade de introspecção, maior sensibilidade ou habilidade de auto – reflexão. (London,R.W. 1977).

De acordo com BENEVIDES (2002), para avaliar o *Burnout* o questionário de auto-informe⁷, tem sido um dos instrumentos mais utilizados e, dentre estes, o MBI (Maslach & Jackson, 1981, 1986, 1996) vem sendo o mais empregado em todo o mundo, sendo um questionário auto-informe para ser respondido através de uma escala do tipo *Likert* de 7 pontos, indo de 0=nunca a 6=todos os dias. De seus 22 itens, 9 são relativos à dimensão *Exaustão Emocional*, 5 à *Despersonalização* e 8 à *Realização Profissional*. Benevides-Pereira & Moreno (2001), em estudo sobre o *burnout* em 98 psicólogos que desenvolviam seu trabalho na cidade de Madri, na Espanha, elaboraram o Inventário de Burnout para psicólogos. Nesse estudo, os psicólogos que não se submeteram a uma psicoterapia pessoal denotaram médias significativamente maiores no fator de *Despersonalização*; Calvette & Villa (2000) chamam atenção para a relação entre os valores da despersonalização e sintomas psicológicos, apontando para o caráter defensivo.

Freudenberger (1975 p.73) admite que outros profissionais, além dos que trabalham diretamente na assistência aos demais, também estão susceptíveis ao *burnout*; enfatiza que a diferença é que, no caso dos que trabalham em funções de ajuda, estes se encontram desenvolvendo uma batalha em pelo menos três frentes: diante das doenças da sociedade, das necessidades dos indivíduos que procuram por esses profissionais e das necessidades de si próprio.

⁷ Também denominados de instrumento de auto-preenchimento, ou instrumento auto - aplicável.

1.4 *Stress* Pós-Traumático Secundário e Fadiga do Psicoterapeuta

Segundo Portero & Ruiz, (1998, p.87) o *Burnout* também foi chamado de “A Síndrome do Assistente Desassistido”, pela reduzida consideração que se tem despendido ao trabalhador de serviços de assistência, em relação às condições e suporte no trabalho, enquanto que Gonzáles (1995, p.189), refere-se à “Síndrome do Cuidador Descuidado”, ao mencionar a desatenção do profissional de ajuda consigo mesmo. Cabe citar o ditado popular: “em casa de ferreiro, o espeto é de pau, o que é pertinente neste sentido”.

O que é *stress* e pós - traumático secundário? O Manual Estatístico e Diagnóstico - DSM III da Associação Americana de Psiquiatria (1989, 264-267) incluiu, pela primeira vez, em 1980, o diagnóstico de Desordem do *Stress* e Pós - Traumático (DEPT), para descrever sintomas que afetam pessoas que passaram por um acontecimento psicologicamente doloroso. Incluem-se, nessa categoria, ocorrências fora da faixa habitual da experiência humana, que representam sérias ameaças à vida da pessoa ou a de seus filhos e parentes próximos, tais como desastres naturais (terremotos, acidentes) ou desastres deliberados (tortura abuso de poder).

Esse manual também esclarece que o trauma pode ser vivenciado diretamente ou secundariamente através da tomada de conhecimento de ameaças e danos à integridade física de amigos, parentes ou pessoas próximas.

O DEPTS — Desordem do *Stress* e Pós Traumático Secundário pode ser definido como os comportamentos e emoções naturais resultantes da tomada de conhecimento de eventos traumatizantes experimentados por outros significativos.

Consiste num processo de exaustão emocional gradual, relacionada a um trabalhar excessivo, mas que não se resolve com férias apenas. É uma erosão gradual do espírito do terapeuta e envolve uma perda de confiança e fé na própria capacidade de ajudar.

Pines (1993) acredita que somente os profissionais que possuem altos ideais e motivações experimentam essa síndrome, como se ela representasse uma tensão entre a necessidade de ajuda do profissional e os problemas reais envolvidos no trato de pessoas.

Um outro aspecto salientado por Cukier (2002) é quanto à expectativa irrealista psicoterapeuta, também a urgência de ser visto como útil, o que, a seu ver lhe assegura sua habilidade profissional, podendo transformar a compaixão do psicoterapeuta em pressão para que o paciente efetive mudanças em sua vida; por outro lado, a piora do paciente pode levar o terapeuta a se sentir ineficiente e frustrado.

A autora relata ainda que lidar com pessoas que tendem a nos idealizar leva a dois erros mais comuns: **1.** Assumir que elas estão corretas, que somos maravilhosos e continuar fazendo coisas para que elas continuem fazendo coisas para continuar a nos idealizar. **2.** Ficar tão ansiosos que podemos fazer tudo para decepcioná-las, cometendo erros estúpidos, ou nos colocando muito simétricos com o paciente.

Na realidade, o papel de terapeuta nos coloca num lugar de um certo poder que devemos estar preparados para assumir, sem exageros e durante algum tempo. Cukier (2000) relata que nunca se esqueceu de um supervisor que dizia para faltar de vez em quando e nem sempre repor sessões. *“As imperfeições do terapeuta sevem para ir corrigindo esta idealização excessiva do paciente”*. (SINGSEN, KELLER, 1989).

De acordo com Kahill (1988), revendo a pesquisa empírica sobre essa síndrome, identificam-se cinco categorias de sintomas:

- 1.** Sintomas físicos (fadiga, e exaustão física, dificuldades de sono, somatizações como dores de cabeça, distúrbios gastrintestinais, gripes, etc.).
- 2.** Sintomas emocionais (irritabilidade, ansiedade, depressão, culpa, sensação de impotência)
- 3.** Sintomas comportamentais (agressão, frieza, pessimismo, cinismo, abuso de drogas)
- 4.** Sintomas profissionais (largar o emprego, trabalhar mal, faltar, chegar atrasado, trabalhar exageradamente sem folgas etc).
- 5.** Sintomas interpessoais (inabilidade de concentração, evitamento de contato com pacientes e colegas, dificuldade com vida pessoal etc).

Duton e Rubinstein (1995, p.85) acham que os indicadores desse quadro reproduzem, no terapeuta, alguns dos sintomas conhecidos da síndrome do *stress* pós-traumático:

1. Emoções de *stress* e que incluem: tristeza, luto, depressão, ansiedade, medo e terror, raiva, ódio, vergonha.
2. Imagens intrusivas do material traumático do paciente em pesadelos, por exemplo, ou em fantasias acordadas com flashes visuais.
3. Dificuldade de trabalhar com a dissociação do paciente.
4. Queixas somáticas tais como: dificuldades de sono, dores de cabeça, problemas gastrintestinais e palpitações.
5. Comportamento aditivo e compulsivo, incluindo abuso de drogas, alimentação e trabalho compulsivos.
6. Dificuldades com o funcionamento social cotidiano e com os papéis da vida privada, tais como: cancelamento de compromissos, uso decrescente de terapia e supervisão, atraso crônico, decréscimo de auto-cuidado, auto-estima e sentimentos de isolamento e alienação.
7. Excitamento fisiológico.

Covolan, em sua tese de mestrado pela PUC-Campinas em 1989, “O *stress* ocupacional do psicólogo clínico: seus sintomas, suas fontes e as estratégias utilizadas para controlá-lo” investigou 84 psicólogos, 20 homens e 64 mulheres, com atividade clínica particular na região de Campinas – São Paulo. Observou que um número equivalente a 61% dos psicólogos considerou a profissão pouco *stressante* e 32,1% dos sujeitos a considerou muito *stressante* “.

Os sintomas apresentados com maior freqüência se referem ao “burnout”, ou seja, tensão muscular e cansaço, relacionado à prática da atividade profissional. As fontes consideradas mais *stressantes* estão ligadas a problemas econômico-financeiros, a eventos que indicam insegurança e, por último, sentimentos que envolvam impotência e fracasso. Dentre as fontes apresentadas, a que obteve nota mais alta foi “a tentativa de suicídio por parte dos pacientes”. Sugere que outras áreas de atuação do psicólogo sejam pesquisadas (organizacional pesquisa etc., aplicando e adaptando devidamente o “Questionário do *Stress* do Psicólogo no Exercício Profissional”).

Em sua pesquisa Covolan faz um alerta que, pela própria característica da profissão, “*pode-se deduzir que psicólogos stressados poderiam omitir suas dificuldades e com isso aumentar o nível de prejuízo a si próprios e, conseqüentemente, a seus pacientes*”.

Conforme Grusch & Olsen (1994), nós, psicoterapeutas, enquanto passamos horas e horas ouvindo e sendo empáticos a outras pessoas, descuidamos das próprias famílias e de nós mesmos. Depois de um longo dia vendo pacientes, quantos psicoterapeutas se sentem realmente dispostos a lidar com as queixas cotidianas de seus filhos e companheiros (as), ou mesmo quantos conseguem fazer ginástica ou uma refeição equilibrada?

Berkowitz (1987) ressalta outro fator de desgaste; o fenômeno da “*atenção não – recíproca*”; o autor relata que os psicoterapeutas parecem preparados para trabalhar com a dor dos outros, com o *stress*, mas não parecem preparados para a falta de reciprocidade do paciente. O dar constante numa relação de mão única, sem feedback ou sem sucesso, que se percebe perceptível, é muito difícil para qualquer pessoa e, especialmente, quando se trata de uma pessoa que se tornou terapeuta para compreender suas próprias raízes disfuncionais.

Cukier (2002) relata que, em um estudo conduzido por Michael Mahoney, “*problemas como sobrepeso, dificuldades de conciliar o sono, exaustão generalizada, foram algumas das questões freqüentes dentre os psicoterapeutas entrevistados*”. (CUKIER,p.60)

A autora discute ainda se a escolha da profissão é realmente uma escolha ou um destino, esperado desde a infância, através das disfuncionalidades da família primária do psicoterapeuta.

Nesse mesmo artigo explica que a teoria sistêmica poderia dar uma compreensão, buscando entender a pessoa através do impacto que os sistemas que a envolvem têm em sua vida. Cukier apresenta o conceito de causalidade circular: parece útil aplicar nessa questão da fadiga do terapeuta, segundo a autora, todos os sistemas estão relacionados, portanto qualquer mudança afeta os indivíduos e o sistema como um todo. (CUKIER, p.60).

1. Pressões da família atual e vida pessoal: Alguns autores relacionam o sucesso na carreira com a meia idade do profissional, mostrando que geralmente é por volta de 40 a 50 anos que o profissional atinge o seu ápice de efetividade; é também nesta idade que fatos da vida costumam trazer insatisfação, tais como: crise de casamento, envelhecimento, menopausa para as mulheres, casamento dos filhos etc. Viver essas crises existenciais e, ao mesmo tempo, tratar de pessoas carentes e necessitadas pode ser exaustivo e *stressante*.

2. Questões com a família de origem: Segundo Bowen e sua teoria da diferenciação do self, as pessoas lidam com as dificuldades de suas famílias de origem com um grande número de respostas, em um continuum que vai desde romper as relações familiares até se fundir completamente com ela. Tal fusão ou afastamento total são soluções extremistas em que não existe a diferenciação do *self*, deixando um trabalho a ser feito nas relações contemporâneas do indivíduo.

O ambiente profissional é extremamente propício de se tornar uma segunda família, relata Cukier; onde as pessoas tentam jogar ou jogam papéis semelhantes àqueles da família de origem e onde repetem a mesma dramática história.

3. Pressões advindas dos pacientes: Além das preocupações com a evolução e gravidade dos casos, existem outros fatores que desgastam o profissional; Berkowitz (1987) ressalta outro fator de desgaste, o fenômeno da “*atenção não – recíproca*”, o autor relata que os psicoterapeutas parecem preparados para trabalhar com a dor dos outros, com o *stress*, mas não parecem preparados para a falta de reciprocidade do paciente.

Conforme Cukier, o trabalho de um psicoterapeuta implica em um constante “ligar-se e desligar-se afetivo” a outra pessoa; como é difícil lidar com o abandono do paciente, ou mesmo quando é tirado do processo pelos pais pagantes, de uma forma abrupta, sem explicações, dificultando o trabalho de elaboração da perda e luto. Sobretudo jovens terapeutas, nos primeiros anos de suas carreiras se ressentem profundamente dessas perdas, desse súbito desinvestimento de uma relação que supunham ser forte e produtiva

4. Pressão no trabalho, problemas sociométricos, pressões advindas das condições do trabalho: Conforme Cukier (2002, p.64), a profissão de psicoterapeuta contém algumas expectativas irrealistas em termos de curar pessoas, de forma elegante e rentável. As condições, o preço do trabalho como psicoterapeuta, assim como sua sociometria deixam muitas vezes a desejar. Os que trabalham em serviços comunitários se frustram, desde as condições do local, a frequência dos atendimentos até a falta de remuneração; e mesmo aqueles que trabalham em consultório particular amargam muitas vezes a falta de pacientes pagantes, a baixa remuneração dos convênios médicos, a instabilidade própria de uma carreira liberal, carecendo de gratificações.(CUKIER, 2002, p.61).

Esta figura mostra as pressões vindas de vários sistemas de relação que envolvem o profissional de saúde.

1. PRESSÕES DA FAMÍLIA ATUAL

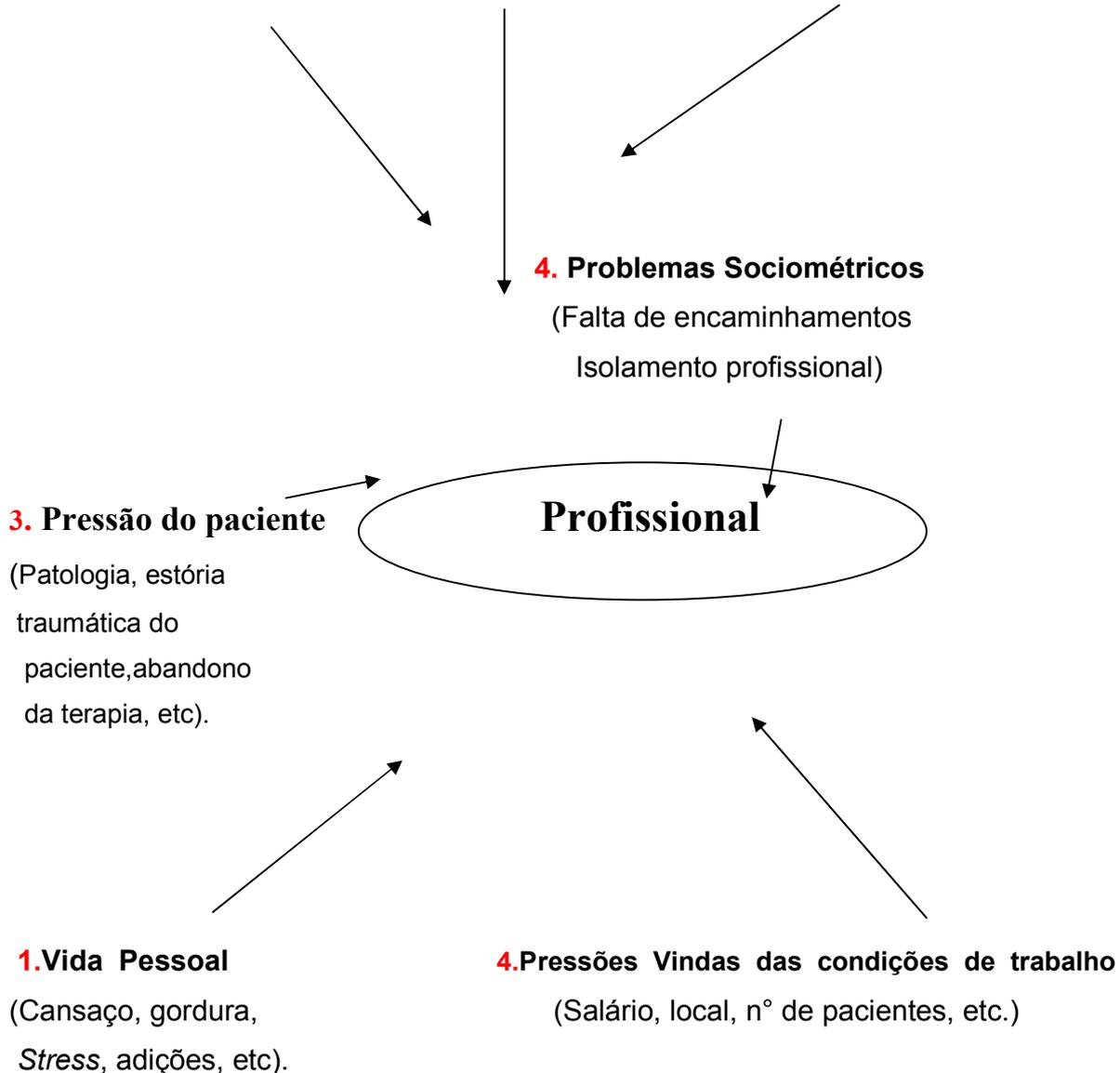
(Filhos e Cônjuge que demandam mais atenção)

4. PRESSÕES NO TRABALHO

(Atender maior n° de paciente problemas com chefias, etc.)

2. QUESTÕES COM A FAMÍLIA DE ORIGEM

(Abusos variados, auto-estima rebaixada ,etc)



(CUKIER, 2002, p.60).

1.5 A PERSPECTIVA PSICOSSOMÁTICA DO *STRESS*.

“Qualquer coisa que aumente, diminua, limite ou amplie o poder de ação do corpo, vai aumentar, diminuir, limitar ou ampliar o poder de ação da mente. E qualquer coisa que aumente, diminua, limite ou amplie o poder de ação da mente, vai aumentar, diminuir, limitar ou ampliar o poder de ação do corpo”. ESPINOSA, 1632–1677^{8*}

O relacionamento entre mente e corpo tem fascinado filósofos e cientistas através da história. A medicina está gradualmente começando a considerar pensamentos, emoções e influências ambientais como fatores biológicos evidentes nos processos de doença e saúde. O ponto de partida das pesquisas nesta área foi a psique do paciente, a partir da análise de seus conflitos, padrões de caráter e mecanismos de defesa do ego, que intervêm entre os eventos de vida e a doença. (PANCHERI, 1978; KUBIE, 1953; LIDZ, 1959).

A psicossomática procede da psicanálise, hoje, porém, constitui uma disciplina em si; dentro da fase inicial da psicossomática encontramos Franz Alexander, do Instituto de Psicanálise de Chicago, que trouxe importantes contribuições para essa área nova que se iniciava; a Escola de Chicago foi fundada em 1930 por Alexander e outros psicanalistas, retomando as concepções freudianas de neurose, realizaram pesquisas sistemáticas dentro desse novo campo.

No final dos anos 50, Pierre Marty, junto com M' Uzan, M.Faria e outros, fundaram a Escola Francesa de Psicossomática.

De acordo com Marty (1993), frente à situação de *stress*, os pacientes psicossomáticos, por incapacidade de simbolizar, reagiriam com uma doença somática; a dor representaria, segundo Marty, “*um sintoma subjetivo expresso de maneiras diversas que possuem sempre uma significação*” (p.35). As doenças tais como gastrite e úlcera, asma, hipertensão, arterial e outras afecções somáticas podem ser consideradas como a fixação somática. Conforme o autor, elas são desencadeadas por um traumatismo psicofísico que desorganiza momentaneamente o aparelho mental, podendo chegar a uma regressão psíquica, a qual precedeu ou acompanhou a regressão somática. Tanto Alexander como

⁸ Em seu notável livro Antonio Damásio (2004), lembrando o leitor que Baruch Spinoza – o grande filósofo do século XVII - antecipou as descobertas neurológicas que despontariam muito tempo depois, no final do século XX.

Marty abordam o aspecto regressivo presente nos sintomas dos pacientes somáticos.

Dentro da contemporaneidade, Lipowiski (1984) define psicossomática como:

“É um termo que se refere à inseparabilidade e interdependência dos aspectos biológicos da humanidade. Essa conotação pode ser chamada de holística, na medida em que ela implica uma visão do ser humano como uma totalidade, um complexo mente-corpo imerso num ambiente social”. (LIPOWISKI, 1984, p.167).

Sempre houve uma tendência, tanto do campo da filosofia quanto no da primitiva ciência médica, de separar o corpo da mente, explicitando a união do psíquico com o somático; desde o final de 1940, o termo ‘psicossomático’ adquiriu essa grafia unificadora e passou a ser empregado como substantivo para designar, no campo da medicina, a decisiva influência das causas psicológicas na determinação das doenças orgânicas, assim admitindo uma inseparabilidade entre ambas. (ZIMERMAN, D.2005)

Conforme Pert (1997, p.17), os modelos psicossomáticos e holísticos, vêm ganhando força nas últimas duas décadas, tais modelos vêm substituindo o modelo biomédico; vemos, então, a importância que é dada à parte psicológica, interferindo nos processos do corpo e já é estudado como isso se dá por meio da vias nervosas e hormonais.

Quebrando a palavra psicossomática em partes, ela se torna psyche, significa mente ou alma, e soma que significa corpo. Embora o fato de que a fusão numa palavra sugere algum tipo de conexão entre as duas, esta conexão é um preconceito na maioria de nossa cultura, sugerindo que isto poderia ser imaginário, irreal, não científico.

Estamos entrando no campo místico, onde os cientistas têm sido oficialmente proibidos tratar desde o século dezessete. Foi quando René Descartes, o filósofo e criador pai da medicina moderna, foi forçado a fazer um tratado concordando com o Papa a fim de obter um corpo humano, de que ele precisava para dissecação.

Descartes concordou que ele não teria nada a fazer com a alma, a mente, ou com as emoções – esses aspectos da experiência humana estavam exclusivamente, naquela época, sob a jurisdição da igreja – se ele pudesse reivindicar o corpo real como seu.

Segundo Pert, (1999.p.18) esta barganha deu o tom e a direção para a ciência ocidental durante os dois próximos séculos, dividindo a experiência humana em duas distintas e separadas esferas que poderiam nunca se sobrepor, criando a situação desequilibrada que foi a corrente principal da ciência.

Cresce o número de cientistas que reconhecem que nós estamos no meio de uma revolução científica, um novo paradigma é substituído com tremendas implicações em prol de lidar com a saúde e a doença. A era Cartesiana, como tem sido conhecido o pensamento filosófico Ocidental desde Descartes, tem sido dominado pela metodologia reducionista com tentativas de entender a vida. O pensamento Reducionista Cartesiano está agora no processo de acrescentar alguma coisa muito nova e estimulante – e holístico. (PERT, C.1999 p.18).

Concordando com a autora acredito que praticamente toda a doença, se não tem uma origem psicossomática, tem um componente com explicações psicossomáticas.

Segundo Vasconcellos (2000, p.29), a psicossomática do final do século passado, com Groddeck, Freud, Adler, Schur, Ferenczi, Reich e, no início deste século, Alexander, Dunbar, Mitscherlich, McDougall, Ballint, Marty e muitos outros, balançou os alicerces da medicina clássica, organicista, introduzindo no conceito de enfermidade a dimensão psíquica com suas estruturas emocionais e mentais.

Conforme Zimerman, D. (2003), ninguém mais contesta a inequívoca interação entre o psiquismo determinando as alterações somáticas e vice-versa, permitindo exemplos que vão desde a mais simples e corriqueira evidência de estados de raiva ou de medo produzindo palidez e taquicardia; sentimento de vergonha levando a um enrubescimento; um estado gripal desencadeando uma reação depressiva e, reciprocamente, um estado depressivo facilitando o surgimento uma gripe etc, passando por situações da mais variadas complexidade. Igualmente as psicossomatizações podem atingir níveis bem complexos e ainda inexplicáveis, como comprovam a *psiconeuroimunologia* e dados de observações clínicas como o de instalações de quadros cancerígenos diante de perdas importantes.

Mello Filho (1992) salienta a importância de termos consciente que o conflito é um grande gerador de problemas, a ponto de produzir alterações nas funções orgânicas que, de acordo com a frequência, intensidade e persistência, podem acarretar alterações na vida celular e ocasionar lesões. Esse quadro piora quando as

emoções são muito contidas e inadequadamente expressas, normalmente por excesso de hostilidade ou de submissão, relata o autor.

Conforme Vasconcellos (1998), uma descoberta surpreendente da neurociência moderna que transforma profundamente a concepção dos aparelhos nervoso e imunológico é a de que as células imunológicas produzem neurotransmissores e que os neurônios, por sua vez, também secretam imunopeptídeos. (VASCONCELLOS, p.137)

Ao que se refere às emoções, Pert (1997), em suas pesquisas, demonstrou que agentes químicos são substratos fisiológicos das emoções. A autora relata que as células se comunicam através de sinapses e que os *peptídeos* (são pedaços minúsculos de proteínas, consistindo de um cordão de aminoácidos, dispostos como contas de um colar), possuem a habilidade de se ligarem a outros peptídeos transmitindo informações. Assim os neuropeptídeos, que são formados por longas cadeias de aminoácidos, como uma pequena de proteínas, sabe-se que mais de 50 deles ocorrem no cérebro e muitos deles têm sido implicados na modulação e na transmissão de informação neural, foram nomeados por Pert de ‘moléculas da emoção’; essas ‘moléculas da emoção’ percorrem todos os sistemas do nosso corpo, parecendo ‘micro cérebros móveis’, levando informações de emoções para todas as células.

O primeiro tipo de ligação contém os neurotransmissores clássicos (moléculas relativamente pequenas e simples), essas pequenas moléculas são de difícil controle, são cerca de 60 neurotransmissores, sendo identificados em 4 categorias, entre eles estão: a acetilcolina, norepinefrina, dopamina, histamina, glicina, seratonina e GABA (ácido gama-amimoburitato).

O segundo tipo de ligação é composto por esteróides (um composto orgânico (lipídio) de ‘gordura solúvel ‘ que ocorre em todos os reinos, vegetais e animais e desempenham papéis importantes), os esteróides são bem diversos e incluem moléculas como o colesterol, através da bioquímica podem se transformar em hormônios sexuais: testosterona, estrógeno e progesterona ou em outros tipos de hormônios, como o cortisol, que são secretados pelas glândulas adrenais quando o indivíduo está sob *stress*.

A terceira categoria é a que Pert (1999) classificou como “moléculas da emoção”, esses receptores que são moléculas compostas por ínfimos aminoácidos,

ou seja, proteínas, que se aglomeram na membrana celular, esperando que a chave química certa chegue a eles através do fluido extracelular. A chave química, ao se ligar ao receptor, transmite a informação que ele carrega, estabelecendo a ligação; ao receber a mensagem, o receptor a transmite ao interior da célula, podendo ser modificada bioquimicamente, o que pode provocar no indivíduo mudanças de comportamento, atividades físicas ou mesmo humor.

Conforme Lipp (2001), a fim de que um certo acontecimento atue como um *stressor*, ele precisa primeiramente ser percebido por um dos receptores do sistema nervoso periférico; as mensagens são então levadas pelos sistemas sensoriais para o cérebro e são integradas com as representações anteriormente adquiridas pela pessoa em decorrência de sua história de vida.

A conexão resultante é retroalimentada para o sistema límbico com a interpretação emocional; desse modo, relata Lipp, a avaliação de um determinado evento como bom, mau, amedrontador, prazeroso etc. depende do valor e da interpretação que o sistema límbico lhe oferece. O evento, em si, percebido pelos órgãos sensoriais, é interpretado de acordo com a história de vida do ser humano, de seus valores e de suas crenças; a reação ao *stress* desenvolve-se quando a interpretação sinaliza para o organismo a presença de um evento que demanda alguma ação protetora. (LIPP, p.21)

Pert (1999) acrescenta que deveria dizer, primeiramente, que muitos cientistas descrevem a idéia de uma base bioquímica para emoção como ultrajante. Na verdade, diz a autora, vem de uma tradição onde os livros textos de psicologia experimental (que focam na observação e na mensuração) nem mesmo continham a palavra *emoção* no índice, e foi com um pouco de medo que Pert ousou começar a falar sobre a bioquímica da emoção. (PERT, p.81)

No livro *A Expressão das Emoções no Homem e nos Animais*, Darwin (1872-2000) explicava como todas as pessoas têm em comum as expressões faciais, algumas das quais são compartilhadas pelos animais. Por exemplo, um lobo mostrando as presas usa a mesma musculatura facial, como qualquer ser humano usa quando está com raiva ou ameaçado.

A mesma fisiologia da emoção comum tem sido freqüentemente preservada e usada através de toda a evolução da espécie, no fundamento da universalidade desse fenômeno; Charles Darwin já especulava que a emoção poderia ser a chave

para a sobrevivência de uma melhor adaptação. O ponto de vista de Darwin era que, se as emoções estão largamente espalhadas através do reino animal e humano, provando que no processo da evolução, elas são um processo crucial de sobrevivência, estando intrinsecamente ligadas à origem das espécies. (PERT, p.81).

Os cientistas realmente concordam que existe uma evidência experimental científica clara de que as expressões faciais de raiva, medo, tristeza, satisfação e nojo são idênticos se um esquimó ou Italiano esteja sendo estudado. As expressões faciais que registram outras emoções, tais como surpresa, desprezo, vergonha/culpa, são provavelmente culturais, e que há provavelmente mais emoções baseadas geneticamente a serem descobertas. (PERT, p.84)

Conforme Cunha (1999), "*Emoção: significa comoção, abalo moral. Vem do francês émotion, formado pelo modelo motion, do latim motto-onis*". Apareceu pela primeira vez na língua portuguesa no século XVIII (CUNHA, 1999, p.292).

Marino (1975) define emoção como:

*...uma emoção é antes uma reação aguda, que envolve pronunciadas alterações somáticas, experimentadas como uma sensação mais ou menos agitada. A sensação e o comportamento que a expressam, bem como a resposta fisiológica interna à situação – estímulo, constituem um todo intimamente relacionado, que é a **emoção propriamente dita**. Assim, emoção tem ao mesmo tempo componentes fisiológicos, psicológicos e sociais - desde que as outras pessoas constituem geralmente os maiores estímulos emotivos em nosso meio civilizado."*

Segundo outra definição sugerida pelo autor, emoção é a maneira pela qual sentimos e agimos; podendo ser considerada como uma tendência que o organismo possui para se aproximar ou se afastar de um objeto, seguida por determinadas alterações somáticas – um impulso para agir e um elemento de alerta, uma vividez ou superconsciência dos processos mentais. O oposto também pode acontecer: depressão dos movimentos.

De acordo com Pert (1999), a emoção para ela tem um sentido mais amplo; inclui não só a experiência familiar humana como *raiva, medo e tristeza*, com também *alegria, contentamento e coragem*, mas também sensações básicas como

prazer e dor, incluindo os “*estados dos instintos*” estudados pelos psicólogos experimentais, como *fome e sede*. Além das emoções e estados mensuráveis e observáveis, Pert inclui também a uma grande variedade de outras emoções intangíveis, experiências subjetivas, que são provavelmente únicas no ser humano, tais como *inspiração espiritual, espanto, felicidade e outros estados de consciência*, que nós todos experienciamos. (PERT, 1999, p.82).

Os experts – os teóricos da emoção que têm seus próprios dados científicos para interpretar – discordam sobre muitas coisas, inclusive se os sentimentos são os mesmos que as emoções, quantas emoções básicas ou profundas existem realmente, ou até mesmo se estas são questões úteis afinal de contas!

Robert Plutchik, um professor de Psicologia da Universidade de Hofstra, cuja pesquisa sobre emoções influenciou Pert na época de estudante, propôs uma teoria de oito emoções primárias – *tristeza, nojo, raiva, antecipação, alegria, aceitação, medo e surpresa* - os quais, muito parecidos com as cores primárias, poderiam ser misturados e ter outras emoções secundárias. Por exemplo, *medo + surpresa = **alarme**, alegria + medo = **culpa*** etc; outros fatores tais como *intensidade e duração da emoção* são levados em consideração, existem facilmente centenas desses estados emocionais sutis.

No entanto, há controvérsias entre autores em se distinguir, classificar e enumerar emoções e sentimentos. Damásio (2004, p.37) relata que as emoções precedem o sentimento e justifica da seguinte forma: “*As emoções foram construídas a partir de reações simples que promovem a sobrevivência de um organismo e que foram facilmente adotadas pela evolução*”. E quando Damásio se refere às emoções primárias, eleger as seguintes emoções: *medo, raiva, nojo, surpresa, tristeza e felicidade*.

Conforme Harald C. Traue, 2005, o modelo de saúde e doença postula uma conexão entre emocionalidade inibida e as perturbações da saúde, é um padrão de caminho não - determinista, que define caminhos neurobiológicos, sociocomportamentais e cognitivos entre o *stress* e a ativação emocional e seu processamento pela inibição e por conseqüências clínicas.

“A inibição das emoções leva à doença através dos caminhos neurobiológicos, sociocomportamentais e cognitivos. E, mesmo que o comportamento emocional não cause a

doença, ele pode mantê-la ou adiar o restabelecimento. Uma superexcitação fisiológica pode causar os mesmos efeitos negativos que um sistema endócrino superestimulado, ou um sistema imunológico desregulado. A cura é intensificada pelos cuidados dispensados pelo meio social. O processamento de emoções inibidas em si mesmo não causa doenças, porém pode influenciar o curso delas". (TRAUE.H, 2.005, p.84).

A experiência interna e a expressão de emoções são freqüentemente o foco de atenção na psicoterapia; nela, o comportamento emocional não pode ser considerado separadamente dos processos cognitivos e ações, visto que essas funções podem causar emoções e também são influenciadas por ela. Quando as pessoas que são expressivas utilizam a inteligência emocional, elas são bem sucedidas na construção de um sistema de apoio social que, sob condições *stress* antes, talvez possa servir de anteparo contra o *stress* e reduzir os efeitos prejudiciais à saúde. (TRAUE, 2005, p.103).

Conforme o artigo de Walter. Chip⁹ (2007), estudos mostram que a lágrima de emoção é uma exclusividade da espécie humana, podendo ser uma estratégia adaptativa; chorar é uma forma de zerar nosso contador emocional, estando de acordo com Lowen, A. (1995; 1997), ao dizer que chorar é uma emoção que alivia e que sempre temos um motivo para chorar.

De fato, não foram só os psicoterapeutas e acadêmicos contemporâneos da Medicina Psicossomática que descobriram os efeitos prejudiciais da inibição emocional para a saúde emocional. Os rituais de abertura emocional em grupos étnicos e antigos épocas históricas foram, atualmente removidos de seu contexto principalmente religioso, e substituídos pela psicoterapia moderna, passaram por uma forma secularizada de profissionalização, bem como uma ampla proliferação de conceitos psicológicos na vida cotidiana.(TRAUE, 2005, p.103).

Enquanto a abordagem de eventos da vida foca o *stress* como o estímulo que gera vulnerabilidade generalizada a doenças, o movimento psicossomático partiu do interesse em identificar os mecanismos pessoais de resposta, que colocam certos

⁹ Revista de Psicologia, Psicanálise, Neurociências e Conhecimento Viver Mente e Cérebro (n° 169 p.81 fevereiro/2007).

indivíduos, em virtude de sua personalidade e história de vida, sob risco seletivo para certas doenças. (ZEGANS, 1992, p.151).

Em tese, qualquer tipo de doença psicossomática pode se manifestar no paciente ansioso e *stressado*. Além disso, do ponto de vista emocional, o *stress* está intimamente relacionado à depressão, à síndrome do pânico, aos transtornos da ansiedade e às fobias. Isso tudo sem contar uma vasta lista de sintomas (não doenças) que acompanham o paciente nesse estado. (BALLONE, 2002.)

Conforme Vasconcellos,

“É difícil encontrar um livro sobre psicossomática que não dedique um capítulo aos conhecimentos da teoria de stress e seus processos no eixo neuroendócrino hipotálamo – hipofisário – supra – renal; limitando-se a explicar os processos biológicos, a teoria de stress não interfere e muito menos impede que psicólogos em diferentes áreas, corporal, existencialista, gestaltista, corporal e até mesmo espiritualista, utilize sua teoria terapêutica”
(VASCONCELLOS 2000, pp.35 e 36).

O autor constata ainda que é comum que a maioria das pessoas que falam de *stress* como também das que o pesquisam permaneçam utilizando o conceito extremamente arcaico do incansável pesquisador, Hans Selye; o seu conceito já passou por tantas outras ampliações que ele não vê mais sentido em continuar usando o modelo original como se ele fosse o único; a literatura americana tem produzido muito a esse respeito e recomenda a todos que queiram trabalhar ou pesquisar nessa área que examinem as últimas e, portanto, mais modernas publicações sobre *stress*. (VASCONCELLOS, 1998, pp.137,138).

“... O conceito de homeostase precisa ser, portanto, revisto, se ele se propõe, ou quando ele se propõe sugerir um estado de equilíbrio ou repouso, uma vez que, conforme vimos antes, nenhum corpo consegue viver permanentemente em repouso. Nosso organismo, com seus diversos sistemas é alta e profundamente alternante”.
(VASCONCELLOS, 2.000, p. 17).

Quando um corpo está em equilíbrio homeostático, vários indicadores – como temperatura, nível de glicose e outros – estão mais próximos do “ideal”.

A palavra homeostasia descreve esse conjunto de processos de regulação e, ao mesmo tempo, é o resultante de um estado de vida bem regulada.

Para Damásio (2004), a palavra homeodinâmica, criada por STEVEN ROSE, é ainda mais apropriada do que homeostasia, porque sugere o processo de procura de um ajustamento, e não um ponto fixo de equilíbrio.

Conforme Damásio (2004), todos os organismos vivos, desde a humilde ameba até o ser humano que precisa de raciocínio, nascem com dispositivos que solucionam, automaticamente, os seguintes problemas básicos:

- Encontrar fontes de energia.
- Incorporar e transformar energia.
- Manter, no interior do organismo, um equilíbrio químico compatível com a vida.
- Substituir os subcomponentes que envelhecem e morrem, de forma a manter a estrutura do organismo.
- Defender o organismo de processos de doença e lesão física. (DAMÁSIO, 2004, p.38).

Segundo esses autores, tanto o ‘cérebro emocional’ quanto o ‘cognitivo’ recebem informações do mundo exterior e podem cooperar ou competir entre si sobre o controle do pensamento, das emoções ou do comportamento. Assim, há uma relação estreita entre o poder da ação do corpo e a ação da mente.

De acordo com Schreiber (2004) *“O cérebro emocional está mais intimamente relacionado ao corpo do que o cérebro cognitivo, razão pela qual é muito mais fácil acessar emoções pelo corpo do que pela linguagem verbal”*. (SCHREIBER, p.33)

Toda vida animada e “inanimada” é profundamente dinâmica; também é assim na nossa vida, também é assim com a doença. Ainda que tenhamos a mesma doença nunca adoecemos da mesma forma. Portanto, o desequilíbrio é o estado natural das coisas, talvez devêssemos falar de um estado de relativo equilíbrio, ou seja, de um estado com oscilações com variações menores.

Sapolsky (2003) descreve que, na ansiedade, parece haver um massacre no sistema límbico. A região que controla as emoções é a estrutura primariamente afetada: a amígdala envolvida na percepção e na resposta a estímulos que evocam medo. É interessante notar que a amígdala é também o centro da agressão.

Para realizar o seu papel de censora de ameaça, relata-nos Sapolsky, a amígdala recebe informações dos neurônios da camada mais externa do cérebro, o córtex, onde ocorrem muitos processamentos de nível superior. Algumas dessas informações chegam de partes do córtex que processam informações sensoriais, incluindo áreas específicas que reconhecem os diferentes rostos, como também do córtex frontal que está envolvida com associações abstratas. A amígdala também capta a informação sensória da cortical; como resultado, uma ameaça pré-consciente subliminar pode ativá-la, mesmo antes de se tornar consciente. (2003, pp.79-87).

De acordo com Solomon & Amkraut (1981), se o sistema nervoso central influencia a função imunológica, conseqüentemente o *distress* emocional pode alterar a incidência ou severidade das doenças que afetam a resistência ou deficiências imunológicas. Existe a expectativa de que a manipulação experimental de partes do sistema nervoso central afete os processos imunológicos. As células envolvidas nesses processos possuem receptores neuroendócrinos e neurotransmissores, que podem ser instrumentos para influência cerebral. (Referências experimentais: SOLOMON & AMKRAUT, 1981; STEIN, KELLER & SCHLEIFER, 1976; ROGERS, DUBEY & REICH, 1979: In: Sapolsky, 2003, p.80).

