



Université Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas et Sociais

Disserta o de Mestrado em Psicopedagogia Perceptiva

A fasciaterapia e o mal estar

**A via do corpo sensível na gestão do mal estar
somato-psiquico**

Armand Angibaud

Porto, 2011



Université Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas et Sociais

Dissertation de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive

A fasciaterapia e o mal estar

A via do corpo sensível na gest o do mal estar

somato-psiquico

Diretor: Prof. Dr. Danis Bois

Armand Angibaud

Porto, 2011

Abstract

Cette dissertation de mestrado porte sur les effets collatéraux de la Fasciathérapie sur les personnes qui souffrent de somatisation et tente de répondre à la question de recherche : « *Quels sont les impacts somato-psychiques de la Fasciathérapie sur les personnes qui souffrent de somatisation en relation avec un état de mal être?* ». J'ai tout d'abord présenté le champ théorique sur la notion de mal être et les somatisations, puis j'ai développé la prise en charge de la somatisation de mal être en fasciathérapie. La posture épistémologique déployée est celle de praticien-chercheur qui adopte une démarche heuristique. Au niveau de la méthodologie, j'ai interviewé trois patients en m'appuyant sur un guide d'entretien. La méthode d'analyse d'inspiration phénoménologique utilise une approche catégorielle, comme point de départ d'un récit phénoménologique et herméneutique cas par cas. Sur cette base de données, j'ai effectué une démarche herméneutique transversale qui m'a permis de mieux comprendre la nature, les conditions, le processus et les *impacts somato-psychiques de la Fasciathérapie* et d'en tirer des conclusions significatives pour ma recherche.

Resumo

Esta dissertação de mestrado versa sobre os efeitos gerais da Fasciaterapia nas pessoas que sofrem de somatizações, e tenta responder à questão de investigação: “ *Quais são os impactos somato-psíquicos da Fasciaterapia sobre as pessoas que sofrem de somatização em relação a um estado de mal estar.* ” Primeiramente abordei o quadro teórico sobre a noção de mal estar e as somatizações, depois desenvolvi a capacidade de suporte da fasciaterapia nos quadros de somatização relacionados ao mal estar. A postura epistemológica desenvolvida foi a do praticante-investigador que adota uma metodologia heurística de investigação. No nível da metodologia entrevistei três pacientes, apoiando-me num guia de entrevista semi-aberto. O método de análise de inspiração fenomenológico utilizou uma abordagem categorial como ponto de partida de um relato fenomenológico e hermenêutico, caso a caso. Sobre esta base de dados, efetuei um processo hermenêutico transversal que me permitiu melhor compreender a natureza, as condições, o processo e os impactos somato-psíquicos da fasciaterapia, e extrair conclusões significativas para a minha investigação.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Danis Bois, o ser humano através do qual as coisas chegaram a mim; e, sobretudo, pela qualidade de seu ensinamento, por seus conselhos e sua paciência, e por sua generosidade na transmissão de seu saber e de seu conhecimento,

a todos os meus amigos, companheiros de Máster, por esta aventura humana compartilhada,

aos meus amigos pesquisadores do CERAP, por serem animados pela mesma busca existencial,

aos meus amigos do Point d'Appui,

a minha família que representa sempre um ponto de ancoragem importante na minha vida,

ao Stéphane, por sua releitura atenta em francês,

à Tereza, à Clarice e à Mariliz minhas tradutoras, por sua ajuda e releitura dos textos,

à Márcia por sua paciência e seu apoio ao longo desses anos.

Sumário

Abstract.....	3
Agradecimentos.....	4
Introdução.....	9
<u>PRIMEIRA PARTE : CAMPO TEÓRICO E PRÁTICO.....</u>	<u>12</u>
Capítulo 1 : Problemática.....	13
1.1. Pertinência pessoal.....	13
1.2. Pertinência profissional.....	16
1.3. Pertinência social.....	19
1.4. Pertinência científica.....	21
1.5. Pergunta de pesquisa.....	23
1.5. Objetivos de pesquisa.....	24
Chapitre 2 : Quadro teórico.....	25
2.1. Problematização do lugar do corpo no estado de mal estar.....	25
2.2. A noção de corpo sensível.....	28
2.3. Alguns parâmetros sobre a noção de mal estar e somatização.....	31
2.3.1. Algumas observações sobre a noção de mal estar.....	32
2.3.2. As diferentes representações da somatização.....	34
2.3.3. A visão psicossomática.....	36
2.3.4. A visão somatoforme.....	39
2.3.5. A visão somatopsíquica.....	39
2.3.6. A visão de Damasio sobre o processo cognitivo da somatização.....	43
2.4. Introdução às diferentes terapias corporais aplicadas ao mal estar (Bioenergética, Rolfing, Fasciaterapia, aspecto somato-psicopedagógico dirigido à relação de ajuda manual).....	47

2.4.1. Introdução à Bioenergética de Reich e Lowen.....	46
2.4.2. Introdução ao Rolfing.....	49
2.4.3. Introdução à Fasciaterapia.....	50
2.4.4. Introdução ao aspeto somato-psicopedagógico : “Do mal estar ao não ser”.....	53
2.4.4.1. As patologias do não ser.....	53
2.4.4.2. A escolha da via corporal ou somática para harmonizar o psiquismo.....	55
2.4.4.3. A sintonização somato-psíquica.....	59
2.4.4.4. O toque psicotônico.....	63
 Capítulo 3 : Quadro prático.....	 69
3.1. Contexto de aplicação da Fasciaterapia.....	69
3.2. Reflexão sobre a práxis do acompanhamento em Fasciaterapia.....	70
3.2.1. A experiência extra-cotidiana.....	71
3.2.2. A relação de ajuda manual.....	71
3.2.3. A sintonização somato-psíquica.....	72
3.2.4. A relação de ajuda verbal.....	73
 <u>SEGUNDA PARTE : CAMPO EPISTEMOLÓGICO E METODOLÓGICO</u>	 75
 Chapitre 1 : Postura epistemológica.....	 76
1.1. A postura de prático-pesquisador.....	76
1.2. Pesquisa heurística, característica exploratória e aberta.....	79
 Chapitre 2 : Procedimento metodológico.....	 81
2.1. Os participantes da pesquisa.....	81
2.2. O método de coleta dos dados.....	82
2.2.1. Guia de entrevista segundo a directividade informativa.....	82
2.2.2. Condições do guia de entrevista: a directividade informativa.....	84
2.2.3. Guia de entrevista: a directividade informativa sobre o mal estar.....	85

Chapitre 3 : Método de análise.....	88
3.1. Análise classificatória dos dados.....	88
3.2. Relato fenomenológico caso a caso.....	89
3.3. Análise hermenêutica caso a caso das entrevistas.....	90
3.4. Análise hermenêutica transversal.....	90
<u>TERCEIRA PARTE : ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....</u>	<u>91</u>
Capítulo 1 : Relato fenomenológico.....	92
1.1. Relato fenomenológico de Julia.....	92
1.2. Relato fenomenológico de Paula.....	99
1.3. Relato fenomenológico d'Irene.....	105
Capítulo 2 : Análise hermenêutica de cada caso.....	113
2.1. Análise hermenêutica dos dados de Julia.....	113
2.2. Análise hermenêutica dos dados de Paula.....	116
2.3. Análise hermenêutica dos dados de Irene.....	118
Chapitre 3 : Análise hermenêutica transversal.....	122
3.1. Análise do contexto.....	122
3.2. Identificação das causas do mal estar.....	123
3.3 Somatizações manifestadas.....	125
3.4. Manifestações psico-emocionais correspondentes.....	126
3.5. Impactos da Fasciaterapia.....	128
3.5.1. Sobre arelação ao corpo.....	128
3.5.2. Sobre a relação à saúde.....	130
3.5.3. Em relação à elas mesmas.....	131
3.5.4. Em relação ao psíquismo.....	132
3.5.5. Em relação à mudança de atitude.....	135

3.5.6. Impactos da Fasciaterapia e da sintonização somato-psíquica.....	138
CONCLUSÃO.....	140
Impactos da Fasciaterapia revelados nas entrevistas.....	141
Perspectivas de pesquisa.....	144
GLOSSÁRIO de termos específicos do método do Francês ao português.....	145
BIBLIOGRAFIA.....	146
ANEXOS.....	152
Entrevistas de Julia, Paula et Irene.....	152
Entrevista da Julia.....	153
Entrevista da Paula.....	168
Entrevista da Irene.....	179

INTRODUÇÃO

Por trinta anos trabalhei a Fascioterapia como prático liberal; isso após quinze anos de fisioterapia na França como prático. Há vinte anos tornei-me um professor de fascioterapia e depois de somato-psicopedagogia. Meus estudos de fisioterapia, de fascioterapia e em seguida o estudo para me tornar professor levaram-me gradativamente a tomar consciência sobre a real necessidade de entender o mal estar que acompanha os diferentes sofrimentos e dores sentidos por meus pacientes. Desde este acompanhamento constante nasceu o desejo de estudar os impactos da Fascioterapia especialmente nas situações de mal estar de compreender de que maneira os instrumentos práticos, (o toque sintomático e de relação, a sintonização somato-psíquica, o psicotônus e a verbalização), permitiram fazê-los sentir-se melhor e por conseguinte viver melhor.

Ao abordar esta pesquisa, eu queria compreender o desenvolver do processo durante o acompanhamento nas pessoas afetadas por perturbações somáticas e psíquicas que, claramente as levavam de um estado de mal estar à um estado de bem estar em seguida a certos tratamentos. O impacto era evidente e a mudança de estado aguçava a minha curiosidade e justificava a necessidade da compreensão dos mecanismos em questão. E então senti a urgência de fazer uma pesquisa sobre o estado somático ligado ao mal estar. Este interesse induziu-me a realizar pesquisas em literatura especializada, a fim de estabelecer a relação entre as somatizações e o mal estar. Logo no começo encontrei inúmeros estudos, com as estatísticas, realizados em um grupo de pessoas afetadas por diferentes níveis de mal estar, nos mais variados setores sociais. Estes estudos estatísticos, no entanto, sobretudo sobre o campo psicológico permaneciam vagos em relação aos métodos práticos e apresentavam poucos estudos terapêuticos. Temos, por exemplo,, um estudo realizado pela “Mutuelle Générale” (Seguro saúde dos estudantes na França) em 2005. Essa pesquisa mostrou 31% de estudantes sofrendo com mal estar; o número de suicidas da França chega a 10.000 pessoas por ano, segundo a O.M.S.; as tentativas de suicídio por pessoas com mal estar ou depressão atingem de

150.000 a 200.000 . Por seu lado, em 2008, as empresas, por meio da “Association pour la gestion de la santé en entreprises”, (Associação para a gestão da saúde nas empresas) patrocinaram uma pesquisa feita pelo “IFOP” (Instituto Francês) com o fim de melhorar a situação de mal estar entre os empregados e obter a conseqüente melhora de produtividade.

Depois de obtidos estes dados, em resposta a esta pesquisa, estudando pacientes atendidos, comecei a questionar autores, visando, com isso, ajudar a população atingida pelo mal estar. Consultei uma literatura especializada, (Ranty, 1994) (Begout, 1995) (Languirand, 2002) (Sam Ali, 1987) (Mac Dougall, 1982) (Reich, 1948-1960) (Rolf, 1962) (Lambooy, 2003) (Bois, 2006) (Torres, 2010) (Laemmling-Cencig, 2007) (Berger, 2009) para ajudar a esta população por meio de uma intermediação corporal como terapeuta manual e para compreender o impacto das terapias corporais sobre estes estados, consultei as técnicas de Reich e de Rolf e mais precisamente a fasciaterapia criada por D. Bois.

A Fasciaterapia, com efeito, age no corpo do individuo, não somente com a intenção de liberá-lo do sintoma, bem como encara o corpo como ligação entre a relação consigo mesmo e o acesso ao seu mais profundo, por meio de toque relacional segundo a referencia do Sensível (Bois, Bourhis, 2010) (Berger, 2009) (Courraud 2007) (Lefloch-Humpich, 2009). A originalidade desta abordagem encontra-se numa experiência de relação com a dimensão sensível do corpo. Trata-se de uma modalidade perceptiva que ultrapassa o funcionamento conhecido dos órgãos sensoriais já relatados. (Bois, Berger, 2007) O individuo, através da experiência corporal, entra em relação consigo mesmo. Para isso é necessário uma atitude particular por parte do paciente: aprender a perceber melhor o que ele não faz habitualmente: entrar em relação mais consciente com as suas percepções e abrir-se a um estado de percepção diferente dos seus cinco sentidos, isto é, desenvolver uma potencialidade perceptiva. (Bois, 2007) Com efeito, aquilo que o paciente viveu durante a experiência terapêutica manual o remete a maneiras de Ser, graças a um treinamento da atenção em relação ao próprio corpo. Esta aproximação com o corpo sensível modifica a saúde perceptiva transmutando-a de negativo para o positivo, isto é, de um estado de tensão para outro de relaxamento. Por isso poder-se-ia fazer esta pergunta: o estado de mal estar não seria a alteração dos conteúdos de vivencias narradas durante o estado de bem estar?

É por estas razões e dentro destas reflexões que a minha pergunta da pesquisa exprime-se da seguinte forma: “Os impactos somato-psíquicos produzidos pela fasciaterapia nas pessoas que sofrem de somatização consecutiva a um estado de mal estar?” Para ter sucesso nesta pesquisa, resolvi interrogar o vivenciado por três pacientes em seguida à sintonização somato-psíquica através de relatos realizados durante o tratamento.

Em relação ao plano epistemológico e metodológico, escolhi posicionar-me em atitude

compreensiva e interpretativa; essa atitude vem da inspiração fenomenológica e apóia-se em uma postura do tipo heurístico no eixo das pesquisas do CERAP, (Centro de Estudo e de pesquisa aplicada em psicopedagogia perceptiva) e esta inserida no paradigma do Sensível. (Bois, Austray, 2007) (Berger, 2009) Escolhi o relato fenomenológico seguido de uma análise hermenêutica, caso a caso, a partir da qual realizei uma análise hermenêutica transversal.

Através dos diferentes posicionamentos da pesquisa qualitativa, a postura epistemológica que adotarei aqui será a do prático-pesquisador. (Delavergne, 2007) (Donnay, 2001) (Bois, 2007) (Berger, 2009) Esta postura de análise dos dados qualitativos recolhidos em prática, será igualmente relacionada à metodologia do paradigma do Sensível.

Afim de auxiliar o leitor na leitura desta monografia, proponho um resumo das diferentes partes que a compõem.

A primeira parte compõe-se do campo teórico e prático. Apresentei em primeiro lugar as pertinências da minha pesquisa e também o meu questionamento e os objetivos em relação a ela.

Em seguida desenvolvi o quadro teórico composto de quatro capítulos: no primeiro desenvolvo a problemática da função do corpo em relação ao mal estar. Apresento em seguida a noção de corpo Sensível com algumas referências a noção de mal estar e sobre a somatização. No terceiro capítulo apresento diferentes formas de abordagem das somatizações e do mal estar. Introduzo em seguida diferentes terapias aplicadas ao mal estar, e particularmente a fasciaterapia sob o aspecto somato-psicopedagógico, no qual desenvolvo as diferentes especificidades do método neste âmbito, bem como a noção das patologias do não ser, a escolha da via corporal para harmonizar o psiquismo e os instrumentos usados como sintonização somato-psíquica e o tónus psicotônico.

Enfim, no campo prático, descrevo o contexto do exercício e do acompanhamento do paciente de fasciaterapia com as noções de experiência extra-cotidiana, de relação com a ajuda manual, da sintonização somato-psíquica e da relação com a ajuda verbal.

A segunda parte apresenta o campo epistemológico e metodológico da pesquisa, em três partes. Na primeira parte desenvolvi minha postura epistemológica de prático-pesquisador e o conteúdo da minha atitude heurística. Na segunda, expus a organização metodológica da pesquisa e a coleta dos dados, e enfim, na terceira, desenvolvi o método de análise empregado nesta monografia.

A terceira parte é constituída pela análise e interpretação dos dados incontestáveis recolhidos durante as entrevistas. Ela se compõe de uma análise fenomenológica, de uma análise hermenêutica caso a caso e de uma análise hermenêutica transversal.

Após estas diferentes análises relatei os resultados por mim obtidos na pesquisa, com uma conclusão que tenta responder ao meu questionamento e aos meus objetivos.

PRIMEIRA PARTE

CAMPO TEÓRICO E PRÁTICO

CAPÍTULO 1

PROBLEMÁTICA

1. 1. Pertinência pessoal

Já, quando era adolescente, às vezes, sentia-me em estado de mal estar. Refletia sobre isso sem entender o porquê da situação. Cada vez que estava num estado de mal estar, relacionado a um evento ou a uma determinada situação, o mal estar parecia-me de tal forma insuportável que buscava sozinho e o mais rápido possível voltar ao meu estado de bem estar. Às vezes esse mal estar permanecia por alguns dias, mas livrar-me dele bem depressa era sempre uma prioridade. Todo este processo acontecia de uma maneira empírica e precisava sempre de uma forma de escape.

Mais tarde, durante meus estudos, no colégio e na universidade, algumas aulas me apaixonaram: historia, estudo de textos e o mundo da cosmologia e da filosofia, mas o modo do ensino e as obrigações de resultado, frequentemente me provocavam estados de ansiedade. Quanto mais eu gostava de desvendar as idéias filosóficas dos autores, mais me recusava a interpretar seus pensamentos de acordo com as regras estabelecidas pelos professores que não deixavam espaço para a minha própria reflexão. Parecia-me estar sendo muito estimulado intelectualmente e isso produzia em mim sensação de me estar faltando algo que não correspondia à minha necessidade de aprender e que não estimulava algumas capacidades inatas.

Então, procurei uma profissão que me aliviasse deste estado de mal estar, e eu assim

compreendesse melhor o funcionamento humano.

A profissão que me parecia corresponder a esta busca foi a fisioterapia com sua abordagem corporal; isso me foi particularmente interessante pois, através dela, poderia aliviar o mal estar físico. Mas uma coisa sempre me chamou muito a atenção: durante o estudo da fisioterapia, principalmente durante os estágios no hospital, o efeito benéfico da minha presença em relação ao estado de saúde do paciente, ou pelo menos sobre seu estado de mal estar. Apesar dos meus fracos conhecimentos e da minha técnica de cura ainda pouco desenvolvida, na época, já notava como a presença humana ajudava tanto a pessoa no seu sofrimento quanto a própria técnica utilizada. Esta presença atenciosa era um acompanhamento muito eficiente e muito procurado pelos doentes.

Todo mundo precisa de um ouvinte e de um acompanhamento. Senti, assim, que era necessário um contato humano com o paciente para permitir-lhe exteriorizar o seu sentimento. Era importante escutar a descrição da sua dor e do seu sofrimento através de um falar que nem sempre leva em conta as palavras e a racionalização dos males. A presença cuidadosa do profissional surte efeitos.

Então, comecei a buscar uma compreensão do conteúdo do sofrimento e da intensidade da dor do doente. Quais seriam as dimensões afetivas e emocionais escondidas atrás deste sofrimento? Qual era a capacidade cognitiva deste doente que sofria de dores físicas e psíquicas? Como abordar a compreensão dos mecanismos do seu pensamento, como seguir suas reflexões sobre seu estado de sofrimento? Na minha pesquisa pessoal já tinha pressentido a necessidade de uma abordagem global do ser que sofre e tomava consciência de ficar não somente na escuta verbal, mas sobretudo estar atento à escuta do próprio corpo: isso quer dizer, não focar somente na escuta do pensamento, mas também na compreensão das vivências e dos sentimentos registrados no seu corpo. Depois do meu diploma, lancei-me numa pesquisa de técnicas complementares para proporcionar um alívio mais rápido aos meus pacientes. Não vou desenvolver aqui todas as técnicas que estudei e usei, mas posso chamar a atenção para as inúmeras vezes em que mesmo como um técnico bem formado não relacionava aos seres humanos: o cuidador e o cuidado. Por exemplo, a osteopatia estrutural me contrariava pela sua abordagem pouco respeitosa da pessoa. O primeiro método que correspondeu mais à minha busca foi aquele das cadeias musculares da Senhora Struyff, na Bélgica. Naquela época, no entanto, a relação com o corpo, dentro desta abordagem, não utilizava um toque manual físico eficiente.

Continuei a buscar um método usando a relação com o corpo através toque e associando a relação humana às técnicas do cuidar. Então descobri a Fasciaterapia (Método Danis Bois); além da performance técnica curativa, tinha a dimensão humana do cuidar; a formação profissional do terapeuta não se ligava a um gesto quantitativo, mas aliava-se a um desenvolvimento das suas

qualidades humanas.

Depois de muitos anos com prática da fasciaterapia, senti uma necessidade de compreender o processo atuante do meu gesto terapêutico, de uma maneira mais profunda, pois este gesto era o suporte para um alívio e um bem estar. Tinha desejo de fazer evoluir meu nível de prático para prático-investigador a fim de desenvolver esta nova atitude de pesquisa acadêmica.

Assim, eu me perguntei: quais seriam as causas “dos mal estares” e o qual seria o significado para a pessoa, como ele ocorre fora da consciência do indivíduo, como se manifesta no corpo e quais seriam os meios de ação da nossa terapia nesse campo de aplicação.

Com certeza, esta reflexão prove de observações que acompanharam toda minha carreira. Entretanto depois de mais de quarenta anos de exercício profissional, pensei que seria importante fazer uma análise e uma síntese das observações colhidas e também prosseguir numa pesquisa profunda sobre a clareza das minhas sensações e percepções nesse campo.

Esta pesquisa começou com a pergunta: “Como o terapeuta pode adquirir maior dimensão e ao mesmo tempo ocupar menos espaço?” (Quéré, 2004, p.23) Quéré assim reproduzia uma frase do Bois proveniente de um filme N.D. produzido em 1990: “Nós percebemos que a natureza e a qualidade do homem cuidador é capaz de provocar o que nenhuma técnica provocaria.” (Citado por Quéré, 2004, p. 23) Quéré continua: “ Para mim, como fisioterapeuta isso não era evidente: técnica é técnica e seu efeito provem da capacidade de quem a utiliza e da maneira de administrá-la.” (Quéré, 2004, p. 23) Foi assim, com estas reflexões que estudei a Fasciaterapia durante os primeiros anos.

