

Metodologia da Orgonoterapia

Emani Eduardo Trotta (-)

Resumo

Na atualidade, as diversas escolas de orgonoterapia existentes em vários países utilizam metodologias clínicas que diferem entre si em vários aspectos. E certamente todas elas têm contribuições importantes a nosso campo de atuação profissional. Neste artigo descrevo em linhas gerais a metodologia clínica que utilizo e que também é utilizada pela maioria dos orgonoterapeutas da Sociedade Wilhelm Reich/RS. São descritos, resumidamente: a) os fundamentos do trabalho de desencouraçamento e as principais técnicas utilizadas; b) critérios de elaboração de diagnóstico e do plano de trabalho terapêutico; c) o manejo da sessão terapêutica; d) as fases do processo terapêutico; e e) as limitações da terapia.

Abstract

Nowadays, the different schools of orgonotherapy spread in various countries employ clinical approaches that differ from each other in different ways. And certainly all of them have made important contributions to our professional field. In this article, the clinical approach employed by myself as well as by the majority of the orgonotherapists joint in the Sociedade Wilhelm Reich/RS is outlined. We describe briefly: a) the foundations and the main techniques employed in body-work to dissolve the armor; b) the criteria, for diagnosis and for elaboration of the global therapeutic design; c) the management of the therapeutic interventions; d) the stages of the therapeutic process; and e) the limitations

Introdução

Wilhelm Reich pesquisou e escreveu sobre a abordagem clínica da Orgonoterapia até os últimos anos da década de quarenta. Desde então até hoje esta abordagem tem sido aperfeiçoada graças às contribuições de vários de seus discípulos e seguidores. Algumas destas contribuições foram escritas e publicadas, outras foram transmitidas apenas verbalmente.

Quando Reich escrevia sobre sua abordagem terapêutica ele se preocupava mais em discutir e exemplificar, através de casos clínicos, a evolução de suas descobertas e os princípios gerais de sua utilização, do que em fornecer uma sistematização de procedimentos clínicos que

servisse de padrão para sua aplicação. Talvez ele tenha optado por esta forma por acreditar que o mais importante não é ter um roteiro clínico, cuja aplicação pode tornar-se mecânica, e sim compreender a essência, o nexos geral da Orgonoterapia. Este fato, porém, algumas vezes gera mal-entendidos ou distorções segundo as quais Reich não teria chegado a formular uma metodologia para a Orgonoterapia. Essa afirmação é equivocada, pois desde seu tempo de psicanalista ele sempre dedicou grande atenção aos aspectos metodológicos da prática clínica. O que aconteceu foi que o saber Reichiano, além de pouco documentado em livros, não se institucionalizou, também por razões históricas. Em outras palavras; não existe nem uma Bíblia nem um Vaticano da terapia Reichiana.

Diferentemente da Psicanálise, que durante muitos anos teve seu saber e sua prática centralizados pela Associação Psicanalítica Internacional, a Terapia Reichiana difundiu-se pelo mundo de uma forma não-institucionalizada. Difundiu-se através dos escritos de Reich e de seus seguidores e principalmente por transmissão direta em terapias, vivências e cursos de formação. Vários discípulos de Reich, liderados por Elsworth Baker, continuaram juntos fundando o American College of Orgonomy, em Nova York. Porém, vários outros nunca pertenceram a esta instituição, ou posteriormente desligaram-se dela. E, trabalhando independentemente, formaram outros grupos onde passaram a desenvolver e transmitir o pensamento reichiano e sua abordagem terapêutica, inclusive viajando a outros países nesta tarefa. Outro importante discípulo de Reich foi Ola Raknes, que difundiu a Orgonoterapia na Europa, formando vários orgonoterapeutas em diversos países, os quais vieram a constituir diferentes escolas.

O resultado dessa evolução histórica é que existem na atualidade diversas escolas de Orgonoterapia que utilizam metodologias clínicas que diferem entre si em vários aspectos. E certamente todas elas têm contribuições importantes a fazer ao nosso campo de atuação. E não só as escolas e instituições; vários orgonoterapeutas que trabalham isoladamente em seus consultórios, certamente devem fazer interessantes observações e aperfeiçoamentos da abordagem terapêutica a partir de sua experiência clínica. Afinal, a produção de conhecimento não é privilégio de "mentes iluminadas", e sim produto natural do trabalho e da prática. Assim, é importante intensificar como intercâmbio de idéias e experiências. Esse é o objetivo desse artigo. Nele procuro comentar em linhas gerais alguns aspectos da metodologia clínica que utilizo e é também praticada pela maioria dos orgonoterapeutas da **Sociedade Wilhelm Reich/RS**, que foram meus alunos de formação. Esta metodologia foi desenvolvida principalmente a partir da abordagem das escolas inglesas e norueguesa, iniciadas por Peter Jones e Asbjörn Faleide, respectivamente, ambos alunos de Ola Raknes. Incorporou também importantes contribuições da escola americana, principalmente de Bárbara Koopmam. Acrescenta também influências das contribuições de Frederico Navarro e da técnica de massagem Reichiana.

Descrever a metodologia de Orgonoterapia é uma tarefa relativamente difícil, pois além de bastante complexas, ela se orienta por mecanismos gerais e não por técnicas fixas. Na verdade, ela é irreduzível a roteiros clínicos padronizados, porque é muito individualizada em função de cada paciente, focalizando simultaneamente a totalidade de sua estrutura caracterológica e as peculiaridades de seu mecanismo de encorajamento.

A Orgonoterapia utiliza técnicas de intervenção terapêuticas verbais e corporais, sendo que dentro do "setting" terapêutico é dada grande importância aos aspectos que permeiam o vínculo cliente/terapeuta, com, ênfase no manejo clínico da transferência. A interpretação psicodinâmica, que orienta todas as etapas do trabalho terapêutico, baseia-se na Análise do Caráter desenvolvida por Reich a partir da psicanálise e que conserva essencialmente os postulados fundamentais da teoria Freudiana.

As intervenções corporais envolvem um conjunto de técnicas que visam à dissolução da couraça (desencorajamento), acompanhada da liberação de impulsos e emoções reprimidas, favorecendo a elaboração de conteúdos psíquicos associados a restauração da pulsação dos fluxos orgonóticos. Considerando que os aspectos mais específicos da abordagem orgonoterápica diz respeito ao trabalho de desencorajamento, é conveniente comentar inicialmente algumas questões sobre o fenômeno de desencorajamento

O encorajamento

Reich descobriu que os distúrbios psico-emocionais estão sempre associados a disfunções anatômico-fisiológicas diversas, os quais são parte integrante, como um par funcional, de um sistema unitário. A este conjunto de disfunções corporais denominou couraça. A couraça inclui disfunções musculares viscerais, sensoperceptivas, respiratórias, hormonais, etc, que se instalaram como defesa contra o medo gerado por eventos traumáticos e situações de ameaça e sofrimento crônico da história de vida da pessoa.

Em nosso organismo existe um movimento interno de energia orgânica. Esse fluxo ou corrente orgonótica acompanha nossas funções emocionais e fisiológicas. A couraça constituída para reprimir emoções e impulsos produz um represamento destes fluxos de energia. Assim sendo, uma consequência energética do encorajamento é o surgimento de regiões com déficit de energia, comumente chamadas de bloqueios hipo-orgonóticos, e regiões com estase energética, comumente chamadas de bloqueios hiper-orgonóticos. Esses bloqueios relacionam-se com impulsos e emoções inibidos ou contidos, respectivamente. As regiões hipo-orgonóticas geralmente apresentam musculatura hipotônica, baixa irrigação, tendendo a ser frias, pálidas e desvitalizadas. As regiões hiper-orgonóticas geralmente apresentam musculatura hipertônica, congestão líquida, tendendo a ser quentes, hipersensíveis ou doloridas.

As primeiras observações de Reich sobre o encouraçamento referiam-se a tensões na musculatura esquelética; por isso ele empregou o termo couraça muscular. Posteriormente, salientou que em alguns casos as perturbações se manifestam, não como tensão, mas sim como flacidez muscular. A couraça muscular provavelmente resulta de uma alteração crônica nos comandos efetores do sistema extra-piramidal, e provavelmente resulta de alterações na atividade dos neurônios eferentes gama, que regulam o tônus muscular.

Reich descreveu ainda que paralelamente ao encouraçamento muscular ocorriam perturbações do funcionamento do sistema nervoso autônomo, particularmente a simpatocotonia crônica que resultava em disfunções da musculatura lisa de diferentes vísceras. Este outro tipo de encouraçamento corresponde ao que G. Boyesen propôs chamar de couraça visceral. Reich também descreveu que o encouraçamento poderia manifestar-se por alterações na proliferação, diferenciação e metabolismo celular, resultando em distrofias e displasias. Este outro tipo de encouraçamento, que podemos denominar couraça tissular, estaria mais diretamente relacionado com alterações de funções endócrinas e outras secreções internas (neuro-hormônios, fatos imunológicos, etc). Um exemplo deste tipo de encouraçamento é a hipertrofia gordurosa dos tecidos conjuntivos na obesidade.