Pert acredita que as emoções são elemento chave no cuidado com a saúde, porque nos permite entrar na conexão corpo-mente; ao entrar em contato com nossas emoções, ouvindo e direcionando-as através da rede psicossomática, nós ganhamos acesso à sabedoria curadora que é um direito biológico de todos. (PERT, 1999, p.154),

E como podemos fazer isso? Para a autora, primeiro devemos tomar conhecimento e assumir todos os nossos sentimentos, não apenas os chamados positivos como o *amor, alegria, prazer*; mas, também, *raiva, tristeza, medo*, pois elas não são negativas, mas, sim, vitais para a nossa sobrevivência, nós precisamos da *raiva* para definir os limites; da *tristeza* para lidar com nossas perdas e o *medo* para nos proteger do perigo.

De acordo com Nappi (2006)

“A raiva é considerada uma emoção negativa, geralmente acompanhada de impulsos de retaliação agressivos e quando um indivíduo tem acesso de raiva, é como se ele perdesse o controle, fosse um outro ser. E como a raiva é geradora de impulsos violentos, tanto em

relação ao que ofendem as pessoas, como contra quem sente raiva, passa a ser perigoso vivenciar e expressar esta emoção” (NAPPI, M.M.T. 2006,p.116)

Nappi, explica que a raiva é necessária para competir, impulsionar ações. Observando que as mulheres não sabem ainda lidar com a raiva, entrar em contato com sua raiva, e saber competir numa sociedade onde ainda existe o domínio patriarcal é muito difícil. Quanto aos homens eles demonstram mais vivências de injustiças, de frustrações do que as mulheres em sua pesquisa.

Segundo a autora, questiona se existe uma diferença em relação ao condicionamento cultural das mulheres, aparentando submissão, podendo ter passado a desenvolver um mecanismo de negação em relação a esta emoção. Na pesquisa realizada por Nappi, (2004) foi usada o Inventário de Expressão da Raiva e Traços (STAXI), pois fornece medidas da expressão da raiva.

De acordo com Spielberg (1992), autor do inventário, a raiva possui dois componentes: estado e traço da raiva. A expressão da raiva está relacionada com a direção da raiva e tem quatro componentes: raiva para dentro, raiva para fora, controle de raiva e expressão da raiva. Segundo o autor, a estimulação e excitação do sistema nervoso simpático, alteram outras funções do organismo.(NAPPI, p.81).

Presas (2002) define a raiva:

“Raiva é uma reação emocional que surge por interferência, lesão ou ameaça caracterizada por certos traços faciais típicos, por reações do sistema nervoso autônomo e por atividades encobertas e simbólicas de ataque e de defesa. A raiva é uma perturbação passageira. (PRESA, 2002,p.40).

Na pesquisa realizada por Nappi (2006) foi usado o Inventário de Expressão da Raiva e Traços (STAXI), pois fornece medidas da expressão da raiva.

De acordo com Spielberg (1992), autor do inventário, possui dois componentes: estado e traço da raiva e tem quatro componentes: raiva para dentro, raiva para fora, controle de raiva e expressão da raiva. (NAPPI, p.50)

Segundo o autor, a estimulação e excitação do sistema nervoso simpático, altera outras funções do organismo.

Conforme Lowen, A. (1995; 1997), a raiva é a emoção que cura, um meio de salvaguardar a própria integridade. E estabelece a diferença entre a manifestação espontânea da raiva e a luta contínua em busca de controle, superioridade e vitória.

A alegria, para o autor, é um estado emocional imprescindível em nossas vidas: constitui a restauração do self, o berço do amor; partindo desse conceito, Lowen afirma que o amor e alegria são ligações com uma fonte perene de vida, e, como tais, andam de mãos dadas. Esta é a nossa condição primordial como crianças e, ao crescermos, ao caminharmos pelo mundo do ego e da vontade, alguma coisa se perde dentro de nós. Luta e alegria são incompatíveis, desespero e culpa baseiam-se no medo e na repressão da raiva. O medo, conforme Lowen, paralisa, enquanto a expressão da raiva redime e conduz ao amor e à alegria. (DONICE, 2000 SUMMUS, REF 594).

Conforme (Gaiarsa, 1995, p.49), em latim “angústia” quer dizer “estreito”; é importante lembrarmos que são sinônimos angústia, ansiedade, aflição e medo. Emoção conforme Gaiarsa, é uma alteração visceral e motora, que ocorre espontaneamente e de uma forma rápida, sempre que nos vemos diante de uma ameaça ou a uma promessa, sejam elas quais forem. As emoções podem surgir frente a fatos ou personagens reais ou fictícios, tais como cenas de novela, filmes, notícias ou preocupações, até recordações, sonhos ou fantasias; *“se estou com medo e preciso ficar sem agir sinto ansiedade ou angústia”*.

Angústia conforme Gaiarsa, é inibição respiratória; a respiração é a única função visceral sobre qual podemos agir. *“Toda angústia é um desejo ou necessidade de fazer alguma ação, tomar uma decisão ou assumir uma atitude; que não faço, não tomo, nem assumo”*.

Enquanto a ansiedade é uma alteração visceral e motora, que ocorre espontânea e muito rapidamente As piores ansiedades são as que sentimos “sem saber porque”; o motivo ou a causa fica reprimido por preconceito. (GAIARSA, 1995, p. 312).

Quanto ao amor, Priore, M.D. (2005, p. 12) relata, através de sua pesquisa, que o amor...esse “milagre de encantamento” é uma espécie de suntuoso presente que atravessa séculos, estando inscritos em nossa natureza mais profunda; os amantes gozam de sentimentos inexplicáveis de ordem irracional e, portanto, sofrem emoções. O amor não muda só no espaço, mas no tempo também.

É somente quando esses sentimentos são negados, e que eles não podem ser rapidamente processados através do sistema e liberados, a situação se torna tóxica; quanto mais nós negamos, maior a toxidade que vai tomando forma de uma liberação explosiva de emoções que estavam contidas. É quando a emoção pode ser danosa para a pessoa que está nessa situação, como também para os outros, pois esta expressão se torna esmagadora e algumas vezes até mesmo violenta. (PERT, 2000, p.154).

No que se refere aos psicoterapeutas, Miller, W. A (1981) salienta que nós, como psicoterapeutas, ou elaboramos em nossa própria análise o modo como nossas necessidades não foram satisfeitas no passado, ou usaremos nosso papel de psicoterapeuta para atuar nossa raiva inconsciente sobre nossos pacientes no presente. E que precisamos reconhecer sobre nós mesmos e em algumas experiências que precisamos ter para poder realizar nossa própria cura e minimizar o processo de atuação.

Uma primeira e relevante consideração a ser feita é que no fenômeno do *stress* estão implicados numerosos elementos do funcionamento humano. Um deles é o sistema nervoso autônomo, que é o regulador de todo o organismo, muito mais importante do que se pensava há um tempo atrás.

Conforme Spielberg (1992), a estimulação do sistema nervoso simpático altera outras funções do organismo, tais como o sistema cardiovascular, imunológico, os níveis dos lipídeos, sistema endócrino e alteração do colesterol, assim como da noradrenalina, adrenalina, testosterona e cortisol.

O sistema nervoso autônomo é constituído de dois ramos: simpático e parassimpático. O ramo simpático libera adrenalina e noradrenalina, regulando as reações de “luta/fuga”. Sua atividade acelera o coração e ativa o cérebro emocional; o ramo “parassimpático”, que age como um breque, libera um neurotransmissor diferente, que promove estados de relaxamento e calma, fazendo com que o coração bata mais devagar. (SCHREIBER, 2004, p. 45-49).

Schreiber (2004) salienta que, quanto maior o *stress*, maior a propensão a se tornar clinicamente doente; esse fenômeno, de acordo com o autor, pode muito bem ser conseqüência do efeito das emoções negativas no sistema coração-cérebro e no sistema imunológico. Cada vez que temos uma alteração desagradável, nossa linha de defesa contra as infecções, baixa sua guarda. (SCHREIBER, p.73).

É preciso levar em conta todo o funcionamento da pessoa, não só neuroquímico, nem só muscular, mas todas as questões juntamente integradas.

Como todos nós somos parte dessa complexidade, devemos agora procurar compreendê-la e pensar em como enfrentá-la, sem, no entanto, permanecer em uma conceitualização vaga e genérica: encontrar uma forma para operar concreta e diretamente com a pessoa.

Estamos em um campo que nos obriga a compreender o *stress* de maneira simbólica, mas é indispensável examinar as pessoas de um modo complexo, sem esquecer nenhum de seus múltiplos níveis de funcionamento. O *stress* é também um ponto de conexão inserido entre o objetivo e o subjetivo, entre a clínica e a pesquisa empírica.

1.6 O modelo Psiconeuroimunológico do Stress

A Psiconeuroimunologia é uma ciência que há cerca de 15 anos vem procurando restabelecer o estudo do vínculo entre o corpo – com o sistema vascular, nervoso endócrino e imunológico – o aparelho psicológico - pensamentos, emoções, lembranças, idéia.

“... o conceito básico sobre o qual a Psiconeuroimunologia estrutura sua ação é o stress, a grande maioria dos seus estudos como também de Stress, parecem ter uma característica behaviorista ou comportamental, sobretudo cognitivista, é óbvio, que os fenômenos intrapsíquicos, tais como descritos pela psicanálise, desencadeiam da mesma forma, os processos de stress conforme os conhecemos”.(VASCONCELLOS, 1998, p.139).

Conforme Lipp (2001), os progressos recentes na área de psiconeuroimunologia confirmam a capacidade do *stress* de diminuir a resistência do sistema ³imunológico a distúrbios viróticos, desde o resfriado comum e a herpes até a AIDS e o câncer. (LIPP, 2001, p.15)

Para Pert (1997), Psiconeuroimunologia (**PNI**) é um termo inventado no início dos anos oitenta para enfatizar e promover pesquisas interdisciplinares. Tem como foco entender como a função mental (psicológica) afeta as atividades imunológicas mediadas por meio das conexões neuronais tradicionais. Um outro nome foi proposto por Herb Spector, foi “Neuroimunomodulação”. Spector foi um dos poucos americanos que se preocupou em seguir o que os Russos behavioristas, herdeiros de Pavlov, estavam fazendo. Ele sabia que eles estavam há anos luz à nossa frente

³ De acordo com Playfair, J.H.L e Lydyard, (1999) na medicina e em matérias correlatas é estudado o trabalho do corpo e de seus sistemas, as doenças que o afetam e seus tratamentos; subjacente à medicina está o conceito de que o corpo possui meios de resistir e se recuperar de doenças ;no caso de doença infecciosa, estes mecanismos de resistência são chamados de imunidade, e seu estudo é denominado imunologia.

na compreensão do equilíbrio holístico do corpo, e provaram que o sistema imunológico poderia ter sido levado a reagir ao condicionamento clássico por décadas, dessa forma querendo dizer que o sistema nervoso é uma parte do processo pelo qual o corpo mantém a saúde ou adocece. (PERT, p.176)

Segundo Pert, a primeira vez que a PNI celular e molecular foi oficialmente apresentada em um fórum público foi em 1984. O termo psiconeuroimunologia foi sugerido pelo Dr. Robert Ader, um psicólogo experimental que havia criado a palavra para uma conferência e um livro que surgiu sob esse título em 1981. Inspirado pelos russos, Ader fez alguns experimentos interessantes com ratos, mostrando que o sistema imunológico poderia ser condicionado e, portanto, não operava com autonomia, como acreditavam os imunologistas, mas sob influência do cérebro. Ader tinha tomado uma posição de direita, lutando contra o que ele considerou uma posição de esquerda no pensamento pseudocientífico, o tipo de coisa que ele achava que os californianos estavam expressando ao incluir a PNI nas suas modalidades de “New Age”, lutando para que sua PNI fosse cientificamente sólida, ele insistia, tentando torná-la a mais científica, se baseava em experimentos meticulosos com ratos e dentro dos padrões comportamentais. (PERT, p.178)

Pert acredita que, se aceitarmos a idéia de que os peptídeos e outras substâncias informativas são os bioquímicos da emoção, sua distribuição nos nervos do corpo tem todos os tipos de significância e que, se Freud fosse vivo hoje, apontaria com satisfação como a confirmação molecular de suas teorias, de que o corpo é a mente inconsciente e que os traumas reprimidos, causados por emoções esmagadoras, podem ser armazenadas numa parte do corpo e daí afetar nossa habilidade de sentir aquela parte ou até mesmo movê-la.

O trabalho de Pert sugere que existem infinitos caminhos para a mente consciente acessar – e modificar – a mente inconsciente e o corpo, e também fornece uma explicação para um grande número de fenômenos que os teóricos da emoção têm considerado. (PERT, 1999, p.141).

2. Wilhelm Reich e a Psicossomática

“Se a ciência natural conseguir resolver realmente o problema das inter-relações psicossomáticas, isto é, resolver de forma tal a chegar a realizações humanas práticas e não a meras teorias de cátedra, isso significará o golpe da morte para todo o misticismo transcendental, para todo o ‘espírito absoluto objetivo’ e para todas as ideologias que se abrigam sob o misticismo em sentido mais estrito ou mais amplo”. (Wilhelm Reich, 1935).

Para Wilhelm Reich (1933), corpo, alma e espírito formam uma unidade: o homem. Reich não ficou restrito ao discurso do homem em sua libido de origem biológica, instintual. Reich integra o homem pluridimensional, criando o homem no sentido vivo, da esperança, luta pela vida.

De acordo com Gaiarsa (2006), para Aristóteles “a alma” era “a forma do corpo”, ou sua “causa formal”. O autor concorda, no entanto acrescenta: “*a alma é o sentido ou o significado de cada um de nossos gestos e de cada uma de nossas atitudes*”, ao se referir à intuição como o sexto sentido. “*Sexto sentido é a propriocepção, o sentido que nos permite sentir (conhecer) nossas posições e nossos movimentos - a cada instante e em todos os instantes*”. (GAIARSA, 2006, p.170).

Segundo ¹⁰Trotta, Reich, em seu trabalho como psicanalista, passou a focalizar sua atenção não apenas no conteúdo, mas, também, na forma do discurso, com o objetivo de identificar os mecanismos de defesa e as resistências ao trabalho terapêutico.

Esse procedimento vem a ser a essência da “análise do caráter” desenvolvida por ele; analisando o modo como o paciente se expressava, seu tom de voz, sua postura, seu alinhamento corporal, suas atitudes, seu gestual, suas expressões faciais, seu olhar apontava esse conjunto de manifestações corporais para que o paciente fosse adquirindo consciência delas. (REICH, W, 1998, p.51).

Reich passou, então, a sugerir que o paciente modificasse sua postura, seu olhar, suas expressões corporais e seu ritmo respiratório; no entanto, ao constatar a

¹⁰ Ernani Eduardo Trotta - Orgonoterapeuta, psicólogo, neurobiólogo, doutorado pela UFRJ, pós-doutorado pelo Instituto de Psiquiatria de Londres.

dificuldade que o paciente encontrava em atender a essas solicitações por conta própria, Reich começou a intervir ativamente sobre o corpo do paciente por meio de massagens e propondo movimentos e expressões.

Trabalhando diretamente sobre os espasmos musculares crônicos, Reich descobriu que a dissolução desses espasmos provocava ab-reações emocionais espontâneas, respostas vegetativas e o afloramento de memórias reprimidas. Concluiu, então, que tais espasmos musculares eram mecanismo corporal pelo qual eram mantidos reprimidos os impulsos e emoções associadas aos conflitos psíquicos inconscientes. Estas alterações crônicas do tônus muscular eram o componente somático dos mecanismos de defesa do ego. Estava assim descoberta a *couraça muscular*. Tal descoberta tem uma importância extraordinária: “*existem distúrbios somáticos crônicos subclínicos que são parte integrante da estrutura neurótica de caráter*”.

Fica assim comprovada a relação entre os sentimentos e as funções corporais. Todo sentimento envolve um significado psíquico, e também um impulso a expressar pelo corpo.

Por exemplo, a tristeza busca expressar-se pelo choro, que envolve alterações respiratórias, expressões sonoras e faciais e movimentos musculares. Se o significado psíquico desse sentimento precisa ser recalcado, o choro precisará ser reprimido por meio de contenções musculares e vegetativas que tendem a se tornar crônicas; o mesmo acontece com outros impulsos e emoções como raiva, medo e desejos sexuais.

Conforme ¹¹Sigelmann, coube a Wilhelm Reich comprovar empiricamente que a angústia tem suas raízes profundas no próprio corpo; a partir da definição de libido em Freud (considerada por este apenas uma manifestação da vida psíquica), Reich demonstra, em **A função do orgasmo**, que a angústia, está vinculada à função do orgasmo, ou seja, quando indivíduos ineptos para descarregar a tensão por um orgasmo autêntico experienciam a angústia. (SIGELMANN, 1996, p.95).

Sigelmann relata ainda que o que foi para Freud apenas intenção, Reich consegue unificar o organismo na profundidade celular, fonte de todas as manifestações corporais; a célula conserva registro de todas as experiências e

¹¹ Elida Sigelmann -Professora dos cursos de doutorado e mestrado em Psicologia, do Instituto de Psicologia da UFRJ, e psicoterapeuta reichiana.

vivências de um organismo como traumatismos, emoções reprimidas ou rechaçadas, sem excluir as pré-natais, são aí memorizadas; portanto, essas experiências também ficam registradas no sistema nervoso, na musculatura do corpo. “*O inconsciente está inscrito na rigidez muscular. A rigidez impede o movimento natural de expansão e contração, a pulsação que mobiliza o livre fluxo das correntes vegetativas*”. (SIGELMANN, 1996, p.96).

De acordo com Boyesen, G. (1986), ao descobrir que a dissolução da couraça muscular gerava respostas ligadas ao sistema vegetativo, Reich descobriu que o encouraçamento também envolvia alterações no sistema nervoso autônomo; um desequilíbrio crônico no tônus simpático e parassimpático, que altera a musculatura lisa e as funções glandulares de diferentes vísceras; esse conjunto passou mais tarde a ser chamado de couraça visceral.

Trotta relata ainda que Reich também descreveu que o encouraçamento poderia manifestar-se por distrofias e displasias em diferentes tecidos do corpo; isto é, proliferação, diferenciação e metabolismo celular, além de alterações na dinâmica dos materiais ¹²intersticiais. A esse tipo de encouraçamento podemos denominar *couraça tissular*, termo sugerido por Gerda Boyesen, 1986. Embora também envolva perturbações em padrões de estimulação nervosa, esse tipo de couraça está mais diretamente relacionado com disfunções das secreções internas. Essas secreções compreendem todos os hormônios secretados pelas glândulas endócrinas do corpo, pelo sistema nervoso central (neuro-hormônios), por certos tecidos especializados e também pelas substâncias produzidas pelo sistema imunológico.

Um exemplo de couraça tissular é a hipertrofia gordurosa dos tecidos conjuntivos subcutâneos na obesidade, que está ligada a disfunções hormonais, e são as expressões metabólicas de conflitos afetivos ligados à função nutricional.

Essas descobertas de Reich, publicadas em 1935, são praticamente simultâneas às descobertas de W. Cannon sobre o papel da medula supra-renal e do sistema nervoso simpático na mobilização de emergência do corpo para situações de luta e fuga, e são anteriores às descobertas de Hans Selye a respeito da “síndrome geral de adaptação ao *stress*”, publicadas em 1946. (TROTA, 1996, p.113).

¹²Intervalo que separa as moléculas dos corpos, (Anat.) intervalo que separa dois órgãos contíguos do corpo. (Pequeno Dicionário Brasileiro da Língua portuguesa, 1985, p.683).

De acordo com David Boadella (1997 pp. 137-147), o equilíbrio emocional de uma pessoa é feito pelas duas grandes ramificações do sistema nervoso vegetativo: o sistema simpático e parassimpático. O sistema parassimpático nos prepara para situações de emergência, ou seja, “luta” ou “fuga”, e está associado a sentimentos de raiva e medo; já o sistema parassimpático nos prepara para desistir. De acordo com o autor, são emoções contrastantes: um relaxamento sadio e agradável e um abandono na tristeza e pesar. (BOADELLA, p.137-147).

De acordo com Gaiarsa (2006, p. 213), o Sistema Nervoso Neurovegetativo, tem a função de organizar e manter a homeostasia, de coordenar respiração, circulação, secreções glandulares, digestão, eliminação metabolismo, temperatura e sexualidade, fazendo com que nenhuma delas assuma um controle específico, seguindo o que é mais conveniente ao organismo enquanto conjunto, supervisionando continuamente o complexo processo de unificação das numerosas funções orgânicas.

O sistema nervoso parassimpático predomina durante os estados de relaxamento e prazer, (quando há entrega), de repouso, o sono, a digestão, o coração tranquilo, seu mediador químico é a *acetilcolina*, esta substância controla, as contrações musculares e a própria comunicação dentro do sistema simpático (as vias pré-ganglionares).

Enquanto o sistema nervoso simpático reage a os estados de alerta, de preparação para a ação, a luta ou a fuga; respondendo às emergências acelerando todas as funções orgânicas necessárias para sustentar os momentos de urgência, de perigo, de risco, ou de promessa, segundo Gaiarsa de caçada.

De acordo com Gaiarsa, é o principal agente do *stress*, sempre que se mantém ativo durante muito tempo, seus hormônios semelhantes, mas não idênticos são *adrenalina e noradrenalina, as catecolaminas*.

Sempre que ficamos atentos a algo importante, interessante ou ameaçador tendemos fortemente a nos imobilizar (tensão muscular difusa de preparação, chamada de reação de alerta) e suspendendo a respiração, denotando a existência a ligação entre a ansiedade com as variações do volume respiratório do tronco, onde sentimos as emoções principalmente no peito, devido as pressões e volumes consideráveis de gases e líquidos, e á velocidade desses fenômenos cardiorrespiratórios, ocorrem no peito.

Caso esta parada respiratória demorar mais que poucos segundos, começamos a ficar ansioso, a sofrer de um início ou ameaça de asfixia.

“Todos os malefícios psicossomáticos do stress depende desse processo, quando ele se torna freqüente, intenso demais ou crônico”. (Gaiarsa, 2006, p. 326)

De acordo com Gaiarsa, a função do parassimpático, após a aceleração visceral exigida pelo momento da ameaça ou de promessa, é restabelecer as reservas, relaxando, usufruindo deste repouso, da paz, da vitória conseguida deste prazer sentido. *“É o regente primário dos processos bioquímicos anabólicos – restauradores da homeostasia”.*(GAIARSA, p. 214).

A psicanálise, conforme Gaiarsa, fala bastante do momento transferencial, mais de regra ignora ou minimiza o mundo vital do paciente; sua vida fora do consultório.

Jamais se compreenderá o ser vivo se retirarmos de seu contexto de seu ecossistema e de seu momento. Essa declaração é a essência da biologia, *“precisa ser continuamente reafirmada, pois tanto a medicina quanto a psicologia tendem a considerar o individuo como se ele existisse isoladamente e a ignorar ou subestimar seu mundo e seu momento ”* (GAIARSA,p,214)

Segundo Lowen (1980), toda doença é psicossomática, já que psique e soma são apenas faces diferentes do funcionamento do organismo. Para W. Reich, onde Lowen vai buscar toda sua fundamentação, funcionalmente psique e soma são, ao mesmo tempo, antitéticos e idênticos; sua função é idêntica no nível energético - no qual podemos compreender melhor a reação do corpo ao *stress*. (LOWEN, A. 1980,p.3).

Não é nova a idéia de que toda doença pode ser vista como uma reação ao *stress*; o papel da etiologia de certas doenças crônicas foi muito bem descrito por Hans Selye; mas para justificar tal afirmação de que toda a doença está relacionada ao *stress*, temos que ampliar o conceito de *stress*, nele incluindo situações como ataque por parasitas ou microorganismos patogênicos e até acidentes. Por exemplo, se uma pessoa distende seu tornozelo, fica mal (em oposição ao estar bem), porque o inchaço e a dor resultantes a impedem de andar normalmente. (LOWEN, 1980)

Para Lowen (1980), a Síndrome Geral de Adaptação descreve um processo energético; contudo, reformular o conceito em termos energéticos requer certa clarificação.

À luz da ciência, os organismos absorvem energia do meio ambiente, as plantas a extraem do sol através da fotossíntese e os animais retiram ¹³energia química através da digestão dos alimentos e da respiração; essa energia é acumulada em seus corpos e utilizadas para pôr em ação seus movimentos e comportamentos.

O choque é causado pela fuga de energia e do sangue da periferia do corpo, ou da área ameaçada ou atacada; sem o conceito de choque é difícil entender a reação do corpo. Viver a vida do corpo é estar em contato com os sentimentos e ser capaz de expressá-los.

Ter a percepção do que acontece no nosso corpo é estarmos consciente de como nos travamos e de como respiramos. Um programa regular de exercícios nos ajuda a conservar a nossa energia em um ótimo nível. É importante que, ao enfrentar situações que criam excessivo *stress*, tenhamos a coragem de fugir fisicamente.

Na era pós - Einstein, sabemos que massa e energia são inseparáveis e intercambiáveis. Se não estudarmos a massa de nossos corpos, sua matéria, sua biologia, não podemos esperar compreender sua energia. Quando estamos felizes, nos esticamos, nos expandimos para o mundo; quando temos medo, nos retraímos para dentro de nós mesmos. Nesse movimento, o que flui de lá para cá é nossa ENERGIA VITAL. Reich fez esta descoberta no fim dos anos 20, início dos anos 30 e ela é chamada de ANTÍTESE DA VIDA VEGETATIVA (REICH, E, 1998).

Ramo (1994, p.47) relata que: *“A razão pela qual uma pessoa reage neuroticamente, enquanto outra tem uma doença psicossomática, está longe de ser respondida”*. Algumas hipóteses já foram levantadas, sendo importante discriminar entre as causas que precipitam o sintoma e a estrutura organizacional psíquica, que reage somaticamente frente a um conflito. Muitos estudos sobre *stress* caem na primeira dessas categorias.

Conforme Lowen (1980, p.6, 7), quando o corpo é atingido por um agente *stressor*, sua primeira reação é o choque, que consiste na fuga de energia e sangue da superfície do corpo, da pele, das mucosas e da musculatura estriada. O choque

¹³ ENERGIA-(conceito reichiano) Energia cósmica primordial, presente universalmente na matéria viva bem como na inanimada. Reich chamou energia orgone porque sua descoberta resultou da aplicação consistente de fórmula do orgasmo (tensão carga) e também porque a energia possuía efeitos sobre o organismo.(WEIGAND, O.2006, p.141)

pode ser localizado, como no caso de um corte pequeno, mas, com mais freqüência, é uma reação geral; essa fuga de energia explica porque o cabelo pode ficar branco depois de um choque, o cabelo fica escuro de novo quando a energia volta aos folículos capilares. Essa seqüência de choque (roubo de energia) e 'rebound' (refluxo da energia) são características de toda a doença.

Lowen (1980, p.13) afirma que para entender como a estrutura de caráter se soma ao *stress* da vida, precisamos ver *stress* como “força constrictora ou impulsionadora”. A primeira expressão está relacionada com o latim: *strictus* significando constrição. Temos familiaridade com a constrição em Bioenergética.

Toda tensão muscular crônica representa uma constrição no organismo; essas constrições deformam o corpo e, portanto, constituem um *stress* para o organismo. A energia é gasta na ação muscular necessária para bloquear um impulso (força repressora), ou assumir uma postura (força impulsionadora). Tal impulso representa a expressão da força vital. Assim, o *stress* fica nas tensões musculares crônicas que deformam o corpo.

Conforme Lowen (1980), o fenômeno do choque indica a existência de um *stress* excessivo, um trauma que põe o corpo em estado de *distress*. A resposta do corpo é a reação Síndrome Geral de Adaptação (GAS).

No entanto, Keleman (1985), vê de uma forma diferente; para o autor, o organismo lida de duas formas com agressões contínuas ou cumulativas: resiste ou cede. Uma vez sentindo que ameaça se aproxima, não podendo fazer nada, tenta uma forma de apaziguamento, funde-se com o agressor, mostrando que não é uma ameaça, abrindo mão de sua forma entra em colapso.

O choque leva a uma forma congelada, espástica. O resultado da agressão é um excesso de limites (a condição *overbound*). Resistir demanda que o organismo fique de pé, diante do ataque, para repeti-lo; ceder requer que o organismo se renda, aceite a agressão e recue para um nível inferior de funcionamento. Ao resistir, o organismo se torna mais sólido; enrijece-se, criando mais forma, estrutura, limites e solidez, tornando-se *overbound*. Ao ceder, o organismo amolece, rende-se, assemelha-se mais ao líquido; segundo Keleman, criando menos forma, limites, estrutura e um estado liquefeito, o organismo torna-se *underbound*. (KELEMAN, 1985, p.90).

Conforme Harald C. Traue (2005), Alexander Lowen, como Wilhelm Reich, supõe que a inibição emocional absorva a energia psíquica que seria necessária para um enfrentamento ativo do indivíduo com o ambiente. A emocionalidade expressiva conduz a uma melhora dos processos psíquicos e somáticos, integrando pensamentos e atitudes.

Segundo Pierrakos (1990), que, junto com Lowen, em 1956, fundou o Instituto de Análise Bioenergética, em seu livro Dinâmica Energética,

...as emoções positivas e negativas fluem na mesma corrente de energia. Elas diferem apenas pela qual a corrente é acelerada ou desacelerada – na sua carga energética. As interações entre os indivíduos criam um intercâmbio mútuo de emoções, energias e experiências. Essa interação expressa mutualidade, que é um movimento que unifica diferentes partes de um todo. Leva à capacidade de manter o prazer e de manter maior movimento de energia no corpo. A energética da Essência enfatiza a importância de assumir total responsabilidade pela própria realidade física e principalmente compreender a falta de conexão com o fluxo de energia no corpo, ou a falta de fluxo que aparece nos blocos de energia. (PIERRAKOS. J. p.272/273, 1990)

2.1 O Encouraçamento e as Doenças

“Ele que tem olhos para ver e ouvidos para escutar pode se convencer de que nenhum mortal consegue manter em segredo. Se seus lábios estão selados, ele tagarela com as pontas dos dedos; a traição goteja-lhe por todos os poros”.

(Freud, 1942, p.240).

Conforme foi relatado nos capítulos anteriores, existe uma notável complexidade no sistema do *stress* envolvendo as áreas corticais, límbicas (ligada ao emotivo) e periférica (periférica com relação ao cérebro), que atuam nas alterações do *stress*: **postura, movimento, tensão muscular**. (RISPOLI, 2002).

De acordo com Gaiarsa (2006, p. 248), para se compreender a couraça muscular do caráter (Reich, 1998) é fundamental entender a palavra *atitude* que está intimamente ligada à postura, e só se muda de atitude mudando a postura; compreendendo assim as correlações entre corpo e consciência, isto é, entre o que eu mostro “por fora” (o corpo, o que os outros vêem de mim) de comunicação e relacionamento entre as pessoas.

Em seu livro “Meio Século de Psicoterapia verbal e corporal”, Gaiarsa (2006, p.15) coloca como uma das teses centrais do livro, que segundo o autor amplia as colocações de Wilhelm Reich, a de que a ¹⁴**expressão não verbal retrata o inconsciente**. A “vida interior” se revela – **se torna visível** - por meio de expressões faciais, gestos, atitudes corporais, o tom de sua voz, afirmação de um lado evidente (“visível”) e de outro lado inusitada e altamente comprometedora para todas as relações pessoais e sociais; por isso, **coletivamente reprimida**.

Trotta (1996, p.112) afirma que *“A couraça é um conjunto de mecanismos corporais alterados que mantêm reprimidos os impulsos e as emoções; e o significado psíquico deles permanece vinculado a essas alterações corporais”*.

Segundo o autor, a descoberta do fenômeno de encouraçamento permite uma nova compreensão do mecanismo de produção de doenças orgânicas.

A couraça é um conjunto de ¹⁵disfunções corporais pré-sintomáticas, que forma a base para desenvolver doenças; a doença orgânica não é uma alteração de

¹⁴ Grifo do autor.

¹⁵ **Disfunções** = distúrbios do funcionamento

um órgão que surge subitamente em um organismo sadio, o organismo já tinha sua função alterada em nível subclínico.

A doença, conforme Trotta, surge quando os impulsos e emoções reprimidos são reativados, exigindo a intensificação da couraça, que resulta na lesão do órgão e na manifestação do sintoma.

“Uma tensão muscular crônica na musculatura para-vertebral do pescoço, geralmente associada à repressão sexual ou à ansiedade de queda, não chega a ser uma doença; no entanto, com o passar do tempo, pode produzir alterações nos discos vertebrais gerando artrose cervical. Uma atitude inspiratória crônica, produzindo distensão permanente do parênquima pulmonar pode, ao longo dos anos, gerar patologias pulmonares.” (TROTТА, 1996, p.114).

Exemplificando ainda, Trota relata que um estado crônico de simpaticotonia (excessiva excitabilidade do sistema nervoso simpático), aumentando o tônus da musculatura lisa vascular, pode, com o tempo, produzir um desequilíbrio no sistema de regulação da pressão arterial, levando a um quadro de hipertensão essencial. Já uma tensão crônica no diafragma e nos músculos anexos, associados a disfunções nos plexos autonômicos regionais, que está normalmente ligada à culpa e à raiva bloqueada, pode afetar o funcionamento das vísceras subdiafragmáticas, produzindo doenças de vesícula, pâncreas e estômago.

De acordo com Gaiarsa, é a motricidade que aciona o Sistema Nervoso Neurovegetativo, quando há emoção forte, bem definida, podemos ter certeza de que a pessoa não está fazendo o que deseja, ou o que era percebido naquele momento e que se for conseguido atenuar as inibições motoras, ou seja, as repressões presentes sob a forma de tensões crônicas ou de repetições automáticas, as emoções começaram a fluir na medida em que as intenções começaram a se realizar.(GAIARSA, 2006, p.214,215).

Um outro mecanismo de produção de doenças, também associado à couraça, segundo (Trotta, 1996), é que o “deslocamento dos impulsos”; os impulsos gerados por excitação no sistema nervoso central buscam expressão por meio dos órgãos específicos.

“Os impulsos sexuais buscam expressão pelos órgãos genitais; se o órgão-alvo do impulso está bloqueado pela couraça, impedindo sua expressão, a excitação nervosa irá então buscar um canal alternativo, descarregando-se sobre um outro órgão; este órgão, porém, não estando fisiologicamente habilitado à expressão dessa emoção, responderá à excitação sofrendo alterações funcionais e anatômicas”. (TROTТА, 1996, p.114).

Um outro exemplo que Trotta relata são as úlceras e gastrites, interpretadas classicamente em psicossomática “como uma mordida que o estômago dá em si mesmo”, ou seja, os impulsos de raiva oral, cuja expressão está incapacitada pelo encouraçamento oral, podem descarregar-se sobre o estômago, produzindo gastrite, ou sobre o intestino, produzindo colite.

Os impulsos sexuais, conforme Trotta, podem descarregar-se sobre o miométrio, produzindo um mioma, sobre a próstata produzindo um adenoma, sobre o joelho, produzindo artropatia (qualquer moléstia das articulações), sobre a região lombar, produzindo uma hérnia de disco, ou podem ser retidos na região da cabeça, produzindo cefaléias, labirintites, rinites, síndrome de Menière e certas doenças oculares.

Trotta relata ainda que a excitação pode descarregar-se sobre a glândula mamária, produzindo displasias ou neoplasias, ou descarregar-se sobre a garganta, produzindo doenças das cordas vocais, faringe, laringe ou sobre as articulações do ombro, antebraço e dorso, produzindo artropatias.

Conforme Trotta (1996, p.115), o sistema nervoso é o centro integrador de todas as funções psicológicas do indivíduo (percepção, afetividade, comportamentos instintivos, expressões emocionais), incluindo as funções psíquicas ‘superiores’ (cognição, conceituação e linguagem). Todas as funções corporais são também comandadas pelo sistema nervoso, que atua como forma de ligação entre o resto do corpo e o psiquismo. O sistema nervoso integra as informações recebidas dos órgãos sensoriais e elabora mensagens (comandos), que vão ser transmitidas pelos nervos motores aos órgãos efetores que são músculos estriados, lisos e glândulas.

A couraça muscular ligada à contenção ou inibição dos impulsos envolve tensão ou flacidez crônicas da musculatura esquelética, resultantes de alterações nos comandos efetores do sistema extrapiramidal, envolvendo provavelmente alterações

na atividade dos neurônios eferentes gama que regulam o tônus muscular; a intensificação progressiva da couraça muscular pode resultar em doenças respiratórias e alteração na caixa torácica, distúrbios posturais e doenças articulares.

Em Traue (2005), Wilhelm Reich voltou-se contra a “compreensão puramente intelectual” das emoções humanas e contra a Psicanálise tradicional que, em sua opinião, havia cometido um engano ao abandonar a catarse.

As emoções não devem ser liberadas e expulsas dos processos psíquicos internos, mas, antes, deveriam ser conscientemente percebidas e aceitas. Os elementos catárticos na terapia eram seguidos de uma fase de processamento mental, de sentimentos experienciados.

Reich não valorizava o conceito de catarse por ele mesmo; isso foi muitas vezes mal compreendido, ele estava interessado na busca das possibilidades terapêuticas para liberar as emoções em terapia, presumindo que qualquer resistência a experimentar, viver ou expressar sentimentos seria firmemente incorporada na personalidade.

A reflexão sobre o efeito da catarse, feita por Klopstech, A. (2005), mostra que o efeito terapêutico da catarse tem mais de dois mil anos, começou com Aristóteles que, em contraste com o seu professor Platão, atribuiu à paixão e à catarse o efeito de favorecer o *insight*, de aumentar o poder de raciocínio, mais do que esmagá-lo. (In: REVISTA ANÁLISE BIOENERGÉTICA, N°15 p.157).

Baseado na análise psicológica da “couraça de caráter” , como ele chamava essa resistência, desenvolveu intervenções terapêuticas psicológicas e fisiológicas com o objetivo de romper essas couraças; ele presumia basicamente que o medo e o medo da agressividade causassem a supressão dos impulsos emocionais.

Wilhelm Reich não considerava os sintomas físicos como energia psicológica transformada, mas como manifestações de emoções suprimidas, como também as tensões musculares não resultavam da repressão dos sentimentos, mas eram os mecanismos somáticos da supressão de sentimentos em si mesma. Sua terapia objetivava a ruptura da couraça muscular, revelando os impulsos emocionais suprimidos e desenvolvendo uma conscientização das situações nas quais a supressão de emoções tinha se originado.

Conforme Traue (2005): “Sentimentos suprimidos são perigosos para a saúde”

“O modelo de saúde e doença que postula uma conexão entre a emocionalidade inibida e as perturbações da saúde e a doença é um caminho não-determinista, que define caminhos neurobiológicos, sócio comportamentais e cognitivos, entre o stress e a ativação emocional e seu processamento pela inibição e por conseqüências clínicas”. (TRAUE, 2005, p.103)”.

Fortemente influenciado pelas idéias de Reich sobre a inibição emocional e suas técnicas (respiração, massagens e exercícios físicos), Alexander Lowen desenvolveu a Análise Bioenergética, uma escola terapêutica que considera a experiência emocional física e intensiva como elemento central da cura; supõe que a inibição emocional absorve a energia psíquica que seria necessária para um enfrentamento ativo do indivíduo com o seu ambiente.

De acordo com A. Lowen, a emocionalidade expressiva conduz a uma coordenação melhorada dos processos psíquicos e somáticos, integrando pensamentos e atitudes. Considera a expressividade emocional saudável por causa dos seus efeitos reguladores no meio social, bem como no *self* individual. Os movimentos físicos e as transformações na postura auxiliam a expressão de emoções fortes. (TRAUE, H. 2005, p. 96).

Segundo Trotta (1.996), nos últimos anos a abordagem reichiana tem sido aperfeiçoada pela incorporação de novos recursos clínicos criados a partir dela própria, ou adaptados de outras especialidades terapêuticas. (TROTТА, 1996, p.116).