De início, inscrevi-me no curso de fasciaterapia, para conhecer, antes de mais nada, uma metodologia de trabalho que fosse mais eficiente. A minha intenção e minha vontade estavam focadas neste objetivo. Pensava desta forma: “Desenvolver minhas eficiências sob o ponto de vista, pessoal, de percepção e de atenção, com o objetivo de me tornar mais consciente dos fenômenos internos.” (Bourrhis, 2007, p. 17) Tendo noção das lacunas a preencher, entendi também como essencial o aperfeiçoamento do toque no paciente, o conhecimento da fisiologia e da anatomia, tudo sob um novo enfoque. Enfiava por uma metodologia nova que me permitisse sair das minhas atuações habituais e limitadas. Não entendia ainda que ao tocar o corpo dos meus pacientes acontecia um fator de reciprocidade que me levava a maior eficiência. Com efeito, estava certo de que somente a força dos meus conhecimentos constituía o motor da eficiência na terapia, e mesmo verificando a cada dia o efeito do meu trabalho no corpo dos pacientes, isso não chegava a estabelecer uma relação com as minhas próprias percepções sensoriais no ato terapêutico.

Ao iniciar esta formação, não tinha ainda percebido o meu próprio mal estar, que, no entanto existia e era real. Eu era um terapeuta preocupado somente com a minha eficiência. Era claro para mim que a necessidade de resultados terapêuticos, não estava só na origem do referido mal estar,

mas também a reforçava. Este mal estar profissional mesclava-se a uma forma de mal estar pessoal, ampliado provavelmente devido a uma falta de confiança em minha competência e a um sentimento de urgência por maiores conhecimentos. É por isso, que visando maior eficiência terapêutica, busquei encontrar o equilíbrio entre o agir técnico e o gesto relacional.

1. 2. Pertinência Profissional

Ao mesmo tempo em que esta força de pesquisa levava-me a um maior bem estar permitia-me descobrir a interação que se estabelecia entre o sentir do meu próprio corpo e o do paciente. Tornava-se necessária uma investigação para que eu compreende-se isso e evoluísse no meu trabalho terapêutico. Compreender o que meus pacientes viviam durante o tratamento nunca me parecerá o importante antes de começar a utilizar o “toque de relação” da Fasciaterapia. Pensava que a relação terapeuta-paciente era essencial, mas, mesmo tendo pressentido isso, não estabelecera uma relação consciente entre o cuidado físico e a vida interior. Ao aplicar a Fasciaterapia, já tinha me apercebido da transformação interna que se refletia na fisionomia do paciente ao termino do tratamento. Mas também, pelo menos no início, não tinha ainda estabelecido a correlação entre o estado interior do corpo e as modificações físicas produzidas pelo tratamento; isso porque não tinha pressentido conscientemente, antes do cuidado, o estado de mal estar que a pessoa trazia dentro de si.

Para mim, a dor era somente o resultado de um problema físico; quando a pessoa sofria psicologicamente, eu pensava: isso é um estado psicológico independente, em relação ao qual não me sentia qualificado a interferir. Mesmo tendo sentido sempre grande atração pela psicologia, o tema parecia-me incerto e desconhecido e além disso eu tinha minhas referências pessoais. Assim, o meu acompanhamento atento permitia-me ajudar meu paciente de uma maneira empírica. Muitas vezes perguntava-lhe como se sentia e o que sentia e tentava compreender a sua reação em face a doença, mas como diz Courraud: “Eu não compreendia que as dimensões: afetiva, emocional e cognitiva da pessoa têm uma real influencia na intensidade da percepção da dor.” (Courraud, 2007, p. 16) Com efeito, o objetivo na terapia deve ser o de aliviar o sofrimento qualquer que seja a sua origem, o que nem sempre é levado em conta pela medicina, particularmente nas dores associadas às perturbações mentais e psíquicas.

Nos anos 1990, tornei-me formador em Fasciaterapia e mais recentemente em Somatopsicopedagogia. O tornar-me também pratico-pesquisador, investigador, permitiu-me relativizar minhas dificuldades terapêuticas, em comparação com as dos meus alunos, notadamente aquelas que se apresentam na abordagem e na compreensão da interdependência das dores físicas e como o comportamento do mal estar psíquico do paciente. Isso levou-me através da prática a entender minhas próprias dificuldades e possibilitou-me orientá-los de forma mais eficiente no acompanhamento dos seus próprios pacientes. Esse tornou-se meu objetivo no papel de pratico-formador.

Então, minha qualidade de pratico-formador levou-me a um novo objetivo: estabelecer uma nova forma de compreender, não somente para mim mesmo, mas também para um grupo de alunos buscando informações. Isso me fez evoluir na minha postura de práctico-formador, e inclusive, gradativamente transformou-me em práctico-pesquisador.

Fiz-me então, esta pergunta: porque as pessoas que sofrem de um estado de mal estar, nem sempre tomam consciência disso e, muitas vezes, enxergam somente o problema físico, sem estabelecer uma relação entre as interações físicas e psíquicas. É claro para mim que um efeito de mal estar acompanha às vezes as perturbações físicas; é um tipo de somatização. Meus muitos anos de pratica indicaram-me a necessidade de conhecer e descobrir de uma forma mais precisa quais as interações entre os dois estados vão produzir um mal estar muitas vezes insuspeito, até mesmo desconhecido.

Fui, então, levado progressivamente, a estabelecer uma relação de contraste entre os estados de mal estar percebidos no início de uma sessão de Fasciaterapia e os estados de bem estar evidenciados depois do tratamento, na maioria dos meus pacientes: Eu queria entender este processo de mudança. Como terapeuta manual tinha poucas noções sobre a maneira de abordar a questão. Achava que isso seria melhor abordado nas terapias psicossomáticas ou psicanalíticas. Esta abordagem - via corporal - fora da Fasciaterapia não parecia ter, na verdade, sido alvo de um objeto de estudos específicos. Senti o desejo de me aprofundar nesse campo de estudo com a finalidade de intensificar minhas reflexões e meus conhecimentos.

Meu domínio de pesquisa e de pratica, a partir das leis do movimento e da vida interior corporal, não me tinha oferecido suficientes vias de compreensão. Era então necessário recomeçar os estudos, o que fiz inscrevendo-me nos anos 2000 em um curso universitário no campo da Psicopedagogia Perceptiva, curso esse que se torna mais concreto agora com o acréscimo do mestrado na Universidade Fernando Pessoa no Porto em Portugal. Reconheço que este trabalho universitário encaminhou-me progressivamente á análise, e a reorganização da minha maneira de pensar e a uma

nova escuta a partir de um enfoque diferente do próprio eu: unir o lado perceptivo e o lado cognitivo permitiu-me entender e acompanhar melhor a compreensão dos estados de mal estar durante minha relação de ajuda corporal manual.

Esta pesquisa, igualmente, permitir-me-ia entender melhor as dificuldades dos meus alunos frente à própria problemática no acompanhamento dos pacientes no quesito somato-psíquico, facilitando-me ajuda-los a melhorar a sua capacidade neste campo. Mas também havia o objetivo de entender melhor os meus pacientes e seus diferentes estados psíquicos, emocionais ou existenciais que acompanham as dores somáticas. Na realidade, o objetivo desta pesquisa era uma maior compreensão do problema existencial no qual se baseia a problemática do mal estar, havendo pois esta dupla orientação: tentar analisar os diferentes estados de mal estar somatizados e a maneira de proporcionar uma ajuda terapêutica para este paciente. Será que a experiência terapêutica contribui para uma maior eficiência na atitude do pesquisador principiante? O fato de tentar compreender a problemática do outro nos leva a entender a razão da nossa própria existência, seria que isso em mim induzi-me a tomar consciência da minha própria existência? Será que isso poderia surgir igualmente como um caminho terapêutico para mim mesmo? Gostaria de usar esta pergunta de Bois na introdução do seu livro “O Eu renovado” e torná-la minha, nesta pesquisa sobre o mal estar: “Será possível viver com uma maior proximidade consigo mesmo?” (Bois, 2006, p.17) Isto é, com a parte de si - mesmo ou do seu Ser não explorada e nem conhecida? Através desta pergunta existencial, desejo fazer não somente uma pesquisa filosófica, mas também uma busca científica no campo experimental do Sensível.

Meu objetivo profissional atual esta evoluindo, mesmo eu tendo continuado na pratica terapêutica individual; depois de 2003, tornei-me responsável pela formação profissional em fasciaterapia e somato-psicopedagogia, no Brasil. Parece-me importante teorizar esta abordagem do método a fim de enriquecer a percepção e a compreensão dos meus alunos no seu campo profissional. Tenho para mim, que existem duas categorias de alunos: aqueles que vêm para acrescentar novas competências terapêuticas na sua profissão a fim de se tornarem mais eficientes e aqueles que procuram uma formação pessoal e profissional com um total empenho; sua intenção é tornarem-se profissionais inteiramente dedicados aos pacientes e preocupados com o resultado desta dedicação.

Mas esta pesquisa dos impactos do nosso trabalho sobre o mal estar pode tornar-me apto a oferecer, também a meus alunos, não somente um olhar sobre esta experiência, mas uma abordagem mais pertinente dos diferentes estados de mal estar, de nossas possibilidades de ajuda neste domínio e espero novas orientações de trabalho nesta questão.

Acho também que esta nova contribuição poderá enriquecer o campo de aplicação da

fisioterapia. Realmente, os fisioterapeutas recebem a cada dia numerosos pacientes em estado de mal estar e embora as técnicas de abordagem de trabalho sejam diferentes, sempre é um enriquecimento ver como uma outra relação com o corpo ou uma outra abordagem manual pode levar a uma compreensão e a uma melhor administração deste estado na ação terapêutica. Com efeito, neste campo é importante desenvolver a relação humana que permite, através de uma técnica, a compreensão de alguma dificuldade de vida do paciente. Isso pode realizar-se a partir da explicitação da vivência do paciente durante a experiência do tratamento, para levá-lo a uma visão e a uma compreensão mais globais e mais tranquilizadoras do seu próprio estado.

Este trabalho de pesquisa me oferece uma oportunidade de adquirir maior compreensão no domínio profissional o que me tornara possível criar um modelo de trabalho partindo das informações novas obtidas com a pesquisa e também me permitir organizar um esboço para um futuro projeto. Com efeito, é interessante para mim, acompanhar o desenvolvimento do processo na descoberta das informações sobre o mal estar partindo de nossas ferramentas terapêuticas, particularmente da terapia manual, com a sintonização somato-psíquica, e analisar a riqueza da base de dados que certamente recolherei. Parece-me vantajoso, do meu ponto de vista pedagógico como prático-pesquisador, enriquecer a aprendizagem com modelos já utilizados em consultório. Chega o momento em que o prático deve aprender a teorizar a sua prática para utilizar e personalizar sua competência, principalmente num campo de observação tão vasto como o corpo humano e o conseqüente funcionamento do Ser humano. É isso que enfatiza D. Bois que, em certo momento, decidiu usar seu próprio corpo como laboratório: “Desde então a minha prática tornou-se meu campo de experiência e de observação. Dia por dia explorava o mais profundo do meu corpo. Conseqüentemente, a cada dia, surgia um Ser humano inteiro.” (Bois, Berger, 1990, p. 15)

1. 3. Pertinência social

Como responsável no Brasil por uma formação profissional de Fasciaterapia e Somatopsicopedagogia no quadro dos campos de aplicação à saúde e à educação à relação de ajuda nas ciências humanas, gostaria de participar do auxílio aos nossos estudantes para que se integrem melhor no mundo social. Com efeito, B. Honoré sublinha que a formação sendo um ato terapêutico, não deve limitar-se ao seu resultado, mas deve permitir que se abram outras possibilidades ao Ser humano: “A grande pergunta da formação é que permite vira tona sobre novas formas, possibilidades

sociais que denotam o horizonte de projeção de nosso poder-ser.” (Honoré, 1992, p. 141)

Nossa abordagem manual do corpo é uma originalidade que se pode integrar numa relação de ajuda manual e, logicamente, levar tanto o paciente como o terapeuta, a um novo olhar sobre a patologia ou sobre a relação de ambos com ela. Mas este trabalho representa também para mim uma ligação única entre a abordagem corporal própria à todos os somato-terapeutas, e o entendimento somato-psíquico do paciente durante de uma mesma prática profissional, o que, geralmente, não faz parte da formação dos terapeutas manuais.

Com esta pesquisa relacionada ao mal estar através de um trabalho somato-psíquico, espero contribuir para a identificação de algumas causas de mal estar no quadro das praticas do cuidar, como também espero propor condutas que venham a melhorar a vida do paciente. Por este estudo científico, esforço-me em ajudar pessoas que compreendam melhor o seu processo de funcionamento total, partindo da mediação corporal; isso pode tornar-se um cuidado global oferecido ao Ser humano.

Geralmente os fisioterapeutas e até agora os fasciaterapeutas, não eram suficientemente formados para levar em conta o lado somato-psíquico dos seus pacientes. Como terapeuta tenho constatado o aumento considerável de pacientes em sofrimento de mal estar enviados por médicos aos fisioterapeutas. Talvez seja neste setor que a Fasciaterapia poderá contribuir para formar fisioterapeutas mais completos, com maiores possibilidades para o cuidado e acompanhamento do paciente unindo os dois campos de aplicação: corporal e psíquico. Penso que, com efeito, esta maior competência do fasciaterapeuta é uma especificidade que proporcionará um entendimento mais global do Ser humano contribuindo isso na ampliação dos recursos disponíveis à saúde num mundo social que cada vez mais precisa de uma abordagem mais equilibrada, em face à permanência do estresse. O mal estar tornou-se um fenômeno social: isso importa em não descuidá-lo e induz nos a considerá-lo como um elemento freqüente no surgimento das perturbações somáticas ou psicossomáticas.

Segundo alguns trabalhos estudantis, como por exemplo, a investigação de 2007 da União Nacional das Sociedades Estudantes Mutualistas na França, (USEM) que revela que 31% dos alunos se sentiram deprimidos durante mais de duas semanas ao longo do ano, e 8,8% tiveram idéias de suicídio. O suicídio entre os 15/24 anos é a segunda causa de mortalidade indo depois dos acidentes rodoviários, na Universidade de Grenoble, 1/5 dos alunos diz não se sentir bem. Em 2005, a Mutual Estudantil MGEL fizera uma investigação sobre a saúde dos estudantes e notara que mais de um jovem entre três sofria de mal estar. Então, o mal estar entre os estudantes é uma certeza; é observado em todos os estudos dirigidos pelas sociedades mutualistas estudantis que se preocupam com a evolução deste mal estar.

Nos diferentes setores da vida profissional e pessoal, a tomada de consciência da relação entre o mal estar e o suicídio, especialmente na França, induzem, necessariamente, a por em evidência e a levar em conta o mal estar das pessoas doentes. O suicídio mata mais de 10.000 pessoas por ano em relação aos 4.500 mortos nos acidentes rodoviários. (Resultado oficial do ONISR, Organismo de Estatística dos acidentes rodoviários para o ano 2008) Além disso, há mais de 150.000 a 200.000 tentativas de suicídio por ano. Segundo o “Eurostat” e a OMS, a França ocupa o terceiro lugar na porcentagem de suicídios na União européia, o que vem a mostrar o grande número de setores afetados, além da urgência da tomada de consciência do assunto.

Na verdade, parece-me importante e urgente estudar esta problemática da sociedade e tentando ao mesmo tempo providenciar soluções, levando em conta a globalidade somática e psíquica do indivíduo; aparentemente, muitas camadas da sociedade são atingidas por este problema. Ajudar àqueles que sofrem de mal estar na nossa sociedade atual deve ser um de nossos principais objetivos.

1. 4. Pertinência científica

Na literatura esta noção de mal estar já foi estudada por diversos autores em relação às perturbações somáticas ou psicossomáticas, mas existem poucos estudos, fora da Fasciaterapia, que coloquem em evidência um estado de mal estar relacionado a uma falta de percepção do próprio corpo.

Muitas vezes, o que se evidencia nos meus próprios questionamentos no consultório, é que o mal estar sentido pelo paciente é de natureza puramente física ou psíquica. É difícil para ele admitir que o mal estar seja relacionado tanto a uma origem psíquica quanto a uma origem somática. Através deste estudo, gostaria de aprofundar meus conhecimentos sobre os papéis interativos de soma e psique.

Com efeito, na sua tese sobre as Ciências da Educação, Bois relata que é raro encontrar neste campo pesquisas relativas ao corpo. (Bois, 2007) Assim, no campo da psicologia, onde existe uma forte corrente para a volta ao corpo, apresenta-se uma tentativa de associação entre as perturbações psíquicas e somáticas, podendo-se constatar que esta pesquisa quase nunca é conduzida tendo a vista uma relação manual com o corpo, nem visando as percepções interiores e as corporais do paciente. Esta temática é abordada por Bois nas suas pesquisas sobre o Sensível. Nela ele evoca as

características da já referida relação do toque manual com o corpo, na sua tese na Universidade de Sevilha, (Espanha) “O corpo sensível e a transformação das representações no adulto,” (2007) ou nos seus livros “O Sensível e o movimento,” (2001) e “O eu renovado” (2009) que nós retomaremos para nosso estudo.

Então, através da práxis do Sensível existe um campo pouco explorado e o para qual gostaria de contribuir por intermédio de um trabalho de pesquisas científicas que poderão enriquecer nossa metodologia referente a uma postura tanto pedagógica como terapêutica.

Assim, como prático-pesquisador oriento minha pesquisa na pratica manual e espero provocar com a experiência, o surgimento de capacidades perceptivas do paciente numa situação na qual geralmente ele é pouco solicitado no sentido de determinar claramente suas sensações e estabelecer vínculos de reconhecimento dentro do quadro desta “experiência imediata”. Para esse fim, pretendo realizar uma análise fenomenológica e hermenêutica, de acordo com dados recolhidos entre três pacientes apresentando estados de mal estar.

Nesta pesquisa heurística, feita a partir de entrevistas realizadas com o auxílio de questionários, é importante estabelecer um paradigma compreensível do que a pessoa esta vivenciando na sua experiência cotidiana.

Conscientizei-me, no entanto, que neste processo de aprendizagem será necessário usar as condições particulares relacionadas à experiência do Sensível: elas fazem parte da fasciaterapia e da Somato-Psicopedagogia que Bois desenvolveu, como o toque de relação psico-tônico ou a sintonização somato-psíquica numa relação corporal extra cotidiana, incluindo isso, o principio do imediato.

1. 5. Pergunta de pesquisa

Esta pesquisa vai me permitir esclarecer como o trabalho corporal extra cotidiano em consultório, por exemplo, pode ter um impacto na esfera psíquica da pessoa, e assim, de compreender qual o tipo do toque torna mais eficiente nosso gesto. Desta forma serei levado a estudar também o papel da sintonização somato-psíquica no concernente ao paciente e ao papel da pedagogia do Sensível na gestão de um mal estar.

Disso nasceu minha pergunta de pesquisa que evolui à medida que prossegue: **“Quais são os impactos somato-psíquicos da Fasciaterapia nas pessoas que sofrem com a somatização em consequência de um mal estar?”**

Poderíamos, ainda, ampliar esta pergunta, enunciando este sub título: **“A via do corpo sensível na gestão do mal estar somato-psíquico.”**

1. 6. Objetivos da pesquisa

A partir da postura heurística que eu me fixei, é necessário ter um procedimento compreensivo das diferentes vivências: isso depois de ter feito uma análise muito precisa dos dados apresentados pelo paciente, no contexto de uma sintonização somato-psíquica em terapia manual. Mas também permitirá observar o impacto dessas informações no desenvolvimento perceptivo-cognitivo e até comportamental do paciente.

Em seguida, poderemos tentar organizar estes resultados dentro do objetivo pedagógico.

Poderíamos resumir os objetivos seguintes:

1. Definir a somatização.
2. Conhecer melhor as causas somáticas do mal estar, reveladas pela fasciaterapia.
3. Estudar as diferentes manifestações da somatização do mal estar no paciente.
4. Descobrir os impactos da sintonização somato-psíquica manual sobre a somatização e o mal estar da pessoa.

CAPÍTULO 2

QUADRO TEÓRICO

Este capítulo desenvolverá quatro temáticas que estão em ligação com o mal estar, as somatizações e seus cuidados manuais. O leitor encontrará uma discussão teórica relativa à problematização do lugar do corpo no estado de mal estar, a noção de corpo Sensível, algumas observações sobre a noção de mal estar e de somatização. Enfim, será proposta uma introdução a três terapias corporais, na qual uma parte importante é consagrada à Fasciaterapia e à Somatopsicopedagogia.

2. 1. Problematização do lugar do corpo no estado de mal estar

A tradição ocidental separa a alma do corpo. No correr dos séculos a visão do corpo evoluiu, tornou-se organismo para a medicina e tomou o *status* de corpo objeto. Com a Psicologia, a dimensão do corpo se elabora e se torna o instrumento das condutas humanas e o suporte da identidade. É nesse contexto que a consciência corporal toma o seu lugar. De seu lado, a Fenomenologia procura dar conta do “vivido” sem reduzir o corpo a ser somente um modo de espaço objetivo. Vemos, no ser humano, o corpo tomar diferentes perspectivas. Ele é simultaneamente objeto biológico e fisiológico, suporte identitário participando da descoberta de si, instrumento das condutas humanas e enfim lugar “de espaço a viver” e “de espaço a pensar” através do olhar da fenomenologia e do Sensível.

O encontro desses dois espaços convida a conceber a realidade do corpo e a realidade

psíquica como princípios motores da vida psicossomática, da vida inteira. Segundo as sensibilidades teóricas e experienciais, atribui-se a primazia ora ao corpo, ora ao psiquismo. Bois ultrapassa esta visão dualista para colocar o corpo e o espírito num plano de igualdade, promovendo uma ligação de reciprocidade simultânea entre ambos.

A temática de minha pesquisa me obriga a examinar o corpo sob o ângulo da psicopatologia que busca dar conta dos problemas do esquema corporal e dos estados de mal estar, convocando tanto o corpo quanto o espírito. O mal estar está na fronteira do fisiológico e do patológico. Eu não desejo abordá-lo sob o ângulo da psicopatologia pura, preferindo entrevistá-lo sob o ângulo do sentimento de existência que depende do estado moral e psíquico. As paixões da alma de Descartes oferecem o testemunho desta vida concreta e desta experiência íntima “cada um se sentindo em si mesmo” (Descartes, 1999, p. 37). Assim, prossegue Descartes: “a união da alma e do corpo da qual a paixão é um efeito, se traduz correlativamente pela ação da alma sobre o corpo” (Ibid., p. 19). De outro modo, Descartes mostra a influência recíproca entre o corpo e alma mesmo se ele preconiza o elo dominante da alma sobre o corpo. O que Descartes tenta defender como idéia é a dominância da vontade sobre o corpo, embora, ao mesmo tempo, admita a fraqueza da vontade sob o olhar das paixões. Descartes, a quem se atribui a visão contemporânea da dualidade corpo/espírito, se interroga sobre essa ligação de causalidade entre duas substâncias que são, porém distintas.