Reich descreve a disposição segmentaria da couraça no texto A linguagem expressiva da vida, onde diz; "ao examinar vários casos típicos de várias doenças à procura da lei que governa esses bloqueios descobri que a couraça muscular está ordenada em segmentos que funcionam circularmente no corpo, à frente, dos lados e atrás, como um anel". Assim ele descreveu que a couraça se dispõe no corpo em sete segmentos que são: 1º) ocular, 2º) oral, 3º) cervical, 4ª) torácico, 5º) diafragmático, 6ª) abdominal, 7º) pélvico.

Um segmento corresponde a um conjunto de estruturas orgânicas que guardam entre si relações de vizinhança e cujo funcionamento integrado está basicamente relacionado com os sentimentos e as expressões emocionais. O encouraçamento causa perturbações funcionais que terminam afetando em conjunto as estruturas do segmento. Esse conceito tem aplicações práticas no trabalho terapêutico de desencouraçamento: intervenções sobre uma das estruturas do segmento atingem também as demais.

Conforme descrito por Reich, o processo de encouraçamento pode iniciar-se em fases muito precoces do desenvolvimento, inclusive na vida intra-uterina. Mas isto é apenas o início. Os bloqueios inaugurados numa determinada fase serão depois reforçados por novos eventos traumáticos em fases posteriores, passando a encerrar novos conteúdos psico-afetivos. Por isso, cada bloqueio pode estar associado a conteúdos de várias fases do desenvolvimento. E algumas vezes os eventos que reforçam os bloqueios são mais intensos ainda que aqueles que os inauguram. E durante este processo os diferentes segmentos se interconectam pelo mecanismo que Reich descreveu sob o nome de entrelaçamento das defesas instintivas. Os eventos iniciais

de encorajamento geralmente atingem primeiro os segmentos superiores e depois os inferiores. Por outro lado, a defesa contra a angústia genital da puberdade reforça de baixo para cima o encorajamento dos segmentos, conferindo a todos eles um conteúdo sexual-genital, consolidando a couraça e inter-relacionando os diferentes bloqueios.

O desencorajamento

O desencorajamento é conduzido utilizando-se diversas técnicas de intervenção corporal - também chamadas de "actings" ou, simplesmente, trabalhos corporais -, que têm como objetivo a dissolução da couraça acompanhada da liberação de impulsos e emoções reprimidas e da restauração da funcionalidade corporal e dos fluxos orgonóticos. Estes trabalhos corporais também produzem efeitos a nível psíquico inconsciente, favorecendo a elaboração de conteúdos psíquicos ("working through") e resultando numa reestruturação psíquica e caracterológica do paciente.

Os trabalhos corporais incluem ações ou estimulações somáticas que reproduzem ou deflagram funções motoras, sensoriais ou vegetativas importantes nos processos de percepção e expressão afetivas e/ou nos processos de desenvolvimento ontogenético. Incluem técnicas de massagem e certos toques específicos, estimulações sensoriais, ações motoras chamadas movimentos desbloqueamos ("actings"), trabalhos de respiração, trabalhos expressivos, trabalhos de relaxamento ou de tonificação muscular, de postura, trabalhos sobre os reflexos fisiológicos, etc. Estes trabalhos atuam sobre memórias neuromusculares e seus correspondentes psico-afetivos diretamente através de uma estimulação neurofisiológica. Desta forma eles permitem que se atue também sobre conflitos instintivos e mecanismos de defesa relacionados com fases muito primitivas (pré-verbais) do desenvolvimento ontogenético.

Ao definir a disposição segmentar da couraça, Reich formulou também um princípio metodológico básico da orgonoterapia, que consiste em trabalhar a dissolução da couraça a partir de cima para baixo, isto é, começando pelo primeiro segmento e terminando pelo sétimo segmento. Essa regra é bastante importante, pois em muitos casos o desencorajamento precoce de alguns segmentos, principalmente de terceiro e quinto, antes de ser feito um trabalho adequado de desencorajamento do primeiro e segundo segmentos, pode causar problemas graves. Isto é particularmente evidente em relação ao pescoço. O bloqueio de pescoço tem muitas vezes uma forte correlação com o bloqueio ocular. Em indivíduos que têm o primeiro segmento fortemente encorajado, um trabalho precoce de desencorajamento do pescoço pode intensificar o bloqueio ocular por um mecanismo compensatório. E este bloqueio pode ficar tão intensamente instaurado que será de difícil dissolução posterior, formando o que se chama um "anzol" ou um "gancho".

Porém esta regra é seguida de uma forma não rígida, pois como Reich diz no capítulo 8 da Função do orgasmo, as vezes é necessário trabalhar o abrandamento de bloqueios mais para baixo para poder fazer aparecer e dissolver bloqueios mais acima. Reich afirma textualmente que "essa descrição não deve ser encarada esquematicamente, pois (...), também é verdade que frequentemente um espasmo de garganta só pode ser dissolvido por completo depois de irromperem no abdômen fortes impulsos vegetativos (...). Em muitos casos um espasmo não é descoberto enquanto a excitação vegetativa na pélvis não tenha se dissolvido até certo ponto". Ou seja, a dissolução da couraça é feita de cima para baixo, mas, às vezes, para poder trabalhar eficientemente o desencouraçamento dos segmentos superiores é necessário fazer estimulações e obter abrandamentos de bloqueios muito intensos situados em segmentos inferiores.

Reações

As reações às técnicas de desencouraçamento podem ser imediatas, manifestando-se na própria sessão, ou retardadas, manifestando-se horas ou dias depois. Em nossa experiência observamos que justamente as reações retardadas são as que refletem um efeito terapêutico mais profundo. Inclusive é recomendável que o terapeuta, no início de cada sessão, pesquise e analise cuidadosamente os efeitos retardados dos trabalhos realizados nas sessões anteriores. Tais efeitos podem ser psíquicos (sonhos, lembranças, insights), alterações emocionais (tristeza, ansiedade, irritabilidade, desejo sexual, aumento da motivação), alterações fisiológicas (sono, fome, sede, vitalidade física), comportamentais (mudanças na impulsividade, na socialização, nas relações interpessoais) ou somáticas (recrudescimento ou redução de certos sintomas corporais). As reações imediatas podem ser expressões emocionais (choro, raiva, medo), lembranças, ou reações somáticas como agitação, sonolência, calor, frio, coceira, tremor, excitação, dores localizadas, náuseas, etc.

O fato de os trabalhos corporais com frequência gerarem reações emocionais, por vezes intensas, deu origem a um mal-entendido: muitos pensam que eles têm como objetivo a catarse. A catarse pode ocorrer, mas não é o objetivo principal. Algumas vezes a catarse pode mesmo funcionar como um mecanismo defensivo. Uma pessoa pode esboçar uma forte e "convincente" reação de raiva porque inconscientemente tem medo de entrar em contato com a tristeza ou a excitação sexual que começaria a aflorar durante o acting. Ou então pode chorar porque tem medo de entrar em contato com sua raiva.

Certamente é de grande valor terapêutico quando o acting favorece ab-reações. Mas é necessário que sejam genuínas e pelo canal adequado. Por exemplo: um paciente pode, durante um determinado trabalho, sentir aflorar um sentimento difuso de raiva. Mas o

sentimento de raiva pode ter diferentes naturezas psico-afetivas. Pode ser uma raiva oral, anal, fálica ou uma raiva torácica ligada à expressão de identidade. E cada uma delas requer formas diferentes de expressão. Por exemplo, o canal genuíno e de maior valor elaborativo para a expressão de uma raiva oral seria o impulso de morder associado à visualização das bordas do campo visual. Se este canal de expressão estiver bloqueado pela couraça, o paciente pode tentar aliviar-se gritando e debatendo-se com braços e pernas. Isto seria uma catarse de pouco valor elaborativo. Cabe então ao terapeuta sugerir a forma mais adequada de expressão.

Duração e frequência

Existe um tempo mínimo eficaz para se conduzir um trabalho corporal. Para alguns trabalhos este tempo situa-se entre 15 e 25 minutos; para outros é mais curto, ou depende da reação do paciente. É claro que, por vezes, o trabalho se interrompe pelo afloramento involuntário de uma determinada reação emocional ou somática, que neste caso deve ser explorada terapeuticamente. Porém, em muitos casos o paciente interrompe o trabalho justamente para evitar o afloramento de uma reação que estava se esboçando. Isto é um mecanismo inconsciente. O paciente interrompe alegando cansaço, falta de motivação, desconforto corporal ou simplesmente para falar. Ele interrompe justamente na hora em que iria começar a acontecer algo. O terapeuta deve então sugerir que retome o acting.