De acordo com Alexander Lowen, tanto os transtornos neuróticos quanto os psicossomáticos sejam causados por experiências traumáticas ou privação na infância, podendo reagir tanto com inibição de emoções como com impulsividade. Lowen acredita que os pais instilam a supressão de sentimentos nos filhos porque têm tolerância baixa para a expressão emocional deles e de outras crianças. Acredita ainda que a catarse do trauma e sua liberação, principalmente quando experienciados na infância são o ponto crucial da terapia.

Nas observações do ex-diretor da Clínica de Trauma Psicológico de Harvard, o neurocientista e psiquiatra Bessel Van derem Kolk, M.D (2002): *“... uma memória de trauma é uma informação a respeito de um caso que ficou trancado no sistema nervoso quase em sua forma original”.*

Imagens, pensamentos, sons, cheiros, emoções, sensações físicas, crenças, que instantaneamente se desenvolveram ao redor; tais como “Estou sem saída”; estão todas estocadas em uma rede neural que tem vida própria. Imprimida no cérebro emocional e desconectada do nosso conhecimento racional a respeito do mundo, essa rede se torna um pacote de informação não processada e disfuncional que pode ser reativada à menor lembrança do trauma original. (SCHREIBER, 2004, p.93).

Um conhecimento básico do *stress*, ou choque pós-traumático, é crucial para o psicoterapeuta corporal, pois as reações de choque estão freqüentemente presentes no trabalho corporal.

2.2 O toque em psicoterapia

...Foi um mau uso do toque que criou nossa dor e nos forçou a desenvolver nossas estruturas defensivas. É com a esperança de liberar-nos dessa dor e de recobrar nossos corações e vida, que como pacientes e terapeutas, arriscamos tocar outra vez. O coração desta recuperação deve ser encontrado no despertar do corpo. Estar em nossos corpos é viver com o desejo de amar, tocar e ser tocado. (HILTON, R.1990-2001)

Conforme Hilton(1990), cada terapeuta que toca os pacientes precisa ter vivido e elaborado seu próprio comportamento regressivo com seu próprio terapeuta, necessitando também de um grupo de supervisão, com o qual ele possa contar quando está sobrecarregado.

De acordo com Heghin (2001), sabemos que Reich no seu trabalho de investigação, ao pesquisar a fonte de energia das neuroses, passou a trabalhar com a couraça muscular, onde introduziu o toque e a proposição de movimentos para liberar as energias vegetativas, ao lado dos elementos verbais de análise. Sabemos também que, ao longo das diferentes fases do seu trabalho, Reich distanciou-se da análise do caráter, passando mais e mais a operar sobre as questões defensivas no corpo.

Por que o psicoterapeuta corporal toca? De acordo com Hilton (1990), **“tocar é uma resposta natural de amor e excitação”**; é impossível pensar em amar alguém sem querer estar perto e de tempo em tempo tocá-lo.

De fato, nós, como terapeutas, freqüentemente ouvimos a queixa, “Ele diz que me ama, mas nunca me toca”; isto não combina; a verdade dessa afirmação é que, quando você ama alguém, há um acréscimo de energia no corpo que o move em direção à expressão.

Conforme Lowen (1990), o cardiologista Sinatra, S., relata que os braços do embrião se desenvolvem a partir de finos brotos ligados ao coração. Quando você ama, você quer abraçar, isso é verdadeiro na paixão, mas, também, quando você ama alguém que está magoado, nossa inclinação natural é tocar, beijar o que está ferido para fazê-lo sarar; nós queremos segurar aqueles que amamos, que estão feridos.

Tocar é natural também quando estamos compartilhando uma excitação mútua, conforme o autor, amor e excitação nos movem naturalmente para expressar o acréscimo de energia através do contato físico.

“A falta ou abuso do toque produz trauma”; um outro princípio que Hilton assinala é que não precisamos insistir no ponto de que viver sem contato físico pode ser o inferno; o isolamento é um assassino; demasiada privação sensorial pode ameaçar nossa sanidade. O isolamento tem sido usado durante as guerras para destruir o inimigo e é empregado com as crianças o tempo todo para minar seu entusiasmo e fazê-las obedecer; estudos realizados em orfanatos focalizam a importância do contato físico para os bebês, demonstrando que o contato físico é fundamental para ajudar a prevenir a depressão anaclítica. De fato, sem a reativação do contato humano que vem do toque, a comida não tem sentido. Outros estudos ligam a sociopatia à simbiose inadequada nos primeiros meses de vida; as pessoas que cometem crimes violentos muitas vezes revelam uma história de falta ou de contato físico brutal, o que criou um entorpecimento nelas diante da dor dos outros. De acordo com Hilton, fazemos com os outros o que foi feito conosco.

O ponto importante, relata Hilton, é que a distorção pode assumir a forma de manipulação, sedução, abuso físico, abuso sexual, negligência, privação ou simplesmente falta de consciência da necessidade de contato. Como terapeutas, somos dolorosamente conscientes do uso errôneo do toque na infância; o passo importante que devemos dar é entender a natureza do trauma individual e, assim, nos preparar, de forma mais adequada, como curadores para a criança ferida em nossos pacientes. (HEDGES, E. 2001, p.200).

De acordo com Hilton, **o trauma criado pelo mau uso do toque produz contrações no corpo**; a ameba é um claro exemplo; quando a ameba estende um pseudópodo para o ambiente e é tocada com um alfinete, ela se contrai em direção ao núcleo; depois se estendendo em outra direção, caso seja tocada novamente, contrai-se outra vez; por fim, se toda a expansão for bloqueada, ela se contrai e ossifica. O organismo humano é bem mais complexo que uma simples ameba, ainda que tenha o mesmo princípio biológico; se uma criança procura o seio com a boca e não o encontra ou vê raiva nos olhos da mãe, seu corpo se contrai involuntariamente. Caso a frustração continue, repetidas vezes, o organismo retrai sua energia, afastando-a da fonte de frustração e volta para dentro de si mesmo,

tentando preservar a própria vida. Se isso acontece muito cedo na vida, o corpo pode entrar num estado retraído e depressivo e morrer.

Ao estudar os padrões de contração no corpo, o psicoterapeuta corporal pode ajudar o paciente a entender quando e como ele teve de se proteger e quais medos precisa confrontar para voltar a libertar-se. A finalidade de equilibrar a energia entre contração e expansão é estabelecer um estado de equilíbrio, cujo funcionamento reduz a ansiedade.

De acordo com Hilton (1990),

“Se toda vez que choro, você grita comigo, e por sua vez isso ameaça a minha existência, descubro que preciso contrair os músculos da minha garganta e reduzir a minha respiração para poder parar de chorar e não provocar seus gritos, e assim não ter que confrontar constantemente esta ameaça à minha existência. Embora seja doloroso permanecer neste estado contraído, é ainda mais doloroso ainda sentir-se em constante ameaça. Sou obrigado a optar pela sobrevivência em detrimento da auto-expressão. Assim, eu desenvolvo um “falso self” que é aceitável e usado para me proteger da ansiedade. Entretanto, este “falso self” gera suas próprias ansiedades”. (HEDGES, 2001, p.208)

Outro princípio assinalado por Hilton, é que **o contato físico muda o equilíbrio energético do corpo**; quando tocamos alguém, colocamos uma energia adicional no sistema dessa pessoa e estimulamos uma resposta específica em seu corpo; estamos convidando essa pessoa, inconscientemente, a permitir que o equilíbrio delicado que ele (a) estabeleceu em seu próprio sistema de energia seja mudado e, também, a responder ao ambiente de uma forma que pode lhe parecer uma ameaça à vida. Tocando o paciente, você acrescenta calor às áreas congeladas e contraídas desse corpo. Isto pode ajudar a trazê-lo de volta à vida, mas, também, reaviva a dor conectada com a razão pela qual precisou se contrair.

Assim, o toque, ao mudar o equilíbrio do corpo, traz de volta raiva, tristeza, amor, medo, que tinham ficado enterrados em seu congelamento. Tocar às vezes parece cruel porque reaviva uma esperança que não pode ser preenchida e, por outro lado, não tocar pode deixar a pessoa perdida em seu próprio deserto congelado.

O psicoterapeuta precisa se perguntar se está pronto para a resposta que pode vir como resultado de seu toque, adverte Hilton. É importante salientar que **o toque convida a uma resposta transferencial/regressiva**, convida a pessoa a experienciar outra vez as sensações bloqueadas em seus corpos e a expressar os sentimentos reprimidos.

Essa expressão sempre tem uma característica regressiva, pois é uma questão inacabada do passado; ao tocar o paciente, estamos pedindo à criança dentro dele que responda mais uma vez ao mundo. Essa resposta regressiva é intensificada pelo fato de haver uma relação transferencial com o paciente. Não é qualquer pessoa que o está tocando; o paciente recebe e interpreta nosso toque a partir da perspectiva de sua transferência para conosco no momento.

De acordo com Reghin (2002), estar ciente disso é saber do risco que se evidencia nas múltiplas e variadas formas de transferências, caso contrário o primitivo, o pré – genital do terapeuta, passa a funcionar de modo autônomo e inconsciente. No contato entre paciente e terapeuta, criam-se estados com o outro para encontrar-se a si mesmo; este é o campo onde se dão os processos de transferência e contratransferência e, nestes termos, poderíamos dizer que toda transferência é erótica.

É importante salientar que os terapeutas, mas em especial aqueles que lidam com corpo, movimento, toque, têm a habilidade para conduzir a terapia, lidando adequadamente com questões sexuais, respeitando os limites do paciente e do terapeuta.

De acordo com Virginia Wink Hilton (2001), o relacionamento paciente-terapeuta é uma díade íntima e intensa, na qual, na maioria dos casos, o terapeuta é percebido como portador do controle e do poder; o paciente é visto numa posição dependente; não existe uma mutualidade real; o terapeuta, conforme Hilton, revela comparativamente pouco de si mesmo, deixando grandes espaços em branco que são um convite à projeção; quando a transferência de sentimentos e desejos eróticos acontece, o terapeuta pode confrontar afetos poderosos, como uma adoração e uma paixão sem limites.

Nem sempre é fácil, relata Hilton, ao citar Freud, que: “ *...o apaixonar-se por parte do paciente é induzido pela situação analítica e não se deve aos encantos da*

peessoa, que ele não tem nenhum motivo para se orgulhar de tal 'conquista', como isso seria chamado fora da análise". (FREUD, 1915, p.379.)

De acordo com Reghin (2002), vejamos, agora, à luz reichiana: diríamos que Reich domina o manejo da transferência. Como? Ele se oferece como suporte para a expressão da paciente, permitindo a ele vivenciar, transferencialmente, um impulso inconsciente e, assim, o que era da ordem da repetição pode ser lembrado em toda sua intensidade afetiva, para aí, então, dar lugar à palavra. A expressão do amor transferencial no processo terapêutico dirige muita carga à figura do terapeuta e afeta seu corpo e psique. Temos expressões de medo, culpa, fantasias onipotentes de preenchimento de necessidades, raiva, envaidecimentos etc e atravessar esses sentimentos é o que transforma paciente e terapeuta.

Como terapeutas, somos chamados a lidar com a intensidade das paixões das pessoas e, ainda assim, temos muito pouco treino sobre como lidar com as nossas; quando somos ensinados simplesmente a controlar esses sentimentos com a nossa vontade, ficamos sujeitos a uma enorme ansiedade e fracasso diante de seu poder.

De acordo com Hedges (2001, p. 214), isso é especialmente verdadeiro quando abrimos a nós mesmos e aos nossos pacientes o contato físico. Pois foi o uso distorcido do toque que criou estruturas defensivas; os pacientes e os terapeutas se arriscam a tocar novamente a partir da esperança de liberar essa dor que sentimos.

O toque é parte da existência humana e o modo como a criança dentro de nós aprende a integrar e confiar em nossos sentimentos. O cerne da recuperação, conforme Hilton, será encontrado ao revivermos nossas necessidades mais profundas em um relacionamento seguro. *"Estar em nossos corpos é viver com o desejo de amar, de tocar e de ser tocado". (HILTON, R. 2002, p.216).*

Conforme Reghin (2002), o processo terapêutico é um convite à responsabilidade daquela dupla a manterem-se fiéis ao que os trouxe ali, um momento onde não atender a um desejo ardente é um sacrifício em função da vida; por isso diz-se que, ao reconhecer que a situação terapêutica convoca a expressão desse afeto, manter-se na abstinência não é uma posição moralista, é um valor ético, pois endereça o amor na direção da cura, compreendendo nossas respostas pessoais e limites no tocar.

3. O Psicoterapeuta

“O paradoxo das profissões de ajuda ao outro é que o curandeiro cura, mas ao mesmo tempo permanece ferido. Não existe ser humano sem feridas e nossas psicoterapias, por melhor excelência que tenham, não nos excluem de nossa própria humanidade”. (CUKIER, 2002, p.65).

Conforme Laliotis e Grayson (1985), embora os psicólogos sejam versados na definição e no tratamento de danos para populações de pacientes, tem se dado pouca atenção ao que significa dano para psicólogos, como profissionais do cuidado da saúde.

A Enciclopédia Larousse assim define “psicoterapeuta”:

“...especialista em psicoterapia (do gr. Psykhe, alma + therapeia, tratamento.) Conjunto de técnicas terapêuticas psicológicas empregadas para tratar os distúrbios cuja origem é psíquica, mesmo que a manifestação seja somática.

Psicoterapia corporal *psicoterapia que, por meio de uma modificação da consciência do corpo, visa alterar as relações dos indivíduos consigo mesmo e com os outros” (p.4.822)*

Parece-nos apropriado considerar a psicoterapia como um processo interpessoal, envolvendo uma relação terapeuta-paciente (verbal ou não verbal), com os objetivos definidos de ajuda diante das dificuldades emocionais dos pacientes, tendo em vista sua integração na vida. Faz parte da psicoterapia a aplicação de uma estratégia clínica que deveria sintetizar teoria e prática, ou seja, viver e compreender, pensar e fazer. (CARDOSO, 1985, p.17)

Segundo o Manual de Orientações, setembro/2006, conforme a Resolução CFP nº 010/2000 - Especifica e qualifica a Psicoterapia como prática do psicólogo.

Bastos e Gomide (1989) relatam, com base em recente pesquisa desenvolvida pelo Conselho Federal de Psicologia, que teve como objetivo conhecer o psicólogo brasileiro, bem como sua atuação e formação profissional; no item que avaliou as maiores dificuldades relacionadas ao exercício profissional, foi observado que elas são provocadas pela política socioeconômica do país e também pelo

desconhecimento, por outros profissionais, de quando o psicólogo pode contribuir com a sua atividade.

Dentre os profissionais insatisfeitos nessa pesquisa, apresentando um índice de 5,6% dos que desejam mudar de profissão com base nas seguintes razões: as de natureza econômica e de remuneração, seguidas das razões psicológicas e de insatisfação com a profissão; por último aparecem os interesses por outras profissões em decorrência do mercado e de oportunidades.

Outro aspecto importante desse trabalho é a análise que faz da formação complementar pelos psicólogos: 95% dos entrevistados revelaram que tiveram que recorrer à formação complementar (especializações, cursos, terapias, estágios etc.). A área clínica foi a que mais apresentou a necessidade de aprofundar a “experiência prática”, envolvendo um permanente aperfeiçoamento da própria personalidade uma vez que esta é seu principal instrumento de trabalho.

Conforme Cardoso (1985), a formação do psicoterapeuta implica em trabalho fatigante, delicado e de múltiplas facetas, onde, freqüentemente, são trabalhados aspectos teóricos, práticos (referente ao caso concreto), vivência pessoal (relacionada à situação terapêutica).

Segundo Cardoso (1985 p.34): *“A imagem profissional e idealizada pode tornar-se não só a visão do leigo, mas a própria defesa do terapeuta para esconder sua insegurança, impedindo-o de observar-se e ao outro em sua atuação”*.

O terapeuta idealiza seu próprio desempenho e sente o peso dessa responsabilidade, à qual deseja corresponder; neste sentido, podemos perceber a nobreza – e a dificuldade de seu trabalho.

Conforme Hilton (2001), tornamo-nos psicoterapeutas porque sucumbimos e pensamos que esse fosse um modo de encontrar a cura; tentamos curar nossas famílias, nossa sociedade, os outros e a nós mesmos. (HILTON, p.192)

No cerne do contato bioenergético está o contato físico com o paciente. Como terapeutas, devemos aceitar a responsabilidade que acompanha esse contato. Quando eu faço mau uso dessa ferramenta de intimidade, eu preciso buscar o perdão daqueles que magoei. Tocar pacientes não pode ser feito sem expor a dor que acompanha os limites da interação humana. Winnicott, reconhecendo esses limites, disse que o que precisamos é ‘maternagem suficientemente boa’. *“Eu espero que através da compreensão, arriscando confrontar minhas próprias limitações em*

tocar e ser tocado, eu possa, com a ajuda de meus colegas e pacientes, prover uma terapia suficientemente boa". (HILTON, 2001, p.195).

Para Reghin (2002), em seu artigo:

"Todo reichiano que queira construir uma clínica precisa ter presente o espírito de investigação tão apregoado e desenvolvido por Reich, precisa acolher cada expressão no processo como uma forma específica daquele corpo – psique que busca fluxo, usar o recurso preciso da análise da forma, construir com toda sua criatividade o 'setting' para aquele caso e sustentá-lo, confiar e cuidar do seu próprio Eros. Assim, a meu ver, desenvolvemos condições de possibilidade de fazer do processo terapêutico um encontro criativo, que se reinventa a cada momento e, por isso mesmo, a favor da vida".

Conforme Hortelano (2004), é um paradoxo que o psicoterapeuta reichiano enfrenta, vivendo em sua própria pele situações de solidão e sofrimento, ao mesmo tempo comprovar que a ajuda que pode oferecer é limitada, pois chega um momento em que se depara com o choque da realidade, ou seja, com o estabelecido, com o social, com a falta de ajuda e de recursos para potencializar os elementos pessoais. (HORTELANO, p.106)

Para Natrielli (1984), a relação ética na psicoterapia é fundamentada num relacionamento formal ou profissional com o paciente. O contrato deve ser regido pela obrigação do que o terapeuta sabe fazer, analisar e acrescenta, *"como terapeuta, diz Bion, ele tem que ser responsável pela sua conduta; a prática terapêutica é a única situação em que se 'lêem pessoas' e não livros"*.

Nesse mesmo artigo, Psicoterapia e ética Natrielli completa: *"A ética psicoterápica tem que estar fundamentada na educação do paciente onde este tem o direito de optar em que ponto deseja modificar-se e onde se sente livre para efetuar escolhas (ser doentes, saudáveis, adequados, pobres, ricos)"*.

Fromm - Reichmann (1977), afirma que, atualmente, o terapeuta não deve ser mais considerado apenas como continente, mas como um participante do processo, escutando, envolvendo-se, embora sem reagir à luz de seus próprios problemas. Isto, em suma, seria uma arte de trocas pessoais, que não se atinge sem um preparo especial. (FROMM - REICHMANN, 1977, IN: CARDOSO, p.28).

De acordo com Miller (1981, p.22), como psicoterapeutas, ou elaboramos em nossa própria análise o modo como nossas necessidades não foram satisfeitas no passado, ou usaremos nosso papel de psicoterapeuta para atuar nossa raiva inconsciente sobre nossos pacientes no presente. Ela sugere que existem certas coisas que, como psicoterapeutas, precisamos *reconhecer* sobre nós mesmos e algumas *experiências* que precisamos ter para poder realizar nossa própria cura e minimizar o processo de atuação.

Alice Miller (1981) aponta que todos que escolhem essa forma de trabalho o fazem por causa de uma necessidade inconsciente de defender-se de seu próprio estado de pânico e desorganização, e estão em constante risco de voltar a esse estado de ser. O paciente e o terapeuta são ambos compelidos a encarar esses perigos na intimidade no seu relacionamento terapêutico.

Conforme Miller, *“A cura acontece quando este esforço conjunto é bem-sucedido: a retraumatização de ambos, pode acontecer, à medida que o esforço fracassa”*. (MILLER, 1981).

No entender de Hilton (2001),

...precisamos enfim, como psicoterapeuta, experimentar a perda da ilusão com relação a nossos traumas de infância, apropriar-nos da profundidade de nossa rebelião e fúria narcisística e permitir-nos sentir o luto e o desespero que acompanha essa consciência. Ou elaboramos nosso passado em nossa própria terapia, ou nos arriscamos a atuar este drama com nossos pacientes. Até que comecemos este processo; nós e nossos pacientes estamos em perigo. (HILTON, 2001, p. 186)

No entender de Wolberg, a pessoa do terapeuta é a variável mais importante no processo terapêutico, sendo que sua personalidade e experiência atuam sobre os resultados. Segundo o autor, o terapeuta eficiente possui qualidades que desencadeiam, no paciente, esperança, fé, confiança, gosto e liberdade para responder. (WOLBERG, 1985, IN: CARDOSO, 1985, p.28)

De forma geral, relata Cardoso (1985), o terapeuta é honesto, sincero, tem capacidade para reagir às pessoas, confiança no que faz, firmeza nas abordagens, é autêntico e tem compreensão empática. De acordo com essas características, cada

um deles reagiria de maneira diferente às diferentes pessoas. É de nosso conhecimento que sua personalidade e experiência atuam sobre os resultados.

E o que seria a empatia? De acordo com Lewis, R.M (2005), *“A palavra empatia é derivada do grego ‘empathia’ que significa afeto ou paixão”*. (LEWIS, R. M, 2005, p.11-37)

A quarta edição do dicionário World College Dictionary da Webster (2001), define **empatia** como: *“A projeção de sua personalidade na personalidade de outra pessoa a fim de entendê-la melhor; habilidade de compartilhar as emoções, pensamentos ou sentimentos com outrem”*.

Alguns terapeutas como Tansey e Burke (1989) dão uma definição mais ampla; dizem que somos empáticos quando respondemos à necessidade do paciente, quando oferecemos o que ele precisa para melhorar, mesmo que isto signifique reprová-lo (para que dessa maneira ele possa re-experienciar e dominar seus traumas internos).

Para Robert Lewis (2005), respondemos empaticamente quando recebemos as identificações projetivas do paciente, tais projeções moldam nossas experiências enquanto aprofundam nossa compreensão do paciente.

Para Stark (1999) IN: Lewis, esta definição mais inclusiva ofusca uma distinção crucial, uma distinção entre, de um lado, o terapeuta que se confronta com o paciente na relação, o qual responde a algo fora da consciência do paciente. (STARK, M, 1999: In: LEWIS, p.12)

De acordo com Peter Krammer (1989), *“Tornei-me aquela parte que era mais próxima a ele (seu paciente)”*, faz sentido o fato de que ser empático é um processo um tanto diferente para cada um de nós. (KRAMER, P. p.138)

Quando as pessoas dizem “eu sei o que você sente”, talvez não saibam como isto é verdadeiro; na vida social, o entendimento das emoções de outros é muito importante; de fato, a emoção é freqüentemente um elemento chave contextual que sinaliza a intervenção de uma ação; entendo o que os outros sentem além do que os outros fazem. (SCIENTIFIC AMERICAN - BRASIL, 2006, p. 47)

A maioria dos psicoterapeutas corporais apóia e valoriza as pesquisas empíricas que enfatizam a enorme importância da codificação da experiência não-verbal e sensório-motora através da vida. Segundo Lewis (2005), todos parecem

concordar que as experiências dos primeiros poucos anos de vida, ou em qualquer idade, se for traumática, pode ser acessada no nível corporal.

Se nós, psicoterapeutas corporais, compreendermos que o processo explícito, consciente, é a ponta do *iceberg* implícito, ou melhor, o centro da terra, e que mensagens de coração a coração viajam em frações de segundos; é preciso explicar aos alunos em formação que estarmos conscientes que suas percepções e seus comportamentos estão sendo influenciados por um processo quase instantâneo que atua, em grande parte, fora do controle consciente, entre o psicoterapeuta e seu paciente.

Esse é um processo que torna o psicoterapeuta mais humilde, o que não pode ser assim fácil para um principiante. É verdade que uma segunda e terceira geração de psicoterapeutas corporais trouxeram uma psicologia mais focada em duas pessoas; mas também é verdade que a luta continua para integrar esta nova perspectiva relacional, sem perder a força da abordagem psicossomática (LEWIS,R., 2005, p.30).

Conforme Sannes, R.H (2002), o papel das emoções e do sentimento está sendo reexaminado nas teorias do vínculo e do trauma. Terapeutas comportamentais cognitivos e terapeutas do trauma trabalham para conter e modular o sentimento, enquanto que terapeutas que trabalham no campo da psicoterapia emocionalmente focada, da Psicanálise e Análise Bioenergética, acreditam que ocorre uma mudança quando o afeto é intensificado. Conforme Sannes, um dos últimos conceitos no campo da psicoterapia vem da leitura sobre trauma e é usado para descrever os processos quando os pacientes lidam com alta carga emocional e traumática; ao descrever “janela terapêutica”, define como sendo: “... o nível ideal de excitação e emoção para processar material traumático” (SANNES, R.H, 2002, IN:Revista Análise Bioenergética n° 15, p.45, 2005)

Helen Resneck-Sannes (2002) acredita que os terapeutas psicossomáticos são treinados para estar ciente de seus processos corporais internos; o que é inconsciente para o analista existe em um grau maior na consciência do analista treinado em Bioenergética.

Quanto à certeza de Helen Resneck, Lewis, que não tem o mesmo otimismo, explicando que Helen não havia ainda nascido quando Lewis começou sua formação como analista Bioenergético, discorda da autora, pois Lowen, em seus livros, não

relata como a consciência de seu próprio processo corporal interno o ajuda a sentir a profundidade ou especificidade do problema corporal de seu paciente, mas concorda que uma terceira geração de terapeutas e professores em bioenergética trouxeram uma psicologia mais focada em duas pessoas.

Relata ainda que, há apenas alguns anos, fazendo parte do corpo docente (Faculty), ¹⁶(no Brasil e acredito que ainda nos Estados Unidos), na parte final do programa de treinamento os alunos praticam “sessões” na frente do grupo; Lewis relata que, sob pressão de ser observado e julgado, raro era o aluno que se sentia suficientemente seguro para sintonizar-se ao que estava sentindo sobre si mesmo, seu paciente, sua interação. Ao invés disso, ‘subia’ para a cabeça e tentava compreender o que fazer e era previsível que o que ‘fazia’ não era sintonizado/empático para com seu paciente.

Para Lewis, a novidade é que, depois de trinta anos, a maioria dos psicoterapeutas fazem a mesma coisa que os alunos: toda vez que ficam ameaçados pelo que os pacientes trazem à terapia, o tipo de material primitivo, caótico, visceral (de revirar as entranhas), que não tem palavras e é liberado de maneira senso-motor na sala, tende a ser ameaçador para a maioria dos psicoterapeuta.

De acordo com Lewis (2005), o problema é até mais básico: nós somos o problema; concordando com Hilton (1988-89), *todos fomos divididos*; esquecemos que *“somos curadores feridos”*. *“Toda vez que me comprometo a tentar ser um bom terapeuta, descreve Lewis, e a agarrar a interação viva em minha mente, tendo a perder o momento com os meus pacientes”* (LEWIS, R. 2005, IN: Revista de Análise Bioenergética, nº 15, p.30-35).

Claro que nós, psicoterapeutas corporais, precisamos também falar com os pacientes, às vezes tendo que parar a ação instantânea e perceber o que houve entre o psicoterapeuta e o paciente. Ao que Lewis está se referindo é a ferida básica nos psicoterapeutas, o que limita o contato empático com os paciente, e que esta ferida está relacionada a não valorização como seres humanos suficientemente bons; muitas vezes o psicoterapeuta tenta se redimir desse *self* partido sendo bom terapeuta.

¹⁶ Observação da autora

Normalmente os casos relatados são sempre de sucesso terapêutico; no entanto, Lewis propõe que terapeutas mostrem casos em que a empatia falhou, ou, pelo menos, em que houve rupturas e reparos.

As mais recentes pesquisas demonstram que mesmo as mães e crianças que foram avaliadas depois como seguramente vinculadas, passam apenas aproximadamente um terço de seu tempo em estados combinados. No entanto, em dois segundos, 70% das condições não combinadas voltam a combinar e tanto mães quanto as crianças influenciam nesse ajuste. A neurobiologia subentende que a criança organiza expectativa que ela possa participar na reparação das rupturas afetivamente dolorosas. (TRONIC E COHN, 1989)

Segundo Baron-Cohen (2004), **empatia** seria a sintonização espontânea e natural com as idéias e os sentimentos do outro. Sentir a atmosfera emocional que se instala na comunicação. A possibilidade de se colocar no lugar do outro, administrando com sensibilidade a interação, para que não se ofenda o sentimento alheio. A apreciação intuitiva, compreensão e interesse imediato a qualquer mudança de estado mental do outro. É se estar atento constantemente ao tom de voz e à expressão do outro – aos olhos em especial – para tentar descobrir o que ele pensa ou sente. (BARON-COHN, 2004).

...Minha ressonância empática torna-se mais profunda e mais sábia quando me rendo à vergonha de não saber e de não enxergar claramente. Somente então eu - e todos nós, podemos sentir "o brilho intenso e difuso de um sol que nunca vemos".(LEWIS, 2000, p.35)

Conforme Lewis, R, (2005), possivelmente há uma neurobiologia comum em nosso córtex orbitofrontal direito que nos permite a todos amplificar a corda ressonante que existe dentro de nós, quando é atingida pela experiência do nosso paciente. (LEWIS, 2005, p.13)

De acordo com a Scientific American (2006), subconjuntos de neurônios no cérebro do homem e no macaco respondem quando o indivíduo realiza certas ações e também quando observamos atentamente outros realizando os mesmos movimentos; esses "neurônios – espelho" fornecem uma experiência interna direta, isto é, a compreensão dos atos, intenções e emoções de outras pessoas. Os neurônios – espelho podem também ser responsáveis pela capacidade de imitar

a ação de outra pessoa e, assim, de aprender, fazendo do mecanismo do espelho uma ponte intercerebral de comunicações e conexões em múltiplos níveis. (SCIENTIFIC AMERICAN, 2006, p.46)

Mas somos tão complexos que, de dez terapeutas diferentes, a ressonância mais próxima de um dado paciente em particular, seria sentida por alguns terapeutas em suas vísceras, por outros em seus corações etc; alguns estariam razoavelmente confortáveis com o referido sentimento, outros lutaria para tolerá-los, e assim por diante. (LEWIS,R, 2005, p.35).

De acordo com *Groddeck (1992)*,

“Sentir como o doente, essa é a exigência que se coloca para o médico; o médico deve procurar perceber, sentir o que pode ter acontecido numa pessoa, antes que ela tivesse decidido ter febre graças a algum bacilo, que permitisse o crescimento de tumores ou a entrada de certos micróbios e os deixasse permanecer durante anos no cérebro para destruí-lo algum dia, o que a levaria a atormentar-se com dores, medos, pensamentos obsessivos, para tudo isto e milhares de outras coisas ele encontrará, em si mesmo, uma resposta. E se a resposta não for correta, pelo menos a pergunta terá sido formulada corretamente”. (GRODDECK, p.175,1992).

São as “profissões de ajuda ao outro” tais como, bombeiros, policiais e militares, equipes de resgate e emergências e todas as profissões ligadas à saúde, tais como enfermagem, medicina e, especialmente, a psicologia e a psiquiatria.(

Há muitas razões pelas quais estas duas últimas categorias profissionais sejam as mais atingidas, desde as razões ligadas à escolha da profissão, até as relacionadas às condições peculiares de trabalho.(CUKIER,2002)

Um outro aspecto importante a ser superado pelo terapeuta é a tendência idealizada de seu papel social.

Calligaris questiona (2004): *“... quais seriam os traços de caráter que eu procuraria em quem quisesse se tornar psicoterapeuta, não sei decidir a ordem, mas todos estes eu gostaria de encontrar:”*: **1** - Um gosto pronunciado pela palavra e um carinho natural pelas pessoas, por mais diferentes que sejam de você. **2** - Uma extraordinária variedade de experiência humana, com mínimo possível de

preconceito, podendo ter crenças e convicções. A preocupação moral não é forasteira ao trabalho psicoterápico, mas, para o terapeuta, o bem e o mal de uma vida não se decidem a partir de princípios preestabelecidos; eles se decidem na complexidade da própria vida da qual se trata. *“Um mesmo sintoma pode ser a razão do sucesso ou do fracasso de uma existência”*. Um terapeuta que tiver um juízo moral preconcebido sobre determinada fantasia sexual ou preferência, não terá condições de respeitar a singularidade de seu paciente; é fácil entender que, se você tiver opiniões morais prontas, diz Calligaris, sobre a metade dos atos possíveis nesta terra, é melhor deixar a profissão de terapeuta para quem tem mais indulgência pela variedade da experiência humana. **3** - Esse ponto Calligaris diz que é controvertido; além de uma grande e indulgente curiosidade pela variedade da experiência humana e que o psicoterapeuta já tivesse uma certa quilometragem rodada. **4** - O quarto e último traço é uma boa dose de sofrimento psíquico e que se precise curar, o que possibilita contemplar com carinho e sem julgar (ou quase) a variedade da conduta humana. Para tanto, o futuro terapeuta deve, ele mesmo, ser paciente durante um bom tempo; completando, ele acrescenta que, quando você algumas vezes duvidar de sua prática clínica, nesses momentos (que, acredite, serão freqüentes), será bom lembrar que você sabe mesmo (e não só pelos livros) que sua prática adianta. Sabe porque a prática que você propõe a seus pacientes já curou ao menos um: você. (CALLIGARIS, 2004, p.9-17).

De acordo com Calligaris 2004: *“Será que deveríamos acrescentar, entre outros traços de caráter esperados num terapeuta, uma vontade de mexer com a vida dos outros, de ensiná-los, influenciá-los?”* (CALLIGARIS, 2004 p.27):

Hilton (1988/89) acredita que, para resolver nossas feridas narcísicas, nós teremos que aceitar como nós estamos feridos. Nós precisamos lamentar nossa perda, mas também vamos precisar ir a busca de um terapeuta que sentimos que tenha um corajoso nível de empatia por nós, porque eles sabem o que é esta ferida, devemos lembrar que nós todos fomos quebrados nesta jornada da vida.

Cukier, 2002, relata que são potencialmente vulneráveis ao DEPTS - Desordem do Stress Pós-Traumático Secundário, definida pelo DSMIII por contágio, todos os profissionais que têm na empatia a sua ferramenta fundamental de trabalho e todas as pessoas que estão em contato regular com pessoas traumatizadas.

Conforme Groddeck, (1988):

“... o papel do médico é cuidar e não curar. Ele não tem poder para isto, pois os processos de cura estão em cada ser humano, doente ou são, assim como se encontram na natureza. A ação do médico deve ser, portanto, limitar-se a acompanhar a natureza, a servi-la, imitando seus processos de cura, retirando os entraves que a impedem de agir, liberando forças vitais naquilo que toma um compasso de morte. Porque as tendências à cura estão incluídas na própria doença”. (GRODDECK, 1988, p.34)

Groddeck (1992, p.181) relata que, o médico deve aprender com o doente, o enfermo é o professor do médico, só com ele o médico pode aprender a psicoterapia. *“Qualquer enfermidade pode ser influenciada pela ação da psicoterapia, e todo médico, por mais ocupado que seja, dispõe de tempo suficiente para atuar em termos de psicoterapia”.*(GRODDEK, 1996, p.183).

Piccinini (2.004), em seu texto “A saúde do terapeuta”, nos diz: “Inevitavelmente, já aconteceu com todos de terem dias de indisposição e também alguns sintomas físicos, mas, mesmo assim, se dirigiram ao consultório para atender seus pacientes”. Existem artigos examinando a gravidez de terapeutas e seus efeitos no tratamento, artigos sobre a doença física, mas, segundo Piccinini, ele nunca pesquisou sobre mal-estar súbito do terapeuta durante a sessão. É uma possibilidade real, já que muitos terapeutas não levam uma vida saudável, são sedentários, obesos, fumantes e *stressados*. (PICCININI, W., 2004, p.126).

De acordo com Alexander Lowen,

“Terapia é um processo de auto-cura, no qual o terapeuta é um guia e facilitador. Mas o terapeuta é bom na medida da sua compreensão sobre a condição humana, e sobre os problemas que surgem quando a cultura, atuando através da família, impõe condições e restrições ao desenvolvimento natural da personalidade. Uma vez que o terapeuta, como qualquer

membro da sociedade, lidou e sofreu com conflitos surgidos na interação da cultura e da natureza, seu valor como guia depende do quanto ele entende a condição humana e de como lidou com traumas pessoais enfrentados durante seu crescimento. (LOWEN, A. 2004, p.221).

A necessidade de o psicoterapeuta advogar em causa própria e cuidar bem de si mesmo é uma condição “si ne qua non” para realmente cuidar dos outros.

4. MÉTODO

“Toda e qualquer ação ou tarefa do psicólogo implica em uma investigação do que está se passando no processamento de sua ação; há a investigação contínua, na utilização de qualquer instrumento de trabalho do psicólogo. Ele investiga sempre na prática diária, no hospital. A prática clínica hospitalar, é verdadeiramente, o “ Núcleo ou centro vital “ da produção científica, podendo nós dizer que toda a investigação científica tem seu lugar ao processamento experiencial, no caso o psicólogo hospitalar. Não é possível conceber um psicólogo que, como tal não pratique a investigação. Ele está sempre observando, atento aos conhecimentos e as variações dos mesmos, estudando as necessidades, possibilidades e meios de mudança dos fenômenos, que estão ocorrendo; investiga enquanto trabalha, durante o processamento de sua experiência. (NEDER, 1993, p.2).

4.1 Descrição do Estudo

O estudo caracteriza-se como uma pesquisa clínica, que visa investigar e descrever as variáveis que desencadeiam *stress* no psicoterapeuta corporal verificando a prevalência de sintomas de *stress*, sua frequência e intensidade.

O estudo foi conduzido de acordo com os instrumentos e sujeitos discriminados a seguir. Após o procedimento estatístico básico retornaremos com os resultados relevantes (correlação significantes) e os ilustraremos com os dados qualitativos oriundos das entrevistas com os sujeitos.

Para abranger os aspectos da multicausalidade (método científico), desta pesquisa serão utilizados os métodos quantitativo e qualitativo.

Para Martins.& Bicudo, (2.003, p.22,23), a pesquisa quantitativa se inicia com o estudo de um certo número de casos individuais, quantifica fatores segundo um estudo típico, procura por correlações estatísticas e por probabilidades que digam se tais correlações ocorrem ou não ao acaso; generalizando então, o encontrado em casos particulares (individuais), pautada em procedimentos estatísticos.

Diferentemente da pesquisa quantitativa, a qualitativa busca uma compreensão particular daquilo que estuda, A análise qualitativa proporciona, ao pesquisador, perceber o outro através do conhecimento dos relatos de suas histórias e

experiências de vida. Esses relatos estão repletos de aspectos sensíveis e sutis que não podem ser mensurados.

De acordo com Neder a pesquisa qualitativa o pesquisador trabalha com fenômenos, que de alguma forma; baseia-se em uma descrição com uma abordagem interpretativa dos fenômenos em termos de significações que as pessoas trazem para o pesquisador, não faz generalizações. Complementa Neder que, na pesquisa qualitativa, a análise se processa pela descrição e, sempre que se tratar de fenômenos que ocorrem com seres humanos, os cuidados na análise se multidimensionam, consideradas as variações individuais no modo de ser de cada Ser Humano.(NEDER, 1993, p.4).

Sendo analisados segundo a proposta de Lefèvre, F. (2003) que consiste na construção do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC. Sua proposta ao pesquisador é de utilizar o DSC como “[...] *uma estratégia metodológica [...]*”, que consiste em realizar uma leitura cuidadosa das várias entrevistas a fim de averiguar os temas principais de cada participante,

Essa prática tem o intuito de apreender o sentido da categoria o qual define o conjunto, ou seja, o sujeito coletivo. Uma leitura cuidadosa faz parte do método que tem como objetivo apreender as idéias centrais, ao mesmo tempo em que apropria o discurso de cada participante; entende como: **Idéia central** - corresponde à *“síntese do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos. São as afirmações, negações e dúvidas a respeito da realidade factual bem como os juízos de valor da realidade...”*; **Expressões chaves** - *“São os trechos dos discursos que ilustram as idéias centrais... uma prova discursiva – empírica” da “verdade” “das idéias centrais”* e por **Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)** - que é a compilação, a síntese em um único discurso, os vários discursos feitos pelos depoentes.