Maine de Biran, outro filósofo, sublinha a influência do espírito sobre o corpo abordando-o sob o ângulo do sentimento orgânico. Ele destaca uma “atividade sensitiva” dos órgãos que se exerce em nós “à cada modificação particular do estado físico e moral corresponde um sentimento de existência que o exprime” (Maine de Biran, 1995, p. 22). Maine de Biran nomeia esses sentimentos “afeições internas” e mais tarde “*coenesthéses*”, que ele descreve assim: “Elas se desenvolvem de maneira autônoma e passiva em cada órgão e dão lugar a sentimentos difusos, tanto de bem estar, calma, serenidade, confiança em nossas forças, quanto de ansiedade, de agitação confusa...” (Ibid. p. 22). Esta tonalidade afetiva do momento impregna a pessoa na sua totalidade física e psíquica e nenhuma intervenção da vontade pode influenciá-la. Hoje, o conceito de *coenesthésie* evoluiu e se orienta numa perspectiva mais fisiológica, que designa um estado de sensação vaga e geral transmitida ao *sensorium*, isto é, aos centros nervosos dos aferentes sensoriais.

Nós acabamos de introduzir as vivências do corpo sob o ângulo das paixões e do sentimento orgânico como alteração de um momento. Trata-se de um mal estar temporário e que não está necessariamente relacionado a eventos precisos. São as alterações ditas passivas na medida em que a expressão do mal estar é quase autônoma em relação ao sujeito e a seu contexto do momento.

Existe efetivamente um mal estar passivo, pontual, que aparece de repente e desaparece espontaneamente. Mas existe igualmente um estado de mal estar que pode assumir a forma crônica,

e na qual a pessoa não se reconhece mais ela mesma. Um estado que se instala progressivamente através de uma percepção negativa do estado corporal. Nesta perspectiva, o estado de saúde perceptivo está alterado. Há uma perda da faculdade sensível de bem viver no corpo, sendo este percebido como um corpo estranho ou um corpo sofredor. Esta constatação parece ir ao encontro da idéia de Lecorps: “A saúde é uma capacidade de viver uma vida possível. É um modo de presença a si mesmo e ao mundo, alegria e performance tanto quanto confrontação à dor e ao sofrimento” (Lecorps, 2004, p. 82). O que ocorre quando o modo de presença a si é deficiente? Não devemos ver na falta de relação a si uma fonte de mal estar?

Na literatura especializada no acompanhamento do Sensível as pessoas mencionam sua estratégia de distanciamento do corpo e testemunham uma alteração do sentimento de existência. Assim, F. Torres, uma estudante de mestrado em psicopedagogia perceptiva nos revela, sob a forma de relato de vida, sua dinâmica de mal estar relacionada a uma desconstrução identitária como mulher. A análise de seu itinerário lhe revela a associação de alterações psíquicas, físicas, temporais e relacionais consigo mesmo e com outros. Extraí do seu relato três passagens de sua tese que se intitula “Itinerário de uma reconstrução identitária em contato com a Psicopedagogia perceptiva”. Selecionei três passagens que descrevem a importância da relação ao corpo numa vivência de mal estar: “Eu não me sentia bem no meu corpo...” ou ainda “eu sentia meu peito como um vazio negro e profundo...” e enfim, “quando eu me tocava não sentia minha textura corporal” (Torres, 2010, p. 80-85). Após nos ter confiado à dinâmica de seu itinerário, minha colega de pesquisa escreveu: “O encontro com o corpo sensível surgiu como uma experiência única, particular. Na presença do entrelaçamento permanente entre o corpo e o Eu, o corpo surge como a ligação duma expressão do si profundo que influencia toda a aproximação à vida e à existência” (Ibid, p. 109). Em seguida, ela acrescenta para nos esclarecer ainda mais sobre sua experiência da subjetividade corporal sobre o modo do Sensível: “Esta subjetividade era dotada de um valor objetivo porque exprimia a maneira como o meu corpo reagia a um modo de relação comigo mesma”. (Ibid, p. 81

Essa constatação clínica orientou a escolha de minha pesquisa através de diversas questões: Qual é o lugar da ausência a si nos estados de mal estar? O retorno da presença a si teria uma influência sobre o mal estar? Que contam os pacientes sobre o processo de retorno a si e de sua influência sobre o mal estar?

A ausência da presença ao seu corpo participa à interação da faculdade sensível de ter e de ser um corpo que se traduz pela perda de um conjunto de funções perceptivas, cognitivas e comportamentais. Ocorre, às vezes, no relato da pessoa, a emergência de um sentimento de perda de integridade corporal. Trata-se de uma vivência verdadeira de perda da unidade do corpo: os limites são vagos e o revestimento corporal perde sua consistência. O corpo é então vivido com o

sentimento de um dilaceramento interior, participando do mal estar. Convém, ao me apoiar sobre minha coleta de dados obtidos junto a três pacientes, definir se este sentimento corporal de mal estar e de ausência a si se deve ao estado de mal estar ou se o mal estar se deve a esta ausência a si mesmo.

Eu almejo compreender como o sujeito é tocado na sua unidade somato-psíquica, referindo-me à constatação clínica que o mal estar toca também o soma e o psíquico. Um corpo desabilitado da consciência ativa da pessoa é sentido como um corpo triste. Este estado do corpo é concretizado por um humor ou um afeto que reenvia o sujeito a um sentimento de desprazer e de fadiga. Pode mesmo se seguir um desgosto do corpo com um forte ressentimento somático: digestão difícil, sono perturbado, sexualidade empobrecida... O corpo é vivido como tendo perdido toda capacidade de ser agradável. E o corpo se torna doloroso.

2. 2. A noção de corpo Sensível

Do latim, “*corpus*”, o “corpo” é hoje uma noção complexa para ser definida na medida em que pertence a um universo semântico polissêmico. Esta ambigüidade do corpo é referida a um grande número de modelos teóricos: modelo anatômico, fisiológico, psicológico, psicanalítico, fenomenológico... O estudo do corpo humano reenvia freqüentemente à física, à biologia, à metafísica, à espiritualidade e à moral.

Parece-me importante tratar o aspecto da consciência do corpo já que minha pesquisa visa estudar a relação que o sujeito estabelece com seu corpo numa situação de mal estar e de bem estar. Nesta perspectiva, a visão do corpo ultrapassa a visão habitual que designa o corpo como a parte material de um ser animado assegurando as funções necessárias à vida e a todo ser vivente. O que me interessa é abordar o corpo sob o ângulo da vivência tanto quanto sob o ângulo da experiência corporal; falar do corpo aqui é colocar em primeiro plano a singularidade de uma experiência nele vivida. Com efeito, o bem estar ou o mal estar, ambos são para a pessoa, antes de tudo, uma experiência de ser. É possível, como afirma Spinoza, fazer a experiência da tristeza ou do júbilo. Há a evidência de uma troca entre o psiquismo e o corpo que passa pela mediação experiencial de natureza existencial

De fato, sentir é sentir-se. É por isso que me proponho a explorar o universo do sentir que se inicia numa educação sensorial e é nesta linha de reflexão que se inscreve minha pesquisa. “Atrás dessa aposta há uma vontade de encontrar uma qualidade de presença à sua própria vida” (Bois,

Bourhis, 2010, p. 234).

Na literatura consagrada ao paradigma do Sensível, numerosas pessoas adoecidas testemunham o efeito de alívio do toque de relação proporcionado pela r, disciplina que se inscreve no *métier* do Sensível. Bois e Bourhis abordam a questão do corpo adoecido: “Os pacientes relatam que seu estado de tensão física dá lugar a um estado de relaxamento e a ansiedade a um estado de calma. O sentir-se do corpo contribui para cultivar o pensamento perceptivo (Bois, Bourhis, 2010, p. 234).

Outro aspecto do corpo que parece importante sublinhar é o do corpo gnósico. Quando a pessoa testemunha, em consciência, sua experiência corporal ou do “corpo da experiência”, (Ibid 2010, p. 234) ela é convidada a aprender dela, a tonalidade emanando da interioridade leva à consciência da pessoa informações internas que nutrem sua reflexão. No caso da representação o “sentir” se torna um lugar de ancoragem reflexiva. “A idéia é que deixando viver essa linguagem, feita de sensações e emoções encontradas no seio das situações corporais, o sujeito vai ter à sua disposição outras informações sobre ele mesmo e sua maneira de funcionar, informações... com as quais ele é confrontado” (Berger, 2009, p. 83). Nessa perspectiva, além de cuidar (no sentido de dirigir o cuidado) convém ensinar a pessoa a aprender de sua experiência corporal e aí está incluída aquela experiência que a coloca em um estado de mal estar. O mais comum, na sessão de fasciaterapia, é que o corpo que se percebe de um modo negativo ao início da sessão torna-se, ao longo dela, percebido de um modo positivo. Vê-se, então, que o cuidado orienta o paciente na direção de tomadas de consciência ancoradas nas vivências do corpo.” Formar, e mais ainda pesquisar, não consiste apenas e somente em fazer viver uma experiência, mas também e, sobretudo, em criar as condições para que a pessoa que fez a experiência se coloque a questão: O que aprendi desta experiência?” (Ibid, 2009, p. 89). Logo, a fasciaterapia trabalha sobre um corpo não só como representante de um espaço de vida, mas também como espaço de pensamento, de reflexão.

Um dos maiores interesses dos trabalhos de Bois, além da visão do corpo patológico e gnósico, é retirar o corpo da sua dimensão exclusivamente física para resituá-lo como “espaço a ser vivido” e como “espaço a pensar” no coração de uma existência encarnada que se dá no silencioso diálogo tissular. “Quando a mão do terapeuta segue o movimento tissular, é um verdadeiro diálogo que se estabelece entre o terapeuta e o Sensível do corpo, diálogo fundado sobre uma linguagem silenciosa (Bois, 2006, p. 71).

Esse fenômeno me convida a abordar a noção de corpo Sensível. A orientação neurofisiológica definiu classicamente a dimensão sensível do corpo, ou mais amplamente, da experiência humana, relativamente ao que é perceptível pelos cinco sentidos exteroceptivos e para os autores mais informados o sentido proprioceptivo é reconhecido hoje como participante, de maneira

crucial, da “constituição de si” (Roll, 1993, Berthoz, 1997; Damasio, 1999).

Para situar a natureza do Sensível que é colocada à experiência proposta ao paciente na fasciaterapia, referimo-nos às Bois e Berger: “Tomado como adjetivo o termo “sensível” designa então para nós, em primeiro lugar, uma certa característica do funcionamento corporal que lhe permite, via o movimento interno que anima sua matéria, de se fazer a caixa de reverberação de toda experiência do sujeito. Tomado como substantivo, -“o” Sensível - refere-se à própria modalidade perceptiva pela qual o sujeito pode ter acesso às mensagens entregues pelo seu corpo” (Berger, Bois, 2008, p. 97). Esta natureza da percepção ultrapassa o funcionamento conhecido dos órgãos sensoriais classicamente recenseados. Na experiência relatada na literatura especializada do paradigma do Sensível, o movimento interno tem um papel crucial na maneira pela qual a pessoa, através do seu corpo entra em relação com ela mesma. Para ter acesso a esta experiência corporal Bois propõe um modelo integrador da sensorialidade através do enriquecimento das condutas perceptivas que selecionam as informações sensoriais internas corporificadas. O conhecimento do corpo implica uma atividade sensorial treinada, já que segundo Bois “a percepção é treinável” sob certas condições pedagógicas e experienciais.

De fato, no modelo da modificabilidade perceptivo-cognitiva desenvolvido por Bois (2005), ele “coloca antes de tudo a ‘potencialidade perceptiva’ como suporte da transformação cognitiva e comportamental” (Bois, 2007, p. 72). Segundo ele, esta noção de potencialidade perceptiva necessita de uma atitude particular por parte do sujeito: aprender a perceber melhor do que ele o faz de maneira habitual, entrar em relação mais consciente com suas percepções e se abrir à uma percepção diferente dos seus cinco sentidos habituais. “Assim se abre um espaço de progresso perceptivo tornado possível pela aprendizagem, por um treinamento da atenção passando pela vivência repetida de situações ditas ‘extracotidianas’ da experiência cotidiana” (Ibid, p. 72). É, portanto, graças à relação ao corpo que o ato perceptivo extra cotidiano vai revelar os detalhes despercebidos ou informações sensoriais. No entanto, “ela não consiste numa simples contemplação de seus estados corporais. Ela convida a uma análise introspectiva muito ativa e demanda um esforço real da parte do praticante”. (Ibid, p. 73)

O desenvolvimento da vida sensorial determina, numa larga medida, a eclosão da consciência de si enriquecendo a percepção do Sensível. A percepção da vida somática sob o modo do Sensível amplia as experiências do corpo mais rico do conteúdo da vida. Quanto mais ampla se revela a percepção da fibra sensível do corpo, mais o sentimento de existência se dá sob a forma de tonalidades positivas. A consulta aos trabalhos de pesquisa do CERAP mostra que, neles, é frequentemente mencionado o que Bois denomina, na sua tese de doutorado “a espiral processual da relação com o Sensível” (Bois, 2007, Courraud 2007, Humpich, Lefloch 2008, 2009, Berger, 2009).

A modelização da vivência do Sensível ilustra sob a forma dessa espiral uma relação ao corpo que reenvia o sujeito a um sentimento corporal positivo. Com efeito, a espiral processual da relação ao Sensível descreve os conteúdos vividos como calor, sentimento de profundidade, sentimento de globalidade, sentimento de presença à si e um sentimento de existência. Numerosas pesquisas confirmam a descoberta de Bois através de enquetes realizadas com pessoas acompanhadas sob o modo do Sensível. (D. Laemmling-Cencig, 2007) (Lefloch Humpich, 2009) (Berger, 2009).

Parece que as experiências de calor, de profundidade e globalidade constituem a primeira etapa no processo de descoberta e de reconhecimento do Sensível. O último elemento da espiral processual, o sentimento de existência, reenvia à uma experiência de reconquista de si para a qual o corpo sensível traz uma contribuição essencial. Isto não é possível sem a disponibilidade da abertura perceptiva em relação ao Sensível. Notamos, e isso é importante, que cada conteúdo do vivido reenvia o sujeito a maneiras de ser: o calor confere confiança, a profundidade oferece uma força de implicação, a globalidade dá vida a um sentimento de solidez, o sentimento de existência dá acesso à singularidade e é acompanhado de um sentimento de autonomia.

As pesquisas atuais, realizadas no quadro do CERAP, permitem-nos desenhar os contornos experienciais de um estado de vivência do corpo em seu sentido positivo, isto é, de um estado de bem estar. Naturalmente, eu me pergunto se o estado de mal estar não seria uma alteração dos diferentes conteúdos de vivências relatados no estado de bem estar. Eu desejo orientar minha pesquisa sob o ângulo da espiral processual positiva ou negativa.

2. 3. Alguns parâmetros sobre a noção de mal estar e somatização

Esta parte está organizada em seis seções. Num primeiro momento farei um apanhado geral sobre o mal estar e suas diferentes causas. No segundo tratarei das somatizações. Veremos, em seguida, os pontos de vista de diferentes psicoterapias e a visão somato-psíquica. Para terminar trará uma visão do neurofisiologista A. Damasio.

2. 3. 1. Algumas observações sobre a noção de mal estar

Se observarmos ao nosso redor, nas diferentes camadas sociais, tomamos consciência de que o mal estar é onipresente, manifestando-se de uma maneira consciente ou inconsciente. É um mal que invade a vida das pessoas que provém de numerosas origens e que pode ter inúmeras causas. Na linguagem corrente, o mal estar é um estado que se opõe a um estado de bem estar.

Apesar de numerosos trabalhos terem tentado estudar o estado de mal estar é difícil traçar-lhe os contornos. Trata-se de um estado mal repertoriado ao nível médico e que é frequentemente assimilado à expressão da associação de manifestações de pequenas desordens físicas, psíquicas e emocionais.

Se nos referirmos às teorias dos séculos precedentes, o mal estar se exprime então sob outros nomes: segundo Y. Ranty (1994) no século XVIII encontramos a teoria dos vapores. Posteriormente aparece a teoria dos humores, com P. Pomme em 1763. Um pouco mais tarde, já no século XIX, com a vinda do romantismo, encontramos o mal estar descrito sob o nome de nostalgia, melancolia, e a sua descrição se aproxima de uma forma de mal estar descrita atualmente. Maine de Biran falava também de uma espécie de langor e de melancolia, como adverte Bégout (1995, p. 24). A partir dos anos de 1880 aparecem, com o americano Beard, os termos astenia e neurastenia. Mais contemporaneamente surgem as teorias da histeria com Charcot e de hipocondria, que precedem a noção de neurose cara à S. Freud.

A noção de mal estar é recente e é difícil encontrar as origens do emprego dessa palavra. Hoje, o estado de mal estar significa literalmente *sofrer no seu ser, sentir-se mal na sua pele, estar em sofrimento no seu corpo*, na sua vida ou nos seus comportamentos. A noção de sofrimento é evocada, porém ela permanece vaga e subjetiva e não dá acesso à natureza da experiência vivida no mal estar, como afirma Michel Legrand em “*Souci et soin de soi*” (“Preocupação e cuidado de si”) a propósito da palavra sofrimento “se ela tem um poder significativo, é conceitualmente vaga” (Legrand, 2002, p. 112). É então um sofrimento humano com todas as suas possibilidades.

Segundo a literatura, as causas psíquicas do mal-estar são numerosas e podem ser de origem familiar, profissional, social, cultural, religiosa, hereditária e existencial. Sob um outro registro o estado de mal estar pode ser gerado pelo estresse, pela tristeza e pelas atitudes face aos testes difíceis da vida. Nós podemos igualmente considerar como estado de mal estar os quadros de depressão, ansiedade, angústia, abatimento psíquico e de “*burnout*”.

Assim, como vemos, o mal estar pode tomar a forma de pequenas desordens na vida cotidiana ou de desordens mais graves, chegando ao “*burnout*”, à depressão severa. É o que sublinha J. Languirand, no seu livro : “*Vaincre le burnout*”(“Vencer o burnout”), que se propõe a representar o mal estar segundo três estágios crescentes: “Os estados de mal estar da vida corrente, o burnout

propriamente dito, e os estados mais graves como a depressão e a somatização grave” (Languirand, 2002, p. 22). Para ele, a noção de *burnout* exprime um estado de mal estar agudo no campo profissional, no qual nós conhecemos bem os sintomas e a causa: “é uma forma mais aguda de mal estar que encontramos entre aqueles que preenchem uma função de enquadramento na sociedade ou que desempenham um papel de intervenção...” (Languirand, 2002, p. 68).

Numa outra perspectiva, S. Freud coloca em primeiro plano a dinâmica da ansiedade: “A ansiedade está sempre presente, num lugar ou noutro implícita em todo sintoma; se em certas ocasiões ela acaba se impondo com força na totalidade da consciência, outras vezes ela está totalmente oculta, a tal ponto que somos obrigados a falar de uma ansiedade inconsciente...Em consequência, é muito provável que o sentimento de culpabilidade produzido pela civilização seja também percebido como tal, que ele permaneça em grande parte inconsciente, ou apareça como uma espécie de mal estar, uma insatisfação, pela qual as pessoas buscam outras motivações “ (Freud, 2006, p. 138). Nessa passagem, Freud faz a relação entre um estado de mal estar ligado à ansiedade consciente ou inconsciente do indivíduo e um sentimento de culpabilidade inconsciente provocado pela civilização. Ele insiste também sobre o fato de que atrás de todo o sintoma existe sempre uma forma de ansiedade, isto é, uma causa em relação com o psiquismo.

Minha pesquisa não se inscreve na dinâmica precedente, o que me interessa é a manifestação somática do mal estar sob o olhar do Sensível. Na seção anterior abordei o estado de mal estar corporal passivo transitório e o estado de mal estar crônico conectado com a alteração de relação a si e ao próprio corpo. Como afirma Languirand, uma vez realizado o diagnóstico, estabelecida a causa, resta um mal singular que pode tomar formas interiores diversas e mais frequentemente invisíveis ao outro: “É mais simples com efeito ver a causa dos estados de mal estar no exterior do que no interior – sobretudo no interior de si” (Languirand, 2002, p. 27).

Portanto, a noção de interioridade apresentada por esse autor parece-me não corresponder à interioridade entrevista no paradigma do Sensível. Para colocar de um modo pertinente o valor da inovação que representa o termo interioridade, no paradigma do Sensível, devemos abordar o primeiro pilar da interioridade, respondendo à questão seguinte: O que emerge quando o sujeito se volta para sua interioridade, para “dentro de si mesmo”? De maneira habitual, a interioridade é percebida como o espaço interno de um envelope, mas ela pode igualmente significar o universo do pensamento, da emoção, da reflexão privada. A interioridade do Sensível convida à penetrar em si mesmo, aonde a pessoa encontra um lugar de subjetividade corporal intensa e de onde descobre-se a presença de um movimento interno inscrito na profundidade do corpo. Logo, a interioridade é sinônimo de profundidade, é a partir desse lugar que se revela todo um universo de tonalidades e nuances que tomarão tanto a forma de sensações quanto a forma de significativas informações

internas. É no coração dessa interioridade que a pessoa faz a experiência da sua singularidade, da sua intimidade encarnada. É o vivente em si. Para ilustrar essa proposição veja-se o exemplo do testemunho de uma pessoa que sofre de mal estar: “Eu via a vida fora de mim, em torno de mim, mas jamais em mim” (Bois, 2007, p. 182). A experiência positiva do corpo não é somente a experiência vivida: além do que ela sente, entrega-se igualmente seu sentido profundo, o valor que ela pode ter para a pessoa que a vive. Nessa perspectiva, e pelo contrário, é possível perguntar-se o que vive uma pessoa no seu interior quando o estado de mal estar se instala. O que se passa no seu interior? Ou mais precisamente como a pessoa vive a experiência do mal estar? O que me importa aqui é dirigir meu olhar sobre a experiência de mal estar do corpo que se dá sob a forma de somatização. D. Bois menciona problemas ainda não revelados nos seguintes termos: “Ainda uma vez, qualquer que seja a origem do mal estar, o problema central permanece o mesmo: a pessoa sofre de uma distância entre ela e seu corpo, ela vive um sentimento de estranhamento em relação a si mesma” (Bois, 2006, p. 211).