As diversas técnicas de desencouraçamento devem ser propostas várias vezes durante o processo terapêutico. Algumas pela sua importância são utilizadas com muita frequência, outras são de uso mais esporádico. De um modo geral alternam-se diferentes técnicas, mas em alguns casos é necessário repetir a mesma técnica durante algumas sessões seguidas para se obter o efeito terapêutico desejado. A frequência e a seqüência em que serão utilizadas as técnicas varia de um cliente para o outro dependendo de sua estrutura biopsíquica e da evolução de suas reações ao trabalho

Com certeza o aspecto mais genérico e mais importante do encouraçamento é a contenção respiratória, que envolve uma diminuição da mobilidade torácica e diafragmática, diminuição da capacidade vital e do volume corrente, Assim sendo, durante a sessão sugere-se ao paciente inspirar profundamente, simultaneamente com tórax e diafragma, e expirar plenamente deixando sair um som suave, como se faz ao suspirar. Num paciente pouco encouraçado, este tipo de respiração, por si só, acompanhada de outras intervenções associadas, pode propiciar o desencouraçamento. É o que se faz na etapa final da terapia.

Porém, a maioria dos pacientes apresenta um grau muito acentuado de encouraçamento em diferentes segmentos, tornando necessário um trabalho mais localizado de desencouraçamento

segmentar. Para isto utilizam-se várias técnicas. As principais técnicas e critérios de desencouraçamento segmentar serão comentadas resumidamente no próximo item. Mas é bom ressaltar que o terapeuta deve sempre focalizar sua atenção na totalidade do corpo do paciente, mesmo que esteja trabalhando mais especificamente com um segmento, e desdobrar o trabalho efetuando intervenções complementares em outros segmentos onde isto se torne necessário. Além disto, é importante salientar que as intervenções corporais devem sempre vir acompanhadas de um trabalho verbal interpretativo. Isto é essencial. As intervenções verbais e corporais são igualmente importantes e complementares e com frequência são feitas simultaneamente. Ou seja, nosso objeto de trabalho é sempre a totalidade biopsíquica do paciente.

Técnicas de desencouraçamento segmentar

Primeiro segmento

O encouraçamento pode manifestar-se a nível mais superficial, afetando olhos, ouvidos, sistema olfativo e musculatura do crânio, ou à nível mais profundo, afetando o próprio encéfalo. Envolve falta de contato, desatenção, desorientação, tonteiras, dores de cabeça, torpor, diversas perturbações visuais, sensações de vazio na cabeça, etc. Envolve, ainda, dispersão e alterações na configuração do campo energético. Como a manifestação principal do encouraçamento é a falta de contato, o terapeuta deve durante toda a sessão focalizar este aspecto e estimular a manutenção do contato. Algumas vezes são feitos trabalhos específicos de contato ocular com o terapeuta.

A técnica de visualização da luz em movimento, descrita por Barbara Koopman, tornou-se clássica como a mais eficaz para o desencouraçamento ocular, sendo capaz de atingir o nível profundo da couraça da parênquima cerebral. É eficaz em diversos tipos de bloqueio ocular e costuma ser empregada várias vezes durante todo o processo terapêutico, podendo ser associada a outras técnicas e intervenções em outros segmentos.

Além da luz branca pode-se também usar luzes de cor azul, verde e vermelha. Num artigo anterior, publicado na Revista da SWR/RS (v. 2), descrevo detalhadamente esta técnica.

O trabalho com a luz favorece a evocação e o reprocessamento de memórias de eventos com importante significado emocional e o acesso a conteúdos do inconsciente. Este efeito é obtido particularmente quando se sugere ao paciente que durante o trabalho com a luz procure relatar verbalmente as memórias e imagens destes eventos. Estes efeitos parecem ocorrer de forma análoga aos descritos por Shapiro e Forrest em sua recente publicação sobre a técnica do EMDR (eye movement desensitization and reprocessing).

A massagem nas estruturas superficiais do crânio, principalmente

nos músculos das regiões occipital, temporal, escalpo, frontal e da região da tróclea é muito útil e pode ser utilizada com frequência, inclusive como preparação para outras técnicas. Outras técnicas clássicas amplamente empregadas são:

- a) a visualização de um ponto próximo (pode-se utilizar o dedo ou a luz), posicionado em diferentes distâncias em frente ao nariz, que trabalha a convergência binocular e, a nível psíquico, a defusão com o primeiro objeto libidinal. É também importante trabalhar a visualização da ponta do nariz ou do lábio superior alternada com um ponto distante ou com o rosto do terapeuta;
- b) a visualização de um ponto fixo no teto, que trabalha a capacidade de estigmatização, concentração visual e manutenção do ritmo beta;
- c) a rotação ocular, que trabalha a coordenação dos movimentos conjugados dos olhos e a ampliação do campo visual, que está associada à ampliação do campo relacional e à orientação espaço-temporal;
- d) a visualização alternada dos focos laterais direito e esquerdo, que trabalha a desconfiança, o ciúme e o medo do castigo;
- e) a manutenção ou repetição de determinadas expressões faciais, envolvendo •movimentos da testa e das pálpebras.

Outras técnicas de uso menos frequente, mas que são bastante úteis em determinadas circunstâncias são:

- a) a visualização da imagem no espelho em curtas distâncias com movimentos de aproximação e afastamento, que favorece a elaboração de conteúdos ligados ao "estágio do espelho", auxiliando a defusão com o alter-ego e a identidade imaginária;
- b) manobras de redução de estímulos sensoriais, como a mão em concha no ouvido, que são usadas em associação a técnicas de maternagem;
- c) a visualização alternada da pelve e de um ponto à frente, com alongamento da musculatura posterior do pescoço, que trabalha conteúdos ligados ao complexo de castração;
- d) estimulações do aparelho vestibular, sugerindo-se ao paciente caminhar de olhos fechados, em câmara lenta e caminhar pé ante pé.

Caso o terapeuta identifique que um dos olhos está mais comprometido em suas funções que o outro, deve tapar este outro para trabalhar especificamente aquele mais comprometido. Em alguns casos, este recurso é extremamente valioso ou até indispensável para o êxito do desencouraçamento. É comum que se associem técnicas de desencouraçamento de primeiro e de segundo segmentos, propondo trabalhos conjuntos, como será discutido no próximo item.

Segundo segmento

O encouraçamento manifesta-se por distonias dos músculos de expressão facial, resultando na cronificação de certas expressões, e também pela inibição ou exacerbação crônica dos dois impulsos orais básicos; impulso succional (IS) e impulso de morder (IM). Os sentimentos associados são ambivalentes, mesclando demanda afetiva e raiva reativa. Podemos considerar três tipos básicos: oral insatisfeito (IS exacerbado e IM inibido), oral reativo (IS inibido e IM exacerbado) e oral inibido (ambos, IS e IM, inibidos).

Distonias nos músculos da articulação temporo-mandibular (ATM) são uma manifestação comum do encouraçamento e devem ser uma das primeiras a serem trabalhadas. Isto pode ser feito pedindo-se ao paciente para manter a boca em sua abertura máxima por vários minutos. Esta manobra pode ser acompanhada de sucessivas aspirações e expirações de ar pela boca aberta, que devem eliciar o reflexo de bocejo. Caso haja disartrias da ATM é importante realizar um movimento lento de abrir e fechar a boca repetidas vezes e outras manobras que favoreçam a movimentação e o encaixe desta articulação.

É também muito importante o trabalho sobre as expressões faciais, com sua manutenção acentuada ou sua repetição. Trabalha-se a projeção dos lábios, o contato bilabial, a retração dos lábios superior e inferior, a projeção da língua, o sorriso e outras expressões, incluindo o fazer caretas. Estes trabalhos devem ser acompanhados de respiração e de contato ocular. Pode-se também pedir ao paciente que emita determinados sons que movimentem de forma específica os lábios, a língua, o palato e o queixo. É também bastante útil a massagem em todas as estruturas deste segmento, incluindo os músculos do soalho da boca e as gengivas.

A expressão do impulso de morder é muitíssimo importante para o desencouraçamento. O mais comum é utilizar uma toalha para que o paciente prenda entre os dentes e mastigue. Pode-se também utilizar o mascar ou simplesmente bater os dentes. Em alguns casos, o afloramento do impulso de morder e dos sentimentos correspondentes só é adequadamente obtido trabalhando-se previamente a protusão da mandíbula com retraimento do lábio inferior. O trabalho com o impulso de morder, que está ligado à expressão de raiva oral, é de importância fundamental para a elaboração da relação de dependência e de culpa inconscientes em relação à figura materna, pré-condição indispensável para o desenvolvimento da autonomia e para o desbloqueio dos impulsos genitais.

Como dissemos anteriormente, é comum que se proponham trabalhos conjuntos de primeiro e de segundo segmentos. O contato bilabial, que trabalha o auto-erotismo oral, deve ser feito associado à visualização do ponto próximo à ponta do nariz. O trabalho de boca aberta geralmente se associa à estigmatização do ponto fixo no teto, ou à visualização do rosto do terapeuta. A projeção dos lábios com aspiração de ar pela boca geralmente é feita com a visualização

alternada da ponta do nariz e de um ponto distante (ou do rosto do terapeuta). As expressões faciais podem ser feitas de frente para o terapeuta ou de frente para o espelho. Os trabalhos de morder geralmente são feitos com a visualização alternada dos focos laterais direito e esquerdo. Os trabalhos de rotação ocular podem ser associados a certas expressões faciais, ao bater dentes ou à vocalização com a boca aberta.