Neste sentido, o **DSC** representa as falas de todos os entrevistados. O pesquisador, nesse momento, atua como um “catalisador” dessas idéias, promovendo a ligação entre elas, sem que em nenhum momento, expresse qualquer juízo de valor sobre o tema estudado. (LEFÈVRE, F. 2003).

4. 2 SUJEITOS

Foram avaliados 20 psicoterapeutas corporais, dez do sexo feminino e dez do sexo masculino, reichianos e neo-reichianos, com mais de dez anos de experiência em psicoterapia corporal. (Psicólogos, Médicos, Fonoaudiólogos, Economista, Filósofos), todos com formação em Psicoterapia Reichiana ou Neo-reichiana; de Instituto e Sociedade de Análise Bioenergética, Biossíntese, Biodinâmica, Dinâmica Energética do Psiquismo, Psicossomática, Psicanálise, Sedes, Medicina Antroposófica.

4. 2.1 Seleção da Amostra

Critérios de inclusão

Aceitação voluntária e livre da participação na pesquisa.

Mais de 10 anos de experiência em Psicoterapia Corporal, reichiana / neo-reichiana.

Atuar como psicoterapeuta corporal na cidade de São Paulo.

Critérios de exclusão

Uso atual de droga ilícita ou dependência alcoólica.

Não atuação clínica em psicoterapia corporal.

Não ter passado pessoalmente pelo processo de terapia em psicoterapia corporal.

Critérios de recrutamento

Todos os profissionais foram convidados através de um contato telefônico. onde os critérios de inclusão já haviam sido pesquisados anteriormente pela pesquisadora.

Foi também recrutado na medida em que a amostra ficasse equilibrada entre homens (10) e mulheres (10).

4.2.2 Local da Coleta

Os dados de pesquisa foram coletados na cidade de São Paulo, em seus consultórios particulares.

4.3 INSTRUMENTOS

4.3.1 A seguir serão relacionados os instrumentos que serão utilizados na Coleta de Dados, na seqüência e ordem de sua apresentação aos sujeitos.

- | | |
|---|-------------|
| 1. Termo de Consentimento | (Anexo 1) |
| 2. Questionário de Dados Sócio-Demográficos | (Anexo 2 A) |
| 3. Questionário de Dados Profissionais - Pessoais | (Anexo 2 B) |
| 4. Lista de Sintomas de <i>Stress</i> (LSS/VAS) | |
| 5. Entrevista Semi-Dirigida “ <i>Stress</i> do psicoterapeuta Corporal” | (Anexo 3) |

Para coleta dos **Dados Sócio-Demográficos**, utilizamos um questionário de identificação pessoal: idade, gênero, estado civil, filhos.

Os **Dados Profissionais - Pessoais**: Para coleta de dados profissionais utilizaremos um questionário sobre a área de sua formação; tempo de exercício em atividade clínica como psicoterapeuta corporal; quantos clientes atende por semana; satisfação em relação ao trabalho; a atividade do psicoterapeuta corporal é considerada por você: nada *stressante*, um pouco *stressante*, muito *stressante*, muitíssimo *stressante*? ; sentiu *stress* no decorrer do exercício profissional levando em conta a passagem do tempo, considere que o *stress*: diminuiu, se manteve, aumentou ou foi cíclico; quais os fatores ambientais provocam *stress* em você: poluição sonora, trânsito, financeiro, sociais; você tem amigos? Nestes últimos cinco anos, quantas vezes saiu de férias? ; índice (%) de dedicação diária em relação: corpo, intelecto, lazer, trabalho, família, amigos aos amigos porque decidiu ser psicoterapeuta corporal; quais são as mais importantes fontes de sofrimento no trabalho na sua visão como psicoterapeuta corporal.

4.3.2 Lista de Sintomas de *Stress* (LSS/VAS)

O Teste de *Stress* (LSS/VAS) considera diversas dimensões do fenômeno: presença, frequência e intensidade de sintomas e estabelece através de uma fórmula estatística o **Nível Geral de *Stress* (NGS)** e a **Fase de *Stress* (STR-FASE)** em que cada sujeito se encontra

A Lista de Sintomas de *Stress* (LSS/VAS) compõe-se de 59 questões referentes aos sintomas de *stress* fisiológicos, emocionais, cognitivos e sociais.

O número total de sintomas: foram calculados a idade média, mínima e máxima e os sujeitos foram classificados qualitativamente em relação à presença de sintomas (em porcentagem): até 5% o teste foi considerado inválido, de 6 - 12% baixa, 13-27% média, de 27-59% alta e acima de 60% altíssima.

O sujeito deve assinalar a frequência com que ocorrem os sintomas que sente, utilizando a escala de (0) nunca, (1) raramente, (2) frequentemente e (3) sempre. Foi realizada a soma dos scores e os sujeitos foram classificados qualitativamente em relação à frequência de *stress* : baixa ($\sum \leq 34$) ; baixa média ($35 \geq \sum \leq 59$) ; média ($60 \geq \sum \leq 89$) ; média alta ($90 \geq \sum \leq 118$) ; ou alta ($\sum > 118$).

Após indicar a frequência, o sujeito deve assinalar com um “x”, numa escala digital medindo 10 centímetros, a intensidade com que sente cada sintoma. O pólo esquerdo dessa reta deve ser entendido como a mínima intensidade, e o pólo da direita, como a máxima intensidade.

Foi calculada a mediana das intensidades entre os sujeitos e posteriormente os sujeitos foram classificados qualitativamente, qualitativa em relação à intensidade do *stress* : baixa 0,1 - 3,33, média 3,34 – 6,66 e alta acima de 6,66.

O nível geral de *stress* é obtido a partir de uma fórmula que integra a presença, frequência e intensidade de todos os sintomas.

O instrumento foi desenvolvido em 1982 por Vasconcellos e Breugelmann, a partir de uma lista elaborada e validada no Max Planck Institut, Alemanha e, posteriormente foram inseridos itens do “Questionário de *Stress* da Psicologia no Exercício Profissional”, de Covolan (1989).

Sua atualização mais recente foi realizada por Vasconcellos, em 2001.

4.3.3 Entrevista semidirigida - “*Stress* no Psicoterapeuta Corporal” (Anexo 3)

Antes da Elaboração desta entrevista semi-dirigida fizemos um minucioso levantamento de variáveis de *stress* através de 4 entrevistas, com psicoterapeutas corporais, com mais de 20 anos de experiência: Entrevista: ESTUDO PILOTO-data: 25/11/2003. (Anexo 3-A).

Foi também feito um vídeo entrevistando o Dr. Ângelo Gaiarsa, entrevista esta apresentada na **XXIV Jornada de Psicossomática e Psicologia Hospitalar-“CONVERSANDO COM GAIARSA” (17 de Novembro de 2006).**

A entrevista clínica, instrumento essencial na prática psicológica, possibilitando o levantamento de dados importantes a respeito do indivíduo. Contribui tanto para elaboração do diagnóstico como para a coleta de dados em situações de pesquisa.

Em condições de pesquisa, freqüentemente utiliza-se um roteiro de questões a ser utilizado pelo(s) pesquisador (es), visando uniformidade na coleta de dados.

Este procedimento permite que os principais tópicos investigados pela pesquisa sejam abordados de maneira semelhante junto aos sujeitos e na mesma seqüência.

Nessas condições, a entrevista clínica costuma receber o nome de “entrevista semidirigida”, por prever um direcionamento por parte do investigador em relação aos conteúdos pesquisados. A importância deste instrumento na pesquisa em psicologia é hoje reconhecida, apesar de sua aparente subjetividade.

A entrevista semi-dirigida caracteriza-se por sua facilidade de aplicação, por sua adaptabilidade e por possibilitar ao paciente expressão mais espontânea de suas opiniões e emoções, se comparada a instrumentos mais padronizados (por exemplo, questionários fechados). Permite também a avaliação científica do conteúdo, tanto através de uma abordagem quantitativa como qualitativa.

O roteiro de questões procurou investigar quais variáveis desencadeiam *stress* no psicoterapeuta corporal. Incluímos na Entrevista semidirigida, questões abertas para serem preenchidas pelos sujeitos que abarcassem aspectos: **Emocionais; Profissionais; Fisiológicos; Financeiros; Sociais e Biográficos.**

Devem ser entendidos por:

- **Emocionais:** Comportamentos ou sensações que indicam alterações no estado de humor e nos sentimentos relacionados com um evento.
- **Fisiológicos:** Comportamentos que indicam alterações orgânicas e/ou neurovegetativas em virtude do estado excitatório.
- **Sociais e biográficos:** Comportamentos que indicam alterações na relação do indivíduo com o seu meio ambiente sociais em uma determinada situação e/ou no percurso de sua vida.
- **Financeiros:** Considerar a renda, se é o chefe da família, os gastos, tipo de trabalho, se têm um vínculo empregatício/autônomo.
- **Profissionais:** Referente à atuação profissional.

Com exceção das definições das variáveis: **financeiras e profissionais** todas as outras foram extraídas do **Manual de Instrução do CASIFS/VAS** desenvolvido por Vasconcellos (2000).

5. PROCEDIMENTOS

5.1 Seleção da Amostra

Os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa após uma seleção da pesquisadora (psicoterapeutas corporais com mais de 10 anos de atuação); através de um contato telefônico, onde foi esclarecida a duração do encontro, tendo aceitado o convite.

5.2 Local da Coleta

A pesquisa foi realizada na cidade de São Paulo, com psicoterapeutas corporais em seus consultórios particulares, em encontros pré-agendados.

5.3 Duração e seqüência de Aplicação dos Instrumentos

O encontro teve a duração de aproximadamente 2 horas, e quando não foi possível concluir, foi agendado um novo encontro de 1 hora.

No primeiro momento foi dado espaço para o profissional falar sobre o momento que esta vivendo como profissional de saúde, em seguida foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1); efetuada a aplicação dos questionários: (Questionário de Dados Sócio-Demográficos, Questionário de Dados Pessoais - Profissionais e a Lista de Sintomas (**LSS/VAS**). Por ultimo, foi realizada a entrevista semidirigida).

5.4 Análise dos Dados Coletados

Com os dados coletados foram feitas análises estatísticas descritivas e correlacionais. Tais dados foram ilustrados com dados qualitativos oriundos do questionário e das entrevistas com os sujeitos.

6. CUIDADOS ÉTICOS

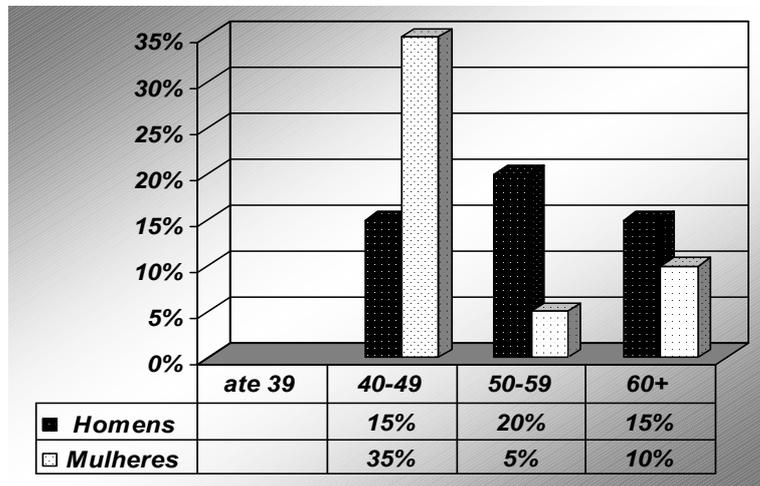
Os devidos cuidados éticos serão discriminados a seguir:

1. Foi apresentado a todos os envolvidos na pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a Resolução 196/10 de 1.996, que foi assinado voluntariamente por cada participante.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto trouxesse prejuízo à continuidade da assistência.
3. Acesso a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
4. O sujeito teve a salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
5. O sujeito terá acesso à pesquisadora a qualquer momento via telefone e/ou e-mail, impressos no Consentimento Livre e Esclarecido cuja cópia ficará em seu poder.
6. O sujeito teve acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas.
7. O sujeito teve liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isso trouxesse prejuízo à continuidade da assistência.
8. Foi de conhecimento do sujeito, através do Termo de Consentimento, que os resultados da Pesquisa serão utilizados como parte dos requisitos para que a pesquisadora obtenha o título de mestre em Psicologia; e para futura publicação. Não haverá, no entanto, a identificação dos sujeitos sendo apenas mencionados os dados, como também a escola a que pertence. (Psicoterapia Corporal derivada de Wilhelm Reich)
9. Todos os participantes terão os seus resultados entregues pessoalmente.
10. O projeto de pesquisa foi entregue ao Comitê de Ética em Pesquisa –PUC-SP, cuja homologação esta anexada.

7. RESULTADOS

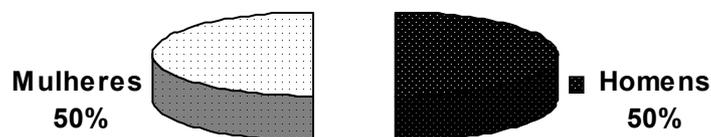
7.1

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICO Gráfico 1 A. Faixa Etária



1 B. No que se refere aos dados da faixa etária: 15% dos homens e 20% das mulheres se encontram na faixa de 40 a 49 anos (35%); 35% dos homens e 20% das mulheres na faixa de 50 a 59 anos (55%) e somente 10% das mulheres com mais de 60 anos (10%). Podemos então observar que a maioria se encontra na faixa de 50 a 59 anos seguida pela faixa de 40 a 49 anos.

Gráfico 2 A. Sexo.



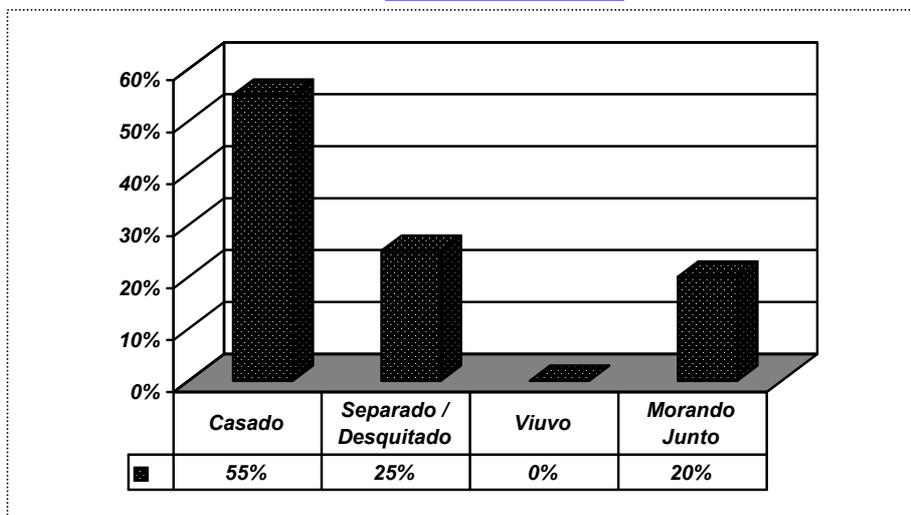
2 B. Amostra da pesquisa: 20 pessoas, sendo: 50% Sexo Masculino; 50% Sexo Feminino.

7.1

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Gráfico 3 A.

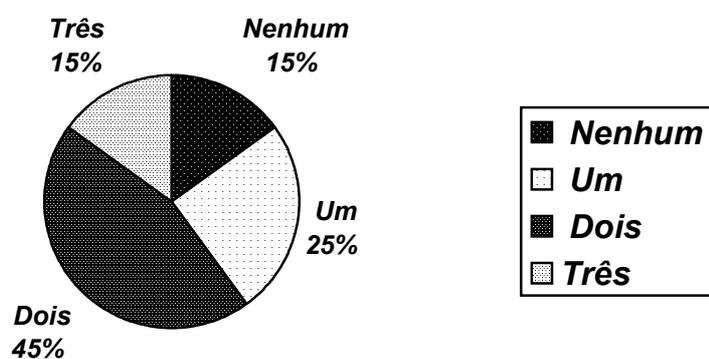
Estado Civil



3 B. O Gráfico 3, quanto ao estado civil dos sujeitos 55% são casados, 25% separado ou desquitado e 20% morando junto. Observamos que todos os sujeitos desta pesquisa estão vivendo com um companheiro (a)

Gráfico 4 A.

FILHOS

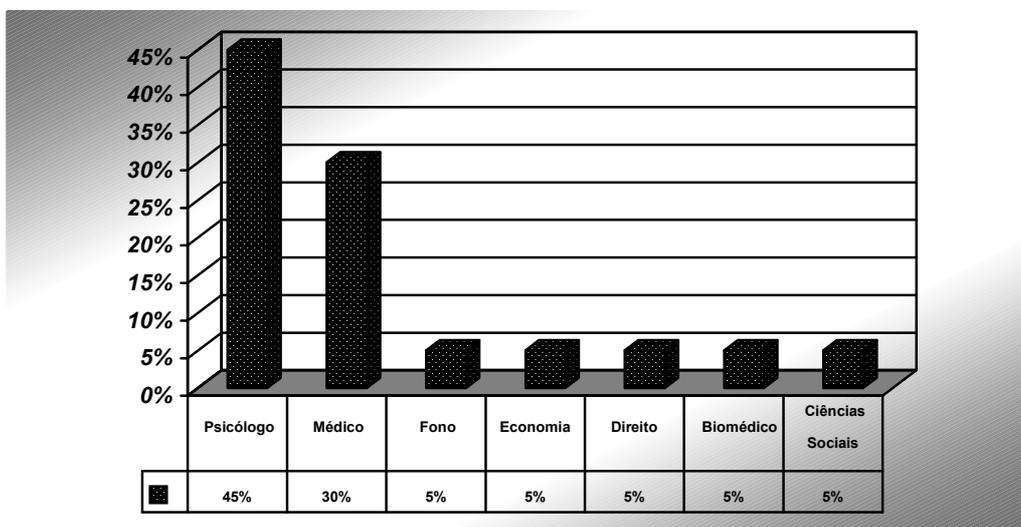


B. Em relação á prole, 15% dos psicoterapeutas corporais não tem filhos, 25% tem um filho, 45% tem dois e 15% tem três filhos. Observamos que a maioria dos sujeitos pesquisados (45%), possui dois filhos.

7.2

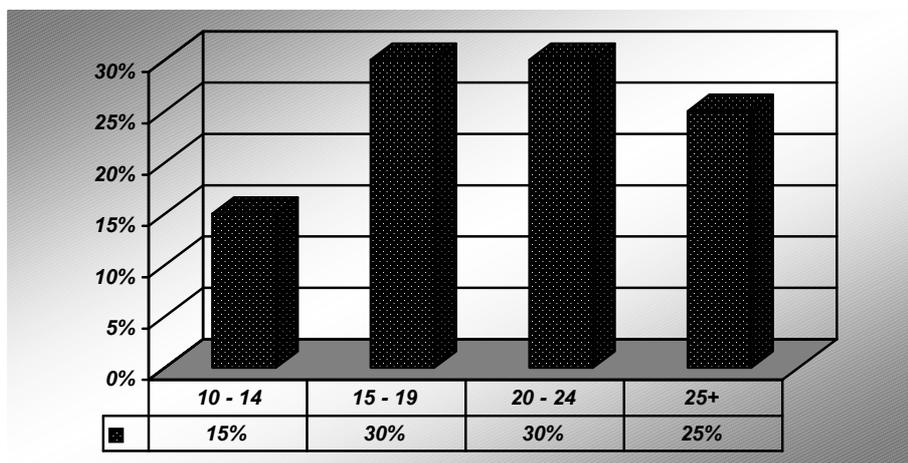
Gráfico 5 A

DADOS PROFISSIONAIS-PESSOAIS Área de formação



5 B. Podemos verificar que 45% a maioria dos sujeitos são Psicólogos; seguido pelos Médicos 30% e o restante dos sujeitos estão distribuídos em 5% Fonoaudiólogo, 5%, Economista, 5% Direito, 5% Biomédico e 5% Ciências Sociais, todos com especialização em Psicoterapia Corporal.

Gráfico 6. A Tempo de exercício como psicoterapeuta corporal

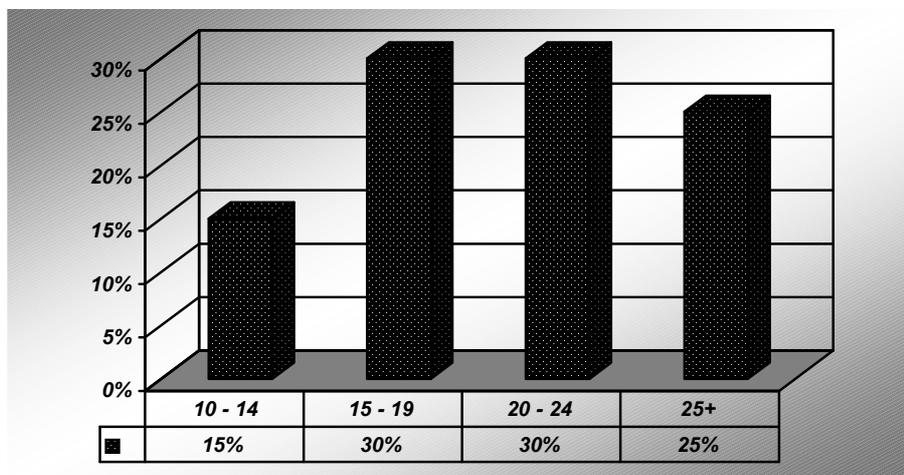


6 B No que se refere ao tempo de exercício como psicoterapeuta corporal, podemos observar que 15% exerce a profissão entre 10 e 14 anos, 30% de 15 a 19 anos, 30% de 20 a 24 anos e 25% há mais de 25 anos, observamos que 55% atua como psicoterapeuta de há mais de 20 anos.

7.2

Gráfico 7 A.

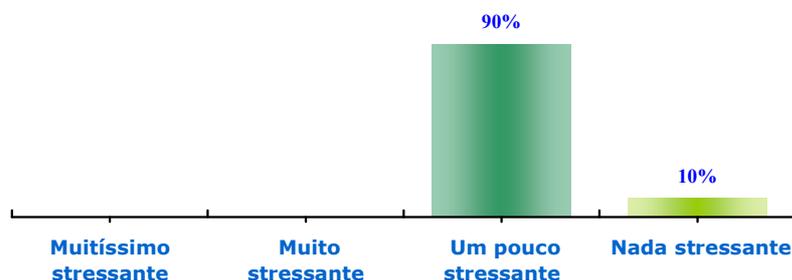
DADOS PROFISSIONAIS-PESSOAIS Quantos clientes atende por semana



7 B. No que diz respeito ao número de clientes atendidos semanalmente; 5% atende até 4 clientes por semana, 15% atende de 10 a 14 clientes; 10% atende 15 a 19 clientes, enquanto 20% atende de 25 a 29 pacientes e com a maior porcentagem de 30% atende mais de 30 clientes por semana, logo 55% atende mais de 20 clientes.

Gráfico 8 A

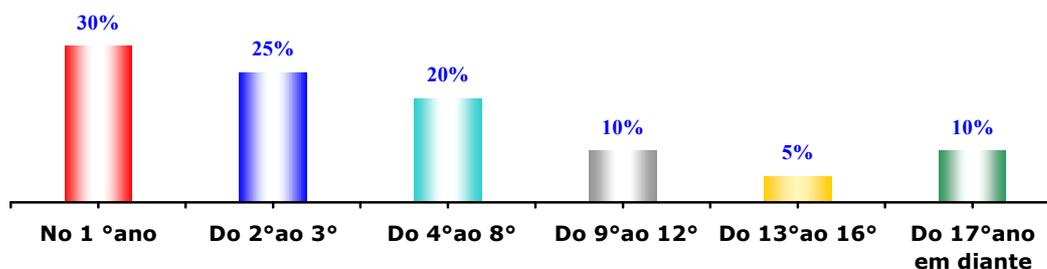
A atividade do psicoterapeuta corporal é considerada por você?



8 B. Ao serem indagados se a atividade do psicoterapeuta é considerada *stressante*, 90% dos sujeitos consideraram uma atividade um pouco *stressante*, 10% consideraram uma atividade nada *stressante*. Observamos que nenhum sujeito assinalou muito ou muitíssimo *stressante*.

7.2 DADOS PROFISSIONAIS-PESSOAIS

Gráfico 9 A. Fase da profissão em que o stress foi mais intenso.



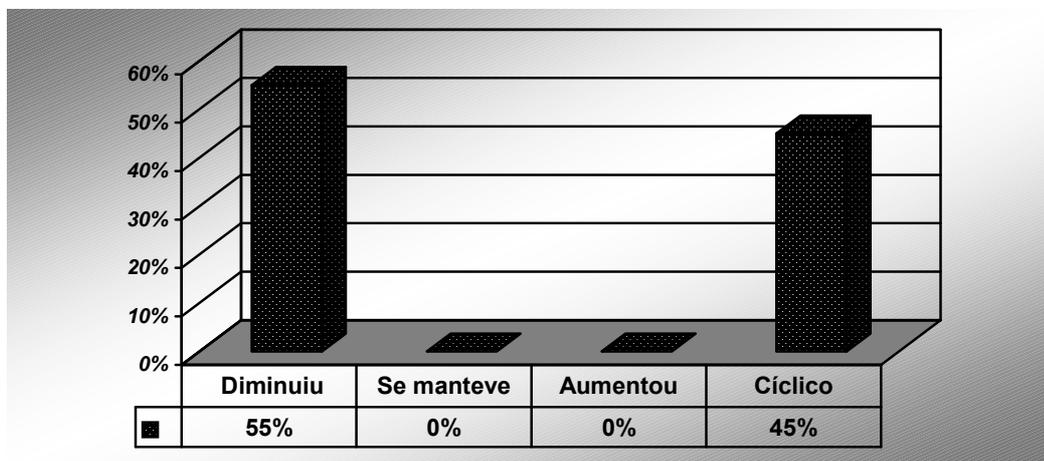
9 B - Podemos verificar que 30% relataram que o primeiro ano foi o mais *stressante*, no primeiro ano pela clara noção da inexperiência na época, pois gastava muito com terapia, supervisão, aluguel da sala e ganhava pouco, insegurança, medo de fazer besteira ou não saber o que fazer. Enquanto 25% relata ter sido do 2º ao 3º ano, 20% afirma ter sido do 4º ao 8º, nos primeiros 8 anos de formação em Bioenergética, relata um dos sujeitos que havia feito a formação em Análise Bioenergética porque o treinamento é muito voltado para o corpo como objeto a ser trabalhado; como também foi mencionado que, no quinto ano de formada após onde durante 2 anos trabalhou no hospital Darcy Vargas com crianças em quimioterapia e terminais. Podemos verificar ainda que 10% relatou ter sido 9º ao 12º, 5% do 13º ao 16º, justificando este período como mais *stress* ante devido a temas pessoais de vida junto com desentendimento com Instituições e 10% diz ter sido do 17º em diante, justificando que com a experiência clínica, muitas vezes, há consciência da ineficácia, ou da dúvida, e que o corpo não acompanha como acompanhava.

Logo, 55% considera do 1º ao 3º ano a fase da profissão em que o *stress* foi mais *stressante*, no início o que mais provocava *stress* era o medo, com certeza é o medo de você não estar entendendo muito bem o processo é o medo de você trabalhar com algo que ainda você não domina de fazer algum mal para o seu paciente, o medo de ser julgado, e dizerem que você não é uma boa terapeuta.

7.2

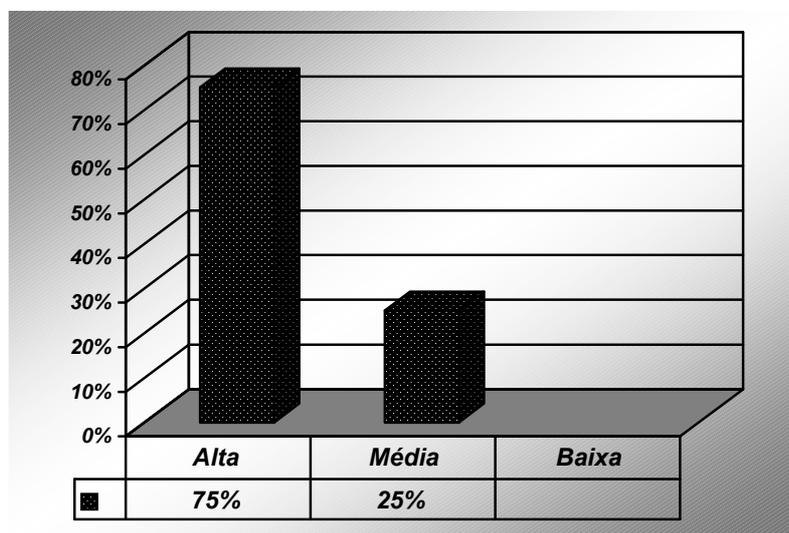
DADOS PROFISSIONAIS-PESSOAIS

Gráfico 10 A. Caso tenha sentido *stress* no decorrer do exercício profissional levando em conta a passagem do tempo, considere que o *stress*: Diminuiu - Se manteve - Aumentou ou foi cíclico?



10 B. Quanto à questão sobre o *stress* sentido no decorrer do exercício profissional, 55% relata que diminuiu com o passar do tempo, enquanto 45% disseram que o *stress* é considerado cíclico.

Gráficos 11 A. Satisfação em relação ao trabalho

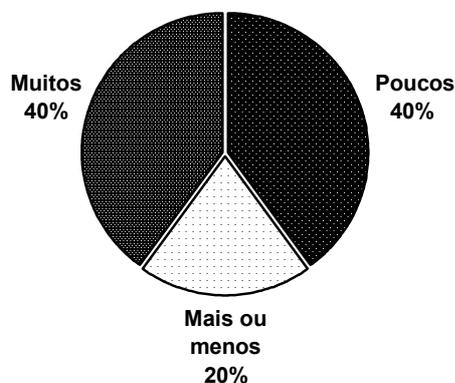


11 B. A satisfação em relação ao trabalho 75% relata que é alta enquanto 25% diz ser média, nenhum participante relatou ser baixa, a sua satisfação com o trabalho.

7.2

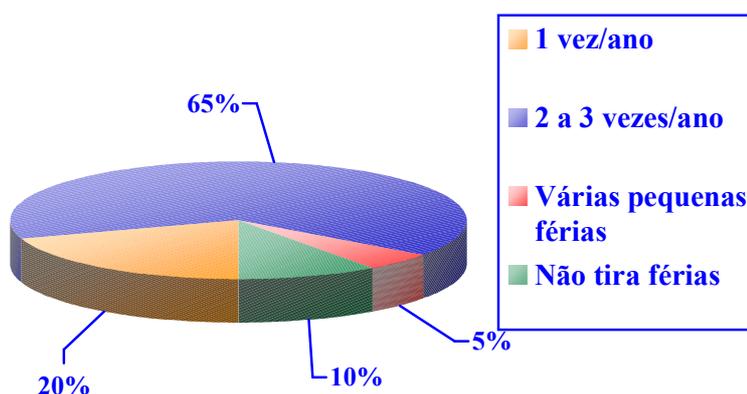
Gráfico 12 A.

DADOS PROFISSIONAIS-PESSOAIS Você tem amigos?



12 B. No gráfico n° 12 podemos verificar que 40% relata ter muitos amigos enquanto 40% possuem poucos amigos, 20% dos sujeitos da amostra relatam ter mais ou menos, todos possuem amigos. No entanto faltou questionar se estes amigos são confiáveis, confidentes, se são companheiros.

Gráfico 13 A. Nestes últimos cinco anos, quantas vezes você saiu de férias?

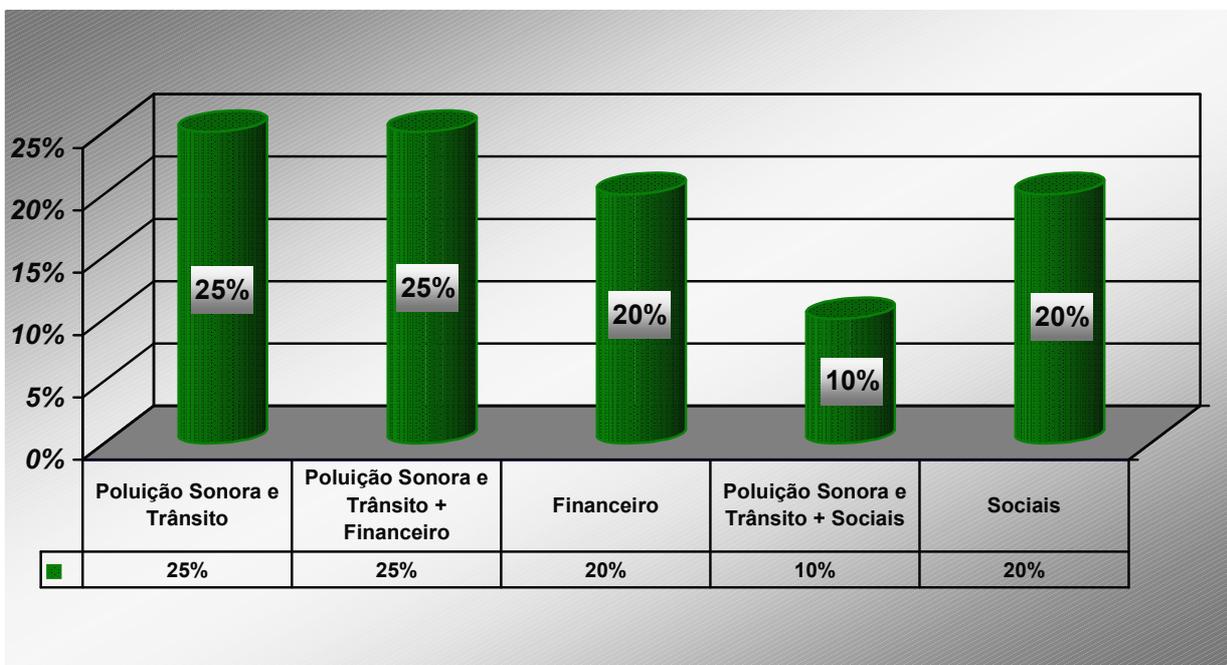


13 B. Dos sujeitos da amostra 65% tira duas a três vezes /ano (festas de fim de ano, feriados, uma semana em julho), 20% tira férias uma vez por ano (mais que 15 dias), enquanto 5% pequenas férias (uma semana) e 10% nestes últimos cinco anos não tiraram férias. Observamos que 80% dos sujeitos da amostra não tira férias com mais de 15 dias nestes últimos cinco anos.

7.2

DADOS PROFISSIONAIS-PESSOAIS

Gráfico 14 A. QUAIS FATORES AMBIENTAIS PROVOCAM MAIS STRESS EM VOCÊ?



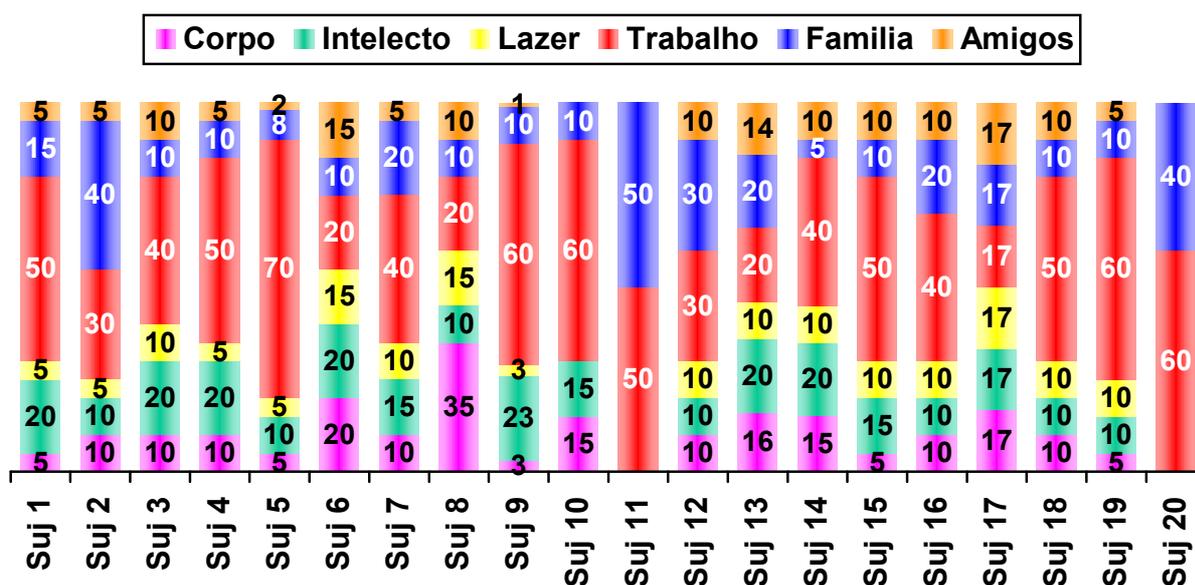
14 B. Podendo assinar mais de uma opção, verificamos que 25% relata que a poluição sonora e o trânsito são os fatores que mais provocam *stress*, 25% acredita que a poluição sonora o trânsito e problemas financeiros são os fatores que mais os *stressam*, enquanto que 20% relata que são os problemas financeiros, enquanto que 20% dos sujeitos da amostra relatam que são os fatores sociais são os que mais *stressam* e 10% acreditam que a poluição sonora, o trânsito e os fatores sociais.

Caso fossemos agrupar observaríamos que: 50% relata que a poluição sonora o trânsito e problemas financeiros são os fatores ambientais que mais provocam *stress*.

Gráfico 15 A.

Índice de dedicação diária em relação ao:
Corpo – Intelecto – Lazer – Trabalho - Família – Amigos.

- De cada sujeito da amostra -



16 B. Quando se perguntou aos sujeitos: quanto você se dedica/dia em porcentagem ao seu corpo, seu intelecto, lazer, trabalho, família e amigos, pudemos observar que a dedicação maior é ao trabalho, seguida pela família, intelecto, corpo e o menor índice é a dedicação aos amigos.

Podemos observar em relação à Lista de Sintomas de *Stress* (LSS/VAS - tabela 1), os sujeitos 13 o único que se encontra na FASE LEVE com o sujeito 20 que se encontra na FASE DE PERIGO-AGUDO, que se dedica 60% ao trabalho e 40% a família, não tendo tempo para o lazer, amigos, intelecto e com o seu corpo; enquanto o sujeito 13 apresenta 20% ao trabalho, 20% intelecto, 20% a família, 16% ao seu corpo e 14% a seus amigos, distribuídos em todas as áreas.