2. 3. 2. As diferentes representações da somatização

Para Dantzer, o fenômeno psicossomático deve ser compreendido de um modo qualitativo, como uma combinação de interações entre o psiquismo e o corpo (Dantzer, *L'illusion psychosomatique* Ed. Jacob, 1989) (Dantzer, A ilusão psicossomática, Ed. Jacob, 1989). Existe uma interdependência entre as funções do corpo e aquelas do espírito na medida em que a atividade de troca é constante. Muitos autores e notadamente aqueles que tem uma sensibilidade teórica analítica pensam que a somatização vem se colocar no lugar de um imaginário enfraquecido ou ausente, (Sami-Ali, *Penser le somatique, imaginaire et pathologique*, 1987) (Sami-Ali, Pensar o somático, o imaginário e patológico, 1987) ou ainda toma o corpo como representante de objetos psíquicos, nos quais a somatização compensa as carências de simbolização (Mac Dougall, 1989, *Théâtre du Je*, Gallimard) (J. MacDOugall, 1989, Teatro do Eu, Gallimard). No campo conceitual da Psicanálise, a noção de imagem do corpo se desenvolveu a partir dos trabalhos de Freud. É fato que Freud, e seus comentaristas estão a par disso, no princípio de seus trabalhos não excluía de sua reflexão os dados corporais em ligação com a constituição do psiquismo. Em continuidade, nos afirma E. Berger: “a teoria freudiana se instalando num quadro de uma realidade puramente psíquica e o meio terapêutico se limitando ao verbo, o corpo tornou-se o suporte fantasmático de uma linguagem imaginária.” (Berger, 2009, p. 99). Como veremos, W. Reich contesta esta teoria e introduz a dimensão corporal falando “da ancoragem fisiológica de uma experiência psíquica” (Reich, citado por Lemaître, 1975)

Para Reich as atitudes corporais estão ligadas às tensões musculares (a couraça).

Reencontramos no mal estar os sinais sub-clínicos que se manifestam durante uma escuta manual profunda e que traduzem um conjunto de manifestações somáticas. Segundo a posição dos fenomenólogos, o corpo é o instrumento geral da compreensão sobre a base de uma percepção de si e de uma consciência de si que propõe um corpo ator do processo patológico encenado na interioridade.

Segundo Damasio, diversas etapas do funcionamento cerebral são necessárias para tornar conscientes as mensagens orgânicas a partir das quais o homem desenvolve sua consciência dos “estados do corpo” (Damasio, 1999, p. 285). Para ele os “estados do corpo” dão conta tanto de interações do organismo com seu meio ambiente, quanto das modificações que afetam o interior do organismo constituindo uma tela de fundo experiencial. Existem sempre, segundo Damasio, as “percepções de fundo” que são simultaneamente percebidas e sentidas como um “sentimento de fundo”. Como observa Damasio, “as percepções de fundo fornecem um indicie confiável de parâmetros instantâneos do estado interno do organismo. (Damasio, 1999, p. 284).

Gendlin, fundador do *focusing*, trabalha sobre esta dimensão orgânica e fala “do sentido percebido corporalmente” traduzido por “sentido corporal” e que se torna “sentido experiencial” (B. Lambloy, 2003, p. 188). Assim, “o organismo ‘se sente’ ele mesmo, há um certo feeling de si mesmo” (Ibid, p. 189).

Bois coloca o lugar do Sensível acima da “percepção de fundo” e milita por uma dimensão carnal da subjetividade que se dá na relação ativa específica, convocando uma presença do sujeito a si mesmo e à sua interioridade. Esse modo de relacionar-se traduz uma atitude de implicação entre aquele que percebe e o fenômeno percebido. Encontramos uma expressão que afeta a passagem de um estado orgânico na direção de outro estado orgânico vivido, sentido, provado e conscientizado. A pessoa que desenvolve a percepção do Sensível testemunha as mudanças de estado de natureza física e psíquica segundo o grau de presença que instaura com ela mesma e com seu corpo. Finalmente, o termo Sensível aponta na direção de uma forte perspectiva existencial e, por trás dela, de uma vontade de (re)encontrar uma qualidade de presença à sua própria vida.

É sobre esta tela de fundo perceptivo que vamos abordar agora as diferentes representações de somatização reconhecidas pela ciência médica. Classicamente, do ponto de vista da medicina, a somatização é considerada como a tradução física de um conflito psíquico. O conceito de somatização é complexo e se descortina sob três visões: psicossomática, somatoforme e somatopsíquica. Para concluir esta sessão nós apresentaremos a visão de Damasio.

2. 3. 3. A visão psicossomática

De uma maneira intuitiva, nós sabemos que os estados emocionais e psíquicos repercutem sobre o funcionamento do nosso corpo dando lugar a problemas diversos. Os termos psicossomático e somato-psíquico aparecem no começo do século XIX sob o impulso de Heinroth nos anos de 1820. Ele se interrogava sobre as interações entre o corpo e o psiquismo e considerava que as desordens corporais tinham uma influencia sobre o psiquismo. Mais tarde é que a noção psicossomática ganha forma e se orienta pelo primado do psiquismo sobre o corpo, ou seja, as desordens corporais têm como causa uma desordem psíquica e emocional. A idéia central do adoecimento psicossomático repousa sobre uma patologia da vida vegetativa, acompanhada, ou não, de lesões corporais. Freud oferece uma nova orientação ao adoecimento psicossomático incluindo, na sua reflexão, a ancoragem corporal da pulsão presente na primeira infância.

Encontramos uma expressão somática das emoções. O medo, a angústia, a ansiedade podem se exprimir numa versão psíquica ou somática e segundo localizações diferentes em função das pessoas, como se as emoções, sem poderem ser tratadas pelo psiquismo (elaboração do conflito) desaguassem no corpo criando de um só golpe uma somatização.

Se retornarmos no tempo, descobrimos que foi Hipócrates, o primeiro psicossomático da história, pois: “Ele foi o primeiro a se dar conta da vida afetiva no determinismo das doenças somáticas” (Ranty, 1994, p. 19). Vemos que, desde a antiguidade, certos pesquisadores como Hipócrates levavam já em conta a vida afetiva nas expressões somáticas da doença.

O psicanalista Stora realizou uma aproximação entre os modelos de Freud e de Marty, antigo diretor da sociedade psicanalítica de Paris. Para ele as afecções somáticas repousam sobre a relação entre as excitações e a mentalização da pessoa: “Quando a mentalização é boa e que as excitações instintivas e pulsionais são de importância média, assistimos à emergência de afecções somáticas, a maior parte delas reversíveis... asma, eczemas, gastrites, úlceras, raquialgias, cefalalgias, enxaquecas. Quando as excitações são importantes e se acumulam nos sujeitos nos quais a mentalização é má, assistimos à emergência de afecções somáticas evolutivas e graves: doenças cardiovasculares, doenças auto-imunes, câncer, toda doença que coloca em risco o prognóstico de vida” (Stora, 1999, p. 57). Há, portanto, para eles, uma evolução das somatizações reversíveis para as somatizações mais graves. Em seguida, aparece o termo “excitação”, que deve ser entendido, nesta terminologia empregada por Freud e retomada por P. Marty, como o processo pelo qual as excitações internas ou externas são ligadas as representações mentais e são absorvidas com o tempo nas camadas estratificadas do inconsciente. Logo, nós podemos entender que o sujeito, que tem uma fraca possibilidade de mentalização, isto é, segundo a concepção psicanalítica, uma fraca

possibilidade de simbolização e objetivação, vai descompensar seu corpo e somatizar numerosos sintomas. Os fatores causais, para Ranty, dependem também do nível mental da pessoa: “O processo de somatização aparece quando o sujeito não é capaz de tratar mentalmente as contradições que pesam sobre ele” (Ranty, 1994, p. 48).

Os sintomas da somatização são inumeráveis, mas pode-se dizer que quanto mais houver sintomas associados mais provável é a origem psicológica, segundo autores como Ranty (1994), Cathébras (2006) ou Machemy (2005). Certas associações, em particular, são características de uma origem exclusivamente psicológica. Esses sintomas aparecem frequentemente após um traumatismo mínimo, por exemplo, nas patologias que correspondem a todo um hemídeo corporal, associando dores dos membros, problemas sensitivos, hemicrania, mas também problemas visuais e auditivos unilaterais.

Numa outra terminologia empregada na visão psicossomática fala-se de problemas de conversão. Eis o que significa um problema de conversão: “A conversão consistirá na transposição de um conflito psíquico e numa tentativa de resolução dele nos sintomas somáticos motores (paralisia, por exemplo) ou sensitivos (anestésias ou dores localizadas, por exemplo). (Ranty, 1994, p. 44). O que lhe permite dizer que: “... a somatização é também um mecanismo de defesa do Eu que não quer que apareça à consciência esse problema psíquico” (Ibid, p. 290). Assim, o corpo vai manifestar somatizações duráveis em diferentes planos, musculares, nervosos, neuro-vegetativos. Deve-se assinalar que a histeria faz parte dessas manifestações, o que descrevia Charcot à época de Freud. O que faz, de novo, Ranty afirmar: “A somatização é então um mecanismo de defesa que pela denegação ou a negação, impede os pensamentos interditos de emergirem à consciência.” (Ranty, 1994, p. 275). Como se vê, para a orientação psicossomática, é o psiquismo que se exprime através dos diferentes mecanismos no corpo, esse corpo, elemento objetivo, é o revelador de todo um processo que traduz uma importante reatividade emocional.

De fato, existiriam dois tipos de somatização: “A somatização ativa, na qual o paciente é uma espécie de militante que faz campanha contra o processo de somatização... a somatização passiva, na qual o paciente não tem força para lutar e está resignado.” (Ranty, 1994, p. 276-277). Assim, a dinâmica da somatização seria diferente segundo a identidade de cada paciente, porque para o psicoterapeuta: “O psiquismo sempre se exprimiu pelo corpo e através dele desde que o homem existe” (Ibid, p. 292). Essa é uma verdade no mundo da psicoterapia onde o conceito de predominância do psiquismo sobre o corpo vai de encontro à noção da unidade corpo/psiquismo. Entretanto, mesmo se para o psicoterapeuta o psiquismo é predominante sobre o corpo, ele não deixa de considerar certa interdependência do psiquismo e do soma. “A somatização pode ser o resultado de uma angústia, de uma conversão ou de uma desorganização psicossomática... Nós sabemos enfim

que o ser humano não tem um corpo e um espírito, que ele é todo um ser psicossomático” (Ibid, p. 251).

Assim, para os pacientes que não tem uma possibilidade de elaboração mental, existe uma ordem de evolução das somatizações, cara à Marty e à Escola de Paris, que se manifesta na seguinte ordem: “Os problemas psíquico-afetivos permanentes ou repetidos – desorganização mental – depressão essencial – angústia difusa – desorganização somática – emergência de uma doença grave.” (Ibid, p. 257). Tal parece ser o processo de construção da doença na visão psicanalítica e psicossomática. Poderíamos nos perguntar em que estado começa o mal estar nesse contexto? Serviria ele de suporte a todo esse processo? Ou, ainda, seria o resultado desta evolução?

Poderíamos também nos perguntar se é influencia dos fatores psicológicos sobre os problemas funcionais, de um lado, e sobre as doenças orgânicas de outro: “A diferença entre uma somatização lesional e uma doença orgânica se situa na preponderância de fatores psíquicos... Podemos dizer que toda doença, quer seja funcional ou lesional, pode ser uma somatização...” (Ranty, 1994, p. 76). Parece então evidente, para a orientação psicossomática, que a influencia dos fatores psicológicos preponderantes faça a diferença entre os problemas funcionais de somatização e a doença orgânica.

Nessa abordagem é igualmente interessante não esquecer o seguinte fenômeno: “as oscilações entre a emergência da somatização e o desaparecimento de um sintoma psíquico ou a aparição de um sintoma psíquico e o desaparecimento da somatização” (Ibid, p. 259). O que coloca em evidência, como vemos nesse ponto, uma relação de interdependência entre o corpo e o psiquismo, mas isso não demonstra verdadeiramente a unidade real entre o corpo e o psiquismo sem predominância, mas um jogo permanente entre os dois sistemas somático e psíquico. Não esqueçamos a visão do corpo, em psicanálise, frequentemente relegada a um produto do imaginário e sublinha Berger: “A característica da abordagem psicanalítica do corpo, rompendo com o ponto de vista do biólogo, é de examinar esse corpo como um fantasma produzido pelo imaginário e significado por uma linguagem” (Berger, 2009, p. 106). Como vemos nesta pesquisa, em Psicanálise, as somatizações parecem realmente uma expressão da doença psicossomática, o que difere um pouco da reflexão recente de D. Anzieu sobre a doença psicossomática “que seria uma patologia da ordem da vivência do corpo” (André, Benavidès, Giromini, 2004, p. 147). Com esses autores nós podemos alcançar uma nova compreensão da relação corpo/psiquismo que poderia nos ajudar a explicar de um modo diferente as origens do mal estar.

2.3.4. A visão somatoforme

No que concerne aos problemas somatoformes a dinâmica da causalidade é diferente. Em geral, para a psiquiatria a somatização é uma doença psíquica caracterizada por múltiplos sintomas somáticos que são medicamente inexplicáveis. As queixas afetam a maior parte dos sistemas e parecem exageradas. Existem, também, segundo P. Cathébras (2006) P. A Fauchère (2007), problemas somatoformes que designam a presença de sintomas físicos podendo evocar uma afecção médica, mas que não podem ser explicados nem por uma afecção médica geral, nem por um outro problema mental.

Na classificação internacional das doenças (CIM), a manifestação somatoforme é um problema mental na categoria dos problemas neuróticos, problemas que são frequentemente ligados a fatores de estresse. Essas manifestações podem estar na origem de um grande sofrimento e podem de modo recorrente chegar até a uma intervenção cirúrgica.

A esse ponto da discussão, é possível fazer a diferença entre as somatizações, problemas que se manifestam por uma expressão corporal de origem física ou psico-emocional, e os problemas somatoformes, ligados a um problema mental não conhecido e que podem igualmente manifestar-se por somatizações ou por um mal estar mais ou menos profundo.

2.3.5. A visão somatopsíquica

Ao inverso da visão psicossomática, Bois defende a unidade corpo/espírito. Ele se distingue da Psicologia e da Psicanálise que abordam as somatizações sob o ângulo das doenças psicossomáticas tendo sua única fonte no psiquismo. “Trata-se então de permitir à uma pessoa de restabelecer o diálogo entre seu psiquismo e seu corpo” (Bois, 2007, p. 77). Ele rompeu com a idéia segundo a qual a reação psíquica é necessariamente a primeira. Desejoso de aprofundar e de colocar em prática esse ponto de vista ele criou em 2000 uma disciplina de acompanhamento da pessoa: a somato-psicopedagogia. Para sublinhar a simultaneidade entre a reação somática e a reação psíquica, Bois preferiu colocar o prefixo ‘somato’ em primeiro lugar na expressão somato-psicopedagogia. Geralmente, diz ele “nós nos precipitamos no “psi,” pensando que o problema encontra sua origem no mental. Raramente pensamos espontaneamente que tal estado possa ser proveniente de uma relação perdida com seu próprio corpo” (Bois, 2006, p. 24-25). É sobre esta base de relação ao corpo que se apóia o acompanhamento das pessoas que sofrem de mal estar, uma visão que não exclui as

diferentes origens do mal estar colocando em relevo, por vezes, eventos esquecidos ou eventos recentes não assimilados. O corpo está no coração do processo de investigação da somatopsicopedagogia porque é embebido de tonalidades adormecidas que geram imobilidades internas, uma relação insensível à si, zonas excluídas da consciência. Nesta perspectiva, os sentidos corporais são constantemente reativados e a escolha terapêutica é de chegar a pesquisar diretamente a matéria corporal, o sentimento corporal que desapareceu na ocasião do evento responsável pelo mal estar. A desaparecimento do sentimento corporal provoca um processo de dessensorialização que altera a presença a Si, fenômeno que nós nos propomos agora a desenvolver.

Para Bois, a somatização é um sintoma físico de expressão de um mal estar: “A palavra somatização tornou-se hoje uma noção na qual tudo cabe, e atrás da qual se escondem, com efeito, sintomas físicos que exprimem um mal-estar global” (Ibid, p. 231).

Ele descreve assim esses sintomas que constituem a base do sofrimento nas somatizações: “Em certos casos esses sintomas se resumem às desordens que envenenam a vida sem ser suficientemente graves para justificar uma consulta médica... Mais incômoda é uma perturbação global do sistema neuro-vegetativo..., outro desconforto massivo que ela provoca é constituir um terreno predileto para a instalação de crises de angústia preocupantes. Qualquer que seja o contexto no qual apareçam os sintomas, trata-se em todos os casos de uma linguagem clara do corpo que exprime as desordens invisíveis das quais se sofre realmente.” (Ibid, p. 231-232) O sofrimento do corpo, como se vê, está em relação com a expressão de desordens invisíveis que o atingem no curso de sua vida. A somatização pode se exprimir de maneiras diferentes, e podemos perceber que existe uma ligação com as consequências psicológicas que acarreta, como a ansiedade ou a angústia, e que o corpo do paciente pede para exprimir, provocando também um sofrimento real emergente de diferentes áreas do corpo e do espírito: “Assim, quando tocamos um corpo, não tocamos apenas somente um organismo, mas uma pessoa na sua totalidade” (Ibid, p. 72). E ele acrescenta, indo além: “Porque atrás de uma dor, não nos esqueçamos jamais, há uma pessoa que sofre...O somatopsicopedagogo, se ele é um especialista na dor do corpo não negligencia os aspectos psicológicos nem os problemas de humor que muito frequentemente acompanham a dor” (Ibid, p. 170). A dor do corpo é também e recorrentemente ligada a um sofrimento do indivíduo, reconhecido ou não, e pode igualmente provocar estados de mal estar que são a origem de sofrimentos psíquicos despercebidos. Nós veremos que através da via de ressonância de um choque, toda patologia é uma expressão final de um longo e silencioso processo que pode evoluir totalmente fora do campo de consciência da pessoa, mas que pode também provocar um estado de mal estar totalmente despercebido evoluindo ele também silenciosamente, deixando o ser profundo num estado de desamparo incompreensível.

De outro lado, assim que a pessoa prova um real sofrimento físico, seu corpo tem a

possibilidade de elaborar uma estratégia de não sofrimento. Ao traumatismo físico ou psíquico que toca a pessoa, o corpo vai opor um sistema de esquecimento que vai permitir rejeitar este sofrimento; ao mesmo tempo que o corpo o memoriza vai esquecê-lo: “O corpo em realidade não se desfaz do traumatismo, ele o coloca numa espécie de câmara fria no interior de si, em compartimentos fora de acesso. Certas partes do corpo se deixam também imobilizar, apagar, para escamotear o sofrimento ligado ao traumatismo.. Como se uma distância de defesa, de evitação fosse instalada entre ela e o próprio corpo, entre ela e as emoções” (Ibid, p.59). Pode-se compreender assim a necessidade, frequentemente inconsciente da pessoa, de ignorar seu corpo. Para não senti-lo, ela se insensibiliza. Mas este estado de insensibilidade e de contenção diante do sofrimento fica na memória do corpo como uma tonalidade adormecida: “O corpo é assim embebido de tonalidades adormecidas, prontas a serem reativadas num encontro terapêutico.” (ibid, p. 58). E como bem sublinha Freud e confirma Bois: “... esse traumatismo bloqueado é gerador de sintomas e de esquemas comportamentais” (Ibid, p. 62). Perdendo a relação ao corpo, a pessoa então se insensibiliza como uma estratégia inconsciente de não sofrimento aparente: “como se o corpo fosse constituído de estratos, dos quais alguns deles aparecem fossilizados, gélidos, anestesiados.” (Bois, 2008, p. 52). Mas esta memória profunda do corpo pode gerar estados de mal estar ainda mais difíceis na medida em que a pessoa não os compreende, pois que ela não os percebe: “Instala-se então uma degradação subreptícia, que a pessoa não avalia em toda sua amplitude. Uma degradação... que se exprime também sob a forma do que já chamei, anteriormente, de “sintomas não revelados” que estão bem presentes no corpo, mas não necessariamente à consciência do indivíduo” (Ibid., p. 204). O corpo não pode reagir nem manifestar sinais correspondentes porque ele está insensibilizado, os sintomas não são levados em conta, o que faz Berger afirmar: “A urgência é então criar condições para que o indivíduo exista, se sinta existindo e se exprima através do seu corpo, que ele redescobre (ou descobre) pois ele tem um corpo, e esse corpo é também ele.” (Berger, 2004, p. 93)

Bois descreve igualmente outras causas que se referem mais à relação ao Sensível e que atingem mais ou menos cada ser humano, por que elas estão em relação com o conteúdo de suas experiências de vida: “Eu destaco em primeiro lugar a pobreza perceptiva encontrada frequentemente entre meus pacientes. Eu constatava também geralmente a distância existente entre a pessoa e seu corpo, entre ela e a vida interna do seu corpo. Mas eu não suspeitava, à época, que este estudo me levaria a interrogar, não somente a qualidade da pessoa a ela mesma, mas também sua relação à ação, suas modalidades de percepção do mundo que a cerca e finalmente sua maneira de aprender do que ela vive” (Bois, 2006, p. 178). Esta ausência ou falta de percepção, segundo ele, não está ligada a uma deficiência do órgão perceptivo: “Aprendizagem perceptivo mostra que não é uma deficiência do órgão sensível, mas muito mais a uma ausência da capacidade de mobilizar a atenção

para a natureza profunda de ser que anima a interioridade.” (ibid., p. 43).

Assim, podemos notar que a pessoa não está acostumada a mobilizar sua atenção perceptiva, a perceber seus estados interiores: “No entanto, eu tomava consciência de que certos pacientes não tinham acesso à tonalidade de fundo corporal liberada pelo toque de relação. Eles pareciam estar tomados de uma forma de cegueira perceptiva face a esta natureza da interioridade” (Bois, 2008, p. 53). Todos os efeitos vividos não são levados em conta, a pessoa perdeu o hábito de perceber, seu sentido perceptivo está inativo por falta de solitação. Ela não é mais capaz de provar uma sensação correspondente, um efeito que lhe permitiria compreender o que se passa no seu corpo e que despertaria um interesse ao que ela vive. Ela perdeu a relação com a experiência e principalmente ao vivido da experiência; ela não é mais capaz de perceber sua vida, nem de aprender da sua vida: “Aprender da sua vida começa por aprender a provar suas experiências” (Bois, 2006, p. 136). Ou ainda: “O que eu aprendo da vivência corporal que eu estou a fim de viver” (Bois, 2006, p. 77). É necessário aprender a perceber o que vivemos, para interromper essa pobreza perceptiva que pode ser a origem de um mal estar. É então importante abordar nesse contexto a noção de distância a si.