Terceiro segmento

O encouraçamento deste segmento está relacionado com ansiedade de queda, autocontrole, medo da entrega, bloqueio da expressão sonora das emoções e instinto de autoconservação, constituindo-se na principal sede de defesas narcísicas. As sensações de sufocamento podem relacionar-se com angústia de felação ou com contenção do choro.

As técnicas de desencouraçamento incluem trabalhos de sonorização, de movimentação ativa e de relaxamento de pescoço. A sonorização prolongada (haaaá ...) pedindo-se ao paciente para abrir a garganta deixando o som sair livre é uma técnica muito importante e pode ser feita desde o início da terapia. Utilizam-se também técnicas em que se propõem ao paciente gritar alto e forte abrindo bem a boca e a garganta. Outro trabalho que pode ser útil é sugerir ao paciente que repita sucessivas vezes o ato de deglutição, alternando com a protusão da língua, o que em alguns casos deflagra o reflexo do vômito. O esternocleido-mastóideo, associado à raiva e a impulsos agressivos, pode estar tensionado ou flácido. A sua tonificação é feita com técnicas de abocanhamento ou de sustentação do pescoço para a frente, com o paciente deitado. Seu relaxamento é feito com técnicas de massagem e movimentos desbloqueantes.

A mais importante técnica de relaxamento dos músculos do pescoço é a técnica do pescoço pendente: pede-se ao paciente para deitar com a cabeça pendurada pendendo para fora do colchão e com a boca aberta. Esta técnica costuma ser associada à movimentação passiva do pescoço: o terapeuta segura o pescoço do paciente com a mão estimulando-o a relaxá-lo totalmente e fazendo diversos movimentos lentos, os quais o paciente não deve nem tentar impedir nem tentar auxiliar.

Utilizam-se, também, diversas técnicas de rotação lateral de pescoço, com o paciente deitado, associadas a diferentes expressões faciais, ao morder ou bater os dentes e à verbalização de determinadas palavras ou expressões. O paciente vira o pescoço alternadamente, para um lado e para o outro, repetindo para cada lado uma determinada expressão facial ou uma verbalização. Estas verbalizações são significantes ricos em conteúdo emocional colhidos do próprio discurso do paciente; e também a repetição do "não". O conceito de "não", terceiro organizador psíquico de Spitz, que envolve o manejo de

pescoço, tem significado importante na estruturação psíquica, representando a inserção nos códigos intersubjetivos, estando associado às auto-proibições e ao medo do castigo, ou seja, ao superego e ao complexo de castração.

Algumas técnicas de desencouraçamento são também feitas com o paciente em pé, envolvendo manutenção de determinadas posturas ou determinados movimentos de pescoço, como circunvolução, movimentação lateral e rotação. É importante a técnica de rotação lateral mantendo o olhar fixo para frente.

Quarto segmento

Segundo Reich, é a parte central da couraça, sendo a contenção respiratória um mecanismo genérico de supressão das emoções. A estruturação do ego apoia-se na aquisição do comando voluntário da musculatura e da função respiratória, mecanismo essencial para a preservação da vida. Por este motivo, e também por incluir o timo e as mãos, este segmento é considerado a sede da identidade. Devido à estreita correlação entre os sentimentos e as funções cardíaca e respiratória, o segmento torácico é também considerado o centro de nossa afetividade.

O encouraçamento envolve distonias na musculatura do tórax, dos braços e das mãos e perturbações na mobilidade respiratória, resultando em diminuição de capacidade vital e do volume corrente. As principais emoções contidas são o choro, a raiva, a ansiedade, a capacidade desejante e os impulsos afetivos. As técnicas de desencouraçamento incluem trabalhos de expressão de agressividade, movimentos desbloqueamos com braços e mãos e trabalhos de respiração. Estes trabalhos costumam ser acompanhados de diferentes tipos de expressão sonora.

A expressão de agressividade torácica pode ser trabalhada com o paciente deitado, socando o colchão com os punhos; ajoelhado, golpeando uma pilha de almofadas colocada a sua frente; ou em pé, golpeando o colchão com punhos ou cotovelo. É muito importante a técnica de socar o colchão, deitado, virando a cabeça, alternadamente, para um lado e outro e verbalizando o "não". Além de trabalhar os conteúdos relacionados com o terceiro organizador psíquico de Spitz, comentados no item anterior, também permite trabalhar assertividade, capacidade de posicionamento, afirmação de identidade e vários conteúdos ligados à figura paterna, envolvendo demanda afetiva e de reconhecimento, identificação e desistência do objeto edípico. Uma outra técnica que temos empregado com ótimos resultados é o paciente em pé, de frente para o terapeuta e com contato ocular, bater a palma de sua mão na mão do terapeuta, associada a expressões sonoras. Além de trabalhar o medo do confronto, permite trabalhar vários componentes transferenciais.

Para trabalhar as mãos utiliza-se: o torcer toalha, que permite

conectar o impulso. de esmagar, associando conteúdos das fases oral e anal; a manipulação de argila, pela sua propriedade de drenagem energética; o agarrar-se com as mãos, associado ao apego primitivo a referências de segurança e de proteção; a mão espalmada, que conecta impulsos de desprendimento dos referenciais de dependência; e o movimento de abrir e fechar as mãos, que conecta reflexos primitivos associados a diversas funções corporais rítmicas, como sucção, mastigação, deglutição, peristaltismo gastrointestinal, movimentos do diafragma, ritmo respiratório e cardíaco.

A massagem em todas as estruturas deste segmento é também muito útil. Alguns pontos importantes a serem trabalhados por toque são: a região das costas situada entre as omoplatas, associada a necessidade de suporte ou retaguarda, e a região central do peito, que é o verdadeiro centro afetivo, que leva o indivíduo a entrar em contato com sentimentos profundos. Quando se trabalham bloqueios acoplados de primeiro e quarto segmentos, estas técnicas são associadas a determinadas visualizações e também a trabalhos com expressões faciais. Reich e Baker sugerem, também, que o paciente imite expressões de choro, raiva ou ansiedade com movimentos respiratórios associados a expressões faciais.

Outras técnicas utilizadas são: movimento lateral de elevação repetida dos braços (em pé), que alivia as tensões dos ombros associadas ao componente torácico das defesas narcísicas; o alongamento do tronco para trás, com o paciente em pé ou utilizando-se almofadas ou um suporte do tipo "stool"; a movimentação forçada dos braços para trás e para cima (posição de Ícaro), associada à sonorização, que expande o alto tórax e ativa impulsos torácicos; a sustentação dos braços abertos com as mãos espalmadas, que favorece o fluxo energético do peito para as mãos; e os braços suspensos (com o paciente deitado), que trabalha o impulso de abraçar.

E, finalmente, os trabalhos de desbloqueio da respiração. O objetivo mais importante é conseguir que o paciente seja capaz de realizar por tempo prolongado a manobra denominada "respiração profunda", que consiste em inspirar profundamente e, sem pausa, expirar plenamente de uma só vez deixando sair um som suave, como se faz ao suspirar. Porém, quando o grau de encorajamento é muito intenso, é necessário antes aplicar outras técnicas de desbloqueio. Para alívio da hipertonia torácica, associada à atitude inspiratória crônica., pode-se utilizar: a sonorização prolongada; a expiração forçada com contração dos intercostais internos do centro do peito mantendo a boca aberta; a compressão do peito durante a expiração, que pode ser acompanhada da emissão de sons; e a compressão manual ritmada do tórax, visando a desorganizar o controle dos movimentos ventilatórios. Quando o tórax é hipotônico, e portanto incapaz de expandir-se, deve-se usar trabalhos de tonificação; um dos mais eficazes é a inspiração

por etapas, que consiste em inspirar, prender o ar, e voltar a inspirar novamente, sucessivas vezes até o limite máximo de expansão.

Quinto segmento

Este segmento é uma faixa de cerca de 12 a 15 centímetros de largura, que se estende desde a linha na altura da extremidade inferior do esterno até a borda das últimas costelas. O encorajamento envolve distonias no diafragma, com diminuição de sua mobilidade, afetando também estômago, fígado, vesícula, pâncreas e baço. Envolve, comumente, lordose e proeminência das últimas costelas. A principal emoção bloqueada é a raiva, associada ao medo. Existem dois tipos básicos de bloqueio. Um deles está ligado ao medo primitivo, de origem neonatal, associado à hostilidade reativa e à angústia de abandono e de fragmentação. Este deve ser abordado com muito cuidado e suavidade, e geralmente está acoplado a bloqueio de primeiro segmento. O outro está ligado ao medo de punição e à angústia de castração, associado à hostilidade dirigida às figuras repressoras da sexualidade. Este último pode ser abordado com intervenções mais "enérgicas" como, por exemplo, a estimulação do reflexo do vômito.