7.RESULTADOS

7.3 Tabela 1 A _RESULTADOS DA LISTA DE SINTOMAS DE STRESS (LSS/VAS)

SUJ	PRE	NIV.PR	FREQ	NIV.FQ	INTEN	NIV. IN	NGS	FASE
01 ♀	51	Alto	1,2	Médio	4,3	Médio-alto	Médio-Alto	Perigo
02 ♀	58	Alto	1,4	Médio	5,1	Méd-alt	Méd-alt	Perigo
03 ♀	69	Alto	1,3	Médio	3,3	Médio	Médio-Alto	Perigo
04 ♂	80	Íssimo	1,4	Médio	4,4	Méd-alt	Alto	Perigo-Agudo
05 ♀	63	Alto	1,4	Médio	4,8	Méd-alt	Médio-Alto	Perigo
06 ♀	61	Alto	1,1	Médio	1,1	Baixo	Médio-Alto	Perigo
07 ♀	71	Alto	1,0	Baixo	3,0	Médio	Médio-Alto	Perigo
08 ♂	68	Alto	1,2	Médio	3,1	Médio	Médio-Alto	Perigo
09 ♀	71	Alto	1,3	Médio	4,8	Méd-alt	Médio-Alto	Perigo
10 ♀	68	Alto	1,5	Médio	4,3	Méd-alt	Médio-Alto	Perigo
11 ♀	51	Alto	1,5	Médio	6,1	Alto	Alto	Perigo-Agudo
12 ♂	71	Alto	1,1	Médio	2,5	Médio	Médio-Alto	Perigo
13 ♂	49	Médio	1,0	Baixo	1,1	Baixo	Baixo	Leve
14 ♂	78	Íssimo	1,1	Médio	2,8	Médio	Alto	Perigo-Agudo
15 ♂	44	Médio	1,2	Médio	2,8	Médio	Médio	Alarme
16 ♂	64	Alto	1,5	Médio	3,3	Médio	Médio-Alto	Perigo
17 ♂	56	Alto	1,1	Médio	2,8	Médio	Médio-Alto	Perigo
18 ♂	49	Médio	1,0	Baixo	4,2	Méd-alt	Médio	Alarme
19 ♂	36	Médio	1,1	Médio	4,5	Méd-alt	Médio-Alto	Perigo
20 ♀	85	Íssimo	1,8	Méd-Alt	5,6	Alto	Alto	Perigo-Agudo

Melhor situação=Sujeito nº13

Pior situação= Sujeito nº 20

O LSS/VAS foi validado para a população brasileira, obtendo o índice de consistência interna $r=0,91$ e $\alpha=0,001$; a consistência Temporal alcançou um $r=0,94$, com $\alpha=0,001$. Para a análise estatística, utilizaram-se os seguintes programas: Statistic 6, The SAS System for Windows V8 e Microsoft Office Excel 2003. Foram usados como instrumentos do cálculo estatístico o teste “t” de Student, Média, Qui-Quadrado e o Teste de Mann-Whitney.

Abreviações e Gabaritos para Interpretação dos Níveis de *Stress* :

PRE = Presença de Sintomas – (em porcentagens)

NIV.PR = Nível da Presença de Sintomas: Baixo / Médio / Médio-alto (Méd-alt) / Alto / Altíssimo (íssimo)

FREQ = Freqüência de Sintomas (valores variando entre 0 e 3)

NIV. FQ =Nível de Freqüência de Sintomas: Baixo / Médio / Médio-alto (Méd-alt) / Alto / Altíssimo.

INTEN = Intensidade dos Sintomas (valores variando entre 0 e 10)

NIV. IN = Nível de Intensidade dos Sintomas: Baixo / Médio / Médio-alto (Méd-alt) / Alto / Altíssimo

NGS = Nível Geral de *Stress* : Baixo / Médio / Médio-alto (Méd-alt) / Alto / Altíssimo (íssimo)

STR-FASE = *Stress* -Fase: Leve / Alarme / Perigo / Perigo Agudo / Exaustão

Tabela 1 B Considerando que são 5 os Nível da Presença de Sintomas: Baixo / Médio / Médio-alto (Méd-alt) / Alto / Altíssimo (íssimo), nenhum sujeito apresentou o índice **BAIXO** , no índice **MÉDIO** tivemos **4 sujeitos (sujeitos: N°13; 15; 18 e 19 ; todos do sexo masculino** ; e índice **ALTO** tivemos **13 sujeitos (N°1,2,3,5,6 ,7, 9, 10, 11 = sexo feminino= 9 e N° 8,12, 16, 17,sexo masculino= 4)**; enquanto no nível **ALTÍSSIMO** tivemos **3 sujeitos (N°4,14 do sexo masculino = 2 sujeitos) e 1 Sujeito N°20 ,sexo feminino) .**

Quanto ao **NÍVEL DE FREQÜÊNCIA DE SINTOMAS**, variou de **BAIXO**, tivemos **3 sujeitos (N°13 e 18 ambos do sexo masculino e 1 sujeito N°7 sexo feminino) ; MÉDIO** tivemos **17 sujeito (N°1;2;3;5;6;9;10;11= do sexo feminino= 8 sujeitos) e (N°4;8;12;13;14;15;16;17;1 sexo masculino = 9 sujeitos); MÉDIO-ALTO**, somente **1 (N°sujeito 20-sexo feminino)**

Considerando que são 5 os **NÍVEL DE INTENSIDADE DOS SINTOMAS** Baixo / Médio / Médio-alto (Méd-alt) / Alto / Altíssimo variou de **BAIXO** Total = 2 sujeitos: (Nº6-sexo feminino) e (Nº 13 sexo masculino); **MÉDIO – ALTO** Total=8 sujeitos (Nº 1;2; 5;9;10 - sexo feminino) e (Nº4;18;19 - sexo masculino) ; **ALTO**-Total= 2 sujeitos (Nº 11 e 20 ; ambos do sexo feminino).

Quanto ao **NÍVEL GERAL DE STRESS** que são 5 (**Baixo / Médio / Médio-alto (Méd-alt) / Alto / Altíssimo (íssimo)**) mostrou que o teste destes profissionais variou de **BAIXO** Total =1 sujeito (Nº 13 sexo masculino), nenhum sujeito apresentou **MÉDIO** e **ALTO**-Total=2 sujeitos (Nº4 sexo masculino e Nº 20, sexo feminino)

Considerando que são 5 as **FASES –STRESS (STR-FASE): Leve / Alarme / Perigo/ Perigo Agudo/Exaustão**; somente 1 sujeito se encontra na **FASE LEVE** (Nº 13 sexo masculino); na fase de **ALARME** - Total= 2 sujeitos (Nº 18 e 15 ambos do sexo masculino); já na fase de **PERIGO** Total = 13 sujeitos (Nº 1,2,3,5,6,6,9,10 - sexo feminino = 8 sujeitos e 5 sujeitos Nº 8,12,15,17,19- do sexo masculino) ;enquanto que na fase de **PERIGO-AGUDO**, o total foi de 4 sujeitos sendo 2 do sexo feminino (Nº10 e 20) e 2 sexo masculino (Nº10 e 20)

7.3 Tabela 2 A CONCLUSÃO GERAL

SUJ 20	PRE	NIV.PR	FREQ.	NIV.FQ	INTEN.	NIV. IN.	NGS	STR- FASE
Total	62%	Alto	1,3	Médio	3,7	Médio- Alto	Médio- Alto	Perigo

Tabela 2 B

Os resultados apontam que o grupo apresentou uma média de **62%** dos sintomas do teste (aproximadamente 37 dos 59 sintomas do teste), considerada elevada, o **Nível de Presença de Sintomas** foi considerado **ALTO**, enquanto a **Freqüência de Sintomas** foi de **1,3**, o **Nível de Freqüência de Sintomas** apresentou-se **MÉDIO**, enquanto a **Intensidade dos Sintomas** foi de **3,7** considerada **MÉDIO** , já o **Nível de Intensidade dos Sintomas** foi considerado **MÉDIO - ALTO** .

Os resultados demonstraram que os sujeitos neste período, encontram-se no **Nível Geral de Stress** **MÉDIO- ALTO**. Encontrando-se numa fase de **PERIGO**

7. RESULTADOS

7.4

RANKING DOS SINTOMAS

Considerando-se a **freqüência e intensidade** com que se manifestam nos sujeitos pesquisados, esses são os **sintomas que interferem mais ou menos** no bem-estar deles:

Obs.: Ocorreu duplicidade de sintomas num mesmo lócus do ranking (LR)

LR	PONTOS	SINTOMA NR.	CONTEÚDO
1.	112	25	Sinto raiva
2.	108	09	Tenho pensamentos que me deixam ansioso(a)
3.	104	17	Sinto angústia
4.	103	16	Fico esgotado(a) emocionalmente
5.	102	15	Tenho desânimo
6.	100	21	Tenho cansaço
7.	98	14	Tenho medo
7.	98	33	Sinto sobrecarga de trabalho
8.	97	05	No fim de um dia de trabalho estou desgastado(a)
9.	96	23	Sinto dores nas costas
10.	94	24	Tenho insônia
10.	94	50	Tenho dúvidas sobre mim mesmo(a)
11.	92	59	Tenho vontade de ficar sozinho(a)
12.	91	20	Apresento distúrbios gastro-intestinais
13.	90	40	Sinto insegurança
14.	88	26	Qualquer coisa me irrita
14.	88	55	Meus músculos estão sempre tensos
15.	85	54	Minha vida sexual está difícil
16.	84	34	Sinto-me deprimido(a)
17.	80	35	Esqueço-me das coisas

18.	78	07	Como demais
19.	77	13	Quando me levanto de manhã, já estou cansado(a)
20.	76	02	Qualquer coisa me apavora
21.	75	43	Sinto insatisfação com meu trabalho
22.	70	18	Noto que minhas forças estão no fim
23.	69	56	Tenho vontade de abandonar tudo que estou fazendo
24.	68	12	Aperto as mandíbulas
25.	65	38	Sinto exaustão física
26.	60	44	Tenho dor de cabeça
27.	59	47	Sinto que meu desempenho no trabalho está limitado
27.	59	57	Tenho discutido freqüentemente com meus amigos e familiares
28.	58	41	Sinto pressão no peito
29.	57	29	Não tenho vontade de fazer as coisas
30.	52	42	Sinto provocações
30.	52	58	Evito festas, jogos e reuniões sociais
31.	51	48	Tenho pesadelos
32.	49	27	Sinto náuseas
32.	49	30	Tenho dificuldades de relacionamento
33.	48	45	Tenho as mãos e/ou os pés frios
34.	48	49	Tenho um nó no estômago
35.	46	19	Minha pressão se altera
36.	43	11	Ranjo os dentes
37.	42	03	Tenho taquicardia
38.	38	32	Fumo demais
39.	36	37	Sinto os olhos lacrimejantes e a visão embaçada
40.	33	10	Sinto-me alienado(a)
40.	33	31	Ouçõ zumbidos nos ouvidos
41.	32	46	Tenho a boca seca

42.	30	52	Meu apetite oscila muito
43.	25	53	Tem dias que, de repente, tenho diarreia
44.	23	22	Costumo faltar no trabalho
45.	22	51	Sofro de enxaqueca
46.	20	36	Sinto o corpo coberto de suor frio
46.	20	39	Tenho sono exagerado
47.	14	04	Tenho a sensação de que vou desmaiar
48.	13	06	Sinto falta de apetite
49.	10	28	Fico afônico(a)
50.	08	08	Rôo unhas

Os 12 [mais](#) representativos

Ranking - Ocorreu duplicidade de sintomas num mesmo *locus do ranking* - n° 7 e 10.

1. Sinto raiva
2. Tenho pensamentos que me deixam ansioso(a)
3. Sinto angústia
4. Fico esgotado(a) emocionalmente
5. Tenho desânimo
6. Tenho cansaço
7. Tenho medo
7. Sinto sobrecarga de trabalho
8. No fim de um dia de trabalho estou desgastado(a)
9. Sinto dores nas costas
10. Tenho insônia
10. Tenho dúvidas sobre mim mesmo (a)
11. Tenho vontade de ficar sozinho (a)
12. Apresento distúrbios gastro-intestinais

Os 12 menos representativos

Ranking : Ocorreu duplicidade de sintomas num mesmo *locus do ranking- nº46, e 40.*

50. Rôo unhas
49. Fico afônico (a)
48. Sinto falta de apetite
47. Tenho a sensação de que vou desmaiar
46. Sinto o corpo coberto de suor frio
46. Tenho sono exagerado
45. Sofro de enxaqueca
44. Costumo faltar no trabalho
43. Tem dias que, de repente, tenho diarreia
42. Meu apetite oscila muito
41. Tenho a boca seca
40. Sinto-me alienado(a)
40. Ouço zumbidos nos ouvidos
39. Sinto os olhos lacrimejantes e a visão embaçada
38. Fumo demais

7.RESULTADOS

7.5 DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DO (DSC)

Da Entrevista Semi – Dirigida: “*Stress* no Psicoterapeuta Corporal”

Na elaboração das categorias foi feita a partir da seqüência da entrevista. Elas foram agrupadas a partir das questões abertas que abarcassem aspectos Emocionais, Profissionais, Financeiros, Sociais e Biográficos, investigando assim as variáveis que desencadeiam *stress* no psicoterapeuta corporal. Na seqüência desta análise qualitativa procuraremos fazer um resumo de todas as falas dos sujeitos em categorias e idéias centrais; tal procedimento aproxima-se daquilo que Lefrève /Lefrève denominou Discurso Coletivo.

QUADRO – SÍNTESE

Nº 1 A **QUAIS OS SINTOMAS QUE VOCÊ TEM QUANDO ESTA STRESSADO:**

-SINTOMAS IDENTIFICADOS PELOS SUJEITOS-

Foram assinalados mais de uns sintomas pelos sujeitos

<u>IDÉIAS CENTRAIS:</u>	<u>Número de sujeitos</u>
1. Irritação excessiva / inquietação / Impaciência consigo e com os outros / nervosismo	(11)
2. Distúrbio de sono / Dormir mal e pouco/ Perda do sono.	(9)
3.Ansiedade/ Impaciência.	(4)
4.Dor no estômago/problemas digestivo	(4)
5.Dores nas costas/coluna.	(4)
6.Depressão / tristeza.	(4)
7.Coração bate mais forte/palpitações.	(3)
8.Agitação/ Ficar acelerado (a).	(3)
9. Dor de cabeça / enxaqueca.	(3)
10.Problemas de pele	(2)
11.Diminuição da memória/Diminuição da atenção.	(2)

12. Dores no corpo.	(2)
13. Tensão na mandíbula.(ATM)	(2)
14. Área dos olhos pesada.	(1)
15. Não ter tempo para atividades que gosto.	(1)
16. Distúrbio de humor	(1)
17. Comer demais.	(1)
18. Não se posicionar direito.	(1)
19. Dor no pescoço.(cervical)	(1)
20. Garganta/rouquidão /tosse seca.	(1)
21. Herpes no rosto e nádegas.	(1)
22. Vontade de chorar/chorona.	(1)
23. Aumento da pressão arterial	(1)
24. Problemas digestivos / digestão lenta.	(1)
25. Tensão geral.	(1)
26. Aumento da P.A.	(1)
27. Isolamento.	(1)
28. Mau humor.	(1)
29. Lesão vegetativa na altura dos ombros (funciona como órgão de choque).	(1)
30. Respiração curta.	(1)
32. Medo.	(1)

OS MAIS ESCOLHIDOS mais escolhidos de (11 a 4 sujeitos)

1° Irritação excessiva / inquietação / Impaciência consigo e com os outros / nervosismo.	(11 sujeitos)
2° Distúrbio de sono / Dormir mal e pouco/ Perda do sono.	(9 sujeitos)
3° Ansiedade/ Impaciência.	(4 sujeitos)
4° Dor no estômago/problemas digestivo	(4 sujeitos)
5° Dores nas costas/coluna.	(4 sujeitos)
6° Depressão / tristeza.	(4 sujeitos)

OS MENOS ESCOLHIDOS menos escolhidos (3 a 1 sujeitos)

1.Coração bate mais forte/palpitações	(3 sujeitos)
2.Agitação/ Ficar acelerado (a)	(3 sujeitos)
3. Dor de cabeça / enxaqueca	(3 sujeitos)
4.Problemas de pele	(2 sujeitos)
5.Diminuição da memória/Diminuição da atenção.	(2 sujeitos)
6.Dores no corpo E Tensão na mandíbula. (ATM)	(2 sujeitos)
7.Área dos olhos pesada.	(1 sujeito)
8.Não ter tempo para atividades que gosto.	(1 sujeito)
9.Distúrbio de humor e Comer demais	(1 sujeito)
10. Não se posicionar direito	(1 sujeito)
11.Dor no pescoço.(cervical)	(1 sujeito)
12. Garganta/rouquidão /tosse seca.	(1 sujeito)
13.Herpes no rosto e nádegas.	(1 sujeito)
14.Vontade de chorar/chorona. E Mau humor E Medo	(1 sujeito)
15.Aumento da pressão arterial	(1 sujeito)
16.Problemas digestivos / digestão lenta.	(1 sujeito)
17.Tensão geral.	(1 sujeito)
18.Aumento da P.A.	(1 sujeito)
19.Isolamento.	(1 sujeito)
20. Lesão vegetativa na altura dos ombros.	(1 sujeito)
21. Respiração curta	(1 sujeito)

Nº 1 B É importante assinalar que foram escolhidos pelos sujeitos mais de um sintoma quando estão stressados; em primeiro lugar assinalado por 11 sujeitos da amostra: *irritação excessiva, inquietação; Impaciência consigo e com os outros; nervosismo* .Em segundo lugar escolhido por **9 sujeitos**: *distúrbio de sono como dormir mal e pouca perda do sono*, enquanto **4 sujeitos** escolheram: *ansiedade e, impaciência; dor no estômago e problemas digestivo; dores nas costas e coluna; depressão e tristeza*.

Nº 2 A: PORQUE DECIDIU SER PSICOTERAPEUTA?

Idéias Centrais

1.Ajudar o Outro	2.A partir da ajuda	3.Crença na Psicoterapia	4.Paixão Visceral	5. Escolha Racional	6. Desvendando o outro
------------------	---------------------	--------------------------	-------------------	---------------------	------------------------

IC: 1. Ajudar o Outro.

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) Eu sempre gostei de ajudar as pessoas, porque sempre gostei das relações humanas, e para ajudar a mim e aos outros. Basicamente para poder compreender e apoiar pessoas com problemas “não concretos”; é mais prazeroso estar com pessoas.

A partir da perda de meu pai, com 16 anos, eu me coloquei na posição de “salvadora” da família; desde a pré-adolescência me interessei pelos problemas dos outros, basicamente para poder olhar e compartilhar com outros em outro mundo, o mundo dos sentimentos; sensações que me fascina; levando a inserção familiar que se extrapolou para a vida social como um todo.

Quando pequena enxergava o que as pessoas não enxergavam; cedo entendi que a doença, como as crises têm um significado na biografia de cada um e pede compreensão não afastamento.

Pelo desejo de compreender e colaborar para a harmonia de viver bem dos seres humanos. ; isso me levou a ter um interesse principal no relacionamento e a pessoa mais no que no problema.

IC: 2. A PARTIR DA AJUDA OBTIDA.

DSC – Vivenciei muitos benefícios enquanto cliente em psicoterapia corporal; primeiro por necessidade pessoal, depois gostei de cooperar, e ter relações próximas.

IC: 3. CRENÇA NA PSICOTERAPIA.

DSC – Porque acredito na psicoterapia como processo de crescimento, a ponto de querer trabalhar com isso mais que tudo. A possibilidade de ser e o outro na relação terapêutica.

Um dia descobri a letra da música “Traduzir-se”, (Ferreira Gullar/Fagner), que para mim fala do processo terapêutico. Acredito que em qualquer uma das áreas, eu expressaria essa qualidade de transformação, de buscar harmonia.

Meus pais separaram quando eu tinha 12 anos, minha mãe tentou suicídio por três vezes, eu segurava as pontas. Meu pai casou novamente sem filhos.

IC: 4. PAIXÃO VISCERAL.

DSC – O universo fica expandido, isto é visceral, está no corpo.

IC: 5. ESCOLHA RACIONAL.

DSC – Fui inicialmente para o caminho da Área de Exatas e percebi que lá não era o meu lugar, assim me encontrei na psicologia, minha segunda opção profissional. Desejava estudar e pesquisar, trabalhar com uma profissão que permitisse ser pesquisador.

Por admiração a um tio, renomado psiquiatra e psicoterapeuta, pensei que gostaria. Como médico; tudo começou com a Macrobiótica e a Teosofia, que me levou à Medicina Antroposófica e à Psicologia Transpessoal e Integral. Essa relação pode ser terapêutica, foi o que quis fazer.

Por entender que a atividade seria um veículo mais eficiente para a expressão de minha identidade e de minhas potencialidades.

IC: 6. DESVENDAR O OUTRO.

DSC – Sinto e tenho admiração, reverência, fico extasiada frente e junto ao outro.

A existência é um mistério a ser desvendado a cada momento. Na época do vestibular, eu não sabia, pensava que meus desejos não tinham nada a ver um com o outro; queria fazer: psicologia, arqueologia, oceanografia, astronomia e arte! Muito tempo depois, entendi que todas tinham a mesma qualidade – revelar algo oculto, para transformar o agora: as primeiras trazem a revelação de algo oculto/profundo, e esse saber pode orientar as transformações atuais, e a arte, é a própria transformação. Assim como na Patologia Clínica, minha formação acadêmica, eu continuei a utilizar uma lente que pudesse tornar visível o invisível. Motivo que até hoje impulsionou o meu desejo de ser terapeuta.

Nº 2 B PORQUE DECIDIU SER PSICOTERAPEUTA FOI AGRUPADO EM 6

CATEGORIAS:

Foram assinalados mais de um motivo que os levaram a esta escolha.

<u>IDÉIAS CENTRAIS:</u>	<u>Número de sujeitos</u>	<u>Porcentagem</u>
1. Escolha Racional	(7)	28%
2. Ajudar o Outro	(6)	24%
3. Crença na Psicoterapia	(5)	20%
4. A partir da ajuda obtida	(3)	12%
5. Desvendar o outro	(3)	12%
6. Paixão Visceral	(1)	4%

2 B. Podemos observar que foram assinalados 25 motivos que levaram a procura pela especialização em psicoterapia corporal, agrupadas em 6 categorias: **Escolha Racional** representando **28%** assim relatadas: minha segunda opção profissional; trabalhar com uma profissão que permitisse ser pesquisador; formação médica - psiquiatria. Como instrumento de trabalho; porque percebi a certa altura da vida que essa seria a atividade que me daria mais satisfação e motivação. Resultou também da reflexão sobre o *stress* ocupacional ao fazer a minha dissertação de mestrado. . **Ajudar o Outro** representou **24%** dos motivos relatados tais como: Vivenciei muitos benefícios enquanto cliente em psicoterapia corporal; primeiro por necessidade pessoal, depois gostei de cooperar, e ter relações próximas. **Crença na Psicoterapia 20%:** Porque acredito na psicoterapia como processo de crescimento, a ponto de querer trabalhar com isso mais que tudo. Meus pais separaram quando eu tinha 12 anos, minha mãe tentou suicídio por três vezes, eu segurava as pontas. Meu pai casou novamente sem filhos. **A partir da ajuda obtida** representou **12%** :Vivenciei muitos benefícios enquanto cliente em psicoterapia corporal; primeiro por necessidade pessoal, depois gostei de cooperar, e ter relações próximas. **Desvendar o outro** também representou **12%** das escolhas ao relatar : Sinto e tenho admiração, reverência, fico extasiada frente e junto ao outro. A existência é um mistério a ser desvendado a cada momento. **Paixão Visceral** representou somente **4%** das escolhas, relatada por um sujeito: O universo fica expandido, isto é visceral, está no corpo.

**Nº 3 A: FASE DA PROFISSÃO COMO PSICOTERAPEUTA CORPORAL
EM QUE O STRESS FOI MAIS INTENSO ESPECIFIQUE POR QUE:**

Idéias Centrais

1. Início/ Reinício	2. Mudança de Clientela	3. Questionament o Profissional	4. Condição Física	5. Vida Pessoal	6. Nº reduzido/ excessivo de Clientes
7. Ameaça de Morte: Terapeuta/ Cliente					

IC: 1. INÍCIO/REINÍCIO.

DSC – No primeiro porque foi o inicio, e quando eu retomei. No primeiro ano pela clara noção da inexperiência na época, pela preocupação em saber ver o fundamental, pois gastava muito com terapia, supervisão, aluguel da sala e ganhava pouco, insegurança, medo de fazer besteira ou não saber o que fazer. No início ter um compromisso em fazer dar certo da maneira como se aprende na teoria, não sabendo lidar muito bem com a falta, pois tinha dificuldade de ligar a teoria com a prática, tendo medo de não “dar conta do recado”. Exigência maior medo de não dar conta, dificuldade na área corporal, sentia tensão e nojo, tinha receio de sentir. No inicio tinha uma boa noção do trabalho, mas não tinha prática, então ficava perdida com a resposta do cliente.

Eu acho que no inicio o que mais provocava *stress* era o medo, com certeza é o medo de você não estar entendendo muito bem o processo é o medo de você trabalhar com algo que ainda você não domina de fazer algum mal para o seu paciente, o medo de ser julgado, e dizerem que você não é uma boa terapeuta, eu penso que os primeiros dez anos, eu me lembro da minha primeira cliente me lembro perfeitamente da primeira sessão, eu havia montado o consultório estava tudo bonitinho, e neste caminho de ir ate o consultório e esperar a cliente, eu transpirava, mas eu transpirava, eu tinha uma ansiedade de uma ordem que quando a paciente chegou, eu percebi que eu estava dez vezes mais ansiosa que ela, será que eu vou dar conta? Será que isto eu vou saber fazer? Será que eu vou me lembrar...E por sinal foi um caso que deu muito certo, porque às vezes o caso dá certo e às vezes não dão, este caso deu certo, eu penso que primeiro pela minha disponibilidade era

total e absoluta para esta pessoa, penso que 30% é conhecimento e 70% é estar disponível e eu tinha toda a disponibilidade porque era a primeira eu não tinha mais nenhuma outra então eu podia trocar de horário podia atender mais eu podia pensar muito neste caso, levar para a supervisão um caso não é isto? Então foi uma disponibilidade tão grande e ela ficou comigo muitos anos e mais tarde ela acabou se tornando mesmo minha amiga, ela nunca esqueceu, pois foi uma pessoa muito comprometida, uma pessoa muito sofrida, e ela sempre me liga me visita trás um filho para eu conhecer, para estar em contato, foi então uma coisa muito boa, a minha primeira experiência.

IC: 2. MUDANÇA DE CLIENTELA.

DSC – Porque atendia inúmeros casos de crianças vítimas de abusos físicos e sexuais.

IC: 3.QUESTIONAMENTO PROFISSIONAL

DSC – Quando construí o meu jeito de trabalhar, integrando as estratégias que adquiri nas formações. Devido a mudanças na linha de trabalho e por baixo números de pacientes atendidos. Quando estava fazendo a formação em Análise Bioenergética, sinto que foi a mais *stressante* pela cobrança, pelas exigências, etc. Nos primeiros 8 anos de formação em Bioenergética, porque o treinamento é muito voltado para o corpo como objeto a ser trabalhado.

Por falta de suporte institucional-Universidade; os currículos diferentes das instituições. Nesta época tentativa de produção intelectual, cultural, formativa.Fundou uma instituição e expulsão, desta sociedade.

IC: 4. CONDIÇÃO FÍSICA.

DSC – O corpo não acompanha como acompanhava (55 anos). Porque não suportava a exposição dos “corpos” para a leitura corporal, estava como assistente no curso de formação, era como que não tivesse pessoas, almas, ser humano e o desespero eram só tidos como processos catárticos, cheguei a adoecer isto nos anos 90, entendia como uma violência feita a mim e aos colegas esta forma de abordar.

Eu acho que com a idade não é porque eu tenho 25 anos, pois eu poderia ter começado com 20 e estar agora com 45 anos só, mas pela minha idade real mais de 60 anos; uma vez o David Campebell (trainer internacional de bioenergética da

Inglaterra -ele deve ter uns 80 anos), e eu assino em baixo, eu perguntei para ele na época eu tinha 40 e qualquer coisa, e ele tinha mais de 60: Como é um terapeuta com esta experiência de 60 anos? Ele disse o grande trunfo é não precisar agradar ninguém, eu sou o que eu sou eu não preciso agradar ninguém. E eu acho que neste momento é esta a minha vantagem. Mari, eu não preciso agradar as pessoas, eu não preciso agradar nem os bioenergéticos, nem os reichiano ninguém, e também eu tenho uma condição que me favoreça, pois eu não preciso do dinheiro para sobreviver, já tenho uma certa estabilidade, é evidente que eu me considero bem sucedida e dá para eu pagar as minhas contas, ajudar a minha filha, meus netos isto me dá muito prazer, de eu não ter que fazer nada que eu não queira, estão o que eu faço é por puro amor e muito verdadeiro, então eu não preciso mais agradar ninguém. É *stressante* estar sob o domínio do agrade.

IC: 5. VIDA PESSOAL.

DSC – Devido a temas pessoais de vida junto com desentendimento com Instituições. Em função da morte de uma colega, psicóloga, trabalhava na mesma clinica, coordenávamos grupos juntas e companheira no curso de especialização. Perda do meu pai neste momento atual.

IC: 6. NÚMERO REDUZIDO/EXCESSIVO DE CLIENTES.

DSC – Poucos clientes, medo de rejeição (perda do cliente), aspecto financeiro, insegurança, como também pelo baixo número de pacientes atendidos ou vários clientes novos ao mesmo tempo.

IC: 7. AMEAÇA DE MORTE: TERAPEUTA / CLIENTE.

DSC – Em um determinado momento da minha vida profissional, um cliente me ameaçou de morte; em outro momento outro cliente corria risco de suicídio. No quinto ano de formada após especialização em Psicologia hospitalar e Psicooncologia durante 2 anos trabalhei no hospital Darcy Vargas com crianças em quimioterapia e terminais, foi muito *stressante*.

3 B Fase da profissão em que o *stress* foi mais intenso

Idéias Centrais - Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)

1. Início/ Reinício	2. Mudança de Clientela	3. Questionamento Profissional	4. Condição Física	5. Vida Pessoal	6. Nº reduzido/ Excessivo de Clientes
7. Ameaça de Morte: Terapeuta/ Cliente					

3 B - Esta categoria foi estruturada para investigar a fase da profissão em que o *stress* foi mais intenso, na entrevista semidirigida, agrupados em 7 categorias; podemos verificar que 6 sujeitos representando (30%) relataram que o primeiro ano foi o mais *stressante*. No primeiro porque foi o início, e quando eu retomei; no primeiro ano pela clara noção da inexperiência na época, pela preocupação em saber ver o fundamental, pois gastava muito com terapia, supervisão. aluguel da sala e ganhava pouco, insegurança, medo de fazer besteira ou não saber o que fazer.

Enquanto 5 sujeitos representando (25%) relata ter sido do 2° ao 3° ano, 4 sujeitos representando (20%) afirma ter sido do 4° ao 8°, nos primeiros 8 anos de formação em Bioenergética, Quando estava fazendo a formação em Análise Bioenergética, sinto que foi a mais *stress* ante pela cobrança, pelas exigências, etc. Nos primeiros 8 anos de formação em Bioenergética, porque o treinamento é muito voltado para o corpo como objeto a ser trabalhado.

Por falta de suporte institucional - Universidade; os currículos diferentes das instituições. Nesta época tentativa de produção intelectual, cultural, formativa. Fundou uma instituição e foi expulso, desta sociedade; também foi mencionada a especialização em Psicologia hospitalar e Psicooncologia onde durante 2 anos trabalhou no hospital Darcy Vargas com crianças em quimioterapia e terminais, foi muito *stressante*.

Podemos verificar ainda que 2 sujeitos representando (10%) dos sujeitos pesquisados relataram ter sido 9° ao 12°, e 1 sujeito representando (5%) do 13° ao 16°, justificando este período como mais *stress* ante devido a temas pessoais de

vida junto com desentendimento com Instituições. e 2 sujeitos (10%) diz ter sido do 17° em diante, justificando que com a experiência clínica, muitas vezes, há consciência da ineficácia, ou da dúvida. Isso causa *stress*. E que o corpo não acompanha como acompanhava.

Logo, 11 sujeitos representando (55%) dos psicoterapeutas considera que; do 1° ao 3° ano a fase da profissão em que o *stress* foi mais *stressante*, argumentando que, no início o que mais provocava *stress* era o medo; com certeza é o medo de você não estar entendendo muito bem o processo, é o medo de você trabalhar com algo que ainda você não domina de fazer algum mal para o seu paciente, o medo de ser julgado, e dizerem que você não é um bom (a) terapeuta.

Nº 4 A: QUAIS SÃO AS MAIS IMPORTANTES FONTES DE SOFRIMENTO NO TRABALHO NA SUA VISÃO COMO PSICOTERAPEUTA CORPORAL?

Idéias Centrais

1. Adoecimento e Morte	2. Questões Existenciais	3. Não conseguir compreender os pacientes	4. Falta de Empatia	5. Autoritarismo dos Institutos Credenciados
6. Ineficácia da Psicoterapia	7. Impotência em Ajudar	8. O próprio toque corporal	9. Questões Pessoais do Psicoterapeuta	
10. Administrar Transferência Contratransferência				

IC: 1. ADOECIMENTO E MORTE.

DSC – Lidar com a morte em relação ao cliente vejo como fontes de sofrimento o adoecimento morte. O maior risco da psiquiatria é a morte.

IC: 2. QUESTÕES EXISTENCIAIS.

DSC – Questões existenciais: separações, perda de vínculo, perda de emprego e questões de identidade.

IC: 3. NÃO CONSEGUIR COMPREENDER OS PACIENTES.

DSC – Pacientes com temas que eu não consegui compreender a tempo e abandonarão a terapia; às vezes com sentimentos negativos.

IC: 4. FALTA DE EMPATIA.

DSC – A principal fonte é o não estar totalmente empatisado com a questão apresentada pelo sujeito ou com ele como um todo em determinados momentos e às vezes com a sensação de que não estou conseguindo efetuar uma “entrada” total do paciente no trabalho.

IC: 5. AUTORITARISMO DOS INSTITUTOS CREDENCIADOS.

DSC – A ditadura aqui no Brasil de ter que utilizar o repertório de trabalhos corporais nas sessões (vinda dos institutos credenciados). Como homeopata tratar casos quadros infecciosos somente com medicamento homeopático e dar suporte à família.Ex: Tratar uma pneumonia somente com homeopatia.

IC: 6. INEFICÁCIA DA PSICOTERAPIA.

DSC – A pouca resposta ao trabalho com pacientes que com o passar do tempo, sua atuação como psicoterapeuta se torna ineficaz.

IC: 7. IMPOTÊNCIA EM AJUDAR.

DSC – Perceber no corpo do outro, tensões que você poderia ajudar a dissolver e percebe a impotência diante do outro e diante de si pois, nem sempre é possível ajudar. A maior fonte para mim foi lidar com o ser “empacotado” num rótulo, e não ser vista e ouvida. Com os clientes, a busca de recursos ou em supervisão ou troca com o grupo de estudos ou terapia ajuda neste sofrimento que no geral tem haver com a falta de recursos internos ou externos. Talvez o que mais me angustiou foi observar em classes de terapeutas corporais, a mobilização de determinada carga e conteúdo, e descarga dessa “coisa”. Depois da catarse, o que acontece com o conteúdo liberado? Como é processado? Parte da energia liberada pode ser descarregada, mas e o conteúdo ideacional, é reintegrado, reorganizado, elaborado. Em sessões seguidas de trabalho corporal, sem processamento, elaboração dos conteúdos, para onde vai essa energia? A observação de muitos casos de adoecimento somático desses terapeutas me fez pensar na hipótese de que um dos caminhos do conteúdo liberado através do trabalho corporal, e não reintegrado é da manifestação pela via somática. Fui então buscar a especialização em Psicossomática para entender melhor esse processo. As situações de impotência, um exemplo: Há cinco anos, quando um cliente se suicidou de uma maneira muito violenta; com uma faca de sobremesa cortou a garganta.

IC: 8. O PRÓPRIO TOQUE CORPORAL.

DSC – 1. Invasão ao corpo do outro e a seu próprio 2. Visão do corpo como objeto. 3. A necessidade de intervir no corpo sem respeito à temporalidade do Outro e de si próprio.

IC: 9. QUESTÕES PESSOAIS DO PSICOTERAPEUTA.

DSC – A atenção dedicada ao outro que sofre, sacrificar um tempo que poderia dedicar a mim mesmo. Não ter tempo suficiente para ler, escrever e estudar, como é difícil lidar com a ingratidão e sei que faz parte meu Deus. A prontidão corporal do terapeuta para realizar o trabalho corporal.

Há uma ansiedade que surge no decorrer de uma dificuldade com a evolução favorável de um cliente. O próprio corpo do terapeuta, com o decorrer do trabalho com o cliente fica mais explícito os problemas do terapeuta. É preciso estar aberto a lidar com questões pessoais, a responsabilidade às vezes pesa também.

IC: 10. ADMINISTRAR TRANSFERÊNCIA E CONTRATRANSFERÊNCIA

DSC – Acompanhar pessoas ao longo de um processo terapêutico implica em sempre se surpreender, deparar com questões difíceis, com opções complexas, mexer com os meus próprios pontos cegos e feridas.

4 B

Como pode ser visto 3 A, FOI AGRUPADO EM 10

CATEGORIAS:

(Foram assinaladas mais de uma fonte de sofrimento pelos sujeitos)

AS MAIS IMPORTANTES FONTES DE SOFRIMENTO NO TRABALHO NA SUA VISÃO COMO PSICOTERAPEUTA:

IDÉIAS CENTRAIS:

Número de sujeitos

1. Adoecimento e Morte	(3)
2. Questões Existenciais	(1)
3. Não conseguir compreender os pacientes	(1)
4. Falta de Empatia	(1)
5. Autoritarismo dos Institutos Credenciados	(2)
6. Ineficácia da Psicoterapia	(1)
7. Impotência em Ajudar	(5)
8. O próprio toque corporal	(1)
9. Questões Pessoais do Psicoterapeuta	(7)
10. Administrar Transferência Contratrtransferência	(1)
TOTAL:	(23)

4 B. Foram assinaladas mais de uma fonte de sofrimento pelos sujeitos. Como podemos ver, dos sujeitos referem que as mais importantes fontes de sofrimento no trabalho como psicoterapeuta vem de **Questões Pessoais do Psicoterapeuta**; explicando que, a atenção dedicada ao outro que sofre, sacrificar um tempo que

poderia dedicar a mim mesmo e não ter tempo suficiente para ler, escrever e estudar, como é difícil lidar com a ingratidão, a prontidão corporal do terapeuta para realizar o trabalho corporal; foi o mais escolhido ; **5** dos sujeitos atribui á **Impotência em Ajudar**, **3** dos sujeitos considera o **Adoecimento e Morte** vivida pelo sujeito como psicoterapeuta, o **Autoritarismo dos Institutos Credenciados** foi considerado por **2** sujeitos fonte de sofrimento e cada **um** dos sujeitos considera ser, **as questões existenciais; não conseguir compreender os pacientes, falta de empatia**, onde a principal fonte de sofrimento é o não estar totalmente empatisado com a questão apresentada pelo sujeito ou com ele como um todo em determinados momentos e às vezes com a sensação de que não estou conseguindo efetuar uma “entrada” total do paciente no trabalho.

A ineficácia da Psicoterapia, o próprio toque corporal, ou seja, quando o terapeuta invade o corpo do outro e a seu próprio, tendo uma visão do corpo como objeto, esta necessidade de intervir no corpo sem respeito à temporalidade do outro e de si próprio.

Administrar transferência e contratransferência, acompanhar pessoas ao longo de um processo terapêutico implica em sempre se surpreender, deparar com questões difíceis, com opções complexas, mexer com os meus próprios pontos cegos e feridas; são as mais importantes fontes de sofrimento no trabalho como psicoterapeuta.

Nº 5 A:

PARTE I: O QUE É SER PSICOTERAPEUTA CORPORAL NA CIDADE DE SÃO PAULO?

PARTE II: O QUE STRESS A UM PSICOTERAPEUTA CORPORAL?

Idéias Centrais

1. Problemas da cidade	2. Facilitador	3. Criar Condições
4. Habilidade	5. Uma questão de saúde	6. Uma questão ecológica

IC: 1. PROBLEMAS DA CIDADE.

DSC – Eu acho que talvez sejam os problemas da cidade como o trânsito e a correria do dia a dia tendo que lidar com clientes com bastante *stress*. Particularmente em São Paulo o trânsito, a distância e horas de trabalho, são muito *stressantes* para os clientes e conseqüentemente contagia o terapeuta. A questão de administrar os horários nesta cidade é um *stress* para mim. O trânsito de ir e vir na cidade, a poluição. Por viver em uma cidade violenta, poluída e com um trânsito péssimo. A correria da cidade, talvez a poluição pois, me sinto mais disposta quando estou atendendo no interior. Nunca havia pensado nisso, mas nossos clientes numa cidade como SP, chegam sempre com uma carga “extra” provocada pela vida daqui. O meio é relativamente *stressantes*; ciclos econômicos desta nossa sociedade. Cidade de São Paulo significa trânsito, violência, crescente que *stressa* a todos.