“Qual é o fenômeno que impede algumas pessoas de encontrar sua interioridade? Quais são as situações que distanciam a pessoa de si mesma?” (Bois, 2008, p. 53). Assim, mal estar e bem estar poderiam ser a consequência de uma maneira de ser à si ou de entrar em relação consigo. Os fenomenólogos desenvolvem esta noção de entrar em relação com seu ser. O mal estar pode resultar de uma ausência à si ou ao seu corpo, ou a partes de si, seja pela falta de sentir, seja pela falta de atenção ou pela falta de exploração de si ou de zonas não conhecidas de si. Tudo aquilo que influencia nossa maneira de ser, ser a si ou de ser ao mundo. Bois sublinha esta distancia que começa entre o corpo e a pessoa: “A pessoa sofre de uma distância entre ela e seu corpo, ela vive um sentimento de ser um estranho em relação a ela mesma” (Bois, 2006, p. 211) Sentimento de estranhamento que pode se transformar num mal estar.

Podemos assim relacionar esse mal estar a uma perda de sentido de vida, isto é, a uma perda do sentimento de existir. A pessoa perdeu suas próprias referências internas e não percebe mais a vida, ou os efeitos da vida nela, o que pode ocasionar um mal-estar inconsciente mais profundo. No paradigma do Sensível, a noção de mal estar, que pode estar associada à noção de não ser, carrega também, nela, uma noção de existência: “Para nós, o termo existência não é empregado de maneira pertinente e apropriada a não ser que seja descrito como aquilo que sente um sujeito ativo e presente aos efeitos, na interioridade do seu corpo, daquilo que ele vive” (Bois, 2007, p. 10). A noção de mal estar, portanto, poderia ser entrevista nessa ótica, por esta ausência do sujeito aos efeitos daquilo que ele vive nele e no seu corpo, isto é, da existência em si e que está ligada a esta dificuldade perceptiva que nós estudamos na seção anterior.

Isso nos convida à abordar a noção das “patologias do não ser”, o que faremos na seção seguinte, e as dificuldades do indivíduo nas diferentes relações que mantém com ele mesmo. Nós veremos que a fasciaterapia pode melhorar não somente a relação a si, mas também as faculdades correspondentes que permitem sentir-se viver de um modo mais intenso.

Concluindo, citarei de novo Bois que oferece à nossa reflexão uma questão sobre o ser humano que pode apreender uma compreensão deste sofrimento do Ser: “O ser humano está disposto a encontrar a parte sensível do seu Ser?” (Bois, 2007, p. 7). Poderíamos assimilar, no contexto do mal estar, que o sofrimento de Ser não seria somente uma distância a si mesmo, mas seria igualmente a consequência do não encontro do ser humano com a parte sensível de si, provocando nele um sentimento de insatisfação profunda que pode chegar até esta sensação de profundo mal estar por ele sentido?

2. 3. 6. A visão de Damasio sobre o processo cognitivo da somatização

A. Damasio, em seu livro *“L’erreur de Descartes”* (“O erro de Descartes”), também apresenta sua hipótese dos marcadores somáticos à propósito da percepção do corpo: “Uma vez que esta percepção concerne ao corpo, eu dou a esse fenômeno o termo de percepção de um ‘estado somático’ e já que ela está associada a uma imagem particular, à maneira de um parâmetro ou de uma marca, eu a denomino ‘marcador’.” (Damasio, 2001, p. 239). Os marcadores somáticos estão então em relação com certos estados do corpo, e ainda que ele não empregue a palavra, isso nos faz pensar na elaboração das somatizações: “A elaboração dos marcadores somáticos depende de uma aprendizagem mediada por um sistema de neurônios capazes de relacionar certas categorias de objetos ou de eventos com os estados somáticos prazerosos ou desprazerosos” (Damasio, 2001, p. 248). Em seguida, ele situa a situação anatômica desse processo: “O sistema neural o mais importante para a aquisição dos marcadores somáticos está situado no cortex pré-frontal, onde ele recobre, em boa parte, o sistema das emoções secundárias.”(Ibid.) Como neurofisiologista, ele expõe as razões desta situação anatômica imposta pelas interconexões que se fazem nessa região entre os diferentes centros de regulação sensorial: “Primeiramente, o córtex pré-frontal recebe os sinais provenientes de todas as regiões sensoriais onde se formam as imagens que estão na origem de nosso processo de pensamento, aí compreendidos os cortex somato-sensoriais onde os estados passados e presentes são representados de modo contínuo... Segundo, o córtex pré-frontal recebe os sinais de diversas regiões bioreguladoras do cérebro humano..notadamente do tronco cerebral, da base do telencéfalo... Mas fazem parte também a amígdala, o córtex singular anterior e o hipotálamo.” (Damasio, 2001, p. 249-250). Isso poderia nos explicar todos os processos colocados em ação e os

diferentes centros nervosos que participam da formação das somatizações em relação com diferentes estados emocionais, provavelmente incluído o estado de mal estar: “O cérebro elabora representações mutantes do corpo, enquanto o estado deste último varia sob o impacto de influências neurais e químicas. Ao mesmo tempo, os sinais emanados do cérebro não cessam de ser encaminhados ao corpo, alguns de modo voluntário e outros de modo automático, a partir de regiões do cérebro nas quais as atividades não se manifestam jamais diretamente à consciência. Em consequência, o estado do corpo muda de novo...” (Damasio, 2001, p. 308). Esses processos de percepção inconscientes do cérebro e de trocas de sinais com o corpo podem explicar como as emoções, o estresse ou os pensamentos podem influenciar o corpo e criar através dessas mudanças, diferentes modos de somatização; mas ao inverso, isso pode explicar igualmente como uma estimulação terapêutica pode liberar os mecanismos de alívio do corpo, através dessas mensagens trocadas entre o corpo e o cérebro.

Ele nos explica, também, o processo de regulação biológica do corpo: “Em outros termos, os sinais neuronais dão lugar aos sinais químicos, que dão lugar a outros sinais químicos, que podem alterar o funcionamento de numerosos tecidos (compreendidos no cérebro), e perturbar os circuitos reguladores na origem de todo o ciclo.”(Damásio, 2001, p. 167-168) Esses mecanismos de regulação entre o corpo e o cérebro são religados a interações sutis e menos visíveis de funcionamento entre o corpo e o estado mental, por exemplo: “O estresse mental crônico, um estado que afeta numerosos sistemas cerebrais, ao nível do neo-córtex, do sistema límbico e do hipotálamo, parece conduzir à superprodução de uma substância química, o peptídeo derivado do gene da calcitonina ou CGRP, no seio das terminações nervosas presentes na pele.” (Damasio, 2001, p. 168).

Ele cita em seguida todas as interações entre essas reações e as interações entre o corpo e o mental. Vemos também como no estado dos conhecimentos atuais, a organização das doenças ou das somatizações depende de numerosos fatores neuronais e químicos que, por sua vez, dependem tanto do sistema de regulação fisiológica do corpo em certos estresses como do funcionamento mental. Ele conclui indo além: “A regulação do corpo, a sobrevivência e o funcionamento mental estão estreitamente interligados. Sua articulação se efetua ao nível dos tecidos biológicos e repousa sobre sinais elétricos e químicos...” (Damasio, 2001, p. 172). Com efeito, tudo isso se passa nos diferentes sistemas em ligação com o sistema somato-sensorial que transporta um certo número de sinais elétricos e químicos no corpo pela via nervosa ou sanguínea. “De fato, há um aspecto da sinalização somato-sensorial que não faz de todo apelo aos neuronios, mas sim preferencialmente às substâncias químicas presentes na circulação sanguínea (Damasio, 1999, p. 155). Para ele não há dúvida alguma sobre essas relações que se explicam perfeitamente pela neurofisiologia e que estão ligadas às substâncias que circulam igualmente no sangue, o que nos permite entrever os mecanismos que não

estão ligados ao funcionamento nervoso, mas a um equilíbrio de substâncias circulantes no sangue.

Isso poderia explicar o sofrimento ligado às somatizações e ao mal estar, através das seguintes observações: “É necessário distinguir ao menos dois componentes na percepção do sofrimento e do prazer. No quadro do primeiro, o cérebro elabora a representação de uma mudança local do estado do corpo, que é relacionada à uma dada região corporal; trata-se de uma percepção somato-sensorial no sentido próprio. No segundo componente, a percepção da dor e do prazer resulta de uma mudança mais geral no estado do corpo; trata-se, de fato, de uma emoção” (Damasio, 2001, p. 353). Existiria, então, para ele dois mecanismos na percepção emocional do sofrimento, a percepção somato-sensorial, localizada na zona dolorosa, e a percepção emocional caracterizada por uma mudança do estado geral, o que permite constatar que todo esse processo se faz pelas modulações ao nível dos neurotransmissores e dos neuro-moduladores, e esses fenômenos, de um modo consequente, podem explicar também os efeitos terapêuticos manuais.

Em continuidade às suas pesquisas, Damasio nos explica então que o papel da medicina deveria ser o de aliviar o sofrimento físico do paciente provocado pelas alterações psíquicas. “Uma outra visão não menos importante deveria ser a de aliviar os sofrimentos associados aos problemas mentais”. (Damasio, 2001, p. 238).

Quanto à questão da aparição de imagens relacionadas com as somatizações, que nós encontramos em um bom número de pacientes, Damasio nos orienta para um modo de compreensão, na sua obra *“Le sentiment même de soi”* (“O sentimento de si”): “As imagens podem ser conscientes ou inconscientes, mas em contrapartida todas as imagens produzidas pelo cérebro não chegam à consciência. Elas são simplesmente muito numerosas...” (Damasio, 1999, p. 317) Quando nós estimulamos ou relaxamos os tecidos das somatizações nós tocamos certas informações armazenadas no corpo pelo indivíduo, que são efetivamente muito numerosas. Há, portanto, uma estimulação que acorda as lembranças. Damasio explica também que o cérebro não pode arquivar tudo pela falta de espaço e propõe então a hipótese dum espaço em disponibilidade: “O espaço em disponibilidade é aquele no qual as disposições contém o saber de base e os mecanismos graças aos quais as imagens são reconstruídas a partir de lembranças... As disposições guardam os arquivos de uma imagem que foi efetivamente percebida no passado e participam do trabalho de reconstrução de uma imagem similar na memória.” (Damasio, 1999, p. 329). Como se vê, a imagem não é guardada na memória, mas reconstruída a partir de fragmentos de lembranças. Ele adverte que “todas as nossas lembranças existem sob a forma de disposição latente (sinônimo de implícito, escondido, inconsciente) aguardando transformar-se em uma imagem ou em uma ação explícita.” (Damasio, 1999, p. 330).

A hipótese de uma reconstrução de imagens pelo cérebro a partir de informações implícitas

poderia explicar como certas imagens-lembranças aparecem durante o relaxamento das tensões sob o efeito ativador do movimento interno. O despertar dessas imagens-lembranças seria ainda para ele, na qualidade de neurofisiologista, um elemento facilitador do processo perceptivo-cognitivo, porque ele sugere: “Podemos dizer que as imagens são provavelmente as matérias principais na origem do processo de pensamento... Atrás dessas imagens, praticamente sempre inconscientes, existem numerosos mecanismos que guiam sua gênese e seu desdobramento no espaço ou no tempo.” (Damasio, 2001, p. 154). De nossa parte, observamos na nossa prática, a ativação de um efeito perceptivo durante o gesto terapêutico em relação com o movimento interno. A percepção do movimento interno produz um entrelaçamento entre a imagem e o pensamento extraídos da vivência corporal e faz parte de um mesmo processo de interação e de inter-influência das informações contidas na memória do tecido sobre a imagem e o sobre o pensamento.

A reconstrução da imagem-lembrança, a partir das informações contidas no tecido, seria a origem do pensamento emergente que constatamos em nossas práticas? Ou permitiria à consciência perceptiva captar as informações internas provenientes das imagens? “Nessa relação íntima e fundadora de uma percepção Sensível, extraída pelo movimento interno, seria construída progressivamente uma outra relação com o pensamento, na direção de uma nova forma de pensamento” (Bois, 2006, p. 156) nos diz Bois e ele sublinha que: “o Sensível é o lugar de emergência de uma forma singular de pensamento, de um pensamento não pensado. Desde sua relação ao Sensível, o sujeito assiste diretamente à eclosão de seu pensamento, para retomar uma expressão de Merleau-Ponty. Trata-se de um modo de pensamento radicalmente original, espontâneo, que possui uma dimensão encarnada...” (Bois, Austray, 2007, p. 19).

2. 4. Introdução às diferentes terapias corporais aplicadas ao mal estar (Bioenergética, Rolfing, Fasciaterapia, aspecto somato-psicopedagógico dirigido à relação de ajuda manual)

2. 4. 1. Introdução à Bioenergética de Reich e Lowen

Reich foi o primeiro assistente clínico de Freud. Ele praticava a psicanálise mas muito rapidamente se separou de Freud, afastando-se principalmente em relação à análise que queria fazer com Freud e que este recusou. Ele queria experimentar em seu laboratório a presença de uma energia

vital básica em todos os organismos vivos, a energia orgônica. Uma das primeiras contribuições de Reich à psicanálise, foi baseada no conceito de couraça muscular que, segundo o conceito psicanalítico, se desenvolve no corpo a partir da necessidade do ego em se defender das forças instintivas. Daí, segundo ele, a necessidade de dissolver esta couraça muscular em relação com as resistências de caráter e com os padrões psicológicos particulares ligados, na esteira das teorias freudianas, ao desenvolvimento e comportamento sexual.

Esta manifestação de couraça era, para ele, a base de uma atitude de preservação do indivíduo: “O espasmo muscular é o lado somático do processo de repressão e a base de sua preservação permanente.” (Reich, 1948, p. 256). É assim que ele faz a ligação entre o espasmo, tipo de somatização e a atitude repressiva que é então marcada no soma.

Ele foi um dos primeiros a trabalhar diretamente com suas mãos sobre os músculos retesados dos pacientes, com a intenção de liberar as emoções que ali estavam aprisionadas. Ele foi um pioneiro no campo da psicologia do corpo e na terapia orientada para o corpo. Com efeito, somente um pequeno número de psicólogos estiveram realmente interessados na psicologia do corpo.

Ele descrevia assim sua hipótese: “Na análise final, eu podia me liberar da impressão de que a rigidez somática representava a parte mais essencial do processo e repressão... É sempre surpreendente como a dissolução do espasmo muscular não somente libera uma energia vegetativa, mas mais que isso, e principalmente, reproduz a lembrança da situação de infância quando esta repressão instintiva foi produzida.” (Reich, 1948, p. 254-255). É evidente que ele faz uma estreita relação, no trabalho de liberação dessas áreas rígidas, entre as somatizações e as ressurgências do passado, e ele destaca que seu trabalho permite não somente dissolver essa couraça, mas ao mesmo tempo, liberar para o paciente toda uma energia vegetativa que nós poderíamos denominar vitalidade e que estava mantida no bloqueio somático.

A percepção que lhe veio ao se aproximar desse tipo de somatização permitia constatar diferentes possibilidades: “Esta couraça podia ser encontrada na superfície ou na profundidade, ela podia ser também macia como uma esponja ou tão dura quanto uma rocha” (Reich, 1948, p. 130). Assim, ele percebeu que esta forma de somatização se manifesta diferentemente sob as mãos do terapeuta. Esta aproximação manual permitiu a ele fazer uma avaliação do corpo através de sua terapia.

Mas o que pode parecer interessante, é que ele havia descoberto que essas tensões musculares crônicas serviam para bloquear uma das três excitações biológicas que ele considerava responsáveis por essa couraça: a ansiedade, a cólera e a excitação sexual. Ele concluiu então que a couraça física e a couraça psicológica são essencialmente a mesma coisa ou ao menos são totalmente interdependentes: “As couraças de caráter são vistas agora como funcionalmente equivalentes à

hipertonia muscular. O conceito de 'identidade funcional' que eu introduzi, significa somente que as atitudes musculares e as atitudes de caráter tem a mesma função no mecanismo psíquico, de poder se substituir e se influenciar mutuamente. Basicamente, nós não podemos separá-las" (Reich, 1948, p. 230-231). E efetivamente muitos dos seus pacientes que, antes, estavam confusos desenvolveram uma grande ternura e sensibilidade após o tratamento. Parecia a ele que sua terapia provocava também um estado de bem estar, liberando as tensões musculares relacionadas ao mal estar dos seus pacientes.

Reich foi um pioneiro no domínio da psicologia do corpo e no domínio das terapias orientadas para o corpo. Falamos de terapia reichiana e Reich propôs realmente um modo de trabalho corporal sobre os pacientes: Ele concluiu que as sensações de seus pacientes eram devidas à uma liberação dessa energia orgônica vegetativa ou biológica, daí o conceito da Bioenergia, que foi sobretudo desenvolvido por um dos seus discípulos, Alexandre Lowen. Este propôs especialmente o modelo de trabalho da bioenergética que retoma as técnicas de liberação emocional de Reich através das posturas de colocar em tensão para liberar as partes do corpo que haviam sido bloqueadas.

Mais ainda, Reich havia já definido como lugar de somatização os sete principais segmentos da armadura corporal, composta de músculos e órgãos. Sua terapia consistia em dissolver cada segmento dessa couraça. Ele dizia sobre esse tema: "É possível sair de uma armadilha. Entretanto, para sair de uma prisão, a pessoa tem necessidade, em primeiro lugar, de admitir que é uma prisão. A armadura é a estrutura emocional do homem, sua estrutura de caráter." (Reich, 1960, p. 470). Ele via também, através do trabalho manual dessas somatizações ou desta armadura, não somente um trabalho de liberação, mas também a necessidade do paciente tomar consciência e assim permitir ao terapeuta um trabalho de acompanhamento psicológico.

Reich defendia a unidade corpo-psiquismo, ao menos nas interações entre o trabalho da couraça e o trabalho analítico, assim: "Reich via o espírito e o corpo como uma só unidade. Como foi descrito anteriormente ele passou progressivamente de um trabalho analítico, baseado somente sobre a linguagem à uma análise dos aspectos físico e psicológico do caráter e da couraça caracteriológica e de uma maneira muito importante ao trabalho sobre a couraça muscular e a liberação do fluxo da bioenergia" (Fadiman, Frager, 2002, p. 100). Resumindo, compreendemos melhor, a partir da análise, como Reich passou de um trabalho sobre o psiquismo a um trabalho sobre o corpo, dando cada vez mais importância a uma liberação das tensões musculares da couraça para facilitar o fluxo de energia. Ele não pretendia, portanto, dissociar o corpo e o psiquismo.

2. 4. 2. Introdução ao Rolfing

Aproximadamente no mesmo período, na primeira metade do século XX, Ida Rolf, terapeuta americana, à mediação corporal, criou o método de integração postural, do qual ela dizia: “Qualquer que seja a tentativa de criação de um indivíduo integrado, o ponto de partida obrigatório é seu corpo físico, quando muito pela simples razão de que um homem pode projetar qualquer coisa que ele tem nele... de uma certa maneira, ainda que não muito bem definido, o corpo físico é de fato uma personalidade, mais que uma expressão dele.” (Rolf, 1962, p. 6) Para ela, o corpo é o elemento primordial a ser trabalhado, já que ele não é somente um elemento de adaptação física, mas também uma possibilidade de expressão da personalidade do indivíduo. Ela parece, no entanto, ver no corpo físico uma dificuldade do homem para exprimir-se através dele ou, pelo menos, a partir dele. Apesar dessa dificuldade, podemos notar na sua frase o quanto ela tendia a ver o corpo como ponto de partida do tratamento.

A integração postural é um método de modelagem e de realinhamento da postura do corpo. O tratamento é feito a partir de um alongamento manual profundo das fâscias musculares realizada com uma mobilização profunda dos tecidos e frequentemente dolorosa.

Rolf obteve um doutorado em bioquímica e psicologia em 1920 e trabalhou pelo menos quarenta anos para aperfeiçoar seu método. O rolfing é então antes de tudo um trabalho corporal manual, mas Rolf fazia igualmente uma relação com os traumatismos psíquicos que se inscrevem no corpo. O método rolfing trabalha em primeiro lugar sobre o sistema fascial, o tecido conjuntivo que suporta e liga os sistemas musculares e esqueléticos. “Rolf (1958) sustentava que um traumatismo psicológico ou também lesões físicas mínimas podiam promover modificações corporais sutis apesar de permanentes.” (Fadiman, Frager, 2002, p. 108). Assim, nesta abordagem do corpo, Rolf não esquecia de considerar uma ação psicológica relacionada ao corpo. O trabalho de alongamento do tecido conjuntivo permitia assim restabelecer um equilíbrio corporal postural, mas segundo esses autores: “Não é raro que o fato de trabalhar em certas regiões do corpo suscite antigas lembranças ou uma profunda descarga emocional, apesar do método rolfing colocar em primeiro lugar a integração física e não ligá-la diretamente aos aspectos psicológicos do processo” (Fadiman, Frager, 2002, p. 109). Então, todo esse processo advém a partir de uma ação manual sobre o corpo, colocando em evidência que não se pode separar o corpo das reações psíquicas do indivíduo, embora o método em si não coloque ênfase voluntariamente sobre este aspecto: “Numerosos indivíduos que tem associado o método rolfing com uma outra forma de terapia psicológica ou com outro trabalho de desenvolvimento pessoal, relatam que o rolfing lhes ajudou a liberar seus bloqueios psicológicos e emocionais, facilitando dessa forma o trabalho nos outros campos” (ibid, p. 109). Vemos através

dessas considerações a importância do trabalho de rolfing para ajudar a liberar certos bloqueios psicológicos. A relação ao corpo é entendida neste aspecto como uma relação de ajuda agindo sobre o mal estar psíquico e corporal.

2. 4. 3. Introdução à Fasciaterapia

No seu primeiro livro, *“Les concepts fondamentaux de fasciathérapie et de pulsologie profonde”* (Os conceitos fundamentais da fasciaterapia e da pulsologia profunda), Bois abordou a noção de fascia assim: “A fásia é o elemento intermediário entre a estrutura e a função.” (Bois, 1984, p. 14) Alguns anos mais tarde, em *“La vie entre les mains”* (*A vida entre as mãos*), ele introduziu a relação entre a fásia e o psiquismo: “A fásia é verdadeiramente o esqueleto psíquico do indivíduo, imprimindo nele todos os estresses físicos, emocionais que suporta.” (Bois, 1989, p. 85). Antigo osteopata, Bois fazia já esta diferença entre as duas abordagens à época: “Com a osteopatia eu cuidava de um organismo. Com a fasciaterapia eu visio uma pessoa na sua totalidade somato-psíquica.” (Bois, 2009, p. 54).