A intervenção direta sobre o quinto segmento só deve ser realizada de modo sistemático após um adequado desencorajamento dos quatro segmentos anteriores; o que por sua vez já resulta num relativo abrandamento da couraça diafragmática. O desbloqueio do impulso de morder, por exemplo, é uma pré-condição essencial para o desbloqueio diafragmático. O desencorajamento do quinto segmento geralmente se inicia com a massagem. Toques profundos devem ser aplicados em todas as estruturas, incluindo a região lombar, os intercostais das últimas costelas, a borda inferior das mesmas e a pressão no epigástrico durante a expiração. Estas intervenções geralmente provocam arrotos, que são um sinal de abrandamento da couraça. Uma técnica muito importante e eficaz é a inspiração forçada diafragmática, que consiste em forçar ao máximo o movimento inspiratório do diafragma tentando estufar ao máximo a barriga. Outra técnica utilizada é a expiração forçada de ar pelo nariz, de boca fechada ou aberta, associada à contração da musculatura abdominal. Esta manobra pode ser associada à elevação do pescoço para frente.

Certos trabalhos de expressão de raiva são também úteis como: associar o morder ao torcer a toalha emitindo um som tipo "rããnn"; socar emitindo um som de "há" e movimentando o pescoço para um lado e para o outro. Com o paciente de pé pode-se propor: saltar sobre os calcanhares emitindo um som de "há"; e golpear o colchão com os cotovelos movimentando o pescoço e emitindo som. Segundo Reich e Baker, o reflexo do vômito é a manobra mais eficaz para o desencorajamento desse segmento e pode ser repetida pelo paciente de manhã cedo durante vários dias seguidos, estimulando a garganta

durante a expiração.

Sexto segmento

Inicia-se aproximadamente três dedos acima do umbigo e termina quatro dedos abaixo deste, incluindo os músculos abdominais, lombares e o intestino. É o segmento da couraça mais puramente ligado ao sentimento de medo. A parte superior do rim situa-se no segmento diafragmático e a parte inferior no segmento abdominal; porém, devido a sua forte vinculação com o medo, podemos considerá-lo funcionalmente mais ligado ao sexto segmento. Este segmento está ligado a sentimentos muito primitivos. A região do umbigo guarda memórias ligadas à vida intra-uterina. Na fase neonatal o intestino é muito sensível e muito estimulado pelo início da função alimentar e tem importante função de reconhecimento imunológico associado às placas de Peyers. O peristaltismo guarda evidente correlação com o estado emocional, conforme ressaltado por G. Boyesen com o conceito de psico-peristalse. Este segmento apresenta uma intensa relação funcional com o quinto segmento, pois a pressão intra-abdominal é determinada pela tonicidade relativa do diafragma e da musculatura da parede abdominal. A drenagem sanguínea e linfática da cavidade peritoneal depende da função hepática (sistema porta) e diafragmática (bombeamento de linfa no dueto torácico). O encouraçamento do sexto segmento geralmente está associado ao medo neonatal ou ao medo das sensações pélvicas. A musculatura abdominal pode estar hipertônica ou flácida; a barriga pode estar insensível ou hipersensível, distendida ou contraída.

A massagem é uma técnica importante para o desencouraçamento deste segmento, devendo ser massageados os músculos ventrais e dorsais. Com a barriga relaxada massageia-se as vísceras abdominais e promove-se o relaxamento da musculatura tensa. A tonificação da musculatura flácida pode ser feita com toques estimulantes enquanto o paciente tenta contrair a barriga. Uma técnica bastante útil consiste em propor ao paciente, deitado de barriga para cima, que levante as duas pernas para trás, contraindo a barriga e, em seguida, que as deixe cair livremente, relaxando a barriga. Isto reproduz um movimento espontâneo que o bebê faz, acompanhado de risos, quando adquire o comando voluntário desta musculatura, em torno do quarto mês. A tonificação desta musculatura auxilia o fechamento do orifício umbilical e à contenção das vísceras abdominais, favorecendo a sensação de proteção e de delimitação da barriga ("boundaring"), que serve de apoio para a construção da identidade primária, alívio da angústia de fragmentação e preparação para o engatinhar.

Outras técnicas que podem ser utilizadas são: auto-manipulação do umbigo com o indicador da mão esquerda, enquanto o terapeuta aplica a mão em concha no ouvido; encolher e projetar a barriga, que pode ser feita com o paciente deitado, agachado em quatro apoios, ou

de cócoras com as costas apoiadas na parede; expiração forçada, com contração da barriga; ondulação do ventre pela contração-relaxamento alternados da musculatura superior e inferior do abdômen, que pode ser feita com o paciente deitado ou em pé.

Sétimo segmento

Este segmento, que inclui a pelve e as pernas, está relacionado com as funções genitais e com o embasamento postural!. Os principais conteúdos associados ao encorajamento são a angústia de castração, o sado-masiquismo anal e fálico, a ansiedade pré-orgástica e a ansiedade de queda. A intolerância às sensações de excitação dos genitais (angústia genital) e o medo de castração associados resultam numa contenção muscular, vegetativa e energética em toda a região pélvica, associada à raiva bloqueada de intensidade proporcional. Esta condição, além de afetar a pelve, afeta também todos os membros inferiores, até os pés, prejudicando o embasamento postural (abasia funcional) e a circulação energética (condição de anorgonia). A descarga orgástica fica bloqueada em graus variáveis. Esta condição é denominada impotência orgástica e gera uma estase bioenergética crônica (estase da libido), que se constitui na base de todos os processos neuróticos e biopáticos.

O desencorajamento deve iniciar-se pela liberação da raiva bloqueada e pelos trabalhos de embasamento postural. A raiva pode ser de dois tipos: anal, ou de esmagar; e fálica, ou de penetração/perfuração. A raiva anal pode ser trabalhada com o paciente deitado, batendo os calcanhares no colchão, ou em pé, batendo os calcanhares no chão. A raiva fálica pode ser trabalhada com o paciente em pé, chutando o colchão, ou golpeando-o com os joelhos, ou ainda movimentando a pelve para a frente. Com o paciente deitado, pode-se trabalhar o chutar para o alto, alternando as pernas.

Os trabalhos de embasamento postural correspondem aproximadamente ao que A. Lowen posteriormente chamou de "grounding" e que se popularizaram sob esta denominação, embora tenham sido concebidos por Reich. No capítulo 9 da Biopatologia do câncer, Reich descreve o caso de um paciente com câncer de próstata que apresentava o que ele chama de abasia funcional (falta de base) por uma disfunção na musculatura antigravitária das pernas. E ele ressalta a importância da sua intervenção terapêutica sobre as pernas e sobre o embasamento postural na recuperação deste paciente. Neste mesmo capítulo, Reich amplia o conceito de ansiedade de queda (sintoma que se instaura nos primeiros meses de vida, conectando-se depois com outros conteúdos, inclusive a ansiedade pré-orgástica) e mostra sua conexão como embasamento postural e com a condição de anorgonia.

Uma técnica muito útil para trabalhar o embasamento postural, consiste em propor ao paciente, de pé, que se abaixe vagorosamente, até ficar de cócoras, em tirar o calcanhar do chão; e, em seguida, que

levantar-se lentamente, parando alguns minutos de pé, com os joelhos ligeiramente dobrados e a pelve solta; e depois que volte a realizar este movimento outras vezes. Se ele tiver muita dificuldade, o terapeuta pode ajudar estendendo-lhe as mãos e acompanhando o movimento. Outra técnica mais conhecida é aquela em que o paciente, de pé, com os joelhos dobrados, abaixa-se lentamente para a frente até tocar as mãos no chão, ficando algum, tempo nessa posição. Após trabalhar a expressão de raiva pélvica e o embassamento postural, prossegue-se o desencouraçamento trabalhando o relaxamento da musculatura tensionada para a liberação dos fluxos de energia, a tonificação de alguns músculos e, finalmente, a concentração de energia na pelve.

A massagem nas estruturas da pelve e das pernas é bastante útil para ao abrandamento das tensões musculares. Algumas regiões importantes a serem trabalhadas são: os músculos da região lombosacral, a parte anterior da bacia, o psoas e o quadrado lombar; os glúteos; a musculatura posterior das pernas (acompanhando a trajetória do ciático); o sóleo e o gastrocnêmico; o tornozelo; a região dos adutores das coxas; as inserções pélvicas dos músculos abdominais; e a região do "Hara" - esta com toques de relaxamento e de tonificação por pressões intermitentes. Utilizam-se, também, manobras de alongamento da musculatura posterior das pernas propondo ao paciente (deitado) tracionar a parte da frente dos pés com a ajuda de suas mãos, fazendo-o dobrar para trás com as pernas erguidas.

Os movimentos involuntários do corpo todo, que acompanham o reflexo do orgasmo, são uma resposta espontânea à intensificação dos fluxos orgonóticos durante a respiração profunda. Porém, como complementação do desencouraçamento do sétimo segmento, utilizam-se algumas técnicas que facilitam a liberação destes movimentos e a concentração de energia na pelve. Estas geralmente são propostas ao paciente deitado, de barriga para cima e com as pernas dobradas, e são sempre associadas à respiração profunda. As mais utilizadas são:

- a) Elevar ao máximo a pelve (com os calcanhares unidos) mantendo-a assim por alguns minutos;
- b) Abrir e fechar lentamente (também com os calcanhares unidos), detendo-se nos pontos em que se manifestam vibrações das mesmas;
- c) Contrair e relaxar, alternadamente, o soalho pélvico, coincidindo respectivamente com inspiração e expiração;
- d) Efetuar respiração profunda e, simultaneamente, retraindo a pelve para trás na inspiração e para frente na expiração.