Se você abrir a janela (estamos no andar – perto da Avenida Paulista). A vida daqui já é super *stressante*, eu acho que ser psicoterapeuta corporal na cidade de São Paulo é encontrar um jeito de viver nesta selva de pedra, e encontrar um modo de auto - regulação em um ambiente que te desregula constantemente, te colocando em estado de alerta constantemente te coloca em estado de intensidade muito grande, eu acho que trabalhar com este processo de auto - regulação é o tempo todo. As pessoas chegam aqui avassaladas, com muito medo ou porque foram, sofreram um seqüestro relâmpago, ou que conhece alguém que foi seqüestrada, estão com medo de perder o emprego, porque foram promovidas e estão aceleradas e estão muito ansiosas, então elas chegam aqui nesta intensidade, desreguladas e com ansiedade ou depressão, neste regulamento destas intensidades e a gente tem

que ajudar e trabalhar estas pessoas a encontrar um contato com elas e tentar recuperar o equilíbrio; através do contato com o corpo.

IC: 2. FACILITADOR.

DSC – São Paulo permite às pessoas a compreensão da importância do corpo, portanto vejo como facilitador. As informações de um meio tornam mais precisas as trazidas pelo outro meio.

IC: 3. CRIAR CONDIÇÕES.

DSC – É se dar conta e mostrar aos clientes a importância de conectarmos com nossa corporeidade para relaxarmos e desenhamos um projeto para o futuro. Acho que temos um trabalho extra de “despir” essa carga de *stress* a mais, trabalhar no sentido de ajudá-los a viver melhor, encontrar caminhos menos *stress* antes, para então atravessar essa camada, trabalhando conteúdos mais profundos.

IC: 4. HABILIDADE DO TERAPEUTA.

DSC – Penso que em São Paulo ou qualquer outro lugar exige sensibilidade e autenticidade do psicoterapeuta. Ser psicoterapeuta corporal na cidade de São Paulo é surfar num tsunami. Psicoterapeuta corporal para mim é aquele que tem uma atenção flutuante no corpo e movimento, respiração juntamente com a expressão verbal. O trabalho terapêutico é um trabalho onde a fonte de informações, a principal fonte de informação ocorre dentro do terapeuta através do que acontece no corpo do terapeuta, o que acontece nas fantasias do terapeuta, acontece nas associações do terapeuta, quer dizer que respostas vão surgindo em você para aquilo que esta acontecendo na sessão; é isto que você tem que estar trabalhando, onde você encontra suas respostas; perceber o cliente de pé fazer os exercícios, o que ele te traz, então são dois caminhos: você as técnicas que vão fazer o cliente produzir um certo conhecimento através da técnica ele vai dar subsídios e ele vai te trazer um conhecimento que ele não sabia que ele tinha que foi proporcionado pelo método.

IC: 5. UMA QUESTÃO DE SAÚDE.

DSC – Às vezes eu penso que a gente trabalha com saúde, e o trabalho com saúde é um trabalho que tem que ter saúde, os profissionais de saúde estão expostos a sofrimento muito constantemente isto é uma coisa que produz muito desgaste do terapeuta, do médico do enfermeiro, eu acho que a gente está muito entrando em empatia com as pessoas que sofrem e o terapeuta está necessariamente nesta relação, os médicos conseguem olhar o objeto, se a gente olhar o objeto não faz

terapia tem que olhar a pessoa, esta experiência ela é presente porque de algum modo a gente trabalha com isto porque a gente está se trabalhando através deste trabalho. Ou melhor, sendo tratado está crescendo está sendo desafiado, está se superando as nossas próprias dificuldades através do trabalho é aí que eu vejo um trabalho super ativo do terapeuta, não tenho isto ainda bem formulado estou pensando.

Por outro lado eu percebo que estou cada vez mais saudável, isto me dá uma referência que eu tenho mais condições de ajudar os meus clientes, eu me sinto cada vez mais capaz de ajudar, porque eu sou capaz de compreender de ter elementos para ajudá-los. Eu acho que o profissional de saúde deveria ter um modelo de saúde, porque você é um profissional de saúde, então você não pode ser um profissional de saúde todo doente, é a mesma coisa um médico gordo, que fuma, por ele ser um profissional de saúde ele é alguém que está constantemente investindo na sua saúde; só que eu não sei até onde vai este processo. Porque isto contradiz o que estava dizendo, se eu estou no caminho, eu estou melhorando ao que eu era saudável não quer dizer melhor de saúde, melhor a mim mesmo, estando mais satisfeito com o meu trabalho.

IC: 6. UMA QUESTÃO ECOLÓGICA.

DSC – Na cidade de São Paulo o psicoterapeuta corporal é quase uma coisa ecológica. Nesta cidade você tem que buscar o contato com a natureza, uma vida mais cheia de saúde, você tem que buscar um contato com a natureza, mais pleno, pois os nossos trabalhos são muito dentro de consultórios, é muito fechado, então eu acho que o terapeuta corporal é você sair de dentro de um esquema de ficar sentado dentro de um consultório e ficar só ouvindo, só na escuta e trabalhar corpo e trabalhar junto, ter uma qualidade energética no sentido do organismo, propor coisas diferentes É algo ecológico.

Nº 5 A - PARTE II: O QUE STRESS A UM PSICOTERAPEUTA CORPORAL?

Idéias Centrais

1. Não relaciona com Stress	2. Administrar horários	3. Contágio do cliente	4. Financeiro	5. Muitos pacientes
6. Exigência dos Institutos credenciados	7. Cidade de São Paulo	8. Desrespeito pelo ritmo	9. Sombra do caráter	10. Responsabilidade
11. Olhar somente para o corpo	12. Falta de instrumentos e preparo	13. Atenção à percepção do outro	14. Lidar com a energia	15. Estado de presença

IC: 1. NÃO RELACIONA COM O STRESS.

DSC – A minha satisfação é poder trabalhar corporalmente com os pacientes e ter o retorno dos mesmos quanto ao trabalho feito. Tenho enorme satisfação em ajudar o outro em seu bem estar físico, emocional e social. Ver a energia ou estase fluir outra vez me dá muita satisfação no meu trabalho como psicoterapeuta corporal. Dar condições de expressar sentimentos tais como raiva, ódio e medo. O trânsito de ir e vir na cidade, a poluição; o cliente até que não são fontes de *stress*. Não creio que haja algo específico por ser esta abordagem, mas ser terapeuta requer uma forma de amor elaborada pelo outro; como médico sinto que me dá equilíbrio estar no consultório com meus pacientes, me sinto útil. Não vejo especificidade em ser psicoterapeuta e o *stress*.

IC: 2. ADMINISTRAR HORÁRIOS

DSC – A questão de administrar os horários nesta cidade é um *stress* para mim.

IC: 3. CONTÁGIO DO PACIENTE.

DSC – É lidar com clientes com bastante *stress* Particularmente em São Paulo o trânsito, a distância, e horas de trabalho, são muito *stressantes* para os clientes e conseqüentemente contagia o terapeuta.

IC: 4. FINANCEIRO.

DSC – O medo do desemprego do paciente, a relação com a grana afeta diretamente o terapeuta. Principalmente a baixa remuneração do trabalho autônomo, sem registro em carteira e alteração no número de pacientes; horários variáveis.

IC: 5. MUITOS PACIENTES.

DSC – A demanda exagerada de clientes em quantidade.

IC: 6. EXIGÊNCIA DOS INSTITUTOS CREDENCIADOS

DSC – O que me *stress* a é pertencer a uma instituição que exige a minha presença em todos os eventos (palestras, encontros, workshops, com o risco de não mais pertencer), se não cumprir todos estes rituais deles. No meu trabalho o que me *stressa* é sustentar um tratamento homeopático em caso de doenças infecciosas. No consultório –É diferente quando você atende um cliente que não pertence a nada, do que um cliente que esta em formação, uma diferença fundamental. Porque quando você atende o seu cliente, embora você seja uma pessoa que se apresente como corporal você não tem obrigação de toda a sessão trabalhar neste nível, não é esperado de você isto, então eu acho que você fica muito mais à vontade e, portanto mais criativa. Na medida que você é exigida a trabalhar sempre a nível corporal porque é um aluno em formação e ele espera isto de você, às vezes isto pode se tornar um dever, uma sensação de *stress*, no sentido que você tem que cumprir a meta.

Eu acho então que eu diferenciaria um cliente de instituição onde você dá aula ou trabalha junto ou um cliente completamente fora, que às vezes você pode, por exemplo, usar uma criatividade junguiana, trabalhar o sonho, trabalhar uma questão psicodramaticamente, eu estou terminando a formação em Constelação Familiar, trabalhar de uma outra forma, desenhar sei lá. Discutir um filme. Não que eu não possa com meus alunos, mas eu tenho uma certa responsabilidade de mostrar Bioenergética para este aluno viver este processo bioenergéticamente falando e isto é um pouco cansativo para mim.

IC: 7. CIDADE DE SÃO PAULO.

DSC – Me sinto mais disposta quando estou atendendo no interior.

IC: 8. DESRESPEITO PELO RITMO.

DSC –Um psicoterapeuta se *stressa* quando não respeita o seu ritmo e o ritmo do cliente.

IC: 9. SOMBRA DO CARÁTER.

DSC – No entanto a estrutura do caráter em suas sombras... É terrível. Para mim o *stress* da profissão está ligado à importância do tipo “pode-se levar um cavalo ao cocho, mas não pode fazê-lo beber”.

IC: 10. RESPONSABILIDADE

DSC – Responsabilidade perante os pacientes; insuficiências teóricas (saber o que fez e porque fez).

IC: 11. OLHAR SOMENTE PARA O CORPO

DSC – É ter um olhar para o corpo, somente o corpo orgânico.

IC: 12. FALTA DE INSTRUMENTO E PREPARO

DSC – O que *stressa* é uma prancha em má condição e a falta de preparo físico.

IC: 13. ATENÇÃO À PERCEPÇÃO DO OUTRO

DSC – O que me *stressa* é justamente a atenção, observação, a escuta, uma observação mais apurada entre a comunicação verbal e corporal.

IC: 14. LIDAR COM A ENERGIA

DSC – A disponibilidade do psicoterapeuta corporal é muito maior neste sentido, a ressonância, à parte de energia, o olhar, isto tudo te dá energia, mas também te tira; quando você trabalha com uma pessoa, por exemplo: eu com um caráter com mais energia, mais fático mais rígido, quando a gente trabalha com uma pessoa com muita pouca energia às vezes pode ser um *stress* para mim, eu tenho que breicar a minha energia, até a minha respiração pode ser demais para o outro, preciso cuidar do meu de mais, ou vice-versa se eu venho de um problema pessoal, se eu estou com baixa energia, estou deprimida e vem um cliente cheio de energia que pode ser over para mim, quando você trabalha só no verbal eu penso que tem uma diferença, onde você esta mais protegida, você esta atrás, você esta na escuta, você interpreta, agora a

sua energia esta sendo solicitada para trabalhar às vezes é muito duro. Eu diria que mesmo que não tão contrastante toda às vezes que você esta deprimida, ser terapeuta corporal é *stressante* ou se perdeu alguém, ou as pessoas vêem e te olham muito e falam: você esta triste o que acontece, como você vê o cliente o cliente te vê também, você esta magra, você esta gorda, então tem uma cobrança de você estar sempre bem, da saúde do psicoterapeuta corporal é muito presente esta cobrança. Mesmo na vida pessoal o dia a dia, esta chateada, brigou com o filho, com o vizinho, furou o pneu, indisposição, uma noite mal dormida.

IC: 15. ESTADO DE PRESENÇA

DSC – O que eu observo é que é um trabalho muito difícil; na medida em que você. Só funciona este trabalho na medida em que você esta 100% presente; não dá para trabalhar com o piloto automático. Então o estado de presença que se exige de um psicoterapeuta é alguma coisa muito grande, então é como se cada atendimento eu tivesse que me preparar para estar o mais presente possível em cada cliente que eu atenda e isto faz com que este trabalho exige grande dedicação, é um trabalho no qual você participa do sofrimento de seus clientes, eu acho que é alguma coisa de empatia para você compreender a pessoa e se colocar no lugar dela é sofrer junto, e esta complexidade de sofrer junto que fortalece o vínculo.

5 B. Parte I - Como pode ser visto FOI AGRUPADO EM 6 CATEGORIAS:

O QUE É SER PSICOTERAPEUTA CORPORAL NA CIDADE DE SÃO PAULO?

<u>IDÉIAS CENTRAIS:</u>	<u>Número de sujeitos</u>	<u>Porcentagem</u>
1. Problemas da cidade.	(10)	50%
2. Facilitador	(2)	10%
3. Criar Condições	(2)	10%
4. Habilidade do Terapeuta	(2)	10%
5. Uma questão de saúde	(3)	15%
6. Uma questão ecológica	(1)	0,5%

5 B Parte I : Como podemos ver no **DSC 4 A** acima, 10 sujeitos (50%) atribuí **os problemas da cidade**, como o trânsito, a distância, a poluição, a questão de administrar os horários nesta cidade, a correria do dia a dia e por viver em uma cidade violenta são muito *stress* ante para os clientes e conseqüentemente contagia o terapeuta. Enquanto **2 sujeitos (10%)** acredita que, São Paulo permite às pessoas a compreensão da importância do corpo, portanto vejo como **facilitador**; **2 sujeitos (10%)** considera que devemos **criar condições**, mostrando aos clientes a importância de conectarmos com nossa corporeidade para relaxarmos e desenharmos um projeto para o futuro; temos um trabalho extra de “despir” essa carga de *stress* a mais, trabalhar no sentido de ajudá-los a viver melhor, encontrar caminhos menos *stress* ante, para então atravessar essa camada, trabalhando conteúdos mais profundos; também **2 sujeitos (10%)** atribuí á **habilidade do terapeuta**, o trabalho terapêutico é um trabalho onde a principal fonte de informação ocorre dentro do terapeuta através do que acontece no corpo do terapeuta, o que acontece nas fantasias do terapeuta, acontece nas associações do terapeuta, quer dizer que respostas vão surgindo em você para aquilo que está acontecendo na sessão; considerando a sensibilidade e autenticidade do psicoterapeuta. Enquanto **3 sujeitos (15%)** relata que, a gente trabalha com saúde, os profissionais de saúde estão expostos a sofrimento muito constantemente isto é uma coisa que produz muito desgaste do terapeuta, do médico, do enfermeiro, por outro lado eu percebo que estando cada vez mais saudável, isto nos dá uma referência que eu tenho mais condições de ajudar os meus clientes, eu me sinto cada vez mais capaz de ajudar, porque eu sou capaz de compreender de ter elementos para ajudá-los é **uma questão de saúde**.

Na cidade de São Paulo o psicoterapeuta corporal é quase uma coisa ecológica, afirma **1 sujeito (0,5%)** descrevendo que nesta cidade, você tem que buscar o contato com a natureza, uma vida mais cheia de saúde, pois os nossos trabalhos são muito dentro de consultórios, é muito fechado, então eu acho que o terapeuta corporal é você sair de dentro de um esquema de ficar sentado dentro de um consultório e ficar só ouvindo, só na escuta e trabalhar corpo e trabalhar junto, ter uma qualidade energética no sentido do organismo, propor coisas diferentes. É uma **questão ecológica**.

**5 B PARTE II: COMO PODE SER VISTO FOI AGRUPADO EM 15 CATEGORIAS:
O QUE *STRESSA* UM PSICOTERAPEUTA CORPORAL?
(Foram assinaladas mais de um agente *stressor* pelos sujeitos)**

<u>IDÉIAS CENTRAIS:</u>	<u>Número de sujeitos</u>
1. Não relaciona com <i>Stress</i>	(6)
4. Financeiro	(3)
3. Contágio do cliente	(2)
6. Exigência dos Institutos credenciados	(2)
9. Sombra do caráter	(2)
15. Estado de presença	(2)
8. Desrespeito pelo ritmo	(1)
2. Administrar horários	(1)
7. Cidade de São Paulo	(1)
5. Muitos pacientes	(1)
10. Responsabilidade	(1)
11. Olhar somente para o corpo	(1)
12. Falta de instrumentos e preparo	(1)
13. Atenção à percepção do outro	(1)
14. Lidar com a energia	(1)
TOTAL=	26

5 B Parte II : Com relação ao que **O QUE *STRESSA* UM PSICOTERAPEUTA**

CORPORAL: 6 sujeitos da amostra, **não relaciona com o *stress***, tenho uma enorme satisfação em ajudar o outro em seu bem estar físico, emocional e social, ver a energia ou estase fluir outra vez me dá muita satisfação no meu trabalho como psicoterapeuta corporal, ao mesmo tempo dar condições de expressar sentimentos tais como raiva, ódio e medo não são fontes de *stress*. Enquanto que **3 sujeitos** da amostra acredita que **o fator financeiro**, e a baixa remuneração do trabalho autônomo, trabalhar sem registro em carteira e alteração no número de pacientes; horários variáveis; *stressa* o psicoterapeuta.

O **contágio do cliente** , foi assinalado por **2 sujeitos** acreditando que lidar com clientes com bastante *stress* ; particularmente em São Paulo onde temos trânsito, a distância, e horas de trabalho, são muito stress antes para os clientes e conseqüentemente contagia o terapeuta; enquanto também **2 sujeitos** pesquisados relatam que a **exigência dos institutos credenciados** representa um fator *stressante* ao relatarem que o que *stressa* a é pertencer a uma instituição que exige a

minha presença em todos os eventos (palestras, encontros, workshops, com o risco de não mais pertencer), seguindo somente a forma de trabalhar daquele instituto.

A Sombra do caráter, 2 sujeitos relataram que, a estrutura do caráter em suas sombras... é terrível, **2 sujeitos** pesquisados , relatam que **o estado de presença** : O que eu observo é que é um trabalho muito difícil; na medida em que você... Só funciona este trabalho na medida em que você esta 100% presente; não dá para trabalhar com o piloto automático. Então o estado de presença que se exige de um psicoterapeuta é alguma coisa muito grande, e isto faz com que este trabalho exige grande dedicação, é um trabalho no qual você participa do sofrimento de seus clientes, eu acho que é alguma coisa de empatia para você compreender a pessoa e se colocar no lugar dela é sofrer junto, e esta complexidade de sofrer junto que fortalece o vínculo.

Cada um dos sujeitos relatou que, **muitos pacientes, a responsabilidade, olhar somente para o corpo**, ou seja, ter um olhar para o corpo, somente o corpo orgânico, a **falta de instrumentos e preparo, a atenção à percepção do outro** ao dizer que o que mais *stress* a o psicoterapeuta corporal é justamente a atenção, observação, a escuta, uma observação mais apurada entre a comunicação verbal e corporal; **lidar com energia**, também foi mencionado como um fator de *stress* ,onde a disponibilidade do psicoterapeuta corporal é muito maior neste sentido, a ressonância, à parte de energia, o olhar, isto tudo te dá energia, mas também te tira , quando você trabalha com uma pessoa, Outro fator relatado foi **trabalhar na cidade de São Paulo**, é o que *stressa* o psicoterapeuta corporal.

Nº 6 A - EXISTE ALGUM CLIENTE QUE STRESSA MAIS?

IDÉIAS CENTRAIS

1.Exige atenção além do horário	2.Sensação de impotência	3. Cliente que desafia	4. Crianças agitadas
5.Colocar limites	6. Lidar com as defesas do cliente	7. Clientes novos.	8.Cliente que idealiza o terapeuta
9.Clientes calados	10. Suicidas	11. Cliente repetitivo	12. Família do cliente
13. Obsessivos graves	14. Ruptura de contato	15. Conteúdos regressivos	
16.Oral Transferência e contratransferência	17. O cliente que não está envolvido em seu processo e os impulsivos	18. REFLEXÃO...	

IC: 1. EXIGE ATENÇÃO ALÉM DO HORÁRIO.

DSC – É aquele que entra em crise e que exige mais atenção além das sessões propriamente ditas; quando liga sábado ou domingo ameaçando suicidar-se.

IC: 2.SENSAÇÃO DE IMPOTÊNCIA

DSC – Sessão que eu saio mais *stressada* talvez seja aquela que eu saia com a sensação de não ter ajudado o suficiente, clientes que não consigo acessar suas questões originárias por limitações minha.Os pacientes borderlines. Das sessões que o paciente diz: “Nada disso adianta”; eu não melhora “Você não faz nada para me ajudar” Quando estou sem clareza do que fazer, pessoas em processo agudo de transferência negativa ou transferência erótica; pacientes psicopatas e/ou que mentem e trapaceiam.; e dá a impressão que não andou um único milímetro. Existem alguns clientes mobilizam a impotência em mim, até me dar conta de que quero ajudá-los, que os quero diferente do que são. Quando isso acontece acaba a impotência e acaba o “*stress*”. Paro de querer que sejam diferentes do que são, e eles se transformam.

IC: 3. CLIENTE QUE DESAFIA.

DSC – Na sessão que não consigo uma ressonância boa e o cliente esta constantemente me desafiando e me checando. Clientes que precisam usar o terapeuta machucando-o fisicamente e emocionalmente. São clientes que precisam *stressar* o terapeuta até que este possa nomear suas questões e a finalidade de suas ações.

IC: 4. CRIANÇAS AGITADAS.

DSC – Com crianças muito agitadas e barulhentas.

IC: 5. COLOCAR LIMITES.

DSC – Também fico cansada quando tenho que impor limites o tempo todo.

IC: 6. LIDAR COM AS DEFESAS DO CLIENTE.

DSC – São os depressivos e negativistas. Quando não consigo ultrapassar a defesa do paciente. . No geral, não é o perfil do cliente que pode me *stressar*, é não estar entendendo o que esta passando em seu processo; intuir algo antes de ter claro o que é. Mas os clientes com quadro somático com risco, tipo doenças e crises; quando percebo que esta entrando em alguma área interna a externa que o põe em risco de crises .Esses momentos *stressam* muito; é como estar na corda bamba com eles! A sessão que mais me *stress* a é aquele no qual o cliente resiste até o fim.

IC: 7. CLIENTES NOVOS.

DSC – Os clientes novos que ainda não tenho nenhuma idéia de por onde poderemos caminhar. Tenho “*stress*” sempre que chega um cliente novo.

IC: 8. CLIENTES QUE IDEALIZA O TERAPEUTA.

DSC – O tipo que se apega em excesso, que me endeusa, pois sinto que sua projeção dificulta seu caminhar e o meu. É como se estivéssemos ambos perdendo tempo e precisando trabalhar muito especificamente com isto.

IC: 9. CLIENTES CALADOS.

DSC – O que se expressam menos, mais calados; dar conta do meu próprio silêncio frente ao outro.

IC: 10.SUICIDAS

DSC – A ameaça de suicídio por parte de um cliente psicótico que nos deixa num lugar e em suspenso.

IC: 11.CLIENTE REPETITIVO

DSC – O repetitivo, aquele que o paciente repete um eterno ciclo masoquista.

IC: 12.FAMÍLIA DO CLIENTE

DSC – Cliente não, a família; principalmente os pais.

IC: 13. CLIENTE OBSESSIVO

DSC –Geralmente os obsessivos graves.

IC: 14.RUPTURA DE CONTATO

DSC – Os que têm fragilidade de vínculo em especial os fálicos.As sessões de tentativa de ruptura de contrato.

IC: 15.CONTEÚDOS REGREDIDOS

DSC –Não um tipo de cliente, mas um tipo de situação: conteúdos muito regredidos ou borderlines.

IC: 16.ORAL -(TRANSFERÊNCIA E CONTRATRANSFERÊNCIA)

DSC – O oral; pois é o que me exige maior atenção sua não contratransferência e ser “assustado” dependente demais do trabalho terapêutico.É freqüente na minha clinica,creio que dentro da minha própria dinâmica , pelo meu traço oral.

IC: 17. CLIENTE QUE NÃO ESTÁ ENVOLVIDO NO PROCESSO E IMPULSIVOS

DSC – O que não esta envolvido com o seu processo.Pacientes impulsivos.

C: 18.REFLEXÃO.

DSC – Com o passar da idade e da experiência, os clientes se transformam lentamente em professor do destino humano.

6 B Os sujeitos assinalaram mais de umas situações (30), Agrupadas em (18 categorias)

O cliente que *stressa* mais é aquele que entra em crise e que **exige atenção além do horário (2 sujeitos)**, ou seja, exige mais atenção além das sessões propriamente ditas; quando liga sábado ou domingo ameaçando suicidar-se, ou aquele que eu saia com a sensação de não ter ajudado o suficiente, clientes que não consigo acessar suas questões originárias por limitações minha.

A mais escolhida foi a sensação de impotência (6 sujeitos). Relatando que na sessão que não consigo uma ressonância boa e o cliente esta constantemente me desafiando e me checando. Os pacientes borderlines. Das sessões que o paciente diz: “Nada disso adianta”; eu não melhora “Você não faz nada para me ajuda” Quando estou sem clareza do que fazer, pessoas em processo agudo de transferência negativa ou transferência erótica; pacientes psicopatas e/ou que mentem e trapaceiam, dando a impressão que não andou um único milímetro. Existem alguns clientes mobilizam a impotência em mim.

Os psicoterapeutas que atendem crianças (**3 sujeitos**) relatam que, as **crianças muito agitadas (1 sujeito)** e barulhentas; como também a **necessidade de colocar limites o tempo todo , (1 sujeito) stressam** bastante. Cliente não, a **família;** principalmente os pais, (**1 sujeito**).

Os **clientes que desafiam (2 sujeitos)** são os que mais me *stressam*, são os depressivos e negativistas. Quando não consigo ultrapassar a defesa do paciente. A sessão que mais me *stressa* é aquele no qual o cliente resiste até o fim.

Tenho “*stress*” sempre que chega um **cliente novo (1 sujeito)** que ainda não tenho nenhuma idéia de por onde poderemos caminhar

Clientes que idealiza o terapeuta (1 sujeito), cliente que se apega em excesso, que me endeusa, pois sinto que sua projeção dificulta seu caminhar e o meu. É como se estivéssemos ambos perdendo tempo e precisando trabalhar muito especificamente com isto.

Clientes calados (1 sujeito); O que se expressam menos, mais calados; dar conta do meu próprio silêncio frente ao outro.

Suicidas (1 sujeito). A ameaça de suicídio por parte de um cliente psicótico que nos deixa num lugar e em suspenso; **o repetitivo (1 sujeito);** aquele que o paciente repete um eterno ciclo masoquista.

Foram também assinalados os **clientes obsessivos graves (2 sujeito)**, os que têm **fragilidade de vínculo (2 sujeito)** em especial os fálcos; as sessões de tentativa de ruptura de contrato; **conteúdos regredidos (2 sujeitos);** não um tipo de cliente, mas um tipo de situação: conteúdos muito regredidos ou borderlines; **o oral –transferência e contratransferência (1 sujeito);** o oral; pois é o que me exige maior atenção sua não contratransferência e ser “assustado” dependente demais do trabalho terapêutico. É freqüente na minha clinica, creio que dentro da minha própria dinâmica , pelo meu traço oral.

Os que **não esta envolvido com o seu processo e impulsivos (2 sujeitos),**

Concluindo com esta **reflexão (1 sujeito):** Com o passar da idade e da experiência, os clientes se transformam lentamente em professor do destino humano.

**Nº 7 A - COMO VOCÊ VIVE A QUESTÃO EROTIZANTE QUE APARECE NA CONTRATRANSFERÊNCIA E O TOQUE?
COMO VOCÊ VÊ A RESPONSABILIDADE PELOS EFEITOS DE SEU TOQUE?**

IDÉIAS CENTRAIS

1. Responsabilidade	2. Sente-se vivo (com vida)	3. Naturalidade
4. Dentro do Contexto	5. Instrumento de Trabalho	6. Assumo como meu
	7. Caixa de Surpresa	

IC:1. RESPONSABILIDADE

DSC – Vejo como fazendo parte do trabalho e com muita responsabilidade a questão do toque, pois é muito importante estar atendo não só ao paciente e a si próprio, como também ao momento adequado e acima de tudo, a questão não só do tocar ou não tocar, mas a forma de como fazê-lo com cuidado. Lidar com cargas e descargas é a nossa prática, portanto exige consciência e responsabilidade do que afeta no outro e em mim; eu me responsabilizo como terapeuta pela minha erotização e tomo cuidado quanto aos meus toques para que sejam terapêuticos e fiquem dentro do setting, do contexto terapêutico e vínculo de confiança terapeuta/cliente. Procuo sempre fazer um contrato com o cliente antes de tocá-lo; mas, se tem algo que o cliente precise trabalhar com relação á energia erótica, isso pode aparecer, mesmo sem ‘toque físico’, e precisa ser trabalhado com a mesma responsabilidade, como qualquer outro conteúdo que o cliente trás. Eu trabalho o toque quando requerido pelos movimentos do paciente, às vezes inconsciente; sempre conversamos sobre o sentido do toque depois; geralmente tem o sentido de holding. Minha responsabilidade é para com a conclusividade do trabalho; em outras palavras conduzir o trabalho até o silencio verbal e motor. Com muito cuidado, mas sempre sem perder o foco da importância, mas sempre com intuito de que o paciente supere o medo do toque. É um aspecto da energia maior que é a própria vitalidade (ou bioenergia); é minha responsabilidade se a desvio para a malícia ou se me aproveito da situação para algum ganho pessoal.

Sem dúvida o que faço (toque) é minha responsabilidade, mas o que o cliente sente é de responsabilidade dele, se algum efeito surgir é porque já estava lá, eu não tenho o poder de colocar, induzir ou criar alguma sensação ou sentimento.

IC:2. SENTE-SE VIVO (COM VIDA)

DSC – Quando isto ocorre, encaro como um sentimento importante, mas natural, é parte do estar vivo e em relação com o outro. Com a experiência, a erotização que o terapeuta sente, é significado de vida, de presença. A gente se expõe tanto ao desejo quanto à repugnância, não é isto, agora o toque em si é quase um treino que é a questão quando você toca, é para o outro, então na medida disto eu penso que a gente vai diminuindo o toque, mesmo um terapeuta, eu tenho visto terapeutas corporais de muitos anos de experiência, diminuírem os seus toque, eu vejo que como uma interpretação verbal pode ser tremendamente evasiva também, então eu penso que quando você não esta bem energeticamente você não deve tocar, então é um cuidado.

IC: 3. NATURALIDADE.

DSC – Às vezes em que ocorreu considere naturais São questões que precisam ser lidadas com abertura, sem preconceito e com clareza dentro do nosso “setting”. Acredito que hoje tenha uma boa relação com essa questão; não me assusta como já assustou tempos atrás; hoje lido com o assunto com muita tranquilidade.

IC:4. DENTRO DO CONTEXTO

DSC –Quanto ao meu toque procuro sempre abrir espaço para o dialogo e solicito ao paciente que expresse, como se sente. Procuro adaptar a qualidade do toque ao que é considerado bom para ele. O toque é ao mesmo tempo muito importante na terapia corporal é uma grande ferramenta que precisa ser usada com responsabilidade. Com a experiência, a erotização que o terapeuta sente, é significado de vida, de presença e de cuidado.

IC:5. INSTRUMENTO DE TRABALHO

DSC – Acredito que seja a minha maior “arma” de trabalho; a contratransferência na verdade é uma aliada para o processo e na percepção é memória. Erotismo, raiva, sono, inveja – tudo isto aparece com toque ou sem toque – e há que saber lidar – é preciso trabalhar-se pessoalmente para tal. O toque é um instrumento apenas, muitas vezes a relação fica muito mais íntima conversando do que tocando. Como médicos sempre toquei os pacientes e nem por isto a relação descambou para algo antiético. A erotização está presente em nosso trabalho. Não necessariamente. Somente àquele, que toca produz essa transferência. Porém é necessário muito discernimento daquilo que um toque pode produzir; até mesmo um simples olhar.

IC:6. ASSUMO COMO MEU

DSC – Se ocorrer num sentido erótico na contratransferência, processo em mim mesma me dando conta dos meus estados e necessidades, da minha projeção, e coloco-as sobre o domínio do ego.

IC: 7. CAIXA DE SURPRESA.

DSC – A sexualidade ainda é a grande caixa de surpresa do mundo ocidental. Exemplos: bundas livres e morenas em abundância, nas revistas, praias, recintos juvenis... Muitas vezes o toque do olhar é mais trágico do que o toque dos dedos no umbigo.

7 B (DSC)

Como pode ser visto na pergunta 7 A.
FOI AGRUPADO EM 7 CATEGORIAS:

Como você vive a questão da energia erotizante que aparece na
contratransferência e no toque?

Como você vê a responsabilidade pelos efeitos de seu toque?

<u>IDÉIAS CENTRAIS:</u>	<u>Número de sujeitos</u>
1. Responsabilidade	(12)
2. Sente-se vivo (com vida)	(2)
3. Naturalidade	(4)
4. Dentro do contexto	(3)
5. Instrumento de Trabalho	(3)
6. Assumo como meu	(1)
7. Caixa de Surpresa	(1)

7 B: A maioria, **12 sujeitos** da amostra relata que vê como fazendo parte do trabalho e com muita **responsabilidade** a questão do toque, pois é muito importante estar atendo não só ao paciente e a si próprio, como também ao momento adequado e acima de tudo, a questão não só do tocar ou não tocar, mas a forma de como fazê-lo com cuidado ao lidar com cargas e descargas é a nossa prática, portanto exige consciência e responsabilidade do que afeta no outro e em mim; se responsabilizando como terapeuta pela própria erotização e tomando cuidado quanto aos seus toques para que sejam terapêuticos e fiquem dentro do setting, do contexto terapêutico desenvolvendo um vínculo de confiança terapeuta/cliente.

Enquanto **2 sujeitos**, acredita que quando isto ocorre, encara como um sentimento importante, mas natural, é parte do **estar vivo** e em relação com o outro. Já (**4 sujeitos**) acredita que; são questões que precisam ser lidadas com abertura, sem preconceito e com clareza dentro do nosso “setting”, **lidar com naturalidade**. Quanto ao meu toque relatam (**3 sujeitos**); procuro sempre abrir espaço para o dialogo e solicito ao paciente que expresse, como se sente, estando **dentro do contexto**.

Como **instrumento de trabalho (5 sujeitos)** ; acredito que seja a minha maior “arma” de trabalho; a contratransferência na verdade é uma aliada para o processo e na percepção é memória. Erotismo, raiva, sono, inveja – tudo isto aparece com toque ou sem toque – e há que saber lidar – é preciso trabalhar-se pessoalmente para tal. O toque é um instrumento apenas, muitas vezes a relação fica muito mais íntima conversando do que tocando. Como médicos sempre toquei os pacientes e nem por isto a relação descambou para algo antiético. A erotização esta presente em nosso trabalho. Não necessariamente. Somente àquele, que toca produz essa transferência. Porém é necessário muito discernimento daquilo que um toque pode produzir; até mesmo um simples olhar.

Um dos sujeitos pesquisados relata que, se ocorrer num sentido erótico na contratransferência, processo em mim mesma me dando conta dos meus estados e necessidades, da minha projeção, e coloco-as sobre o domínio do ego; **assumindo como meu**. Enquanto **um sujeito pesquisado**, acredita que a sexualidade ainda é a **grande caixa de surpresa** do mundo ocidental.

**Nº 8 - COMO VOCÊ SENTE A PERDA DE UM CLIENTE OU A
INTERRUPÇÃO DA TERAPIA?**

IDÉIAS CENTRAIS

1.Reflexão	2.Financeiro	3.Alívio	4.Sofrimento	5. Sem problemas
-------------------	---------------------	-----------------	---------------------	-------------------------

IC: 1. REFLEXÃO.

DSC – Motivo de reflexão: aonde não houve encontro; como muito dolorida quando vem por uma falha no processo e ainda não era a hora. É muito sofrido encarar o erro. Acho ainda difícil lidar com isto, pois mesmo sabendo que tem casos que fazem parte do processo do paciente ainda fico pensando no que ficou faltando gerando muita reflexão; sempre procuro entender o que provocou tal interrupção. Faço uma avaliação, uma auto-reflexão sobre o caso; perder um cliente é sempre para mim, motivo de reflexão. Refaço todo o processo e tento ter um ultimo contato com o paciente para fecharmos nossa questão. Várias vezes pude compreender as minhas próprias dificuldades naquele caso. Sinceramente, faz repensar o processo, é muito interessante um caso que é que não dá certo, com eles é que se aprende. Depende da situação e do momento. Mas como toda interrupção deve ser analisada a luz da resistência do psicoterapeuta; essas paradas dão enormes subsídios para futuros trabalhos.

IC: 2. FINANCEIRO.

DSC – O lado difícil da perda se liga a questão financeira e ao apego que é estabelecido na relação, além da parte financeira é claro.

IC:3. ALÍVIO

DSC – É variável, às vezes me sinto tranqüila e até aliviada, aceito com prazer. Depende em que sentido isso se dá, oscila da tristeza a um alívio; às vezes como alívio.

IC: 4.SOFRIMENTO

DSC – Depende do cliente se for uma pessoa a quem sinto afeto, sofro um pouco outras vezes ferida e rejeitada, sofro um pouco,mas o rompimento do vínculo é algo que me desgasta muito. Depende do caso, às vezes é muito frustrante, pois, existe um vinculo que é interrompido sem explicação, por exemplo; mas se não consigo por dificuldade/resistência do cliente ou minha, trabalhar o significado desse momento, e preciso “elaborar”, sinto muita tristeza, mas sempre com boa vontade de acolher esta temporalidade do Outro. Às vezes como derrota, às vezes como luto, depende em que sentido isso se dá, oscila da tristeza a um alívio. Perda; muito mal tive (1 caso) que mexeu muito com a minha ‘ferida narcísica’. Dependendo do vínculo fico triste constantemente; por não acompanhar mais a vida daquela pessoa, mas compreendo que sempre tem um fim, que é quando eu ou cliente não podemos crescer mais.

IC: 5. SEM PROBLEMAS.

DSC – Quando o cliente sai no seu momento para ele já é o “suficientemente bom” ou seja, OK, não há nenhum problema. Não sinto que há perda, há processos que se interrompem, porque chegou a um fim a terapia, muitas vezes devido à temporalidade possível do cliente. Se for alguém com quem tinha vinculo ou curtia o processo, fico frustrado, mas fui aprendendo a lidar; gosto de perceber o ciclo da renovação acontecendo. Como expressão de um processo... Como parte do nosso trabalho. Sempre tenho comigo - é um principio meu – que o Cliente é o senhor do seu processo terapêutico que me deu a honra de acompanhá-lo Ele decide quando quer ir embora, eu acompanho. Não entendo a interrupção como perda.

8 B: Agrupados e **5 Categorias**, **8 sujeitos** pesquisados acreditam que seja um **motivo de reflexão**: aonde não houve encontro; como muito dolorida quando vem por uma falha no processo e ainda não era a hora. É muito sofrido encarar o erro. Acho ainda difícil lidar com isto, pois mesmo sabendo que tem casos que fazem parte do processo do paciente ainda fico pensando no que ficou faltando gerando muita reflexão; sempre procuro entender o que provocou tal interrupção. Faço uma avaliação, uma auto-reflexão sobre o caso; perder um cliente é sempre para mim, motivo de reflexão.

Conforme **2 sujeitos** pesquisados, o lado difícil da perda se liga a **questão financeira** e ao apego que é estabelecido na relação, além da parte financeira é claro. Enquanto que para 4 sujeitos pesquisados, é variável, às vezes me sinto tranqüila e até aliviada, aceito com prazer. Depende em que sentido isso se dá, oscila da tristeza a **um alívio**; às vezes como alívio.

O **sofrimento** para a maioria **9 sujeitos** alegando que depende do cliente se for uma pessoa a quem sinto afeto, sofro um pouco outras vezes ferida e rejeitada, sofro um pouco,mas o rompimento do vínculo é algo que me desgasta muito. Depende do caso, às vezes é muito frustrante, pois, existe um vínculo que é interrompido sem explicação , preciso “elaborar”, sinto muita tristeza, mas sempre com boa vontade de acolher esta temporalidade do Outro. Às vezes como derrota, às vezes como luto .