Antes de introduzir a fasciaterapia, eu retomarei a definição de uma colega: “A fasciaterapia é uma terapia corporal, usada de modo curativo e preventivo, que solicita a força de auto-regulação do corpo.” (Eschaliier, 2010, p. 45).

Em primeiro lugar, a fasciaterapia é um método de abordagem terapêutica manual dos diferentes tecidos do corpo e em particular das fásias. Essas fásias ou tecidos conjuntivos levam diferentes nomes em função da sua localização. Por exemplo, as fásias miotensivas são as aponeuroses de ligação entre o esqueleto e as fibras musculares. As membranas que englobam os órgãos torácicos e abdominais denominam-se respectivamente pleura, pericárdio, peritônio. A fásia que envolve os ossos é chamada periósteo; no revestimento do sistema nervoso nós encontramos as meninges e mais particularmente a Dura-Máter, daí o nome de Fásia Dura-Máter na classificação de Bois, e na pele e na hipoderme nós encontramos a fásia superficial...

Esta abordagem manual do corpo, na fasciaterapia, se faz segundo dois modos de tocar. De um lado, o tocar sintomático que se endereça diretamente às estruturas anatômicas e à função fisiológica, com o objetivo de estimular o processo de auto-regulação do vivo e, paralelamente, um tocar de relação que permite estabelecer uma relação entre terapeuta e o paciente a partir do psicotônus, noção sobre a qual retornaremos. “Esse tocar de relação constitui o “toque de base” da fasciaterapia: Ele permite entrar em relação com o paciente, construir uma relação com o paciente e se colocar à escuta das forças internas do organismo” (Courraud, 2007, p. 41).

São justamente essas forças internas do organismo que se exprimem em particular através da fascia. “Devemos aos fundadores da osteopatia, os Drs. Still e Sutherland, a descrição de um movimento interno no corpo, entrevisto como força de regulação orgânica autônoma... Esta força interna, eu explorava por toda a parte no corpo dos meus pacientes, mais especificamente nas fâscias...” (Bois, 2009, p. 52). Still dizia já ao final do século XIX: “e bem em cima dos cinco sentidos se encontra o movimento” (Citado por Queré, 2010, p. 30). De que movimento falava ele? Do movimento respiratório primário da osteopatia? Mas nós percebemos que ele aproximava o movimento dos sentidos exteroceptivos, evocando o que poderia ser um novo sentido, mas situando-o em cima destes sentidos: Entretanto, Bois dizia: “Os movimentos que eu percebo não estão em acordo com o modelo descrito pela osteopatia. Minhas mãos captam uma animação de outra natureza, mais lenta e que diz respeito não somente à matéria, mas também à pessoa na sua totalidade” (Bois, jornal, 1980, citado p. 53, 2009). Este foi o início da fasciaterapia. Para além desta noção de movimento, que lhe parecia essencial, Bois definiu os quatro primeiros conceitos de base de seu trabalho em fasciaterapia:

- “O Ser humano é uma unidade dinâmica de função;
- A atividade rítmica involuntária do organismo é a condição da vida e da saúde;
- A necessidade de preservar a unidade liquidiana reinante no organismo;
- A necessidade imperativa de abrir as portas do sistema vascular.” (Bois, 1984, p. 31).

Como aparece nesses conceitos, desde o início de sua pesquisa Bois associava sempre o trabalho sobre as fâscias à uma atividade rítmica e a um trabalho simultâneo sobre o sistema vascular e sobre o movimento líquido do sangue.

Mas se por intermédio das fâscias nós compreendemos a noção de extensão e globalidade de todo o corpo no seu processo de funcionamento, a fascia é também um elemento que dá acesso à profundidade do corpo, anatômica e vivida. Nós compreendemos que as fâscias são onipresentes permitindo o acesso às estruturas mais profundas do corpo como os ossos ou as vísceras, mas de par com sua sensibilidade, as fâscias, por intermédio do movimento que a anima, serve também de suporte igualmente à história do vivido da pessoa, tocada no seu ser Sensível ou na parte mais profunda que nós podemos chamar de Eu profundo. E é justamente pela lentidão desse movimento específico, diferente daquele da osteopatia, que nós entramos na profundidade: “Esta lentidão que viajava ao seio do corpo tornava-se a via de acesso à uma profundidade que eu não suspeitava que existisse” (Bois, 2006, p. 35), Este trabalho à mediação corporal dá acesso à história profunda da pessoa, história que a psicoterapia chama inconsciente, como nós temos desenvolvido amplamente. “A fasciaterapia é uma abordagem manual que toca a profundidade simultânea do corpo e da

pessoa” (Bois, prefácio de Eschaliier, 2010, p. 7). Esse nível de trabalho e de profundidade é atingido graças à força interna desse movimento: “A força interna se exprime sob a forma de ritmos, movimentos, e ela é organizada” (Eschaliier, 2010, p. 48). Segundo os princípios enunciados por Bois, esta força interna trata de diferentes níveis da pessoa: “O lema da fasciaterapia é tornar móvel o que está imóvel, sensível o que está insensível e consciente o que está inconsciente” (Ibid, p. 45).

Assim, desenvolvendo esta noção de movimento Bois descobre que ele “tem não somente uma função metabólica de auto-regulação, mas que ele também tem qualidades sensíveis, proprioceptivas, permitindo uma mobilização atencional da consciência do paciente” (Queré, 2010, p. 32) Então esse princípio ativo, curativo e preventivo que o fasciaterapeuta encontra sob suas mãos, o movimento interno, que Bois chama também o Sensível, permitia entre outros efeitos curativos um enriquecimento perceptivo para os pacientes. “Eu pensava, nesse momento, que se a pessoa tomasse consciência de suas vivências corporais, o impacto do toque sobre sua saúde seria ampliado” (Bois, 2009, p. 55). O que faz Courraud afirmar: “... que a fasciaterapia se inscreve plenamente nessa dinâmica e nessa orientação do cuidado centrado sobre a pessoa.” (Courraud, 2007, p. 26). A fasciaterapia é, com efeito, uma terapia centrada sobre a pessoa que, pelo viés do toque de relação estabelece uma ajuda manual, na relação com o paciente, apoiada sobre os conceitos enunciados por Bois e que Courraud sistematizou nos seis pilares conceituais seguintes: a noção de corpo sensível; a noção de movimento interno; a noção de diálogo tissular, a noção de experiência extra-cotidiana; a noção de reciprocidade atuante e a noção de sintonização somato-psíquica. (ibid., p. 42-43).

Enfim é importante sublinhar que a fasciaterapia é um método vivo e, portanto, em evolução. Assim, o paciente que num primeiro momento é passivo sob as mãos do terapeuta sente-se solicitado na sua percepção consciente e começa a descobrir sua própria vivência, assistindo à sua própria transformação. “É com grande surpresa que a pessoa, ao contato com a experiência do Sensível, prova sensações fortes que até então lhe eram desconhecidas e que lhe revelam uma qualidade de presença a ela mesma.” (Bois, 2009, p. 56).

Esta evolução no curso do trabalho em Fasciaterapia justifica a necessidade, nas condições que vamos evocar, de proceder a uma entrevista verbal para acompanhar essas sensações da experiência e prolongá-las por um acompanhamento pedagógico útil para o paciente.

2. 4. 4. Introdução ao aspecto somato-psicopedagógico: “do mal estar ao não ser”

Após uma visão panorâmica sobre o mal estar e as somatizações, e após ter introduzido a fasciaterapia, desenvolvemos agora os cuidados em relação ao mal estar e à somatização pela fasciaterapia no seu aspecto somato-psicopedagógico. Passo a passo, abordarei as patologias do não ser, a escolha da via corporal ou somática para harmonizar o psiquismo, a sintonização somato-psíquica, o toque psicotônico.

2. 4. 4. 1. As patologias do não-ser

Neste capítulo vamos estudar uma forma particular de mal estar, que Bois chama as patologias do não-ser: “patologias que pertencem justamente à categoria das causas universais” (Bois, 2006, p. 177). Ao fazer essa afirmação, Bois chama a atenção para a presença de sintomas impessoais que se referem ao conjunto dos seres humanos e não apenas sobre a história individual e biográfica do indivíduo.

O sofrimento psíquico pode ser abordado de diversas maneiras, seja explorando os traumatismos ligados à história individual da pessoa, seja pesquisando uma causa mais geral universal repertoriada sob o termo “patologias do não-ser”. É endereçando-se primeiramente a essas patologias do não-ser que se desenvolverá uma ação terapêutica sobre as patologias individualizadas. Como Bois desenvolveu esse conceito? “Eu constatava regularmente, que para além das histórias pessoais, singulares, relatadas pelos meus pacientes, aparecia num pano de fundo uma espécie de opacidade coletiva (...) eu destacava em primeiro lugar a pobreza perceptiva encontrada de um modo frequente entre meus pacientes. Eu constatava também geralmente a distância existente entre a pessoa e seu corpo, entre ela e a vida interna de seu corpo.” (Ibid., p. 178) Eis colocada a primeira pedra do edifício das patologias do não-ser. Daqui decorre uma alteração em relação ao silêncio, à imediaticidade, ao vivido e, enfim, em relação ao elã criador.

No contexto da nossa pesquisa sobre as somatizações e o mal estar, o que nos interessa é principalmente a relação deficiente ao corpo que Bois descreve como uma ‘fobia do corpo’ em razão de representações errôneas a ele veiculadas e que nos reenviam aos interditos morais e ao superinvestimento do pensamento.

Um dos primeiros sintomas que a ausência de presença ao seu corpo cria é a falta de relação harmoniosa com o silêncio, como sublinha Bois: “As pessoas não se dão conta, a não ser raramente,

do tempo de escutar o silêncio... Numerosas, dentre elas, parecem mesmo sofrer de um verdadeiro medo do silêncio.” (Ibid., p. 181). Com efeito, na ausência da ressonância com seu corpo o silêncio se torna um espelho de si. Ele nos revela as partes escondidas e não percebidas ou ainda os pensamentos em confronto. A idéia de Bois de reparar essa alteração da relação ao silêncio e de propor situações de reencontro com o silêncio pode permitir à pessoa se expor a essa fobia e de familiarizar-se progressivamente com a qualidade subjetiva do silêncio interior. “Um silêncio que não é uma falta de ruído, mas a ressonância de todas as coisas na profundidade da vida do corpo.... Contrariamente ao que poderíamos crer, manter o silêncio não é apenas nada dizer, é sobretudo um momento de intenso diálogo consigo...” (ibid., p. 183). A pessoa vai descobrir também a riqueza desse silêncio durante a sessão e se nutrir de tudo que ela vai descobrir, é o momento para ela tirar suas conclusões e compreender o sentido de seu mal estar.

O medo do silêncio engendra certas vezes uma ausência ao presente levando a uma alteração da relação à imediaticidade, que Bois aprecia assim: “Existe uma real inaptidão para penetrar na imediaticidade. A causa é geralmente atribuída a uma relação angustiada à temporalidade, podendo chegar até uma fobia da imediaticidade.” Portanto, penetrar “a instantaneidade do presente” é uma via de penetração de si. “A imediaticidade é o caminho privilegiado para interrogar o ser profundo” (ibid., p. 184). Aí ainda a pessoa está exposta através de tarefas corporais a colocar sua atenção sobre o desenrolar do movimento interno ou sobre o desenrolar de um gesto lento afim de cuidar da presença dos conteúdos de vivências que se dão no coração do presente. Esta atenção específica à uma vivência corporal é que vai nos revelar, no presente, uma informação interna, uma coisa vivida corporalmente e que vai se manifestar de novo de uma outra maneira porque “é bem na massa do arcabouço do corpo que emerge o futuro da imediaticidade” (ibid., p. 185)

Essa relação com a imediaticidade está em relação com a vivência que “consiste em sentir ao mesmo tempo sua experiência e os efeitos dessa experiência no seu corpo” (Ibid., p. 186) A pessoa é convidada a perceber os efeitos do que ela vive e encontra no seu corpo durante esse momento do toque corporal, senão ela entra numa sensação de estranhamento, nos diz Bois, isto é, de estar à distância de qualquer coisa que se passa e que ela não chega a perceber. Ele acrescenta que esse déficit “... se encontra quase sistematicamente entre os pacientes em aflição psíquica” (ibid., p. 187). Nós unimos novamente a noção de mal estar e esta noção de dessensorialização que desenvolveremos mais tarde.

Aí também, pela via da ressonância negativa, as alterações descritas anteriormente perturbam a ligação com a parte maior da natureza humana, na qual para retomar a proposição de Minkowski, é a parte maior do ser humano. Na relação com o elã criador, Bois se assenta sobre esta noção desenvolvida por E. Minkowski, fundador da psiquiatria fenomenológica; “... na sua concepção a

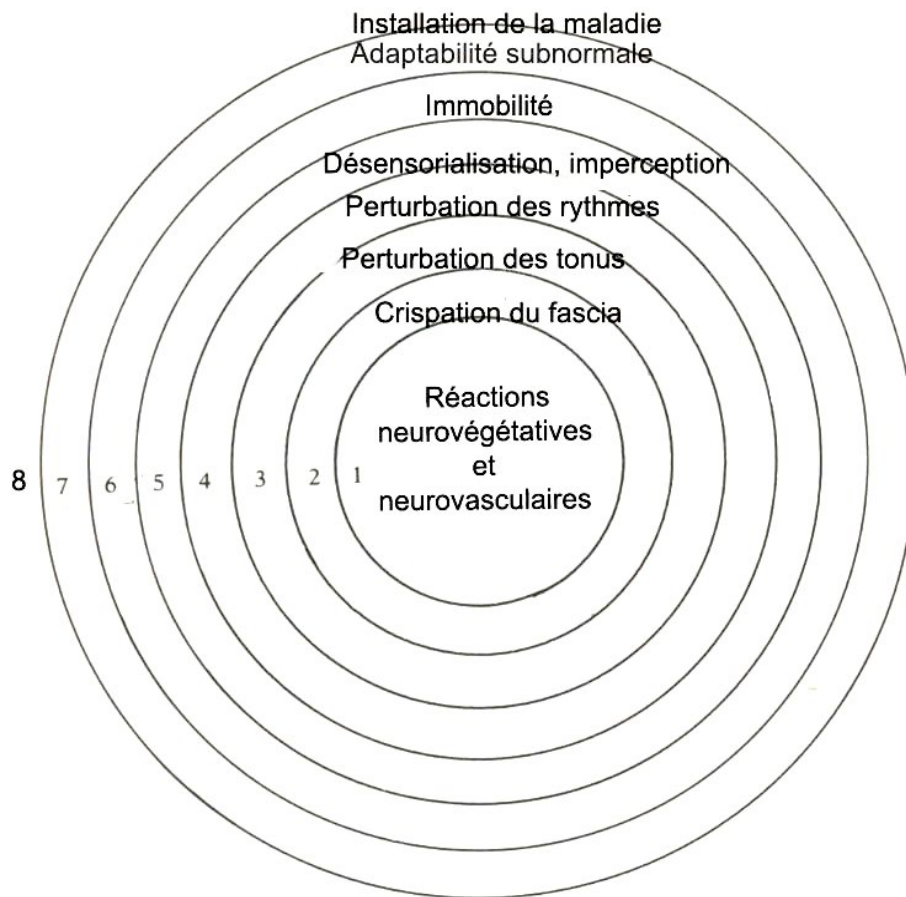
noção de cosmos é vista como qualquer coisa maior que si, uma potencialidade.” (ibid., p. 188) “Porque nós aspiramos à fusão com o universo, porque na sua grandeza nós o tocamos através da dilaceração, do sofrimento que nos oprime nós falamos de conflito cósmico (Minkowski, citado por Bois) (ibid, p. 188). Como vemos, este autor percebe, por intermédio desta sensação de separação com a vida cósmica, um sofrimento que pode ser para Bois a origem de um não-ser e que pode também se traduzir por um sofrimento de mal estar.

Enfim, na sua relação com o sentido da vida, Bois nos indica que “convém se dirigir em terapia a todas essas rupturas de sentidos, tentando revelar as raízes profundas de um mal estar.” (ibid., p. 190).

2. 4. 4. 2. A escolha da via corporal ou somática para harmonizar o psiquismo

No quadro da somato-psicopedagogia a primeira relação à pessoa se faz pela mediação corporal. Com efeito, é através da relação de ajuda manual que o terapeuta vai descobrir a organização interna das patologias do não-ser: qualquer que seja a origem dessas patologias, o corpo as imprimiu na sua matéria. “Um traumatismo se inscreve sempre nos tecidos perturbando momentaneamente as funções nervosas, a circulação sanguínea, a ritmicidade dos tecidos de revestimento, a liberdade articular e o psiquismo” (Bois, 2006, p. 172). Este conjunto de reações faz parte de uma reação do corpo: “Este conjunto de reações não detectadas pelos exames médicos clássicos, mas belas e bem inscritas no corpo, constitui a via de ressonância de um choque” (Ibid., p. 172). Esta via de ressonância de um choque é um verdadeiro processo interno de instalação das condições do mal estar orgânico pela via tissular e biológica.

Ela compreende oito níveis de reações antes que a patologia se declare e que se revele um estado de mal estar ou uma patologia organizada (Ver o esquema seguinte). ”Dentro dos trabalhos de Danis Bois a teoria da “via de ressonância de um choque” é um dos conceitos importantes da fasciaterapia. O nascimento deste conceito não é o produto de uma síntese teórica, mas resultado de uma observação minuciosa: aquela das reações corporais que emergem graças à ação da fasciaterapia. A via de ressonância de um choque foi objeto de uma primeira modelização em 1990.” (Bois e Berger, 1990, p. 66-72) O processo de instalação de um choque no corpo é progressivo “Danis Bois propôs essa modelização do processo segundo o qual um choque físico, psíquico e emocional interage com o corpo de uma pessoa...” (Queré, 2010, p. 101).



Esquema da via de ressonância de um choque
de Danis Bois (Bois & Berger, 1990, p. 66)

8. Instalação da doença
7. Adaptabilidade subnormal
6. Imobilidade
5. Dessensorialização, não percepção
4. Perturbação dos ritmos
3. Perturbação do tônus
2. Crispação da fáscia
1. Reações neurovegetativas e neurovasculares.

Em relação com as somatizações das quais falamos um pouco mais amplamente, Bois estabelece uma correspondência entre a via de ressonância de um choque e a expressão individual de uma patologia: “O que nós chamamos correntemente somatização não é finalmente outra coisa que a expressão individual de uma fixação patológica a um nível dado da via de ressonância de um choque.” (Bois, 2006, p. 173).

Assim, Queré nos explica como o estresse fisiológico e psicológico se inscreve no soma e

como o terapeuta o reencontra nas suas mãos de uma maneira concreta: “A inscrição corporal segundo a via de ressonância de um choque é abordada pelo terapeuta em fasciaterapia e somatopsicopedagogia por uma “leitura” direta e precisa das reações corporais, que são produzidas ao longo da história da pessoa. Quer o estresse tenha sido agudo, ou crônico e repetitivo, quer ele seja de origem psicossomática ou classificado nos problemas somatoformes, quer se trate de um choque físico ou de um choque psíquico, que se exprime subclínicamente ou que a patologia esteja já declarada, o modelo descrito enquanto “via de ressonância de um choque” permanece válido em todos os casos. A leitura que se desenrola é sistematicamente aplicável, permitindo ao terapeuta encontrar sob suas mãos uma forma de resultante da história dessa pessoa.” (Queré, 2008, p. 217-218). Ela nos dá assim uma visão panorâmica das diferentes causas que, produzindo um choque emocional, vão criar uma ressonância que o terapeuta vai decodificar sob suas mãos. Como nós vimos mais amplamente, esta via de ressonância de um choque pode explicar para Bois uma causa de somatização: “Este conjunto de reações traduz a adaptação natural e espontânea do corpo face a um traumatismo.” (Bois, 2006, p. 172). Ou ainda ela pode nos permitir compreender a linguagem do sofrimento corporal: “Qualquer que seja o contexto no qual os sintomas aparecem, trata-se em todos os casos de uma linguagem clara do corpo que exprime desordens invisíveis pelas quais ele realmente sofre.” (ibid., p. 232).

“Ao inverso, a progressão segundo a qual foi descrita por Danis Bois corresponde a uma lógica de encadeamento preciso: uma reação produzindo necessariamente uma outra “ (Queré, 2004, p. 198) Nós vamos rapidamente passar em revista essas oito etapas de instalação de uma patologia nesta via de ressonância descrita por Bois e retomada por Queré. A primeira etapa é a reação neurovascular e neurovegetativa, “esses dois sistemas reagem com uma rapidez surpreendente... bem antes que o psiquismo possa reagir” nos diz Queré (ibid., 2004, p. 200)

Em seguida, vem a crispação das fâscias que “absorvem os choques na extensão e profundidade” mas quando a capacidade de adaptação aos diferentes choques persistem, essas crispações fasciais subsistem e as fâscias perdem sua capacidade de reversibilidade.

No nível muscular se estabelece então uma perturbação do tônus que, prolongada no tempo, não pode voltar ao normal, como nós veremos no capítulo dedicado ao toque psicotônico.

Acrescenta-se, em seguida, uma perturbação de ritmos, em particular do biorritmo sensorial, quando ele está “desequilibrado, o sujeito carrega em si mesmo uma forte predisposição à doença e a um estado depressivo” (Ibid., p. 205).

Chegamos então à deserção sensorial que é uma reação psicológica do corpo. Com efeito, o corpo diminui sua cota de sensibilidade de uma maneira inteligente, para sentir-se menos mal, nos explica Bois, o que leva a uma perda de sentimento e o paciente pode assim perder o sentimento de

si. Na lei dos três “T” a insensibilidade precede a imobilidade que é uma perda de reversibilidade espontânea ao nível das grandes estruturas do corpo, de suas funções ou de seu metabolismo provocando patologias nos seus diferentes níveis.

Vem em seguida a não percepção que está sempre ligada a insensibilidade e à imobilidade. O sujeito não chega mais a perceber as mensagens do seu corpo, ele não pode mais antecipá-las.

Enfim, aparece a patologia declarada ou reação psicológica, o organismo não tem mais a capacidade de relançar o processo de auto-regulação. É a doença com todos seus estados de mal estar. Neste caso as reações orgânicas engendram as patologias e mal estar psíquicos.

Mas como descreve Bois, “cada pessoa somatiza à sua maneira”. Com efeito, cada pessoa tendo uma identidade e uma hereditariedade particular, vai fixar no seu corpo essas somatizações de uma maneira diferente e individual, seja nas vísceras, nas articulações, nas fâscias, na circulação ou no sistema neurológico, o que permite distinguir diferentes “espécies de identidades patológicas” que são igualmente a base de identidades psicológicas, se consideramos que o corpo e o psiquismo estão unidos no princípio da reciprocidade.