Num paciente já bem desencouraçado estas manobras podem deflagrar o reflexo do orgasmo, ou no mínimo, devem produzir vibrações prazerosas na pelve. Para facilitar os movimentos de energia

podemos associá-las à sonorização, à movimentação de pescoço e a toques no peito e no diafragma durante a expiração. Neste momento, é essencial que o terapeuta verifique sempre as reações de primeiro segmento, fazendo intervenções quando necessário.

Diagnósticos estrutural e projeto terapêutico

Embora existam princípios metodológicos gerais que se aplicam a todos os pacientes, a abordagem orgonoterápica deve ajustar-se às singularidades da estrutura biopsíquica de cada paciente. Assim sendo, no início da terapia é necessário fazer um diagnóstico psicodinâmico, caracterológico e corporal do paciente que possibilite a elaboração de um projeto terapêutico específico, além de apontar as expectativas transferenciais e o prognóstico. Este diagnóstico inicial deve ser encarado como uma hipótese diagnóstica dinâmica, que será reavaliada e reajustada constantemente durante todo processo.

Os principais elementos que o terapeuta dispõe para elaborá-lo são as suas observações diretas sobre o funcionamento do paciente e a anamnese, que envolve um levantamento de sua história de vida e de sua história clínica. Para elaboração do diagnóstico corporal é necessário o exame direto do corpo, alguns testes funcionais e técnicas de avaliação corporal. Se possível, pode-se fazer também o teste de sangue de Reich.

O diagnóstico psicodinâmico consiste na análise das principais falhas e transtornos no processo de estruturação psíquica, de construção da identidade e de escolha objetal, que refletem circunstâncias e eventos marcantes na sucessão das fases do desenvolvimento libidinal. O diagnóstico caracterológico consiste na análise dos principais tipos de mecanismos de defesa, formas de resistência, padrões adaptativos, manifestações narcisistas, padrão emocional e interacional dominante. Observa-se a atitude, o gestual, as expressões faciais, o tom de voz, a qualidade do contato e das comunicações verbais. Níveis de ansiedade, motivação, agressividade, estado de humor, capacidade desejante, vida sexual, etc. Analisam-se também as funções fisiológicas (sono, alimentação, digestão, excreção) e as alterações da estrutura corporal na história de vida, envolvendo alterações de peso, época da puberdade, vitalidade física, sucessão das dentições, etc. O levantamento de todas as doenças e sintomas e da época de vida em que ocorreram costuma ser muito valioso. As observações anteriores já dão indicações sobre o funcionamento energético do paciente. O diagnóstico energético será completado pela análise da estrutura corporal.

O diagnóstico corporal consiste em identificar o tipo de encorajamento que cada paciente apresenta. Deve-se analisar: a) o grau de encorajamento de cada segmento; b) o tipo de encorajamento de cada segmento e seu significado psico-emocional; c) o tipo de interconexão entre os diferentes bloqueios; e d) os aspectos globais do encorajamento. Normalmente, todos os

segmentos encontram-se encorajados, porém em graus bastante variáveis. É comum que um dos segmentos esteja muito mais encorajados do que os demais. É o que se denomina bloqueio principal. Algumas vezes, devido aos mecanismos interconexão entre os bloqueios, podemos identificar dois segmentos com encorajamento mais intenso. O bloqueio principal funciona como o mais importante mecanismo de defesa, logo precisa ser gradualmente abrandado desde o início da terapia.

A análise do tipo de encorajamento de cada segmento consiste em identificar quais as estruturas mais atingidas e de que forma. Deve-se ainda identificar se o bloqueio é hiper ou hipo-orgonótico, se a musculatura está tensionada ou flácida e também quais os encorajamentos viscerais ou tissulares intercorrentes. Paralelamente busca-se interpretar o significado psico-emocional de cada bloqueio, tentando correlacioná-los com os dados colhidos na anamnese e no diagnóstico psicodinâmico e caracterológico. A análise da interconexão entre os bloqueios tem bastante importância prática, servindo para orientar o desencorajamento. O encorajamento de todos os segmentos pode apresentar entre si conexões complexas. Embora tenham sido feitas tentativas de padronizar certos tipos de relação entre os segmentos, o que observamos é que isto varia muito de um paciente para outro. A interconexão entre os bloqueios de diferentes segmentos envolve mecanismos de acoplamento, de complementaridade e de deslocamento de impulsos.

Bloqueios acoplados são aqueles que se constituíram numa mesma ocasião encerrando duas diferentes defesas contra uma mesma situação conflitiva ou evento gerador de medo. Intensificaram-se juntos, resultando numa desconexão funcional e energética entre os dois elementos em questão. A dissolução destes bloqueios deve ser feita com um trabalho conjunto sobre os dois segmentos em questão. Um exemplo muito comum é o bloqueio acoplado de primeiro e segundo segmentos, cuja origem remonta a eventos da fase oral. Por isso, estes dois segmentos costumam ser trabalhados em conjunto. Outro exemplo são os bloqueios acoplados de primeiro e quarto segmentos, cuja origem remonta a episódios de contenção do choro associados à perda de contato. Outros exemplos ainda são os bloqueios acoplados de terceiro e quinto e de sexto e sétimo segmentos.

Bloqueios complementares são aqueles que estão a serviço de um mesmo mecanismo de defesa, sendo que os dois segmentos envolvidos partilham entre si esta tarefa. Pode acontecer neste caso que, quando se dissolve a couraça de um deles, a do outro tenda a se intensificar. Um exemplo disto são os bloqueios complementares de primeiro e terceiro segmentos, que geralmente estão a serviço do autocontrole. Deve-se primeiro trabalhar o segmento ocular e, à medida que seu desencorajamento se consolide, promove-se então o gradual abrandamento do segmento cervical.

Um outro tipo de interconexão de bloqueios é aquele em que um impulso que teve origem em um determinado segmento desloca-se

para outro, aonde permanece contido. Neste caso, o segmento de origem chama-se primário e o outro, secundário. Um bom exemplo são os bloqueios se segundo e quinto segmentos. Um impulso de morder associado à raiva oral pode se deslocar para o quinto segmento produzindo tensão diafragmática, disfunções digestivas, alterações no reflexo do vômito e patologias gástricas, tudo isto refletindo uma contenção de raiva de origem oral. Neste caso, o desencouraçamento do segmento diafragmático requer um prévio trabalho sobre o segmento oral, incluindo alongamento da ATM e expressão do impulso de morder.

Desde que Reich definiu a estrutura segmentar da couraça, todo o entendimento orgonômico e a metodologia terapêutica tem sido orientada pelo trabalho de desencouraçamento segmentar. No entanto, alguns aspectos do encouraçamento abarcam disfunções anatômico-fisiológicas mais amplas, que o terapeuta precisa avaliar paralelamente à avaliação segmentar. Por exemplo, ao se observar a estrutura corporal de um paciente, uma das primeiras coisas que chama a atenção são as dimensões corporais e o estado geral da musculatura. A musculatura pode ser hipertônica e hipertrófica, sugerindo muita contenção de impulsos e alta carga energética, ou então hipotônica e hipotrófica, indicando inibição de impulsos e baixa carga. Um outro aspecto importante que indica estase energética é a retenção de líquidos nos espaços intersticiais dos tecidos. A água retida funciona como reservatório para a energia estagnada, associada à contenção emocional.

O paciente pode ter uma aparência exageradamente magra ou gorda; a aparência de ser "gordo" pode refletir diferentes tipos de disfunções. Pode apresentar um grande acúmulo de gordura nos tecidos conjuntivos subcutâneos (adiposidade), uma hipertrofia geral da musculatura, um acúmulo de líquido nos espaços intersticiais (edema generalizado), ou ainda uma grande dilatação de certas cavidades corporais como, por exemplo, a cavidade torácica ou a cavidade abdominal. Em alguns casos o paciente exibe uma alteração no eixo de sustentação do corpo (coluna vertebral), gerando diferentes perturbações posturais. Em outros, a patologia manifesta-se basicamente na lateralidade, estando um dos lados do corpo-direito ou esquerdo - todo ele comprometido. De um modo geral, observa-se que as manifestações do lado direito do corpo relacionam-se com sentimentos ligados à figura paterna; e as do lado esquerdo, com a figura materna. Em outros casos a disfunção manifesta-se em todo um aparelho ou sistema; é o caso de pacientes que apresentam perturbações em todo o seu aparelho digestivo, da boca até o ânus; ou de outros que apresentam patologias generalizadas, ou da pele, ou das articulações, ou das veias. Esses aspectos mais amplos devem ser considerados paralelamente à avaliação segmentar.