Em contrapartida **6 sujeitos** relatam que **sem problemas**; como expressão de um processo... Como parte do nosso trabalho. Sempre tenho comigo - é um principio meu – que o Cliente é o senhor do seu processo terapêutico que me deu a honra de acompanhá-lo Ele decide quando quer ir embora, eu acompanho. Não entendo a interrupção como perda.

Nº 9 - COMO É PARA VOCÊ A FALTA DE PAGAMENTO DE SEU CLIENTE?

Idéias Centrais

1.Analiso	2.Desrespeito	3.Ruim
4.Defasagem Financeira	5. Negócio	6.Não tenho este problema

IC: 1. ANALISO.

DSC – Motivo de análise; como regra, é um descuido a ser trabalhado na relação transferencial; no caso de ser uma atuação, será visto na relação. Nunca alguém deixou de me pagar totalmente.

Resistência ao cumprir o combinado, procuro conversar com o paciente, sobre suas dificuldades e averiguar o que tem haver com o nosso processo; trabalhamos a questão. Bem, quer dizer algo que eu não percebi, uma comunicação a ser traduzida; cada caso é um caso diferente.Vejo como expressão de um processo. Depende da situação e do momento; primeiramente não lidando com a falta de pagamento, mas com o que falta no cliente na sua relação transferencial. Lido em dois níveis: 1-Ruptura do “setting”. 2-Necessidade de mudança de abordagem eventualmente interrupção.

Meu principio é que ninguém deixará de ser atendido por mim por motivos financeiros O trabalho que faço não tem preço – é como a vida. A vida tem valor, mas não tem preço.Só trabalho de graça A contribuição que me dão é para os custos da minha vida, nunca pagamento pelo meu trabalho.

IC: 2. DESRESPEITO.

DSC – Sinto como desrespeito do contrato e a mim também. Se o cliente não tiver um motivo real, me sinto desrespeitada, sei que sou compreensiva para entender suas necessidades. Muito irritante me sinto abusada.

IC: 3. RUIM

DSC – É muito ruim; normalmente não sinto correto. Quando não paga, não retorna, sinto - me lesada e olho para o lugar do terapeuta (o meu) que talvez não tenha feito o contrato adequadamente. Terrível, porém faz parte do processo, se não existisse não seria necessário psicoterapia. Não existe neurose que não envolva certa questão com o dinheiro, para usá-lo como gratificação ou castigo. Acho que mais ou menos como um supermercado, encaro o roubo de um produto; não é legal, mas volte e meia isto acontece, faz parte da atividade. Um pouco *stressante*, às vezes mais pela contra-partida do que pelo valor propriamente dito.

IC: 4. DEFASAGEM FINANCEIRA.

DSC – Depende da minha conta bancária

IC: 5. NEGÓCIO.

DSC – Costumo cobrá-lo, às vezes quando percebo que é por falta de dinheiro mesmo, faço algum acordo que fique bom para ambos os lados. Há clientes que não podem pagar; atendo durante um tempo, troco por serviços, coisas, etc. Não tenho problemas de cliente que não paga por vontade de não fazê-lo. Quando o cliente explica as razões e pede uma maneira diferente de pagamento, OK.

IC: 6. NÃO TENHO ESTE PROBLEMA.

DSC – Não costumo ter este tipo de problema. Não tenho problemas de cliente que não paga por vontade de não fazê-lo.

9 B: Agrupados em **6 Categorias**. A falta de pagamento de seu cliente é sentida para **8 sujeitos** como um motivo de **análise**, como regra, é um descuido a ser trabalhado na relação transferencial; no caso de ser uma atuação, será visto na relação. Resistência ao cumprir o combinado, procuro conversar com o paciente, sobre suas dificuldades e averiguar o que tem haver com o nosso processo; trabalhamos a questão. Bem, quer dizer algo que eu não percebi, uma comunicação

a ser traduzida; cada caso é um caso diferente. Vejo como expressão de um processo. Nunca alguém deixou de me pagar totalmente.

Conforme **3 sujeitos** consideram um **desrespeito** alegando que, sinto como desrespeito do contrato e a mim também. Se o cliente não tiver um motivo real, me sinto desrespeitada, sei que sou compreensiva para entender suas necessidades. Muito irritante me sinto abusada. Enquanto para **6 sujeitos** é muito **ruim**, é terrível, porém faz parte do processo, se não existisse não seria necessário psicoterapia. Não existe neurose que não envolva certa questão com o dinheiro, para usá-lo como gratificação ou castigo.

Somente **1 sujeito** assinalou como **defasem financeira**; que depende da minha conta bancária. Conforme **3 sujeitos**, se trata de um **negocio** como outro qualquer, relatando que costuma cobrá-lo, às vezes quando percebo que é por falta de dinheiro mesmo, faço algum acordo que fique bom para ambos os lados. Há clientes que não podem pagar; atendo durante um tempo, troco por serviços, coisas, etc.

Não costumo ter este tipo de problema, 2 sujeitos. Alegando não ter problemas de cliente que não paga por vontade de não fazê-lo.

Nº 10 A COMPETIÇÃO PELO ESPAÇO NO MERCADO EXIGE UMA CONSTANTE ATUALIZAÇÃO, COMO VOCÊ ENCARA ISTO?

Idéias Centrais

1.Necessidade externa

2.Necessidade interna

IC: 1. NECESSIDADE EXTERNA.

DSC – A atualização é exigida por demandas da nossa clinica, temas contemporâneos, faz parte de nosso trabalho; a necessidade de atualização não é só pelo mercado e sim uma obrigação e responsabilidade de todo profissional que trabalha com a saúde. Encaro com naturalidade, porque é assim em todas as profissões e atividades que existem; vejo como uma maneira saudável; a competição não se dá com o outro, dá – se pela estratificação social, das relações e das classes sociais muito “bem” divididos e de difícil acesso às mudanças. Procuro estar sempre me atualizando em cursos e leituras. , estudo sem parar; assisto aulas, faço grupo de estudo e supervisão; acho ótimo. Sinto-me bem, pois como gosto disso me sinto mais posicionado na competição com os outros, desenvolvendo um trabalho teórico que desenvolvo há 30 anos. A pessoa que está em constante atualização é porque tem comprometimento com o trabalho e principalmente com o cliente, não vejo isto como uma competição do mercado.

IC: 2. NECESSIDADE INTERNA.

DSC – Adoro me atualizar, fazer cursos e grupos de estudo; para mim é um prazer e não um *stress*, para mim o interesse é sempre um desafio.Não me preocupo com isto, acredito que me atualizar é inerente ao meu processo de crescimento, faço o meu caminho. Atualizando-me isto me dá muito prazer, ou seja, prazer em aprender. Estou sempre me atualizando procurando envolver, mas indo a busca de solucionar questões internas; questões que a clinica me traz e me intrigam; e não relacionada a uma competição e sim ligado á aprendizagem de maneira geral e a uma ascensão do quanto isto importa para a minha vida profissional e pessoal. Procuro atualizar a minha pessoa, eu como um ser; um maior desenvolvimento espiritual e psíquico. Não estou competindo por espaço nenhum, muito menos no mercado; a vida não é

um mercado. Quem sou é importante para a vida? A vida cuida de mim. Há competição, mas também há espaço para todos, acredito no cliente certo para o terapeuta certo; entendo que o desenvolvimento pessoal é essencial enquanto atualização.

10 B: Agrupadas em somente 2 categorias. A competição pelo espaço no mercado, que exige uma constante atualização, foi vista por **11 sujeitos** como **necessidade externa**, enquanto que para **9 sujeitos** como **necessidade interna**.

A **necessidade externa** foi relatada como a atualização que é exigida por demandas da nossa clínica, temas contemporâneos, faz parte de nosso trabalho; a necessidade de atualização não é só pelo mercado e sim uma obrigação e responsabilidade de todo profissional que trabalha com a saúde.

A **necessidade interna** é vista como: Estou sempre me atualizando procurando envolver, mas indo a busca de solucionar questões internas; questões que a clínica me traz e me intrigam; e não relacionada a uma competição e sim ligado á aprendizagem de maneira geral e a uma ascensão do quanto isto importa para a minha vida profissional e pessoal.

8. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“O corpo pode ser considerado o ator nas relações que estabelece com o mundo. Ele é investido de significados, sentimentos, valores absolutamente pessoais. As experiências de prazer e desprazer, êxito e fracasso, são sempre vivências corporais que vão paulatinamente investindo o corpo de valores positivos e negativos”. (Araújo, 2000, p.56).

De um modo análogo à apresentação dos resultados, iniciaremos a discussão verificando as variáveis que desencadeiam o *stress* no psicoterapeuta corporal na cidade de São Paulo, considerando sexo, faixa etária, tempo de exercício da profissão de psicoterapeuta corporal. Posteriormente, analisaremos a prevalência de sintomas, sua frequência e intensidade, segundo a Lista de Sintomas de *Stress* (LSS/VAS), e os 5 sintomas mais escolhidos do ranking, que se mostrou de grande confiabilidade; a análise do Discurso do sujeito Coletivo (DSC) do Questionário Semidirigida possibilitou, aos sujeitos pesquisados, expressão mais espontânea de suas opiniões e emoções, sendo possível a avaliação científica do conteúdo, tanto através de uma abordagem quantitativa como qualitativa.

Os psicoterapeutas corporais que compuseram esta amostra se caracterizaram pelo seguinte perfil: 20 sujeitos, sendo 50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino, a maioria na faixa de 40 a 59 anos; observamos que 55% atuam como psicoterapeutas há mais de 20 anos, possuindo uma estabilidade financeira.

Quanto ao estado civil dos sujeitos, 55% são casados; observamos que todos os sujeitos desta pesquisa estão vivendo com um companheiro (a) e a maioria dos sujeitos pesquisados 45% possuem dois filhos.

Podemos verificar que 45%, a maioria dos sujeitos, são Psicólogos, seguidos pelos Médicos, 30%, todos com especialização em Psicoterapia Corporal.

Foram assinaladas mais de uma fonte de sofrimento pelos sujeitos; as mais importantes fontes de sofrimento no trabalho como psicoterapeuta vêm de Questões Pessoais do Psicoterapeuta, 35%; isso os leva, muitas vezes, a um sentimento de ingratidão vinda dos clientes. A variável que mais desencadeia stress, com 25%, foi

a impotência em ajudar, onde o adoecimento e morte do cliente, 15%, foi uma importante fonte de sofrimento vivida pelo psicoterapeuta.

As menores, com 5% foram as questões existenciais como não conseguir compreender os clientes, falta de empatia, ou seja, não estar totalmente empatisado com a questão apresentada pelo sujeito, ou com ele, a ineficácia da psicoterapia.

No que se refere ao que *stressa* um psicoterapeuta corporal, 30% dos sujeitos da amostra não faz nenhuma relação com o *stress*, alegando que *têm* uma enorme satisfação em ajudar o outro em seu bem estar físico, emocional e social, ver a energia, ou todo o trabalho com *estase* da energia, *para que ela possa* fluir outra vez, o que lhes dá muita satisfação. Por terem vivenciado todas as técnicas em expressar sentimentos, tais como raiva, ódio e medo, quando em treinamento, onde puderam vivenciar e expressar tais sentimentos lhes permitiu que não se tornassem fontes de *stress*.

Podemos observar que os sujeitos da pesquisa já vivenciaram sentimentos de raiva, ódio e medo no seu processo de formação. De acordo com Cardoso (1985), a formação do psicoterapeuta implica em trabalho fatigante, delicado e de múltiplas facetas, onde, freqüentemente, são trabalhados aspectos teóricos, práticos (referente ao caso concreto), vivência pessoal (relacionada à situação terapêutica).

O fator financeiro foi assinalado por 15% da amostra que acredita que o fator financeiro *stressa* o psicoterapeuta: a baixa remuneração do trabalho autônomo, trabalhar sem registro em carteira e alteração no número de clientes e horários variáveis.

No entanto, a pesquisa realizada por Covolan (1989) com psicólogos clínicos brasileiros no início da profissão demonstra que as fontes consideradas mais *stressantes* estão ligadas a problemas econômico-financeiros, a eventos que indicam insegurança e, por último, sentimentos que envolvam impotência e fracasso.

Podemos observar que, ao serem indagados sobre a fase da profissão em que o *stress* foi mais intenso, 30% dos sujeitos relataram que o primeiro ano foi o mais *stressante*, pela clara noção da inexperiência na época e apontaram o problema econômico financeiro, pois nessa época ganhavam muito pouco, tendo despesas com supervisão, especialização, terapia. Ao considerarmos do 1º ao 3º ano, 55% considera que foi a fase da profissão em que o *stress* foi mais intenso, acrescido de insegurança.

Comparando estes resultados com o que Mello Filho (2002), que relata sobre estudos realizados por Mason, Shannon & Miller (1970) que a intensidade de *stress* no primeiro ano de atividade profissional parece estar relacionada com o novo e imprevisível, como também a execução de tarefas de responsabilidade, pude compreender o porque dos 55% dos sujeitos da amostra consideram do 1º ao 3º ano a fase da profissão em que o stress foi mais *stressante*.

A nossa amostra verificou que 55% dos participantes afirmaram que o *stress* diminuiu com o passar do tempo, enquanto 45% dos sujeitos desta pesquisa disseram que o *stress* é considerado cíclico.

No entanto, poderíamos supor que, com o passar do tempo, o profissional venha a adquirir mais domínio e segurança sobre sua prática e isto o torne menos vulnerável ao *stress*, o que nesta pesquisa não foi demonstrado, pois 55% dos sujeitos da amostra atuam como psicoterapeutas há mais de 20 anos.

Se, por um lado, existe estabilidade econômico-financeira, alegam que, com o passar dos anos, a responsabilidade também pesa, e penso que talvez as estratégias utilizadas não estejam sendo eficazes.

O presente estudo vem confirmar o que FRANÇA (1987, p.198) observou quanto ao *burnout* que atinge os médicos em geral, num grau maior ou menor, em algum momento de sua vida, afirmando que, após 10 a 15 anos de exercício na profissão, a sobrecarga da medicina é sentida com mais intensidade, tornando o médico mais vulnerável ao *burnout*.

Outro fator que provoca *stress*, assinalado pelos sujeitos da amostra, foi o autoritarismo dos institutos credenciados, 10%, como também a discussão e dissolução das sociedades dos institutos foram consideradas pelos sujeitos pesquisados uma fonte de sofrimento, alegando que a ditadura, aqui no Brasil, de ter que utilizar o repertório de trabalhos corporais nas sessões, vinda dos institutos credenciados, é o que provoca *stress*.

De acordo com Calligaris (2004), uma boa dose de sofrimento psíquico, onde o terapeuta precise se curar é o que vai possibilitar contemplar com carinho e sem julgar (ou quase) a variedade da conduta humana. Para tanto, o terapeuta deve, ele mesmo, ser cliente durante um bom tempo. Completa acrescentando que, quando você, algumas vezes, duvidar de sua prática clínica, nesses momentos (que, acredite, são freqüentes), será bom lembrar que você sabe mesmo (e não só pelos

livros) que sua prática adianta. Sabe porque a prática que você propõe a seus clientes já curou ao menos um: você. (CALLIGARIS, 2004, p.9-17).

É importante salientar que, dos sujeitos da amostra, 65% tira férias duas a três vezes /ano (festas de fim de ano, feriados, uma semana em julho); observamos que 80% dos sujeitos da amostra não tirou férias com mais de 15 dias nestes últimos cinco anos.

Quanto ao uso do toque na psicoterapia corporal, muito já discutido, como “*terapias com mãos versus terapia sem mãos*”, 60% dos sujeitos da amostra acredita ser uma fonte de stress para o psicoterapeuta corporal e, ao ser questionado em como vê a responsabilidade pelo efeito do toque na psicoterapia corporal, vê como fazendo parte do trabalho e com muita responsabilidade, estando atento não só ao cliente, mas a si mesmo quando toca; a questão não é tocar ou não tocar, mas, também, em como e quando tocar; portanto exige consciência e responsabilidade.

De acordo com 15% da amostra pesquisada, o toque é um instrumento apenas; muitas vezes a relação fica muito mais íntima conversando do que tocando. Porém, é necessário muito discernimento daquilo que um toque pode produzir ou até mesmo um simples olhar, acreditando que a sexualidade ainda é a grande caixa de surpresa do mundo ocidental. A erotização não está necessariamente presente no trabalho, chegando à conclusão de que erotismo, raiva, sono, inveja – tudo isto – aparece com toque ou sem toque e há que saber como lidar.

Concordando com a citação de Hilton (1990), em que “... *cada terapeuta que toca os clientes precisa ter vivido e elaborado seu próprio comportamento regressivo relativo a isso com seu próprio terapeuta e precisa, agora, ter um grupo de supervisão com o qual ele possa contar, quando se sentir sobrecarregado*”.

Conforme citações dos sujeitos pesquisados, todos com 5% : administrar transferência e contratransferência, acompanhar pessoas ao longo de um processo terapêutico implica em sempre se surpreender, deparar com questões difíceis, com opções complexas, onde é preciso lidar com os próprios pontos cegos e feridas narcísicas, são as mais importantes fontes de sofrimento no trabalho como psicoterapeuta. Nota-se que, também, é considerada variável que desencadeia *stress* a preocupação com o cliente, uma vez que administrar a transferência e a contratransferência foi considerado bastante *stressante*.

Especificamente ao cliente que mais *stressa*, 30% dos sujeitos pesquisados relatam ser aquele que entra em crise e exige atenção além do horário, quando liga sábado ou domingo ameaçando suicidar-se, ou aquele se saia da sessão deixando o terapeuta com a sensação de não ter ajudado; cliente que não se consegue acessar suas questões originárias, pela própria limitação do psicoterapeuta; a sombra do caráter a estrutura do caráter em suas sombras.

Alice Miller (1981) aponta que todos que escolhem essa forma de trabalho o fazem por causa de uma necessidade inconsciente de defender-se de seu próprio estado de pânico e desorganização e estão em constante risco de voltar a esse estado de ser. O cliente e o terapeuta são ambos compelidos a encarar esses perigos, na intimidade no seu relacionamento terapêutico. *“A cura acontece quando este esforço conjunto é bem-sucedido: a retraumatização de ambos pode acontecer, à medida que o esforço fracassa”*. (MILLER, 1981).

Existem alguns clientes que mobilizam a impotência do terapeuta, 30%, sendo a mais mencionada; ainda em relação à clientela, a perda de um cliente ou a interrupção da terapia é uma fonte de stress; 35% dos sujeitos da pesquisa disseram fazer uma avaliação, uma auto-reflexão sobre o caso; perder um cliente é sempre, motivo de reflexão, no entanto produz *stress*.

Também foi mencionado, 5%, o contágio do cliente, acreditando que lidar com clientes com bastante *stress*; particularmente em São Paulo, onde temos trânsito, a distância e horas de trabalho; são muito stress antes para os clientes o que, conseqüentemente, contagia o terapeuta.

Considerada como fonte de *stress*, com 5%, muitos clientes, como também poucos clientes; 5% a responsabilidade; 5% olhar somente para o corpo, ou seja, ter um olhar para o corpo, somente o corpo orgânico; 5% a falta de instrumentos e preparo; 5% a atenção à percepção do outro, ao dizer que o que mais *stressa* o psicoterapeuta corporal é justamente a observação e a escuta, uma observação mais apurada entre a comunicação verbal e corporal; com 5%, o estado de presença foi considerado um fator *stressante*, especificamente para o psicoterapeuta, pois só funciona esse tipo de trabalho na medida em que você esteja 100% presente; não dá para trabalhar com o piloto automático; o estado de presença que se exige de um psicoterapeuta é algo muito grande e isso faz com que esse trabalho exija grande dedicação, é um trabalho no qual você participa do sofrimento de seus clientes.

Lidar com energia, 5%, também foi mencionado como um fator de *stress*, onde a disponibilidade do psicoterapeuta corporal é muito maior nesse sentido, a ressonância, à parte de energia, o olhar, isto tudo te dá energia, mas também tira, quando você trabalha com pessoas.

Quanto aos clientes que *stressam* mais, todos com 5%, relataram que são os clientes que desafiam, os depressivos e negativistas, os impulsivos, quando não se consegue ultrapassar a defesa do cliente, onde o cliente resiste até o fim, os que não estão envolvidos com o seu processo, sendo os menos escolhidos.

Outra variável que desencadeia *stress*, com 5% é sempre que chega um cliente novo, pois não se tem ainda nenhuma idéia de por onde se possa caminhar. Clientes calados, observando como é difícil dar conta do “*meu*” próprio silêncio frente ao outro. Dentre as fontes apresentadas, 5%, “a tentativa de suicídio por parte dos clientes” deixa o psicoterapeuta num lugar em suspenso; considerado menos intenso, com 5% dos sujeitos pesquisados, o cliente repetitivo, aquele cliente que repete um eterno ciclo masoquista.

Também com 5% foram assinalados pelos sujeitos da amostra como uma fonte que desencadeia *stress* pacientes que idealizam o terapeuta, clientes que se apegam em excesso, que endeusam o terapeuta, pois essa projeção dificulta seu caminhar e do terapeuta.

Trata-se de uma conscientização do psicoterapeuta, bastante positiva, que vem de encontro ao que é relatado por Cardoso (1985), que a imagem profissional idealizada pode tornar-se não só a visão do leigo, mas a própria defesa do terapeuta para esconder sua insegurança, impedindo-o de observar-se em sua atuação. O terapeuta idealiza seu próprio desempenho e sente o peso dessa responsabilidade, à qual deseja corresponder; nesse sentido podemos perceber a nobreza – e a dificuldade – de seu trabalho. (CARDOSO, 1985, p.30).

No entanto, Singesen, dão uma saída, alegando que: “*As imperfeições do terapeuta servem para ir corrigindo esta idealização excessiva do cliente*”. (SINGESEN, 1989).

Foram também assinalados como fatores que geram *stress*, todos com 5%, os clientes obsessivos graves, os que têm fragilidade de vínculo, em especial os fânicos; as sessões de tentativa de ruptura de contrato; conteúdos regredidos; não um tipo de cliente, mas um tipo de situação: conteúdos muito regredidos ou

“*boderlines*”, o oral, a transferência e contra–transferência do oral, exigindo maior atenção, atribuindo que muitas vezes tenha a ver com a própria dinâmica; quando o terapeuta possui o mesmo traço oral, dificulta ainda mais.

Ao ser questionado em como sujeitos da pesquisa sentiam a perda de um cliente, 40% dos sujeitos pesquisados acreditam que seja um motivo de reflexão, alegando que não houve encontro; enquanto que, às vezes é sentida como muita dor, que ainda não era a hora; principalmente quando o terapeuta vê o processo como uma falha sua, sendo muito sofrido encarar o erro.

O lado difícil da perda, 10% dos sujeitos pesquisados acredita que o apego que é estabelecido na relação, junto com a questão financeira, é um motivo de *stress*, enquanto que, para 20% dos sujeitos pesquisados, é variável: às vezes tranqüilo, alivia, aceitando com prazer; dependendo de em que sentido isso se dá, oscila da tristeza a um alívio.

No entanto, para 45% dos sujeitos pesquisados, é sofrido para o terapeuta. Dependendo do cliente, se for uma pessoa por quem sinta afeto, sofre um pouco, ou mesmo quando se sente ferido (a) e rejeitado (a), sofre um pouco, mas o rompimento do vínculo é algo que desgasta muito. Às vezes como derrota, às vezes como luto.

Já 30 % dos sujeitos pesquisados relatam que sem problemas, pois é a expressão de um processo, fazendo parte do nosso trabalho.

Ao ser perguntado como sente a falta de pagamento do cliente, 40% dos sujeitos pesquisados acredita ser um motivo de análise; como regra, é um descuido a ser trabalhado na relação transferencial; no caso de ser uma atuação, será visto na relação ou mesmo se é resistência ao cumprir o combinado.

No entanto, 15% dos sujeitos pesquisados considera a falta de pagamento do cliente um desrespeito, alegando que sente como desrespeito ao contrato e ao terapeuta também. Por outro lado, para 30% dos sujeitos pesquisados é muito ruim, é terrível, porém faz parte do processo; se não existisse, não seria necessário psicoterapia, alegando que não existe neurose que não envolva certa questão com o dinheiro, para usá-lo como gratificação ou castigo. Somente 5% da amostra assinalou como defasem financeira, dependendo de sua conta bancária.

Quanto a trabalhar numa cidade como São Paulo, 50% dos sujeitos atesta que os problemas da cidade, como o trânsito, à distância, a poluição, a questão de administrar os horários, a correria do dia-a-dia e viver em uma cidade violenta, são

muito *stressantes* para os clientes e, conseqüentemente, também contagia o terapeuta.

A síndrome do "*burnout*" hoje é considerada um dos desdobramentos mais importantes do *stress* profissional e tem sido reconhecida como uma condição experimentada por profissionais que desempenham atividades em que está envolvido um alto grau de contato com outras pessoas.

No que se refere à psicoterapia, como atividade requer que o profissional mantenha uma relação muito próxima com as pessoas às quais deve atender, sejam estes seus clientes do consultório; além disso, os conflitos oriundos da organização, seja esta a escola, família, a empresa ou a instituição, os funcionários e colegas da clínica e as pessoas objeto do seu trabalho, sobrecarregam e desgastam esse profissional. (BENEVIDES, 1994).

Os resultados apontam que o grupo apresentou uma média de 62% dos sintomas do teste (aproximadamente 37 dos 59 sintomas do teste), considerada elevada; o Nível de Presença de Sintomas foi considerado ALTO, o Nível de Frequência de Sintomas apresentou-se MÉDIO, enquanto a Intensidade dos Sintomas foi considerada MÉDIA; já o Nível de Intensidade dos Sintomas foi considerado MÉDIO - ALTO. Os resultados demonstraram que os sujeitos neste período encontram-se no Nível Geral de *Stress* MÉDIO – ALTO, encontrando-se numa fase de PERIGO.

Verificou-se, no entanto, que a atividade do psicoterapeuta corporal foi considerada pouca *stressante* por 90% dos sujeitos; no entanto, deduz-se que os profissionais parecem não perceber o *stress* a que são submetidos, sendo coerente com Covolan (1989) que deduz que psicólogos *stressados* poderiam omitir, ou não estar conscientes de suas dificuldades e, com isso, aumentar o nível de prejuízo a si próprios e, conseqüentemente, a seus clientes.

Ao analisarmos os dois extremos, percebemos que o sujeito N° 13 se encontra na Fase LEVE: sexo masculino, 50 anos, médico, casado, com 2 filhos já adultos, atende 30 clientes por semana e despense 3 horas semanais com o magistério; apresentou um índice de dedicação diária em relação ao corpo de 20%, aos amigos 14%; 20% à família, 10% ao lazer; 16% ao trabalho e 14 % ao intelecto. Por outro lado, o sujeito N°20, que se encontra na Fase de PERIGO AGUDO: sexo feminino, 41 anos, psicóloga, separada, 2 filhos menores, com formação em

psicoterapia corporal, atuando como psicoterapeuta corporal há 11 anos, especialização em psicooncologia, psicologia hospitalar e psicoterapia corporal. Atende somente quatro clientes, 4 horas semanais e, não conseguindo se manter financeiramente só com o consultório, necessitou recorrer a outra fonte de renda por 45 horas semanais; apresentou um índice de dedicação diária de 40% à família e 60% ao trabalho.

Parece que a distribuição mais equilibrada quanto à dedicação diária em relação ao corpo, amigos, família, lazer, intelecto e ao cuidado com o seu corpo, como também uma renda financeira estável, uma realização dentro da profissão que escolheram possam ser significativos, contribuindo para a diminuição do *stress*; ao que tudo indica parece ser uma estratégia adequada para lidar com o *stress*.

Os dados obtidos parecem vir de encontro ao que Grusch & Olsen (1994) relatam: os psicoterapeutas, enquanto passam horas e horas ouvindo e sendo empáticos a outras pessoas, descuidam das próprias famílias e de si mesmos; depois de um longo dia vendo clientes, quantos psicoterapeutas se sentem realmente dispostos a lidar com as queixas cotidianas de seus filhos e companheiras (as), ou mesmo quantos conseguem fazer ginástica ou uma refeição equilibrada?

No que diz respeito à frequência e intensidade com que se manifestam nos sujeito pesquisados, esses são os **doze sintomas mais representativos**.

Ocorreu duplicidade de sintomas num mesmo *locus do ranking*: 1° Sinto raiva, 2° Tenho pensamentos que me deixam ansioso(a), 3° Sinto angústia, 4° Fico esgotado (a) emocionalmente, 5° Tenho desânimo, 6° Tenho cansaço, 7° Tenho medo, 7° Sinto sobrecarga de trabalho, 8° No fim de um dia de trabalho estou desgastado(a), 9° Sinto dores nas costas, 10° Tenho insônia, 10° Tenho dúvidas sobre mim mesmo(a).

De acordo com Schreiber (2004), quanto maior o *stress*, maior a propensão a se tornar clinicamente doente. Esse fenômeno, de acordo com o autor, pode muito bem ser consequência do efeito das emoções negativas no sistema coração-cérebro e no sistema imunológico. Cada vez que temos uma alteração desagradável, nossa linha de defesa contra as infecções, baixa sua guarda. (SCHREIBER, 2004, p.73).

No entanto, é importante ressaltar que, na ótica de Lipp (2001), o *stress* por si só não é suficiente para desencadear uma enfermidade orgânica, ou para provocar uma disfunção significativa na vida da pessoa. A não ser, é claro, situações extremas

tais como guerras, grandes desastres naturais, tortura, encarceramento, perda de familiares queridos.

Certas características individuais, desenvolvidas na infância, podem servir como fontes em potencial de *stress*, em termos de crenças e valores inadequados, mas, quando adequadas, podem também auxiliar a adquirir estratégias de vida que facilitem no manejo do *stress*. Uma vez que o *stress* envolve uma reação do organismo, diante de situações ou muito difíceis ou muito excitantes, ele pode ocorrer em qualquer pessoa, independente da idade, raça, sexo e situação socioeconômica. (LIPP, 2001, p.22,227).

Os sintomas apresentados na pesquisa, parece estar de acordo com o que foi observado por SINGSEN, (1989), DELVAUX, (1988) e KELLER, (1989), onde os indicadores mais freqüentes da Síndrome do Stress Profissional: **no nível fisiológico**: cefaléia, taquicardia, tensão muscular, anorexia, insônia; **no nível psicológico**: manifestação de rejeição a situações vividas, freqüentes devaneios, uso da comida e tendência ao sono como formas de defesa frente a situações de frustrações constantes, tendência a se preparar para o pior, adoção de atitudes negativas, sentimentos depressivos, podendo chegar às vezes a sintomas depressivos, raiva intensa e sentimentos de desesperança.

De acordo com Miller, W. A (1981), nós, como psicoterapeutas, ou elaboramos em nossa própria análise o modo como nossas necessidades não foram satisfeitas no passado, ou usaremos nosso papel de psicoterapeutas para atuar nossa raiva inconsciente sobre nossos clientes no presente. Ele afirma, ainda, que precisamos reconhecer sobre nós mesmos e em algumas experiências que precisamos ter para poder realizar nossa própria cura e minimizar o processo de atuação.

Parece que o ditado em que se diz “casa de ferreiro, espeto de pau” faz sentido, considerando que nós, como psicoterapias corporais, temos a expressão de emoções como foco de atenção no processo terapêutico, apresentamos um registro alto de sucesso no trabalho específico da emoção da raiva; de acordo com Traue (2005), o comportamento emocional não pode ser considerado separadamente dos processos cognitivos e ações, visto que essas funções podem causar emoções e também são influenciados por ela.

Conforme Lowen, A. (1995; 1997), a raiva é a emoção que cura, um meio de salvaguardar a própria integridade; estabelece a diferença entre a manifestação espontânea da raiva e a luta contínua em busca de controle, superioridade e vitória.

Nappi (2004 p. 115), acredita que a raiva é necessária para competir, impulsionar ações.

Conforme Presa (2002),

“Raiva é uma reação emocional que surge por interferência, lesão ou ameaça caracterizada por certos trejeitos faciais típicos, por reações do sistema nervoso autônomo e por atividades encobertas e simbólicas de ataque e de defesa. A raiva é uma perturbação passageira”.(PRESA, 2002, p.40).

De acordo com David Boadella (1997), o equilíbrio emocional de uma pessoa é feito pelas duas grandes ramificações do sistema nervoso vegetativo: o sistema simpático e parassimpático. O sistema parassimpático nos prepara para situações de emergência, ou seja, “luta” ou “fuga”, e está associado a sentimentos de raiva e medo; já o sistema simpático nos prepara para desistir. De acordo com o autor, são emoções contrastantes: um relaxamento sadio e agradável e um abandono na tristeza e pesar. (BOADELLA, p.137-147).

Analisando o 2º sintoma, *tenho pensamentos que me deixam ansioso (a); de acordo com Gaiarsa (2004, p. 313) o Sistema Nervoso Neurovegetativo, tem a função de organizar e manter a homeostasia, de coordenar respiração, circulação, secreções glandulares, digestão, eliminação metabolismo, temperatura e sexualidade, fazendo com que nenhuma delas assuma um controle específico, seguindo o que é mais conveniente ao organismo enquanto conjunto, supervisionando continuamente o complexo processo de unificação das numerosas funções orgânicas. Logo, o parassimpático predomina durante os estados de relaxamento e prazer. Ansiedade é uma alteração visceral e motora, que ocorre espontânea e muito rapidamente As piores ansiedades são as que sentimos “sem saber porque”; o motivo ou a causa fica reprimido por preconceito.* (GAIARSA, 1995, p. 312).

Quanto ao 3º sintoma, sinto angústia, *De acordo com Gaiarsa, (1995), em latim “angústia” quer dizer “estreito”; é importante lembrarmos que são sinônimos*

angústia, ansiedade, aflição e medo. Angústia é inibição respiratória; a respiração é a única função visceral sobre qual podemos agir.

“Toda angústia é um desejo ou necessidade de fazer alguma ação, tomar uma decisão ou assumir uma atitude; que não faço, não tomo, nem assumo”. (GAIARSA, 1995, p. 312)

Fica assim comprovada, conforme Gaiarsa, a relação entre os sentimentos e as funções corporais. Todo sentimento envolve um significado psíquico, e também um impulso a expressar pelo corpo.

Por exemplo, a tristeza busca expressar-se pelo choro, que envolve alterações respiratórias, expressões sonoras e faciais e movimentos musculares. Se o significado psíquico desse sentimento precisa ser recalcado, o choro precisará ser reprimido por meio de contenções musculares e vegetativas que tendem a se tornar crônicas; o mesmo acontece com outros impulsos e emoções como raiva, medo e desejos sexuais.

Sempre que ficamos atentos a algo importante, interessante ou ameaçador tendemos fortemente a nos imobilizar (tensão muscular difusa de preparação, chamada de reação de alerta) e suspendendo a respiração, denotando a existência a ligação entre a ansiedade com as variações do volume respiratório do tronco, onde sentimos as emoções principalmente no peito, devido as pressões e volumes consideráveis de gases e líquidos, e a velocidade desses fenômenos cardiorrespiratórios, ocorrem no peito. Caso esta parada respiratória demorar mais que poucos segundos, começamos a ficar ansioso, a sofrer de um início ou ameaça de asfixia.

“Todos os malefícios psicossomáticos do stress depende desse processo, quando ele se torna freqüente, intenso demais ou crônico”. (Gaiarsa, 2006, p. 326)

A ansiedade e a “síndrome do pânico”, tão presentes neste nosso mundo contemporâneo, medo daquilo que não é mais como era, medo do presente, percebido e sentido como caótico, incerto e destruidor dos velhos padrões de comportamento e de relacionamento.

Nunca como no século XX surgiram tantas práticas psicoterápicas, nem tantos livros estudando as “Mudanças de Paradigmas” nas sociedades em geral, nas organizações empresariais, econômicas e científicas, nem tantos livros de auto -

ajuda, nem a importação de práticas orientais e de teorias práticas alternativas. (GAIARSA, 2006, p.17).

Vale notar que os terapeutas, que também vivem todas essas transformações, podem ter consciência mais ampla e profunda dessas mudanças ou não, tentando se adequar a elas ou não, e todos esses “*nãos*”, conforme Gaiarsa, são quantitativos.

Gaiarsa observa ainda que nos cursos de psicologia no Brasil, tudo se passa como se Freud, Jung, a psicologia experimental e o comportamentalismo permanecessem atuais – e únicos, até definitivos – eternos. Ou mesmo o surgimento das neurociências que vai explicar tudo; sendo ninhos, germinam idéias novas. *“Todo inovador começou sendo mártir e a comunidade científica já cometeu todos os crimes da Inquisição – exceto a fogueira”*. (GAIARSA, 2006, p.18).

A visão de Will (1979) é de que muitos terapeutas atendem durante várias horas seguidas, um cliente após outro, imobilizados em suas cadeiras e presos em suas salas, durante 50 minutos com cada cliente, defrontando-se com ansiedade, depressões, conflitos, vivendo imerso no estranho e místico mundo dos outros e, muitas vezes, perdendo o contato com o seu próprio mundo,

Quanto ao sintoma fico esgotado (a) emocionalmente, está de acordo com Berkowitz (1987), que ressalta outro fator de desgaste, o fenômeno da *“atenção não – recíproca”*; o autor relata que os psicoterapeutas parecem preparados para trabalhar com a dor dos outros, com o *stress*, mas não parecem preparados para a falta de reciprocidade do cliente; o dar constante numa relação de mão única sem feedback ou sem sucesso que se perceba perceptível é muito difícil para qualquer pessoa, especialmente quando se trata de uma pessoa que se tornou terapeuta para compreender suas próprias raízes disfuncionais.

David Boadella (1997) constatou que o equilíbrio emocional de uma pessoa é feito pelas duas grandes ramificações do sistema nervoso vegetativo: o sistema simpático e parassimpático. O sistema parassimpático nos prepara para situações de emergência, ou seja, “luta” ou “fuga”, e está associado a sentimentos de raiva e medo; já o sistema simpático nos prepara para desistir. De acordo com o autor são emoções contrastantes: um relaxamento sadio e agradável e um abandono na tristeza e pesar. (BOADELLA, p.137-147).

Esta pesquisa feita com 20 psicoterapeutas corporais, onde a maioria exerce a profissão há mais de 20 anos, discorda da posição de Helen Resneck - Sannes

(2002), ao acreditar que os terapeutas psicossomáticos são treinados para estar ciente de seus processos corporais internos; o que é inconsciente para o analista.

De acordo com Lewis (2005, p.31), o problema é até mais básico, nós somos o problema; ao concordar com Hilton (1988-89), afirma que, *todos fomos divididos*, lembrando que *“somos curadores feridos”*.

Hilton (1988/89) acredita que, para resolver nossas feridas narcísicas, nós teremos que aceitar como nós estamos feridos. Nós precisamos lamentar nossa perda, mas também vamos precisar ir à busca de um terapeuta que sentimos que tenha um corajoso nível de empatia por nós, porque eles sabem o que é esta ferida; devemos lembrar que nós todos fomos quebrados nesta jornada da vida.

Concordando com (London, 1977, Farber, 1983, Guy & Lisboe, 1986), gostaria de ressaltar que a profissão de psicoterapeuta não apresenta somente problemas, se não aspectos positivos, tais como o desenvolvimento de uma capacidade de introspecção, maior sensibilidade ou habilidade de auto-reflexão.

Conforme Groddeck (1988):

“... o papel do médico é cuidar e não curar. Ele não tem poder para isto, pois os processos de cura estão em cada ser humano, doente ou são, assim como se encontram na natureza. A ação do médico deve ser, portanto, limitar-se a acompanhar a natureza, a servi-la, imitando seus processos de cura, retirando os entraves que a impedem de agir, liberando forças vitais naquilo que toma um compasso de morte. Porque as tendências à cura estão incluídas na própria doença”. (GRODDECK, 1988, p.34).

A necessidade de o psicoterapeuta advogar em causa própria e cuidar bem de si mesmo é uma condição “si ne qua non” para realmente cuidar dos outros.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação não teve a pretensão de esgotar todas questões; há necessidade do desenvolvimento de novos e aprofundados estudos, aplicáveis às situações *stressantes*, de modo a fundamentar a formulação de melhor prover os profissionais da área de saúde e, em especial, o psicoterapeuta corporal.