Mas, ao mesmo tempo, a pessoa não faz a ligação entre esses dois componentes: “O mais comum é que esta mesma pessoa viva pouco as ligações entre suas realidades somáticas e psíquicas, entre seu corpo e seu espírito, embora sofra duplamente, isto é, sob os dois planos... Com efeito, é o estado de mal estar geral que toma o lugar da unidade entre as diferentes dimensões da pessoa “ (Humpich-Lefloch, 2008, p. 84).

Com efeito, qualquer que seja sua origem, todo mal estar tem uma incidência sobre o psiquismo ou sobre o soma, e como um dos princípios do trabalho do método em fasciaterapia é restaurar a unidade corpo-psiquismo, é trabalhando sobre os diferentes tecidos do corpo com suas somatizações que vamos tocar esta relação entre essas duas partes constitutivas do indivíduo, assim como todos os níveis que temos evocado na via de ressonância de um choque: “Ele demonstrou que uma perturbação corporal pode ser a origem de um sofrimento psíquico. E eu defendo a ideia dinâmica da simultaneidade entre a reação somática e a reação psíquica...” (Bois, 2006, p. 23). E um pouco além: “A somato-psicopedagogia quer restabelecer a unidade, a ligação entre o psiquismo e o corpo, entre o pensamento e a sensação, entre a atenção e a ação.” (ibidem, p. 24).

Como terapeuta corporal, Bois nos descreve como ele percebe as somatizações que ele encontra no corpo de seus pacientes: “Eu descobria um corpo impregnado de tonalidades adormecidas, prontas a serem reativadas em função de uma relação de ajuda manual adequada. Quando minha mão se colocava sobre um corpo, ela conectava zonas imóveis, partes que se tornaram densas, nós que pareciam conter uma sensação gélida; como se o corpo fosse constituído de estratos, os quais alguns apareciam fossilizados, gélidos, anestesiados.” (Bois, 2008, p. 52). Nós

compreendemos melhor porque a somato-psicopedagogia escolheu a via do corpo para unir o indivíduo e como essas sensações adormecidas, causas de um mal estar frequentemente inconsciente, com a ajuda do trabalho manual do terapeuta, vão ter um impacto sobre o psiquismo da pessoa.

Assim, à esta percepção de tonalidades adormecidas, Bois associa a noção de problemas ainda não revelados. Como nós temos visto na via de ressonância de um choque, o paciente tem um adoecimento, mas sua origem permanece desconhecida pelos exames médicos: “Nós falamos de problemas ainda não revelados. É muito cedo para falar de patologia orgânica; é porque este tipo de patologia não é reconhecido como tal pela medicina. Isso acrescenta mais sofrimento ao indivíduo que continua sem saber porque ou de que ele sofre” (Bois, 2006, p. 165). O sintoma existe, a somatização está presente, mas não é conscientizada pela pessoa. É por isso que Bois insiste sobre o fato de explicar ao paciente todo esse processo patológico orgânico que o terapeuta leva em conta no trabalho corporal adaptado, o que faz Bois afirmar, por exemplo: “Que o alívio é intenso quando nós lhe explicamos... que sua dor se justifica pela aprisionamento de um nervo entre duas membranas...” (Ibid., p. 165) Este exemplo pode tranquilizar o paciente e permitir-lhe compreender as razões de seu mal.

2. 4. 4. 3. A sintonização somato-psíquica

Na nossa ação terapêutica corporal com vistas à harmonização psíquica nós utilizamos uma estratégia de diálogo entre o psiquismo e o corpo que nós chamamos: sintonização somato-psíquica, terminologia própria à Somato-psicopedagogia. “A reconstrução desta unidade corpo/espírito corresponde a um processo que nós nomeamos “sintonização somato-psíquica” (Bois, 2007) (Courraud, 2007) (Berger, 2006, 2009) (Queré, 2010). Bois sublinha frequentemente que esta sintonização é preliminar a toda abordagem terapêutica manual: “A ação terapêutica começa sempre pelo tratamento manual com o objetivo de restaurar uma relação ao corpo, integrando-o assim à consciência da pessoa.” (Bois, 2006, p. 105).

Convém, portanto, definir o que significa sintonização somato-psíquica no contexto do nosso trabalho e em seguida no contexto mais global da relação com nossa metodologia do Sensível. A palavra *accordage*, em francês, que geralmente é usada na linguagem musical, vem do verbo *accorder*: afinar um instrumento. Afinar um instrumento é colocá-lo em referência com dados pré-estabelecidos, para produzir um som harmonioso. Mesmo que este dado possa parecer subjetivo, isto é, nesse sentido, variável de um sujeito a outro, há elementos objetivos à base desta apreciação: cada nota musical tem sua referência e é bem definida. O instrumento deve responder a critérios precisos,

quer seja piano, violão, violino... Esta noção de afinação está ligada a audição e também à escuta, isto é, ela decorre de uma atenção particular que permite captar a justeza do som.

Courraud (2007) precisa que a noção de *accordage* somato-psíquica se distingue da noção de *accordage* usada na relação de ajuda psicológica desenvolvida por B. Lamboy a partir dos trabalhos de E. Gendlin sobre o “sentido corporal” (*focusing*) e que consiste em uma interação consciente entre o sentido corporal e o pensamento.

No nosso domínio do corpo, a *accordage* pode ser entrevista também desta maneira: uma rearmonização entre as diferentes partes da pessoa, física, emocional e psíquica. Em português utilizamos a palavra “sintonização”, que significa remeter todas as partes do indivíduo ao mesmo tom. Assim em fasciaterapia, esse tom será religado em particular à percepção do tônus corporal que será nosso modo de escuta, de percepção e de apreciação do corpo, permitindo-nos conectar todos esses diferentes componentes do indivíduo.

Quanto à noção de Somato-psíquico, nós podemos apreender esta terminologia de uma maneira fragmentada: de um lado, há o corpo ou o soma, com a noção de somatologia ou estudo do corpo e de todos os elementos ou fenômenos que se relacionam ao corpo físico e à fisiologia do corpo, como nós temos desenvolvido mais amplamente, assim quando nós falamos do corpo nós entendemos tudo aquilo que compõe a matéria do corpo. Na filosofia grega, notadamente para Hesíodo, a palavra soma significava não somente o corpo, mas corpo vivo. Mais recentemente, esta terminologia foi empregada para distinguir o corpo do psiquismo. Da palavra soma derivam certas terminologias como função somática ou método de análise somática etc... Como vimos, A Damasio usa a palavra “marcador somático”: “os marcadores somáticos são a associação de uma percepção de uma sensação corporal desprazerosa ou agradável à uma imagem particular” (Damasio, 1995, p. 212).

De outro lado, há então o psiquismo ou organização do funcionamento da psique, alma em grego (*psukhê*), quer dizer o estudo de todos os elementos ou fatores que reagem e participam da elaboração de atitudes e comportamentos do indivíduo. Geralmente o psiquismo é definido como o conjunto dos fenômenos mentais conscientes ou inconscientes que concernem à alma, ao espírito ou ao pensamento, maneiras de pensar, de sentir, de agir que caracterizam uma pessoa: “O aparelho psíquico é em verdade o único elemento que diferencia os seres humanos do resto das espécies viventes sobre o planeta... (Stora, 1999, p. 15)

Assim, no nosso estudo, esta noção de somato-psíquico será empregada com o objetivo de estabelecer uma ligação entre os fenômenos corporais em sua interação com os componentes psíquicos. A palavra somato-psíquico geralmente é vista como uma interação das afecções corporais sobre o comportamento psíquico do indivíduo. Todo traumatismo corporal, quando é mal vivido, vai

ter uma influência sobre a esfera psíquica. Toda doença corporal pode também ter uma repercussão sobre o psiquismo, já que o corpo se encontra na origem da patologia que pode desbordar sobre o domínio psíquico e, como nós desenvolvemos mais amplamente, essas influências podem engendrar um mal estar.

Assim, o corpo pode afetar o psiquismo, em oposição à abordagem psico-somática que descreve a maneira pela qual as doenças orgânicas são provocadas pelos conflitos ou atitudes psíquicas geralmente inconscientes. Nesse caso, são os elementos de funcionamento ou de não funcionamento do espírito ou do pensamento que vão afetar a via do corpo ou da saúde e em seguida provocar os estados de mal estar. Dizemos de uma afecção que ela é psicossomática quando há uma perturbação no funcionamento cognitivo: por exemplo, existem pensamentos fixos, certezas, estados de estresse, de atitudes sociais ou familiares... Quando o aparelho psíquico excede seus limites, suas disfunções cognitivas vão perturbar o funcionamento fisiológico e provocar perturbações orgânicas que se memorizam no corpo (somatizações). Essas somatizações poderão se transformar em seguida nas patologias. Geralmente é a visão mais disseminada no mundo da psicologia e da psicanálise, mas alguns, como Stora, afirmam que: “privilegiar a psique, como fator causal das doenças somáticas, tem um lado também desviado como privilegiar um órgão, uma função ou um sistema somático como fator explicativo das doenças” (Stora, 1999, p. 16)

A leitura da modulação psicotônica, que nós estudaremos na seção seguinte, a noção de biorítmico sensorial e a noção de sincronização dos segmentos corporais num espaço e num tempo dados, no trajeto mesmo de uma viagem tissular ou num ponto de apoio, são os principais critérios que intervêm na leitura de um terapeuta realizando uma sintonização somato-psíquica. Esta sintonização em questão está, em nosso estudo, em relação com um ato de toque manual ou toque psicotônico; mas terá podido igualmente se fazer no curso de um trabalho gestual, de uma introspecção sensorial ou de uma entrevista verbal. “A finalidade da sintonização somato-psíquica é instalar na pessoa um profundo sentimento de unificação entre todas as suas partes... (Bois, 2006, p. 103) De resto, Bois definiu diferentes tipos de sintonização à escolha do terapeuta: a sintonização manual, a sintonização dos instrumentos internos e a sintonização perceptivo-cognitiva. (Bois, 2006)

Devemos acrescentar que esta noção de sintonização somato-psíquica se faz sempre, na nossa abordagem, em relação com a percepção do movimento interno do corpo, movimento que se dá sob a forma de biorítmico unindo o corpo, numa globalidade de funcionamento, através de uma reação tônica interna que permite a ligação do corpo e do psiquismo num mesmo gesto, sem predominância. Contrariamente ao que nós poderíamos crer, na denominação somato-psíquica, o lugar da palavra ‘somato’ não significa que há uma predominância do somático sobre o psiquismo na nossa visão, mas somente o fato que a experiência vivida é sempre vivida em primeiro lugar a partir do corpo.

“A sintonização somato-psíquica tornava-se então uma ação pedagógica pela qual o terapeuta restabelece um diálogo entre o psiquismo e o corpo. Desde então eu não tratava mais o corpo sem solicitar o espírito, nem o espírito sem solicitar o corpo” (Bois, 2008, p. 60). A sintonização manual somato-psíquica, inclui então, na nossa abordagem, uma interação permanente entre os dois domínios corpo e psiquismo, um e outro em reciprocidade permanente. A sintonização será então esta ação específica que permite sintonizar ou re-afinar esses dois elementos constitutivos do indivíduo.

Stora reconhecia também esta interação quando ele diz que: “Os seres humanos são profundamente inseridos nas três dimensões inseparáveis uma da outra: uma dimensão somática, uma dimensão psíquica e uma dimensão socio-cultural” (Stora, 1999, p. 18) Nessa passagem, ele acrescenta uma dimensão ligada ao social e à cultura nas quais cada indivíduo está imerso.

Berger descreve este estado de sintonização como um estado de equilíbrio, de não-predominância de um elemento sobre o outro como uma “comunhão de estados”: “O pensamento... se coloca *vis a vis* ao corpo que se sustenta, os dois se encontrando numa espécie de comunhão de estados no qual o ponto comum é a presença à si: uma presença à si simultaneamente física e psíquica, na qual os estados do corpo e os estados mentais tem o mesmo lugar, a mesma importância, a mesma tonalidade, sem predominância de um sobre o outro, em equilíbrio. É este estado de equilíbrio entre o corpo e o espírito que nós denominamos “sintonização somato-psíquica”. (Berger, 2006, p. 54).

Podemos observar, em geral, os impactos da sintonização somato-psíquica sobre numerosas patologias, mas aqui, nosso objetivo será principalmente destacar os impactos sobre o mal estar de pacientes e seu sofrimento, porque como sublinha Humpich-Lefloch: “O mais comum, é que esta mesma pessoa viveu poucas ligações entre suas realidades somáticas e psíquicas, entre seu corpo e seu espírito, se não é que ela sofre duplamente, isto é, sobre os dois planos” (Humpich-Lefloch, 2008, p. 84). Aparece então claramente necessário restabelecer uma unidade entre esses dois componentes para melhorar ou reduzir o sofrimento, é o que propõe Bois: “A finalidade da sintonização é instalar na pessoa um profundo sentimento de unificação entre todas as suas partes: primeiro entre as partes do seu corpo: o alto e o baixo, a frente e atrás, a direita e a esquerda, as costas e o rosto...; depois também, e sobretudo, entre todas as partes do seu ser: sua intenção e sua ação, sua atenção e sua intenção, sua percepção e seu gesto, seu pensamento e sua vivência” (Bois, 2006, p. 103). Mas ele especifica que na nossa abordagem as duas etapas somáticas e psíquicas são indissociáveis para obter uma sintonização real entre esses elementos: “As duas etapas são indispensáveis: viver as sensações percebidas no corpo e analisar o pensamento, sem que a não ação seja possível. Na *demarche* que eu proponho, as sensações internas oferecem a provar? daquilo que

o pensamento coloca em ação” (Bois, 2002, p. 66-67)

Segundo Courraud: “Em fasciaterapia, a noção de somatização somato-psíquica passa primeiramente pelo toque psicotônico que vai regular a modulação tônica. Esta forma de sintonização somato-psíquica constitui um meio de reconstruir a relação ao corpo e a relação à si” (Courraud, 2007, p. 53). É por este motivo que iremos agora abordar a noção do toque psicotônico. Mas é certo que podemos usar diferentes instrumentos para realizar esta sintonização que, no nosso caso, será aplicada ao trabalho sobre as somatizações e sobre o mal estar correspondente a partir de uma sintonização manual, isto é, através da fasciaterapia, o toque psicotônico e a entrevista verbal.

2. 4. 4. 4. O toque psicotônico

No curso da sintonização somato-psíquica manual que vimos desenvolvendo nós realizamos um toque de relação que solicita um diálogo com os tecidos corporais do paciente e que utiliza a via tônica como modo de comunicação: “Uma parte importante do nosso trabalho terapêutico manual e gestual se endereça à arquitetura tônica do paciente” (Bois, 2006, p. 139) Assim nós percebemos uma reação tônica no toque de relação da fasciaterapia que nos indica uma organização do paciente no seu processo adaptativo. Esse tônus corporal é também um modo de relação, como nos indica Bois: “Eu amo apresentá-lo como a linguagem corporal do psiquismo” (ibid., p. 139). Com efeito, o tônus não é somente um estado muscular de base que se adapta à atividade muscular, mas vai ser, também, o reflexo de nosso estado psíquico. É o que vamos desenvolver em seguida.

Toque psicotônico e modo de comunicação

Esta via de comunicação pelo tônus tem sido estudada como o suporte da relação entre o bebê e sua mãe. É um modo de comunicação que lhes permite perceberem-se através de suas relações tônicas, reações variáveis em toda uma gama de funções de hipertonia e hipotonia, e que H. Wallon e J. de Ajuriaguerra chamam de diálogo tônico. “Esta via de comunicação, particularmente empática, tem sido denominada de ‘diálogo tônico’ por H. Wallon e estendida à noção de ‘diálogo tonico-postural’ por J. de Ajuriaguerra” (Bois, 2006, p. 141). Como sublinha Courraud, na sua dissertação de mestrado sobre o toque psicotônico, numerosos autores se debruçaram sobre a noção de tônus. Por exemplo, Ajuriaguerra e Wallon, 1962; Lemaire, 1964; ou ainda Bernard, 1995; Collinet, 2000, mas antes deles, Reich discípulo de Freud, Gerda Alexander que criou o trabalho de

Eutonia, ou igualmente Rogers e sobretudo, seu discípulo, Gendlin, criador do *focusing*, e ainda seu sucessor Lamboy.

Para outros autores: “O tônus é simultaneamente comunicação do estado emocional entre a criança, sua mãe e o ambiente, mas é também uma expressão de seu estado psíquico” (André, Benevidés, Giromini, 2004, p. 46-47) Com efeito, para esses autores “a adaptação tônica, permite a elaboração de uma gestualidade adaptada aos constrangimentos da realidade e integrada à personalidade” (ibid, p. 47). Nós vemos, nesse sentido, um ponto comum com a noção de arquitetura tônica e de linguagem do psiquismo das quais nos fala Bois. Para eles há toda uma lista de patologias ligadas aos problemas tônicos seja através do gesto, seja na vivência afetiva.

Linguagem tônica

A linguagem tônica não é somente a linguagem da criança com sua mãe. Ela se prolonga também à idade adulta: “Na idade adulta, as variações tônicas continuam a transmitir profundas e importantes significações....” (Bois, 2006, p. 142). É portanto importante para o terapeuta tomar consciência dessas variações tônicas junto aos pacientes: “O terapeuta leva em conta essas modulações e as harmoniza durante o tratamento” (ibid.)

Então no toque relacional, durante a fase do ponto de apoio em particular, o terapeuta vai entrar em relação com a demanda do corpo pelo viés desta modulação tônica. O objetivo será de entrar em relação com o corpo, escutar sua demanda e responder-lhe. “O movimento tissular e a modulação tônica constituem o suporte desse diálogo não verbal e silencioso” (Courraud, 2007, p. 49).

Ser tocado

Não somente Courraud vê essa relação como uma linguagem não verbal, mas também como um meio de tocar o paciente no sentido de se sentir tocado. “Nessas condições, o toque se torna o meio de ‘tocar’ o paciente, de entrar em relação com ele e de se colocar em relação com ele” (ibid., p. 48) Assim, o paciente se sente não somente entendido na sua dificuldade corporal, mas ele se sente tocado na sua intimidade nessa relação com o terapeuta, de uma maneira mais ou menos percebida, o que lhe provoca uma sensação de reconhecimento e de ser tocado em sua fibra sensível. “Eu descobria um corpo impregnado de tonalidades adormecidas, prontas a serem reativadas numa relação de ajuda manual adequada” (Bois, 2008, p. 52).

Psicotônus e mobilização atencional

Torna-se necessário para o paciente ter uma atenção particular a um estado que se revela no seu corpo sob a mão do terapeuta: “A mobilização atencional convocada pelo psicotônus permitia à pessoa desenrolar uma atividade de auto-observação sob uma modalidade sensível. Esta natureza da observação profunda abria o acesso à uma vida infra psíquica inexplorada até então pela pessoa” (ibid, p. 60) O paciente se sente solicitado na percepção e na sua vivência: “Através da resistência psicotônica, desenrolam-se diferentes formas de vivências, de sentimentos e de experiências para a pessoa. O toque psicotônico constitui uma maneira de desenvolver e de desdobrar as vivências corporais” (Courraud, 2007, p. 69-70).

Psicotônus e unidade corpo/psiquismo

Uma das especificidades desse toque, como temos descrito amplamente, é realizar a unidade corpo/psiquismo, em particular através da sintonização somato-psíquica, e é especificamente no ponto de apoio que se faz esta influência somato-psíquica, pela percepção do tônus, que Courraud definiu como uma modulação psicotônica: “Esta modulação psicotônica aparece no momento do ponto de apoio manual e solicita, sem separar, o tônus físico e o tônus psíquico” (Courraud, 2009, p. 212). Esta reação durante a abordagem manual corporal é chamada por Bois o toque psicotônico. Não é pois surpreendente ver que na fasciaterapia o toque de relação, que avalia a modulação tônica através do toque psicotônico, estabelece ele também uma ligação entre as sensações corporais e as diferentes atitudes do psiquismo, quer sejam os pensamentos, os pontos de vista ou as representações. O que permite a Courraud dizer que “O termo psicotônus deixa entrever a realidade tangível de um diálogo orgânico, silencioso entre o psiquismo e o corpo” (Courraud, 2007, p. 38). E ele acrescenta ainda: “Uma terapia manual que leva em conta o psicotônus é uma terapia que não se endereça mais somente ao corpo mas também à pessoa na sua totalidade mental e física” (ibid., p. 39).

Psicotônus e ponto de apoio

Parece, portanto, evidente que o psicotônus é um elemento de diálogo e de comunicação através da experiência vivida pela pessoa e que nada mais resta do que esperar que o estado de unidade corpo/psiquismo aconteça. Convém ao terapeuta, no entanto, que ele faça uma leitura

através de uma escuta e de um treinamento específico: “A leitura e a avaliação da resposta no ponto de apoio se fazem através da análise da modulação psicotônica: seu prazo de aparição, sua duração, sua intensidade, seu patamar máximo, seu afundamento e relaxamento.” (ibid., p. 39). Assim, graças ao ponto de apoio, o toque psicotônico vai provocar uma modificação no corpo do paciente, vai reconfigurar sua adaptação tônica: “O ponto de apoio manual reconfigura a arquitetura tônica e psíquica da pessoa que passa então progressivamente de um estado de tensão a um estado de relaxamento” (Courraud, 2009, p. 214). Não somente o terapeuta vai aliviar a dor, mas ele pode acompanhar seu paciente num processo de relação de ajuda que vai contribuir para uma reorganização tônico-psíquica. É então no ponto de apoio manual que o toque psicotônico vai permitir avaliar as manifestações da reação psicotônica e a evolução do processo terapêutico. Em particular, na sequência dos diferentes pontos de apoio, a reação tônica emerge progressivamente não somente sob as mãos do terapeuta, mas se difunde em todo o corpo com a atenção ativa deste. Esta função de difusão é denominada por Bois “o contágio tônico”. Assim, esta função tônica que emerge através da percepção manual vai nos informar: “da participação psicológica e cognitiva do paciente... da aparição de uma força emergente... da qualidade da sintonização entre o paciente e o terapeuta... da mudança do estatuto do corpo... da grau de implicação do paciente...” (Ibid, p. 74-75)

No entanto, nós não devemos esquecer que para analisar esta leitura psicotônica, o terapeuta tem necessidade de instrumentos internos nomeados e descritos por Danis Bois (2006) como a atenção, a percepção, o pensamento, a memória, a vivência e a empatia. “Assim, no toque psicotônico, o terapeuta deve ter uma dupla atenção: simultaneamente, ele está presente às informações tissulares que se desenrolam no corpo do paciente e, ao mesmo tempo, está atento às informações internas que ressoam no seu próprio corpo.” (Courraud, 2007, p. 63).