O conjunto destas observações vai permitir a elaboração da hipótese diagnóstica inicial e do projeto terapêutico, os quais estarão sujeita a permanente reformulação. Os diagnósticos psicodinâmico e

caracterológico apontam as demandas e conflitos inconscientes mais importantes e os principais mecanismos de defesa; sugerem, também, a melhor seqüência de abordagem de cada um destes aspectos ; e indicam, ainda, as expectativas transferenciais, incluindo demandas transferenciais, transferência negativa latente, transferência de defesa e resistências. O diagnóstico corporal vai apontar quais as técnicas de desencouraçamento mais importantes a serem utilizadas e a seqüência de sua utilização; também vai dar indicações de quais as intervenções de abrandamento de couraça de segmentos inferiores que devem ser utilizadas paralelamente ao desencouraçamento sistemático de cima para baixo.

A sessão terapêutica

Como comentamos anteriormente, com base numa hipótese diagnóstica global o terapeuta elabora um plano de trabalho específico para cada paciente. Porém, em cada sessão este plano de trabalho precisa ser reajustado, adaptando-se aos fenômenos emergentes, que incluem agudizações de aspectos setoriais da couraça. Isto porque o melhor momento para se efetuar uma determinada intervenção terapêutica é quando a questão a ser trabalhada já está aflorando naturalmente. Por exemplo, pode acontecer que numa determinada sessão, em conseqüência de acontecimentos específicos da vida atual, o paciente traga uma problemática emocional intensa relacionada com sua identidade adulta e sua assertividade e associada a bloqueios de quarto segmento. Neste caso, mesmo que dentro de seu plano de desencouraçamento o terapeuta estivesse trabalhando o primeiro e o segundo segmentos, nessa sessão provavelmente seria prioritário e mais proveitoso trabalhar também, ou principalmente, o quarto segmento.

O que se denomina emergente é o fenômeno psico-emocional dominante no início da sessão, o qual obviamente estará associado a uma manifestação corporal. O emergente pode se expressar através de queixas e de comunicações verbalizadas pelo paciente, por sua atitude ou seu estado emocional, ou ainda por sinais e sintomas corporais. Cabe ao terapeuta interpretar estas manifestações para tentar desvendar qual o emergente que está por detrás de tudo isso. E deve sempre investigar o componente transferencial ligado a este emergente. Seja qual for o tema sobre o qual o paciente esteja falando, nesta fala sempre existirá uma mensagem dirigida ao terapeuta, na qual estará embutida uma demanda transferencial.

Sempre existe um emergente, porém em alguns casos ele não requer uma reorientação do plano de trabalho. Ou porque tem pequena intensidade, ou porque a forma mais indicada de trabalhá-lo é justamente dar prosseguimento à intervenção terapêutica já em curso. Finalmente, é bom ressaltar que não se trata de escolher entre trabalhar o emergente ou o estrutural, pois é óbvio que o emergente emerge do estrutural. Trabalhar o emergente é trabalhar um aspecto da estrutura

do paciente que naquele momento está em evidência.

A sessão inicia-se pela observação e pela escuta do que o paciente tem a dizer. Neste momento, o terapeuta procura não interferir, mas sim observar sua manifestação espontânea. Aos poucos torna-se útil intervir verbalmente para estimular sua expressão e investigar algumas questões. Pergunta-se sobre a sessão anterior, sobre o que se passou desde então e suas expectativas neste momento. A seguir investiga-se o estado corporal do paciente, podendo-se para isto utilizar alguns toques de massagem com fim diagnóstico e também de abrandamento da couraça. Paralelamente, pede-se que aprofunde a respiração, da forma descrita anteriormente, o que resultará numa mobilização energética. Às vezes estas informações fazem aflorar verbalizações ricas em conteúdo, que antes não se expressavam. Todas estas intervenções têm como finalidade de ajudar o terapeuta a compreender:

- a) quais as demandas, sentimentos e emoções emergentes e qual sua estratificação. Por exemplo, pode haver uma raiva superficial e uma tristeza mais profunda, ou vice-versa;
- b) como as demandas reprimidas se relacionam com as defesas caracterológicas do paciente e qual seu significado psíquico, histórico e atual, incluindo aqui os significados transferenciais.
- c) Como isto tudo se manifesta no corpo. Ou seja, quais os bloqueios de cada segmento que, naquele momento, funcionam como mecanismos de defesa na contenção destas emoções e na obnubilação de sua percepção. Por exemplo, detectada uma determinada qualidade de emoção, resta saber se ela está bloqueada nos olhos, ou na boca e garganta, ou nas mãos e braços, ou na pélvis.

Orientado por este conjunto de informações, o terapeuta propõe um trabalho corporal ao paciente. Os trabalhos corporais são extremamente valiosos e é sempre preferível utilizá-los. Porém, muitas vezes é necessário conduzir uma sessão inteira apenas com trabalho verbal. Proposto um determinado trabalho corporal, é comum que ele produza reações que vão exigir um desdobramento, com intervenções diferentes em outras regiões do corpo. O final da sessão é o momento ideal para se fazer interpretações, tentando correlacionar o que se passou na sessão com a queixa inicial e o emergente, com os fatores transferenciais, com o momento da vida atual e, finalmente, como tudo isto reflete a estrutura biopsíquica do paciente e sua história de vida.

Fases do processo terapêutico

Podemos considerar três fases ou etapas distintas em um processo terapêutico. A *etapa inicial ou introdutória* corresponde às primeiras sessões, nas quais está se constituindo o vínculo e a aliança

terapêutica. Nesta fase, a atenção do terapeuta focaliza-se nas manifestações iniciais de transferência, que envolvem fantasias, expectativas, demandas inconscientes, desconfiança, medos e hostilidade latente. É o período em que se trabalham principalmente as resistências transferenciais, como Reich comenta na primeira parte do livro *Análise do caráter*. Enquanto colhe os dados sobre a história de vida do paciente e observa suas reações e atitudes o terapeuta inicia suas intervenções corporais com fim diagnóstico e também como estímulo ao afloramento de reações. Costuma-se usar uma diversidade de intervenções. Quando o paciente inicia a terapia em crise emocional ou com alguma manifestação somática aguda é obviamente necessário o terapeuta focar diretamente este aspecto.

A segunda etapa, ou *etapa de desencouraçamento* é a mais longa do processo, podendo durar alguns anos, dependendo do comprometimento inicial. É a fase em que se dá a dissolução gradual da couraça, associada à dissolução das defesas caracterológicas correspondentes. O desencouraçamento inicia-se pelos segmentos superiores e avança em direção dos segmentos inferiores. Porém, paralelamente a este desencouraçamento segmentar seqüencial, também são realizadas intervenções sobre outros segmentos, visando a um suave abrandamento global da couraça. Isto é feito com os seguintes objetivos: a) promover um lento e gradual abrandamento do bloqueio principal, disponibilizando mais carga energética e abrandando as defesas; b) trabalhar conteúdos emergentes que resultem numa intensificação aguda da couraça de qualquer segmento; c) trabalhar bloqueios acoplados, d) favorecer o escoamento da energia liberada pelo desencouraçamento dos segmentos superiores, liberando gradualmente o fluxo de energia pelos segmentos

Normalmente inicia-se o desencouraçamento com trabalhos corporais acoplados de primeiro e segundo segmento. O desencouraçamento dos segmentos ocular e oral costuma durar algumas dezenas de sessões e deve ser repetido periodicamente até o final do processo terapêutico para evitar as recidivas, pois pode acontecer que o desencouraçamento de segmentos inferiores produzam um efeito retroativo. Paralelamente ao desencouraçamento de primeiro e segundo segmentos costuma-se, desde o início da terapia, fazer também algumas intervenções sobre o quarto segmento. Estas intervenções envolvem trabalhos de respiração, de massagem, certos movimentos dos braços e também alguns trabalhos com as mãos. Isto se justifica pela importância central deste segmento como sede da identidade e da afetividade e também pelo fato de estar conectado a conteúdos mais evoluídos sob o ponto de vista ontogenético, permitindo associá-lo a eventos da vida atual do paciente. Baker, no capítulo 4 de seu livro, justifica as intervenções precoces sobre o peito com o objetivo de liberar energia "constituindo-se num impulso interno adicional" para revelar e remover outros bloqueios".

À medida que já se obteve um significativo abrandamento da

couraça dos segmentos ocular e oral, intensifica-se o desencouraçamento dos segmentos cervical e torácico. É importante lembrar que quando se inicia o desencouraçamento de um segmento mais abaixo deve se continuar a trabalhar os segmentos anteriores. Se o trabalho de desencouraçamento dos quatro segmentos superiores for bem conduzido, isto resultará, por via indireta, num abrandamento da couraça do segmento diafragmático. Inicia-se, então, um trabalho mais direto e mais intenso de desencouraçamento de quinto, sexto e sétimo segmentos. Neste momento, as intervenções terapêuticas passam a ser mais amplas, envolvendo trabalhos sob vários segmentos. Em alguns pacientes o bloqueio do segmento diafragmático pode estar acoplado ao do anel ocular, exigindo um trabalho específico. Em outros, as intervenções sob o segmento pélvico revelam bloqueios mais acima – por exemplo, de terceiro segmento- que exigem uma intervenção conjunta.