No entanto, a profissão de psicólogo não apresenta apenas problemas, senão também aspectos positivos tais como: o desenvolvimento de uma maior capacidade de introspecção, maior sensibilidade ou habilidade de auto – reflexão. (London, R.W. 1977).

Devido ao tamanho reduzido da amostra, 20 psicoterapeutas corporais, deve-se ter prudência na generalização dos resultados; entretanto, os dados aqui apresentados indicam a necessidade de estudos mais exaustivos em relação aos psicoterapeutas corporais, permitindo que estes possam estar mais informados sobre os riscos inerentes às atividades profissionais e que, dessa forma, desenvolvam estratégias de enfrentamento para alcançar uma maior qualidade no desempenho tanto do seu trabalho como de sua vida pessoal.

Tendo por base os resultados da presente pesquisa, chegou-se à conclusão que a atividade do psicoterapeuta corporal é bastante stressante, confirmada pela Lista de sintoma de Stress (LSS/VAS). Os resultados demonstraram que os sujeitos neste período encontram-se numa fase de **PERIGO**; no entanto 90% dos sujeitos pesquisados consideraram-na uma atividade pouco stressante.

Foram assinaladas mais de uma fonte de sofrimento pelos sujeitos; as mais importantes fontes de sofrimento no trabalho como psicoterapeuta, 35%, vem de Questões Pessoais do Psicoterapeuta.

Observou-se que os sujeitos apresentam grande parte dos sintomas pesquisados, sendo alguns com bastante freqüência outros menos freqüentes, ocorreu duplicidade de sintomas num mesmo *lócus do ranking*. Os 12 sintomas apresentados com maior freqüência foram: 1° Sinto raiva, 2° Tenho pensamentos que me deixam ansioso(a), 3° Sinto angústia, 4° Fico esgotado(a) emocionalmente, 5° Tenho desânimo, 6° Tenho cansaço, 7° Tenho medo, 7° Sinto sobrecarga de trabalho, 8° No fim de um dia de trabalho estou desgastado(a), 9° Sinto dores nas costas, 10° Tenho insônia, 10° Tenho dúvidas sobre mim mesmo(a) Estando relacionados com o *stress* profissional, e ao *'burnout'*.

Trabalhamos com quem busca a nossa ajuda; o que é mais importante é que antes encaremos nossas questões psíquicas mais profundas; o ditado “Médico cura a ti mesmo” é mais relevante hoje do que antes.

O clima atual exige que entendamos mais claramente como nos curamos, crescemos e expandimos por meio dos encontros com nossos clientes e, apenas quando entendermos a profundidade de nosso próprio envolvimento emocional no processo terapêutico poderemos ser clínicos plenamente responsáveis, atentos e abertos, capazes de acompanhar com clareza nossos clientes em suas jornadas pessoais únicas.

Parece que, quanto mais os terapeutas procuram ajustar-se aos tempos e às condições em mudança, mais perigos surgem em seu campo de trabalho, como, também, em nossa sociedade cada dia mais litigiosa; observamos que nosso mundo contemporâneo não é mais como era; temos medo do presente, percebido e sentido como caótico, incerto e destruidor dos velhos padrões de comportamento tidos até a meio século como estáveis e confiáveis.

Cabe aos Institutos, Instituições, Sociedades, onde é dada a formação em psicoterapia corporal, zelar para que os alunos em especialização possam atravessar essa etapa de suas vidas ampliando e adquirindo repertórios técnicos mais atualizados, condizentes com os novos paradigmas, refletindo e desejando um mundo mais justo, onde o trabalho não esteja preso à sua etimologia (sofrimento penoso), mas seja condição plena, pessoal e profissional, onde possamos lidar com dilemas éticos e profissionais, dando também suporte a estudantes que fazem pesquisas.

Acredito que cada terapeuta tenha vivido e elaborado seu próprio comportamento regressivo e tenha possibilidade de se rever de tempos em tempos em seu próprio processo terapêutico, podendo também contar com um grupo acolhedor de supervisão com o qual possa contar quando se sentir sobrecarregado.

Acredito, ainda, que, quanto mais soubermos da inter-relação das emoções e sintomas orgânicos, mais poderemos ampliar nosso conhecimento, facilitando uma melhor qualidade de vida, para nós, psicoterapeutas, e nossos pacientes.

Espera-se que este estudo possa beneficiar os psicoterapeutas de modo geral, orientando-os no sentido de uma discriminação mais adequada dos fatores *stressantes* ligados ao seu trabalho, dos sintomas que costumam se manifestar,

desenvolvendo estratégias adequadas que possam ser utilizadas pelos psicoterapeutas para controlar o stress.

Penso que meu corpo em sua própria sabedoria irá me informar a respeito de como sou, através de reavivar a lembrança e os sentimentos que me criaram, e, se assim for, talvez estes possam me ensinar o que eu preciso e qual é a verdade de minha existência.

Que esta pesquisa possa ser uma semente para a união dos diferentes Institutos Credenciados como psicoterapeutas corporais, formando verdadeiras equipes multidisciplinares.

O campo da psicoterapia está reconhecendo que o foco da terapia precisa ir além da cognição, imagens e sonhos, para incluir estados somáticos não verbais; o tempo é agora para juntarmos a outros terapeutas analíticos, comportamentais, psicologia experimental, a neurociências, não só para aprender, mas informar, trocando sempre.

Este estudo deixou-me o sentimento de que nós, psicoterapeutas, não permitamos que nossa criatividade e espontaneidade como seres humanos sejam diminuídas enquanto seguimos esta forma tão pessoal e íntima de vida profissional.

Que o trabalho também seja a fonte de prazer.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A, **El Psicoanálisis de niños e sus aplicaciones**. Paidós, Buenos Aires,1972.

ALVES, Rubem. **Variações sobre a vida e a morte**. São Paulo: Edições Paulinas, 1985.

ANGERAMI – CAMON, V.A. (Org.). **Psicologia da saúde – um novo significado para a prática clínica**. Cap. 2, São Paulo: Pioneira, 2000.

_____. et al. **Psiconeuroimunologia: uma história para o futuro**. In: **Psicologia da saúde - um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Pioneira, cap.2,pp.23-41, 2000,

ANTUNES, M.A.M. **A psicologia no Brasil**. São Paulo: Unimarco editora, 3ª edição. 1998.

ARAÚJO, C. A. **Desenvolvimento do Esquema Corporal**. Revista Temas sobre desenvolvimento.São Paulo: Memnon, v.9,nº52 p.56-8, set. - out, 2000.

ATLAS, I. **Terapias**. São Paulo: Bixs, pp. 11–41 e 57–68, 2000.

BALLONNE, G.J. **Síndrome de *Burnout***. In: PsiqWeb Psiquiatria Geral, Internet, última revisão, 2002. Acesso em: 2.5.2003 e 22.5.2003.

<http://www.psiqweb.med.br/cursos/stress>

BARONA, E.G. **Estudio preliminar al síndrome de *burnout***. Ciência Psicológica 3, 63 – 76,1996.

BASTOS, A. V.B E GOMIDE, P.I.C. **O psicólogo brasileiro: Sua atuação e formação profissional**. Psicologia, Ciência e Profissão, 1. CFP, 1989.

BEDANI, A. **Qualidade de vida hoje**. Acesso em: 25.11.01.
www.orgonizando.psc.br

BENEVIDES, A M.T. **Características de personalidade de profissionais da área de psicologia; uma contribuição à seleção e/ou orientação a estudantes de psicologia.** Tese de Doutorado da Universidade de São Paulo. 1994.

_____.(Organizadora) **Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem - estar do trabalhador** Casa do Psicólogo, São Paulo, 2002.

BERKOWITZ. **Therapist Survival: maximizing Generatively and Minimizing Burnout.** Psychotherapy in Private Practice, 5 (11), 85-89, 1987.

BIOENERGETIC ANALYSIS. **O significado da pesquisa científica em análise bioenergética.** The Clinical Journal of The International Institute of Bioenergetic Analysis. Volume 13, number 1 winter, 2002 (p.1-20).

BLUME, JEFF.**O Prazer da Terapia.**Bombshelter, Press – Los Angeles, 1995.

BOADELLA, D. **Qualidade de vida e a matriz da transformação e as fronteiras da psicoterapia.** In: Revista Energia e Caráter São Paulo, Summus n° 2 1997 (pp. 137–147)

_____.**Fluxo da forma e postura da alma.** Baseado em palestra de David Boadella feita durante 12° Congresso Mundial de Medicina Psicossomática Universidade de Basiléia, Setembro 1993. Acesso em: 4/03/1998.
www.orgonizando.psc.br

_____. **Psicoterapia, ciência e nível de discurso.** 1990 - Acesso em: 13.5.2.003. www.biossintese.com.br

_____. **Correntes da vida: uma introdução a biossintese.** São Paulo: Summus, 1992.

BOYESEN, G. **Entre o Psique e Soma.** São Paulo: Summus, 1986.

BÜSSING,A. & GLASER,J. **Four-stage process model of the core factors of Burnout the role of work stressors and work-related resources.** Work & Stress,14,329-345,2000.

BRANDÃO, F. **Ética e terapia reichiana: uma pequena leitura de Reich.** Acesso em: 5/6/2004. www.orgonizando.psc.br

CALLIGARIS, C. **Cartas a um jovem terapeuta - reflexões para psicoterapeutas, aspirantes e curiosos.**Rio de Janeiro, Editora Alegro, 2.004.

CALVETTE, E. & VILLA,A. **Burnout y síntomas psicológicos: Modelo de medida y relaciones estructurales.** Ansiedad y Estrés,6,116 –130. 2000.

CARDOSO, G.E.R. **A formação profissional do terapeuta.** São Paulo: Summus Editorial, 1985.

CARVALHO, V.A. **Cuidados com o cuidado – O mundo da saúde.** São Paulo, ano 27, vol. 27, nº 1, jan. /mar. 2003.

COOPER, G. **Handbook of stress, medicine and health.** Nova York: CRC. 1996

COVOLAN, M.A. **O stress ocupacional do psicólogo clínico: seus sintomas, suas fontes e as estratégias utilizadas para controlá-lo.** Campinas, PUC, Instituto de Psicologia. Dissertação de Mestrado, 1989 (115 páginas).

_____ **O stress ocupacional do psicólogo clínico: seus sintomas, suas fontes e as estratégias utilizadas para controlá-lo.** (In: Pesquisas sobre Stress no Brasil, 2ªedição, cap.12, 2001 (p.225-254)

CUKIER, R. **Fadiga do Psicoterapeuta: Stress pós-traumático secundário.** Revista Brasileira de Psicodrama vol.10 nº 1 – pp.55-65, 2.002.

CUNHA, A. G. **Dicionário etimológico da língua portuguesa.**Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1999.

DAMÁSIO, A. **Em busca de Espinosa: prazer e dor na ciência dos sentimentos.** São Paulo, Companhia das Letras, 2004, (p. 38 e 312).

DARWIN, C. **A expressão das emoções no homem e nos animais.**(1872). São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. Trad.Paraguay, A.I. & Ferreira, L.I. 5ª edição.São Paulo: Cortez – Oboré, 1992.

DIAS, V.C. **Psicodrama -Teorias e Práticas**.São Paulo, editora Ágora, 1987.

DOUGALL, J. Mc. **Teatros do corpo**. São Paulo: Martins Fontes, 1ª edição brasileira: julho de 1991.

DONICE, G. Mariangela. – **O que é Análise Bioenergética**,2000.
www.bioenergética.com.br

_____ **Em busca da Alegria de Viver**. Artigo apresentado no Jornal Summus Editora - REF 594. Referente a apresentação do livro de Alexander Lowen- **Alegria - a entrega ao corpo e à vida - Summus**

DUTON, M. A & RUBIN STEIN, F. **Working with People with PTSD – Research Implications**. In: FIGLEY, R.C **Compassion Fatigue**. Brunner/Mazel, Inc. New York, U.S. A. 1985, (p.85).

ENCICLOPÉDIA LAROUSSE CULTURAL, Nova Cultural Ltda.1998.

FARIAS, F.R.de. **Sobre o conceito de stress** . Arquivos Brasileiros de Psicologia, 38(4): pp.97-105,1985.

FEHR TG – **Persönliche Mitteilung**.(1999) **Bioenergerische Prozessanalyse BPA**, Sweta Test Services, Schaumweinkai 69, D-60596 Frankfurt.(1998)

FERNANDEZ, F. A **Fundamentos de la Psiquiatria Atual**. Madri, 3ª ed, vol. I. Ed. Paz Montalvo, 1976.

FERREIRA, A.B.H. **Pequeno Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. 11ª edição, São Paulo, Editora Gama, 1976.

FIGLEY, R.C-**Compassion Fadigue**, Brunner / Mazsel ,Inc.New York, U.S.A, 1995

FIRTH,J. **Personal meanings of occupational stress: cases from clinic**. Journal of Occupational Psychology,58,139-148,1985.

FRANÇA, L. E RODRIGUES, A- **Stress e Trabalho – uma abordagem psicossomática**. São Paulo: 3ª edição Atlas, 2.002. .

FRANÇA, H.A. **A síndrome de *burnout***.Revistas Brasileiras de medicina, 44 (8). Agosto, 1987, (p.197-199).

FREUD, S. **Observations on transference love**. Em Collected paper, vol. 2 ed. E.Jones, pp. 337- 91. Nova York: Basic Books.

_____ **Bruchsticke, einer Hysterie - Analyse**. Gesammelte Werke, London: Imago,Band V,S.240,1904/1905/1942.

FREUDENBERGER, H.J. RICHELSON, G – ***Burnout: The High Cost of High Achievement***. Doubleday Publisher; New York: Anchor Press, 1980.

FREUDENBERGER, H.J. **The staff *burnout* syndrome**. **Psychotherapy theory, research and practice**, 1974, (12,73-82).

FRIEDMAN,M.ULMER,D. **Treating Type A Behavior and Your Heart**, Nova York,Alfred Knopf, 4. 1984.

GAIARSA, A. **Couraça muscular do caráter: trabalho corporal em psicoterapia, fundamentos e técnicas**. São Paulo: Agora, 1984.

_____.**Respiração Angústia e Renascimento**.São Paulo, Ícone, 2ª ed. 1994.

_____. **O olhar**. São Paulo: Gente, 2000.

_____.**Meio Século de Psicoterapia verbal e corporal**. São Paulo.Agora, 2006.

GIL-MONTE,P.& PEIRÓ, J. M. **Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse**. Madrid, Síntesis,1977.

GONZÁLEZ, B.O. **El síndrome de “Burnout”(queimado) o Del cuidador descuidado**, Ansiedad & Estrés,1, 1995(189-194).

GRODDECK, G. **A doença como linguagem**. São Paulo: Papirus, 1988,(p. 18 e 34) _____ . **Estudos psicanalíticos sobre psicossomática**. São Paulo: Perspectiva, , São Paulo,1992.

GROSCH, N.W. & OLSEN, C.D. **When Helping Starts to Hurt**. 1988, W.W. Norton & Company , New York, U.S.A, 1988.

GRUNTRIP,H. **Healing the Sick Mind**. New York, Appleton -Century. 1964.

GUY,J.D. **La vida personal del psicoterapeuta**.,(R.Masera,Trad.) Barcelona Paidós. 1995 (Trabalho Original publicado em 1987)

GUY, J.D & LIABOE, G.P., **The impact of conducting psychotherapy on psychotherapist’ interpersonal function**. Professional Psychology: Research and Practice, 17, 111-114, 1986

HEDGES, E.; Lawrence, HILTON, R.; HILTON, V.; CAUDILL, O.B. **Terapeutas em risco**. São Paulo: Summus Editoria1, 2001.

HILTON, R. **Countertransference: An Energetic and Characterlogical Perspective**. IN: Pacific Northwest Bioenergetic Conference Training-Days Manual, 1988.

_____ **O Toque em Psicoterapia**.Artigo publicado no Manual de Treinamento - Pacific Northwest Bioenergetic Conference ,Whistler ,Canada, 1990.

HILTON, R. **O Toque em Psicoterapia - Artigo** publicado no Manual de Treinamento do Pacific Northwest Bioenergetic Conference, Whistler, Canadá, 1990 - .Tradução: Maria R.Mizrahi- Revisão: Odila Weigand.

_____ **A recuperação do self e o relacionamento cliente/terapeuta na Análise Bioenergética.** XIII Conferência Internacional sobre Análise Bioenergética - Pocono Manor, Pennsylvania - 2 a 7 de junho de 1996 - Tradução: Mariangela G. Donice.

_____ **Bioenergetic and modes of therapeutic action.** Presented at the International Conference on Bioenergetic Analysis ,Montebello, Canada, May, 2000

_____ **Narcissism and the therapist's resistance to working with the body.** The Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis 3 (2):45-74.1988/89.

HILTON, VIRGINIA, W. - **Sexualidade no Processo Terapêutico** -Artigo publicado no livro *Terapeutas em risco*.São Paulo, Summus Editorial, p.217, 2001.

_____ VIRGINIA, W. V. **O Demônio,a Sombra e o Dilema do Terapeuta.** *Terapeutas em Risco*, Summus, São Paulo, 2001(p. 23-35).

HORTELANO, X.S. **No despertar do século XXI Ensaio Ecológico Pós-Reichiano.** São Paulo, Casa do Psicólogo, 1ªedição, 2.004.

HUBER, V.H. e WIEN, B.S. Texto: **A visão biológica do stress.** Kempten, Alemanha, cap. 1, 1981 (p. 52–84).

JACQUES, M.G.C. **Identidade e trabalho: uma articulação indispensável.** In:Tamayo, A.Borges, J. & Codo, W. (orgs.) *Trabalho, organizações e cultura*.Campinas: Autores Associados, 1996.

JOHNSON, S. -**UMA TEORIA DA FORMAÇÃO DO CARÁTER** - Tradução feita pelo IABSP (Instituto de Análise Bioenergética de São Paulo) da obra em 5 volumes- **Volume 1- Uma Teoria Caracterológica do Desenvolvimento.** 2.000.

KAHILL.S. **Interventions for *Burnout* in the Helping Professions: A Review of Empirical Evidence.** Canadian Journal for Counseling Review, 22(3), (p.310-340); .1988

KAHHALE, E.M.P. et al. **A diversidade da psicologia – Uma construção teórica.** São Paulo: Cortez, 2002.

KELEMAN, S. **Padrões de distress.** São Paulo: Summus, 1992.

_____. **Anatomia emocional.** São Paulo: Summus, 1992.

KELLER K.L. **Management of stress and prevention of *burnout* in emergency physicians.** Annals of Emer.Med. 18(1): 42-47,1989.

KING, M. **Neurotransmissores: diversidade e funções – Cérebro & Mente –** Acesso em: 21/4/2003.

KIRSCH, C.M. **Artigo: Expressão do Core, necessidades dos pais e medo da morte.** Revista: Energy & Character, 1976. International Journal of Biosynthesis.

_____. **O papel das Expressões de Afeto e Defesa do Caráter-**Manual de Treinamento em Bioenergética, original 1972, tradução: Patrícia Bretas 20/04/ 1995.

KOHUT, H. **How does analysis cure?** 1984- Chicago: University of Chicago Press.

KRAMER, P. **Is empathy necessary? Moment of engagement.** (129-153). New York: Penguin Books USA, Inc. 1989.

LALIOTIS,D.A. E GRAYSON,J.H. **Psychologist health thyself. What is available for the impaired psychologist”** American psychologist? 40 (1) .1985, pp. 84-96.

LAROUSSE. **Enciclopédia, São Paulo:** Nova Cultural Ltda, (vols. 10 e 20) 1995.

LAZARUS, R.S e LAZARUS B.N. **Passion and reason**. Nova York, Oxford University Press, 1994.

_____ & Folkman, S. **Coping and adaptation**. Handbook of behavioral medicine. In: Gentry, W.D. Nova York: Guilford,1984.

LEFÉVRE, F. **O Discurso do Sujeito Coletivo - Um novo enfoque em pesquisa qualitativa** Educus, Caxias do Sul / R.G.S. 2003.

LIPP, M. N. (Org.) **Pesquisas sobre stress no Brasil**. São Paulo: Papyrus, 2.001.

_____ **As implicações do stress e excessivo nos casos de farmacodependência**. Estudos de Psicologia, 1, 1984 (p.170-175).

LEVINE, PETER **O Despertar do Tigre: Curando o Trauma**. São Paulo, Editora Summus, 1999.

LIPOWISKI, Z, J. **“What does the word ‘psychosomatic’ really mean? A historical and semantic medicine”** Psychosomatic Medicine, (46), 2153-171, 1984.

LONDON, R.W. **The lonely profession: a study of the psychological rewards and negative aspects of practice of psychotherapy**. Tese - University of Southern California, Dissertation Abstracts, 37, (9-B) 4691-B.1977.

LOWEN, A. **Stress and illness: a bioenergetics’ view**. Tradução de Ruy Fernando Barbosa. São Paulo: membro da SOBAB. 1980.

_____ E PIERRAKOS **O ritmo da vida - Uma discussão da relação entre prazer e atividades rítmicas do corpo**. Nova York, outono, Palestra ministrada, Community Church, 1966.

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

_____. **Bioenergética**. São Paulo: Summus, 1982.

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

_____. **Medo da vida – caminhos da realização pessoal pela vitória e sobre o medo**. São Paulo: Summus, 1986.

LOWEN, A. **Amor, Sexo e seu Coração**. São Paulo: Summus, 1990.

_____ **Honoring the body. The autobiography of Alexander Lowen, MD.**
Alachua ,FLA Ed. Glazer,R,2.004.

_____ **Alegria** São Paulo: Summus, 1995,1997.

MALUF, NICOLAU JR (ORG.) **Reich Contemporâneo Perspectivas Clinicas e Sociais**. Editora 7 Letras, 1998.

MANN, W.E. **Orgônio, Reich & Eros. A teoria da energia vital de W. Reich.**
São Paulo: Summus Editorial, 1989.

Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais 3ª edição, Revista
DSMIII-R, Editora Manole Ltda., (p.264-267) 1989.

MARINO, Jr, R. **Fisiologia das Emoções**. São Paulo: Sarvier,1975.

MARTINS, J. E BICUDO M. A. **A Pesquisa Qualitativa em Psicologia** 4ª edição,
Centauro Editora, 2.003.

MARTY, P. A. **A psicossomática do adulto**.Porto Alegre: Artes Médicas,1993.

MASLACH, C. **Burn-out**. Human Behavior, 5 (9),16-22,1976.

_____ **Burnout: The cost of caring**. Nova York: Pentice -Hall Press.1982

_____ JACKSON, S. & LEITTER, M.P. **Maslach Burnout Inventory**, Manual,
Palo Alto, University of California. Consulting Psychologists, 1996.

_____ SCHAUFIELL, W.B.& LEITER, M.P. **Job burnout** Annual Review of
Psychology, 52,3997-422,2001.

MELÉNDEZ, W.A. & GUZMÁN, R.M. **Burnout: the new academic disease**. ASHE-
ERIC Hight Education Research Report N° 9.Washington, Association for the Study
of Hight Education, 1983.

MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. 2ª edição, São Paulo: Artmed, -cap. **10.Uma perspectiva psicossocial em Psicossomática: via stress e trabalho**.(p.93-107) 1992.

_____. **Concepção psicossomática: visão atual**. 9ª edição, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

MEZAN, R.-**Psicanálise e Psicoterapia**.In **Psicanálise e Psicoterapia - Caderno da IV Jornada Interna do departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae**, (p.19-38), 1982,

MICHAELIS - Minidicionário **Escolar da língua portuguesa**.São Paulo: Companhia Melhoramentos, 2000.

MICHEL, E. Obra originalmente publicada em inglês sob o título: **Bent out of Shape, 1997. Anatomia e alinhamento para aprendiz em de bioenergética**. Tradução de Mariangela G. Donice et al., 1997, São Paulo: Federação Latino-Americana de Análise Bioenergética, 2000.

MILLER, W.A. **Make friends with your shadow**. Minneapolis, Augsburg, 1981.

MYRA Y. LÓPEZ, E. **Quatro gigantes da alma**. José Olympo, Rio de Janeiro, 20ª edição 2.000.

NAPPI, M.T.M. **Raiva: uma das emoções ligadas à gastrite e esofagite**. Dissertação (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004,146 p.

NATRIELLI, Décio.Gilberto.SOARES, Nivaldo.Carlos, VIDIGAL, Sebastião. **Psicoterapia e ética** 1.984 - Fonte: Jornal.Brasileiro de. Psiquiatria; 1(33): 45-47 jan./fev.1984. Acessado em 27/03/2004. [http: www.base.birene.br](http://www.base.birene.br)

NAVARRO, F. **Terapia Reichiana II - fundamentos médicos somatopsicodinâmica**. São Paulo, Summus, 1987.

NEDER, M. **Interdisciplinaridade, multiprofissionalidade e o trabalho do psicólogo em hospitais.** Revista de Psicologia Hospitalar, FMUSP, nº 1 p.2, Jan-Junho, 1991.

NOGUEIRA - MARTINS, L.A. **Saúde mental dos profissionais de saúde – Psychiatry on line Brasil.** Acessado em: 20/2/03 e **A natureza e magnitude do stress na residência médica –** Acessado em: 29/4/03. (Abril 2002- artigo-pp. 130-144)

OLSEN, ANDREA et. al. **Body Stories.** Barry town, New York: Station Hill Press, 1991.

OLIVEIRA E SILVA, João Rodrigo. **O desenvolvimento da noção de caráter no pensamento de Reich.** São Paulo, 149 p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2001.

ORLINSKY. **Die vielen Gesichter der Psychotherapieforschung** Psychotherapie Forum 6 (2): 69-79.

PEREIRA, A. M.T. BENEVIDES. **Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador.** Casa do Psicólogo, Livraria e Editora Ltda. 1ª edição, São Paulo, 2002.

_____. **Características de personalidade de profissionais da área de Psicologia: uma contribuição á seleção e/ou orientação de estudantes de Psicologia.** São Paulo (p.398) , Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de psicologia da Universidade de São Paulo. 1994

PERT, C. **Molecules of emotion.** New York: Touchstone Edition, 1999. (2004, Donice, M.G. Trad. ainda, não publicado)

PICCININI, W. **A saúde do terapeuta.** São Paulo: Pulsional Revista de Psicanálise – 177, Ano XVII, março de 2004, (p. 126).

PIERRAKOS, J.C. **Energética da Essência (Core Energetic)**, 13ª ed. São Paulo; Editora Pensamento, 1990.

PINES, A. **Burnout: Handbook of Stress**. Free Press. **Psychotherapy in Private Practice**, 5(1), 85-89, New York, 1993.

PLAYFAIR, J.H.L. & LYDYARD P.M. **Imunologia Médica** – Livraria e Editora Revinter, Rio de Janeiro, 1999.

POPE, H.S. and BOUHOUTSOS, J.D. **Sexual Intimacy Between Therapists & Patient**. New York, Praeger, 1986.

PORTERO, A.I.P. & RUIZ, E.J.G.F. **Burnout em cuidadores principais de pacientes com Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido**. Anales de Psicología, 14, 83, 1998.

PRESA, L. A. P. **Mensuração de raiva em motorista. STAXI**. São Paulo, Vetor, 2002.

PRIORE, M.D. **História do Amor no Brasil**. Editora Contexto, 2005.

RAMOS, D. G. **A psique do corpo**. 2ª edição, São Paulo: Summus, 1994.

_____. **A psique do coração**. 1ª edição, São Paulo: Cultrix, 1990.

REGHIN, L.R. **Transferência erótica na psicoterapia corporal** Texto apresentado na mesa-redonda no Instituto de Biodinâmica, em 19 de junho de 2002, (p 4 – 7).

REGO, R. **Apontamentos para uma abordagem integrada em psicoterapia reichiana**. Publicada na Revista Reichiana Instituto Sedes Sapientiae, São Paulo, pp. 100–107, 1992.

_____. **Psicoterapia e Corpo.I – Biopsicopatologias**. Publicada na Revista Reichiana Instituto Sedes Sapientiae, São Paulo, (p.24-43), 1994,

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

REICH, W. **Análise do caráter**. São Paulo: Martins Fontes, 3ª edição, revisada por Ricardo Rego, 1998.

REINHOLD, H.H. **Stress Ocupacional do Professor I**. Tese de mestrado em Psicologia Clínica da PUCCamp, 1984.

RESNECK-SANNES, H. **Psychobiology of affects. Implications for a somatic psychotherapy**. The Clinical Journal of International for Bioenergetic Analysis 13 (1), Winter, 2002. 11-122.

REVISTA ANÁLISE BIOENERGÉTICA N°15 – 2005, Libertas Editora.

ROBBINS, R. **O Tao da transformação - Ritmo e Integração**. Campinas: Editorial Psy, 1996.

RODRIGUES, A.L.R. Artigo: **Qualidade de vida do médico**. Coleção, 30/1/1998, (p.107–114).

RISPOLI, L. **Artigo: A avaliação integrada do stress** – Società Italiana di Analisi Bioenergética e Sociedade Italiana de Psicoterapia Funcional Corporal - SIF. Acesso em: 15/1/2004 www.siab-online.it/it/news

ROTHSCHILD, B. **Artigo: Um “A-B-C” do stress ou choque pós-traumático para o psicoterapeuta corporal**,.Membro da Associação Européia de Psicoterapia Corporal, 1992.

SAPOLSKY, R. **Assumindo o controle do stress** – Scientific American – Brasil. Ano 2 nº 17, outubro de 2003, (p. 79–87).

SCIENTIFIC AMERICAN- BRASIL- Ano 5- N° 55. **Espelhos da Mente e Espelhos Quebrado**. (p.44-59), Dezembro/2006.

SCHREIBER, D. S. **Curar o stress, a ansiedade e a depressão sem medicamentos nem psicanálise**. São Paulo: Sá Editora, 2004.

SELYE, H. **Stress in health and disease**. Boston: Butter worth Publishers Inc., 1976.

_____ **Stress**. New York: Lipincott Company, 1976.

_____ **Stress a tensão da vida**. IBRASA, 2 ed. 1965.

_____ **Stress without distress**. New York: Lipincott Company, 1974.

_____ **The stress of life**. Nova York, McGraw - Hill, 1956.

_____ **The story of adaptation syndrome**. Montreal, Acts, 1952.

_____ **"A syndrome produced by diverse nocuous agents"**. Nature, 138, 1936, (p.32).

SINGENSE BH. **Stress on the physician in practice**. Del. Med, Jrl. , 61(8): 401-406,1989.

SPIELBERG, C.D. **MANUAL de Inventário de Expressão e Raiva como Estado e Traço (STAXI)**. São Paulo, Vetor, 1992.

STELLA, M.I.J. **As exigências do trabalho do novo milênio, como fator desencadeante das neuroses profissionais**. Anais do Congresso Interamericano de Psicologia e Saúde, São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.TI. 54.2001.

TANSEY, M., & BURKE, W. **Understanding countertransference: From projective identification to empathy**. Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1980.

TEIXEIRA, A.R. **O paradigma reichiano e a formação de terapeutas: algumas reflexões**. Acesso em: 3/2/2004. www.orgonizando.psc.br/artigos

TRONIC E COHN, **Infant mother face-to-face interaction: Age and gender differences in coordination and miscoordination.** Child Development,59,85-92, 1989

VASCONCELLOS, E.G. **Tópicos de psiconeuroimunologia.** São Paulo: Ipê Editorial, 2000

_____. **Catálogo sistematizado de fatores de stress.** CASIFS/VAS, 2.000.

_____. **O modelo psiconeuroendocrinológico de stress .** In: **Psicologia e odontologia.** São Paulo: Editora Santos, 3ª edição, cap. 9, (p. 137–159), 1998.

VINCENT, C **Fallibility, uncertainty and impact of mistakes and litigation** In: Firth – Cozens, J. & Payne, R.J., 1999.

VOLPI, H.J. **Psicoterapia corporal – um trajeto histórico de Wilhelm Reich,** 2000.

WAGNER, C.M. **A transferência na clínica reichiana.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

WEIGAND, O. **Grounding na análise bioenergética: Uma proposta de atualização.** São Paulo, - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 144 páginas, 2005.

XAVIER, J.I. T. **Sem corpo, sem mente – os alicerces corporais da experiência subjetiva** – Rio de Janeiro, UFRJ – Instituto de Psicologia, Dissertação de Mestrado em Psicologia (Psicologia corporal – pós-reichiana), (146 páginas). dezembro de 2000

ZEGANS, S.L. Texto elaborado na USP – **Stress e o desenvolvimento de desordens somáticas.** In: L. Goldberger and S. Breznitz “Handbook of Stress – Theoretical and Clinical Aspects”. Cap. 10, pp. 134–152.

ZIMERMAN, D. **Manejo técnico com pacientes somatizadores.** Revista Psicossomática Sul Mineira-Nº 1-Setembro-(p.33-37); 2005.

ANEXOS

(Anexo 1)

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, de 10 outubro de 1996).

I – Dados de Identificação do Sujeito da Pesquisa

Nome: _____

Documento de Identificação nº _____

Data de Nascimento ____/____/____

Endereço: _____

Nº _____ Apto _____ Bairro _____

CEP: _____ - Cidade: _____ Estado: _____

Telefone(s): _____

E-mail: _____

II - Dados sobre a Pesquisa Científica

Título da Pesquisa: O STRESS DO PSICOTERAPEUTA CORPORAL.

Pesquisadora: Mariangela Gargioni Donice

Inscrição no Conselho Regional de Psicologia: CRP – 06/5338.

Avaliação do Risco da Pesquisa: (X) Sem Risco () Risco Baixo () Risco Médio

RISCO: É considerado um estudo de risco mínimo, por não se utilizar nenhuma técnica evasiva nem corporal, nem psicológica.

SIGILO: Sua identidade não será revelada. Ao invés de seu nome, constará no teste e questionários um código de identificação. Uma ficha com os seus dados pessoais será guardada separadamente em lugar seguro, cujo propósito é a possibilidade de contato entre a pesquisadora e você.

III – Registro das Explicações da Pesquisadora ao Sujeito sobre a Pesquisa

Essa é uma pesquisa acadêmica para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica pela PUC SP. Serão realizados dois encontros de duração de duas horas cada um. A identidade do sujeito estará salvaguardada. Após os questionários de identificação, dados em relação à clínica, dados em relação à clientela, aplicação do Inventário: Lista de Sintomas de Stress LSS/VAS, questionário de perguntas: O stress do psicoterapeuta corporal e fotos de seu alinhamento. Será marcado um encontro após a análise dos dados para a devolutiva e caso necessário um atendimento ou encaminhamento para discutirmos os resultados; também, discutiremos como se sentiu após o primeiro encontro.

IV - Esclarecimentos Dados pela Pesquisadora sobre Garantias do Sujeito da Pesquisa.

Ao Sujeito será garantido:

- 1 – salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade de sua identidade.
- 2 – liberdade de retirar seu consentimento, a qualquer momento, para participar da pesquisa sem que este acarrete em qualquer prejuízo.
- 3 – acesso, a qualquer momento, a seu relato.

V – Informações da Pesquisadora, Para Contato, em Caso de Necessidade:

Pesquisadora: Mariangela Gargioni Donice

Consultório: Rua Bastos Pereira, 450 – Vila Nova Conceição -São Paulo – SP. .CEP: 04507-011

Telefones: (11) 3884-4702 ou (11) 9911-3488

E-Mail: mgdonice@terra.com.br

VI – Observações Complementares

“O STRESS NO PSICOTERAPEUTA CORPORAL- UMA ABORDAGEM PSICOSSOMÁTICA”

O propósito deste estudo é levantar as variáveis que provocam stress (stress ores) e seus sintomas relacionados com a atividade dos psicoterapeutas corporais, reichianos e neo-reichianos, com mais de 10 anos de experiência.

Os sujeitos serão fotografados nas posições: vista lateral, posterior, frontal, em flexão e do segmento ocular; com o objetivo de levantar os traços de caráter e o caráter dominante.

Garantimos os benefícios obtidos através desta pesquisa, assegurando a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou da comunidade, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico-financeiro desta instituição.

VII – Consentimento do Sujeito

Declaro para os devidos fins, que recebi suficientes esclarecimentos sobre a pesquisa, concordo em participar da presente Pesquisa e permito a utilização e publicação dos dados por mim fornecidos. Entendo que não sou obrigado a participar do estudo e que posso descontinuar minha participação, a qualquer momento, sem serem nada prejudicado.

Meu nome não será utilizado nos documentos pertencentes a este estudo e a confidencialidade dos meus registros será garantida. Desse modo, concordo em participar do estudo e cooperar com o pesquisador.

São Paulo, ____ de _____ de 2005.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

FASE DA PROFISSÃO COMO PSICOTERAPEUTA CORPORAL EM QUE O STRESS FOI MAIS INTENSO:

- No primeiro ano
- Do segundo ao terceiro ano
- Do quarto ao oitavo ano
- Do nono ao décimo segundo ano
- Do décimo terceiro ano ao décimo sexto ano
- Do décimo sétimo ano em diante

ESPECIFIQUE POR QUE:

SE VOCÊ SENTIU STRESS NO DECORRER DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL, LEVANDO EM CONTA A PASSAGEM DO TEMPO, CONSIDERE QUE:

- O stress diminui com o passar do tempo
- Permaneceu no mesmo nível
- Aumenta à medida que o tempo passa
- Desapareceu e depois voltou mais intenso
- É cíclico

QUAL A SUA SATISFAÇÃO COM SEU TRABALHO: Alta
 Média
 Baixa

VOCÊ TEM AMIGOS? Sim Não Poucos Muitos

QUAIS FATORES AMBIENTAIS PROVOCAM MAIS STRESS EM VOCÊ?

Podendo assinar mais de uma opção

POLUIÇÃO SONORA PROBLEMAS FINANCEIROS
TRÂNSITO SOCIAIS

NESTES ÚLTIMOS CINCO ANOS, QUANTAS VEZES VOCÊ SAIU DE FÉRIAS?

EM TERMOS DE PORCENTAGEM, O QUANTO VOCÊ SE DEDICA / DIA:

Seu corpo _____ %
Seu intelecto _____ %
Seu lazer _____ %
Seu trabalho _____ %
Sua família _____ %
Seus amigos _____ %

ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA

(Anexo 3)

"Stress no Psicoterapeuta Corporal Uma abordagem psicossomática"

1. QUAIS OS SINTOMAS QUE VOCÊ TEM QUANDO ESTA *STRESSADO*:
SINTOMAS IDENTIFICADOS PELOS SUJEITOS

2. PORQUE DECIDIU SER PSICOTERAPEUTA?

3. FASE DA PROFISSÃO COMO PSICOTERAPEUTA CORPORAL EM QUE O
STRESS FOI MAIS INTENSO ESPECIFIQUE POR QUE:

4. QUAIS SÃO AS MAIS IMPORTANTES FONTES DE SOFRIMENTO NO
TRABALHO NA SUA VISÃO COMO PSICOTERAPEUTA CORPORAL?

5. Parte:I O QUE É SER PSICOTERAPEUTA CORPORAL NA CIDADE DE SÃO PAULO?

Parte II: O QUE STRESS A UM PSICOTERAPEUTA CORPORAL?

6. EXISTE ALGUM CLIENTE QUE TE *STRESSA* MAIS?

DE QUAL TIPO DE SESSÃO VOCÊ SAI MAIS *STRESSADO*?

7. COMO VOCÊ VIVE A QUESTÃO EROTIZANTE QUE APARECE NA CONTRA -
TRANSFERÊNCIA E O TOQUE? COMO VOCÊ VÊ A RESPONSABILIDADE
PELOS EFEITOS DE SEU TOQUE?

8. COMO VOCÊ SENTE A PERDA DE UM CLIENTE OU A INTERRUPÇÃO DA TERAPIA?

9. COMO É PARA VOCÊ A FALTA DE PAGAMENTO DE SEU CLIENTE?

10. A COMPETIÇÃO PELO ESPAÇO NO MERCADO EXIGE UMA CONSTANTE ATUALIZAÇÃO, COMO VOCÊ ENCARA ISTO?

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)