A terceira etapa, ou *fase final da terapia*, é aquela em que se trabalha a instauração da genitalidade e a recuperação da potência orgástica. Nesta fase, estimula-se a respiração profunda prolongadamente com o objetivo de obter a mobilização dos fluxos energéticos no corpo todo, o que resultará na recuperação do *reflexo do orgasmo*. Reich postulou que a dissolução da couraça produziria um fluxo de sensações, movimentos musculares involuntários e movimentos vegetativos que percorreriam o corpo da cabeça às pernas e que terminariam se fundindo num movimento reflexo pulsátil de todo o corpo, a que ele denominou reflexo do orgasmo. Este reflexo seria a expressão plena de um bom funcionamento do organismo e assim passou a constituir-se na meta terapêutica.

Baker comenta em seu livro as características e os problemas da fase terminal da terapia. Segundo ele, “a fase final começa quando há um fluxo pleno de energia para a pélvi, quando todos os bloqueios foram dissolvidos e a totalidade do organismo começa a entrar em funcionamento”. Isto precisa ser melhor explicado. Durante a fase de desencouraçamento, trabalha-se a dissolução da couraça cronicamente instalada em cada segmento, associada à análise do caráter. Terminada esta fase, os bloqueios crônicos estão dissolvidos, isto é o organismo encontra-se desencouraçado quando em condições de baixa estimulação. Porém, em situações emocionais mais intensas, ou em reposta à alta estimulação dos fluxos energéticos, obtida pela respiração profunda prolongada., alguns bloqueios ressurgem transitoriamente pois o organismo não está habituado a esta condição e tenta reencourçar-se para conter os fluxos orgonóticos. Então, na vigência desta condição de alta estimulação, o terapeuta intervém para dissolver estes bloqueios que ressurgem em diferentes pontos, até que gradualmente o organismo se habitue a aceitar este novo nível de movimento energético, passando a vivenciá-lo como prazeroso e entregando-se a ele, o que fará surgir como resposta o movimento reflexo involuntário que Reich denominou Reflexo do Orgasmo.

Limitações da terapia

Todas as abordagens terapêuticas têm limitações. E a orgonoterapia não é exceção. E existem também limitações humanas por parte do terapeuta e por parte do paciente. As limitações por parte do terapeuta geralmente estão ligadas à contratransferência; por isso é essencial que ele mantenha um acompanhamento de terapia individual e de supervisão. As principais limitações por parte do paciente são suas dificuldades em reformular seus compromissos e hábitos de vida, o que discutiremos mais adiante.

A maioria das abordagens psicoterápicas tem como objetivo uma reestruturação psico-emocional do paciente, levando-o a uma dissolução dos sintomas e padrões neuróticos de funcionamento e ampliando suas possibilidades de relacionamento humano, de expressão emocional, de contato afetivo, de obtenção de prazer e de inserção social, resultando num estilo de vida mais satisfatório e mais harmônico. A orgonoterapia possuindo também recursos terapêuticos de intervenção corporal, amplia sua eficácia, podendo obter resultados em tempo mais curto e de forma mais sólida. Além disto, os trabalhos corporais são muitíssimo eficazes no tratamento de patologias que envolvem sintomas orgânicos.

A etapa de desencouraçamento, associada à dissolução dos traços neuróticos de caráter – segunda etapa do processo terapêutico – já proporciona grandes progressos para o paciente permitindo-o alcançar um estilo satisfatório de vida e um estado de saúde geral (“state of general health”). Muitos pacientes dão-se por satisfeitos com os resultados objetivos até esta etapa e, considerando seus objetivos atingidos, decidem interromper a terapia. Porém a orgonoterapia em sua formulação original, propõe ainda uma outra meta, que é aquela que caracteriza a etapa final da terapia: A instauração da genitalidade. No entanto, é preciso reconhecer – e dizer abertamente – que a maioria dos pacientes não chega a atingir esta meta. Ou porque para uma terapia antes disso; ou porque seu grau de comprometimento inicial é muito intenso impossibilitando-os de alcançá-la; ou ainda porque certas circunstâncias de sua vida atual impõem limitações difíceis de transpor, que se constituem em entraves ao progresso terapêutico. Pois é claro que a reestruturação psico-emocional do paciente pressupõe uma reestruturação concomitante em seu estilo de vida.

A neurose se sustenta na atualidade num tripé formado pela couraça, pelo caráter neurótico e pelas “formações de compromisso”, sendo a estase da libido a sua fonte de energia. As formações de compromisso manifestam-se pelos hábitos de vida e pelos vínculos humanos que mantém o equilíbrio neurótico do indivíduo. Incluem as relações conjugais e familiares, o estilo de vida sexual, o tipo de moradia, as condições financeiras, os compromissos de trabalho, os hábitos alimentares, o consumo de álcool e de drogas, etc. Da mesma forma que só é possível dissolver a couraça se forem também dissolvidos os traços neuróticos de caráter associados, a dissolução de

ambos só é possível se forem também rompidos os compromissos e os hábitos neuróticos da vida atual. E este último aspecto não está ao alcance direto do terapeuta. E, muitas vezes, não está ao alcance pleno do paciente. E é aí que geralmente encontramos a maior limitação.

É claro que o trabalho terapêutico tem como função tornar o paciente apto a reformular o seu estilo de vida. No entanto, esta reformulação requer um empenho adicional dele. Muitas vezes não depende só do paciente, mas também de outras pessoas, ou de fatores sociais que ele não tem como controlar. Alguém poderia argumentar que por mais complicadas que sejam as circunstâncias de vida da pessoa, com uma boa dose de coragem é sempre possível mudá-las, mesmo que isto implique em atitudes arrojadas ou radicais tipo "abandonar tudo e começar vida nova". Teoricamente está correto e, de fato, algumas pessoas, em momentos de crise ou em situações – limite, encontram forças para dar estes grandes saltos. Porém, quando não se trata destas situações especiais – ou seja – quando a vida vem seguindo um curso estável, com muitas compensações e benefícios secundários – os riscos e as perdas envolvidas numa transformação radical refreiam estes impulsos.

Isto porém não quer dizer, que a neurose seja uma fatalidade. Mesmo com estas limitações sociais e existências é possível uma vida mais saudável e satisfatória. Uma pessoa autenticamente envolvida num processo terapêutico bem conduzido pode obter melhoras significativas em diversos aspectos de sua vida. E esta deve ser a nossa meta.

Bibliografia

BAKER, E.F. *O Labirinto Humano*. São Paulo: Summus, 1980.

BOADELLA, D. *Psicoterapia somática: suas raízes e tradições*. In: *Energia e caráter*, nº 1. São Paulo: Summus, 1997.

_____. *Nos caminhos de Reich*. São Paulo: Summus, 1973.

BOYESEN, G. *Entre psique e soma*. São Paulo: Summus, 1986.

DESSAUNE DE ALMEIDA, D. *Considerações sobre a técnica de intervenção na couraça muscular*. In: *Revista da Sociedade Wilhelm Reich/RS*, nº 2, pp110/118. Porto Alegre: Presser, 1998.

NAVARRO, F. *A sistemática, a semiologia e a semântica da vegetoterapia caracterológica*. In: *Energia, caráter e sociedade*, nº 1, p.24. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1990.

RAKNES, O. *Wilhelm Reich e a orgonomia*. São Paulo: Summus, 1998.

REICH,W.*Character analysis*.New York:Farrar,Staruss & Giroux,1972.

_____.The cancer biopathy.New York:Farrar, Strauss&Giroux,1973.

_____.Ether,God and Devil.New York: Farrar, Strauss&Giroux,1973.

_____.A função do orgasmo.São Paulo: Brasiliense,1981.

SHAPIRO,F.&FORREST,M.S.E.M.D.R.Eye movement desensitization and reprocessing.New York:Basic Books, 1997.

SPITZ, R.O primeiro ano de vida.Rio de Janeiro:Martins Fontes,1989.

TROTTA.E.E.Wilhelm Reich e a psicossomática.In:Reich: o corpo e a clínica.São Paulo:Summus,1999.

_____.Bases neurofisiológicas dos procedimentos clínicos de estimulação ocular com luzes coloridas.In:*Revista da Sociedade Wilhelm Reich/RS*,nº 2,pp.37-49.Porto Alegre:Presser,1998.

_____.A fase oral na abordagem reichiana. In:*Revista da Sociedade Wilhelm Reich/RS*,nº 1,p.25-34.Porto Alegre:Presser,1997.

_____. Psicossomática reichiana e metodologia da orgonoterapia.Rio de Janeiro:edição do autor,Impressão Avenida Central,1996.

_____. Episodic excitation and changes in aggressive behavior induces by REM sleep deprivation.In:*Neuropharmacology*,nº 23,p.1053.London:1984.

TROTTA,E.E&MARER,E.The orgonotic treatment of transplantes]d tumors and associated immunological functions.In:The journal of Orgonomy,nº 24,p.39.New *Metodologia da Orgonoterapia* York:Orgonomic Publ.,m1990.