Modulação tônica e pensamento

Bois sublinha esta unificação, mas ele coloca também a ênfase sobre o desenvolvimento de uma atividade atencional da pessoa ou do paciente, estimulada por esta modulação tônica, ao seu próprio corpo e ao seu próprio pensamento: “Eu compreendi rapidamente que não somente esta modulação tônica era o lugar de unificação do psiquismo e do corpo, mas que ela solicitava da pessoa recursos atencionais de uma outra ordem. A mobilização atencional convocada pelo psicotônus permitia à pessoa desenvolver uma atividade de auto-observação sob uma modalidade sensível. Esta natureza de observação profunda abria o acesso a uma via infra psíquica inexplorada até então pela pessoa. Ela aprendia a escutar o seu corpo e seu pensamento através de suas modificações tônicas” (Bois, 2008, p. 60). Como se vê, este novo recurso atencional mobiliza a

pessoa numa descoberta dela mesma nos seus planos desconhecidos ou inexplorados, não somente no seu corpo, mas igualmente no seu pensamento que ela examina a partir de um lugar de observação diferente.

Psicotônus e transformação

Já mostramos que a reação tônica evoluía no decorrer do tratamento, mas durante a fase de resolução do ponto de apoio, aparecia, no corpo do paciente, um processo de confrontação entre a força tônica e a resistência colocada em enxergo pela mão. Nesse momento preciso esses dois componentes mudam seu estatuto, as duas forças em presença se entrelaçam e nós vemos aparecer uma outra forma de substância, que provém desta confrontação quiasmática, animada pela força interna, através da qual a percepção provoca uma mudança na pessoa inteira.

O trabalho com o psicotônus permite então uma evolução e uma transformação da relação corpo/psiquismo que, com o efeito do movimento e da modulação tônica, vai trazer modificações para a pessoa em suas diferentes camadas ou partes: “O movimento e a modulação tônica são assim os indicadores preciosos dos processos de mudança e de transformação da matéria do corpo que indicam e anunciam modificações psíquicas da pessoa” (Courraud, 2007, p. 63). O que o terapeuta vai notar durante seu ato e observar como fio condutor de seu tratamento: “O diálogo psicotônico dá assim informações ao terapeuta sobre o desenrolar do cuidado, sobre os processos de mudança da matéria tônica do paciente. O terapeuta pode então construir seu tratamento sobre a base de indicadores internos corporais e não mais somente a partir de sua própria crença ou de sua própria vontade. Os indicadores internos podem ser considerados como informações que orientam, guiam a atenção e a ação manual” (ibid., p. 62). No processo de mudança e sobre a base desses indicadores internos o paciente vai poder participar e se implicar no trabalho manual do terapeuta sobre seu corpo e perceber suas próprias mudanças: “Do mais superficial ao mais profundo, ele percebeu as mudanças de estado de natureza física, psíquica e sensível, segundo uma graduação de patamares de consciência que acompanham diretamente o processo de mudança interna” (Bourhis, 2007, p. 50).

É possível assim avaliar um certo número de fatores por esse diálogo tônico entre a ação do terapeuta e a qualidade da percepção do paciente-sujeito que vão convidá-lo progressivamente à uma nova relação à si: “É igualmente possível para o terapeuta avaliara a ligação entre: qualidade da resistência tônica, relação ao corpo e a si - mesmo. O terapeuta pode avaliar manualmente o caráter tônico da matéria e examinar um lugar de ligação entre o estado tônico percebido sob a mão e a qualidade da relação do paciente ao seu corpo e à si mesmo. Os laços entre o toque psicotônico e a

avaliação da resistência tônica aparecem como indicadores internos: estado tônico, estatuto do corpo e relação à si “ (Courraud, 2007, p. 70). Pode-se ver então através desses indicadores internos dos quais fala Courraud uma relação com os estados do mal estar. As informações vindas do corpo do paciente indicam a variabilidade dos estados sobre os quais vem se acrescentar as sensações de bem estar ou de mal estar.

O psicotônus e o mal estar

Na experiência de Bois, o laço entre as reações tônicas e o mal estar ou bem estar é evidente: “Quando os pacientes encontram o gosto de sua tonalidade interna, eles encontram o gosto da vida, o gosto da sua vida... o mal estar se apaga” (Bois, 2006, p. 104) Outros autores do Sensível falam também desta influência do toque psicotônico, por exemplo sobre os estados de mal estar: A reorganização do equilíbrio psicotônico (Courraud, 2007) que se efetua sob as mãos do terapeuta por ocasião da terapia manual se acompanha regularmente de uma flutuação de tonalidades emocionais. Uma tristeza, uma fadiga física ou uma fadiga imensa por exemplo se transformam, tornam-se leves e é um alívio, uma tranquilização que se desenrola para uma felicidade discreta mas tanto preciosa. O que pode ser igualmente o encontro direto com uma intensa felicidade de existir sem objeto aparente” (Humpich-Lefloch, 2008, p. 81-82).

Quanto à Bois, ele nos entrega igualmente suas observações sobre a influencia dessas reações tônicas não somente sob os planos corporais e psíquicos, mas como nós já entrevimos sobre a relação à si e igualmente ao ser inteiro: “Eu constatava que a Fasciaterapia tinha uma influencia simultânea, pelo jogo de uma modulação psicotônica interna, sobre os planos somático e psíquico. Evidentemente, os dois pólos se influenciavam reciprocamente porque, desde que o corpo era tocado de maneira profunda, não era somente o organismo que estava envolvido, mas o ser vivo na sua totalidade” (Bois, 2008, p. 52). Pelo viés de uma reciprocidade de influencia entre o somático e o psíquico a partir da percepção da modulação tônica, se estabelece uma relação que vai dizer respeito à pessoa num outro plano mais profundo, aquele do seu Ser. Como nós descrevemos, o toque psicotônico permite ao paciente ter acesso à sua profundidade e ao movimento que a anima e, a medida, e do mesmo modo que a pessoa acessa sua profundidade animada do movimento interno, ela descobre também a relação ao seu Ser.

Capítulo 3

Quadro prático

Depois ter estudado algumas bases teóricas da somatização em relação ao mal estar, particularmente do ponto de vista da Fasciaterapia, posso agora abordar a noção da práxis em Fasciaterapia através a descrição dos instrumentos internos que utilizei.

Estes instrumentos práticos serão apresentados no texto da mesma maneira que foram utilizados no trabalho com os pacientes que participaram desta esta pesquisa. Isso significa que o texto ilustrará inicialmente a sintonização somato-psíquica que foi feita durante o tratamento, e em seguida será apresentada uma entrevista verbal que era feita no final da oitava sessão.

3. 1. Contexto de aplicação da Fasciaterapia

Como já mencionei no capítulo das pertinências, minhas formações como fisioterapeuta e fasciaterapeuta, conduziram-me a responder a várias demandas, como por exemplo, o alívio da dor

física, apreensão dos fenômenos psico emocionais que acompanhavam o sofrimento dos meus pacientes, ou ainda, o acompanhamento dos pacientes que sofriam de patologias graves e irreversíveis. Tenho atuado essencialmente no seio de consultórios, realizando principalmente sessões individuais em terapia manual, durante muitos anos, o que tem sido a parte mais importante da minha atuação terapêutica.

Os participantes da minha pesquisa atual foram pessoas selecionadas por apresentarem perturbações particulares no domínio do mal estar, e sem patologias graves associadas. A escolha deste tipo de paciente se deu a fim de cercar melhor meu objetivo de pesquisa e evitar a superposição de fatores de mal estar ligados as doenças reconhecidas e graves.

A queixa dos pacientes era particularmente orientada pela busca do bem estar através do alívio das dores corporais e uma maior compreensão do estado de mal estar causado por sofrimento psicoemocional. Eu construí o acompanhamento destas pessoas apoiando-me no protocolo padronizado da abordagem em Fasciaterapia, acompanhando as pessoas na aprendizagem do sentir o corpo de maneira a melhorar a saúde como a construção de uma nova relação consigo mesmo, no modo do Sensível.

3. 2. Reflexão sobre a práxis do acompanhamento em Fasciaterapia

O objetivo da minha pesquisa sobre a aplicação da Fasciaterapia a um modo de mal estar e a avaliar os impactos, me conduziu a fazer escolhas de modo a começar minha pesquisa pelo trabalho manual, como método investigativo de anamnese. Tinha feito a escolha de acompanhar estes pacientes com um número de sessões limitadas. Mas cada pessoa tem um tempo de resposta específico ao trabalho manual baseado na Fasciaterapia. Assim minha idéia era categorizar essas diferentes vivências em função do número de intervenções idênticas com objetivo de estudar as diversas possibilidades de respostas dos pacientes, mas também, a fim de ver o impacto de um número idêntico de sessões: impacto do efeito na saúde e no modo de compreensão patológico de cada um, em relação ao modo sensível. Nós decidimos fazer oito sessões, antes de passar para a experiência da entrevista verbal. Realmente, este número definido permitiu a cada um implicar-se no seu tratamento a fim de conscientizar a sua vivência em função do modo sensível. Por outro lado, como foi dito anteriormente, é indispensável praticar uma sintonização somato-psíquica para permitir à pessoa expressar-se a partir da globalidade corpo/mente. Da mesma maneira, a qualidade da relação verbal no imediato é variável em função da resposta tissular do corpo e da intensidade da vivência. A escolha deste número de oito sessões impôs-se para deixar tempo para a pessoa

familiarizar-se com o trabalho e com o conjunto das percepções que surgem a cada sessão. Entretanto, cada participante realizou este número de sessões em função do seu ritmo, num tempo variável de sete a dez meses. Assim respeitei as possibilidades de cada um neste domínio, para deixar um tempo para as tomadas de consciência. Mas com relação à singularidade de cada paciente, a duração do tempo de trabalho manual ou da entrevista verbal foi adaptada às necessidades da demanda do presente.

3. 2. 1. A experiência extra cotidiana

A Fasciaterapia tem como principal objetivo aliviar a dor e os sofrimentos da pessoa através do toque, que solicita não somente o lado perceptivo corporal, mas também o lado cognitivo. A situação extra cotidiana implica que a experiência não se desenvolve nas condições habituais. De fato, é totalmente inabitual para o paciente extrair-se do cotidiano reconhecido. A pessoa é convidada a viver uma experiência corporal que vai produzir percepções inéditas, não acessíveis à percepção habitual, mas que solicitam uma atenção específica. Na experiência, o objetivo é incitar o paciente a levar mais atenção às novas percepções subjetivas que são provocadas pelo toque da relação. Então, ele é solicitado no modo da vivência corporal. Esta relação inédita com seu corpo vai suscitar impactos nas tomadas de consciência, nas reflexões novas ou na construção de sentido em relação a experiência espontânea veiculada pela atenção das reações que são geradas pelo toque.

3. 2. 2. A relação de ajuda manual

Na relação de ajuda manual, utilizei o toque de relação para permitir a pessoa se reconectar com o seu corpo e estabelecer um diálogo de reciprocidade entre os tecidos e a minha mão (quero dizer entre o corpo do paciente e o terapeuta). O primeiro objetivo foi re-sensibilizar a sensibilidade do corpo, que tinha desaparecido progressivamente. O corpo, neste caso, não era mais percebido como um elemento de diálogo, pois foi anestesiado para se proteger do sofrimento.

Em relação a este objetivo, a mão visa liberar as zonas de obstrução ao funcionamento fisiológico do corpo, as chamadas regiões de estases liquidianas e os bloqueios mecânicos, reiniciando a dinâmica do movimento e das trocas tissulares com o objetivo de reinstalar o processo natural de saúde do paciente. Mas, sobretudo, a mão solicita o movimento interno com um contato nem muito leve, nem muito apoiado, o que provoca, para a pessoa, uma percepção da própria consistência da sua própria matéria corporal.

Em seguida, por esse toque, foi fácil estimular a percepção interna das zonas de obstrução ao movimento ou das imobilidades que impediam a percepção da vivência, ou seja, a percepção dos efeitos provocados nos diferentes níveis do corpo. Por isso precisava reinstalar o movimento e a percepção desta dinâmica interna percebida pelo paciente. A intensidade deste toque permitiu re-encontrar uma percepção da vida interna do corpo, mobilizando, assim, a pessoa, na percepção da sua natureza profunda.

Se o uso da relação pelo toque ajudar as pessoas a melhorarem também a distância em relação a si mesmas, isso pode significar que esta distância está na origem do mal estar. Então ao guiar as pessoas para uma nova unidade corpo/psiquismo através da sintonização manual somato-psíquica, é possível levá-las a descobrir partes desconhecidas de si mesmas. Isso geralmente provoca sensações novas que levam a sensações de existência. Essas percepções que tornam a criar a noção de sentimento de existência, que acontece nesta relação com o Sensível.

Eu, como terapeuta posso dizer que minha relação de ajuda pelo toque me permitiu, assim, contribuir a levar as pessoas para reencontrarem um sentimento de bem estar, melhorando a saúde do seu corpo e aliviando as suas somatizações. Isso também lhes ajudou a se reencontrar através do corpo, numa unidade e numa globalidade que permitiu reconstruir-se pela percepção das suas diferentes tonalidades internas, no modo do Sensível.

3. 2. 3. A sintonização somato-psíquica

Orientei minha ação terapêutica na sintonização somato-psíquico, cujo objetivo é reestabelecer a unidade entre o corpo e o psiquismo, principalmente pela terapia manual. A sintonização situa-se no prolongamento do toque de relação: a mão vai desencadear uma reação tônica no corpo, essencialmente durante a fase do ponto de apoio. Trata-se de uma parada circunstancial da dinâmica interna do corpo, com objetivo de estimular as suas capacidades reativas conjuntamente com a leitura dos efeitos desta parada sobre o tônus. Esta parada provocada é importante porque estimula não somente uma reação de acomodação do corpo na sua própria fisiologia, mas também uma atenção e uma escuta particular do paciente aos efeitos, o que permite uma ligação entre o corpo e o aspecto cognitivo da observação. A partir deste momento eu convido a pessoa a entrar em relação com as suas reações tônicas.

Este toque psicotônico realiza, assim, uma sintonização ao ponto de apoio, visto que, no diálogo silencioso que se efetua neste momento, entra a mão do terapeuta e a percepção mais ou menos consciente do paciente. O terapeuta harmoniza as variações objetivas e as modificações subjetivas acontecidas: isso ajuda a perceber a manifestação, através do corpo, de uma unidade

somato-psíquica perdida na época da instalação do mal estar. Este momento é muito importante para a pessoa, porque é onde ela tem a possibilidade de se apoiar nas suas próprias sensações vividas para validar a mudança das suas sensações internas ligadas ao mal estar. Então ela capta outra dimensão de-si mesma que lhe permite, em função das informações percebidas, refletir a sua relação consigo mesma e a vida no seu aspecto sensível. Um fenômeno de conscientização acontece, permitindo a pessoa entrar no processo pedagógico de tomar conta de si e de tomar decisões correspondentes, processo esse que lhe permite regular o seu mal estar.

3. 2. 4. A relação de ajuda verbal

Usei a relação de ajuda verbal depois da relação de ajuda manual nas condições evocadas anteriormente, isto é, depois da oitava sessão. Este número de sessões parecia necessário para permitir à pessoa as tomadas de consciência, a fim de conseguir falar, descrever e revisitar a sua experiência a partir do novo lugar de percepção, que se dá depois da sintonização somato-psíquica. Este momento de palavra ajuda a pessoa a compreender a sua vivência e a lhe dar um sentido.

Imediatamente depois da relação de ajuda manual, iniciei relação verbal para valorizar os conteúdos da vivência. De fato, é importante fazer esta entrevista sem deixar tempo para a pessoa esquecer os efeitos percebidos, porque a memória precisa ficar solicitada, para se lembrar da informação efêmera do vivido. Mais ainda, é necessário organizar uma estrutura de acolhimento que ajude a vivência imediata, visto que, aqui, a entrevista verbal, essencialmente, se apóia na linguagem tissular.

Assim, acompanhei a pessoa para revisitar as diferentes etapas da sua experiência, incitando-a a se lembrar das percepções de forma detalhada, de maneira a explicitar-lhe as informações emergentes. Também a convidei a precisar de novo ou reformular algumas passagens ou palavras que não tinham sido percebidas. Desse modo a pessoa deve entrar em ressonância consigo-mesma. Essa é a condição necessária do estado de sintonização entre o corpo e as verbalizações da pessoa.

Coloquei-me com atitudes esperadas com esta máxima do método, que preconiza perguntar insistentemente: ‘ainda perguntar e sempre perguntar’, de forma a extrair toda a potencialidade do sentido impercebido da vivência. Mas esta atitude não é eficiente se o terapeuta não for empático em relação a pessoa. Eu fui empático e atento ao paciente, a fim de entrar num estado de reciprocidade verbal a partir da percepção corporal. Por exemplo, quando a pessoa é solicitada por imagens ou lembranças que vem re atualizar a compreensão de um sentimento de mal estar ou ao contrario de bem estar, isso pode ajudá-la para compreender os impactos da terapia manual sobre a sua problemática: pode observar as informações correspondentes ao seu problema e notar, assim, os

efeitos orgânicos prazerosos do tratamento. Fiquei, também, muito atencioso a todos os elementos em relação a aparição do calo ou às percepções de profundidade e de globalidade que geravam uma presença a dinâmica do movimento e ao sentimento de existência que mencionei, anteriormente na espiral processual do Sensível.

SEGUNDA PARTE

CAMPO EPISTEMOLÓGICO E METODOLÓGICO

CAPÍTULO 1

POSTURA EPISTEMOLÓGICA

Através das diferentes posturas que nós podemos encontrar na pesquisa qualitativa, a postura epistemológica que vou assumir aqui será a do prático-pesquisador. De fato, nesta pesquisa vou adotar uma postura de análise dos dados qualitativos recolhidos na prática, postura que terá ligação com a metodologia do paradigma do Sensível.

1.1. Postura de prático-pesquisador

Como esta postura de prático-pesquisador adapta-se ao meu projeto de pesquisa?

Falar das somatizações e do mal estar a partir dos efeitos provocados por minha prática em fasciaterapia, foi feito através de um estado sobre os dados recolhidos nos pacientes, depois da sintonização somato-psíquica.

Como um profissional prático no seio de uma atividade laboral estabelecida: "Um prático que começa a fazer pesquisa, se mantém prático obrigatoriamente." (Bois, 2007, p. 126) De fato, nesta postura, tenho costume de recolher as sensações que percebo nos tecidos corporais e as percepções dos meus pacientes, a fim de observar um resultado nestas afecções.

Mas como pesquisador, eu me implico, aqui, a partir de outra identidade que se estende a partir da primeira: "O prático-pesquisador é um profissional e um pesquisador que faz a sua pesquisa no campo profissional." (De Lavergne, 2007, p. 28) O Prático do Sensível deve ficar muito atencioso a todas as percepções que ele percebe durante a sua prática, a fim de elaborar sua reflexão e de organizar sua análise. Para mim, isso significa que se torna necessário, em um certo momento, colocar em palavras e elucidar os conteúdos da experiência, a partir de uma atitude de reflexão, de

explicitação e de análise para obter um saber-fazer: "O ato reflexivo exige na ação presente que o prático- pesquisador ou o formador-pesquisador leva em conta suas experiências precedentes a fim de permitir modificar a qualidade das suas experiências futuras. Cada experiência enriquece o seu repertório de saber (conhecimentos, habilidades e experiências memorizadas) e guia sua reflexão através de novas ações. É neste processo que reconhecemos o princípio da continuidade da experiência de John Dewey." (Boutin, 2008, p. 2)

Por enquanto, é preciso não esquecer que "a prática é sempre muito adiantada sobre a pesquisa universitária estabelecida. Por quê? Realmente ela é o lugar privilegiado da criação, da invenção." (Vermersch, 2006, p. 7) Assim, esta pesquisa, ancorada no campo prático me permitiu recolher os dados essenciais para meu projeto e para a minha pergunta de pesquisa: **Quais são os impactos somato-psíquicos da fasciaterapia sobre as pessoas que sofrem de somatizações em relação a um estado de mal estar?**

Neste sentido, esta postura de prático-pesquisador constitui, para mim, uma nova orientação de pesquisa, de estudo e de criação: "Conduzir uma pesquisa é aceitar entrar num processo de criação e de saber." (Donnay, 2001, P. 37)

Naturalmente, esta pesquisa é um estudo teórico e prático com um objetivo de produzir novos conhecimentos: "Um processo de pesquisa, em princípio, chega a produzir resultados e efeitos." (IBID, p. 51) A relação de ajuda verbal que dirijo no final do tratamento, permite dar um sentido aos conteúdos da vivência do paciente que, então, se tornam em sentido revelador para ele e para a sua vida; mas aqui, a entrevista me permitira explicitar as informações e engajar uma nova compreensão com objetivo de produzir novos conhecimentos. Assim, posso referenciar a 3 níveis de pesquisa que vão emergir graças a esta nova postura:

- Pesquisa sobre a minha própria prática com uma tentativa de modalização do guia de entrevista; também, sobre a minha prática de anamnese, no objetivo de modalizar um questionário.
- Pesquisa na maneira de recolher e organizar os dados recolhidos com o paciente, particularmente, pesquisa na maneira de dirigir a entrevista após a sessão de fasciaterapia, em relação a uma problemática do mal estar.
- Pesquisa reflexiva do prático que faz uma análise hermenêutica transversal em ligação ao Sensível: "Contrariamente a outras práticas, como pesquisador do Sensível, a gente não pode parar de ficar em ligação com o Sensível." (Berger, 2009, p. 175)

Assim, o fato de refletir na sua prática, de pegar um recuo para analisar, estudar, modalizar, é uma postura que enriquece e que obriga o prático a sair dos seus costumes e levar outro olhar sobre seu trabalho. Da mesma maneira, o fato de organizar, com método, os dados disponíveis, com

objetivo de analisá-los e de classificá-los para interpretá-los a fim de ajudar o paciente a compreender melhor. Esse é um esforço formativo, tanto para o paciente como para o terapeuta.

Adotar esta postura de pesquisa, também dá um novo sentido a sua prática: “Fazer uma pesquisa na sua prática... isso é, também, para lhe dar todo o seu sentido, situar de novo este conhecimento num debate que inclui a comunidade humana inteira.” (Berger, 2009, p. 174) Então há um sentido de se inscrever numa comunidade de pesquisadores para contribuir com a evolução de uma prática que permitirá tirar um sentido novo dos dados recolhidos.

Dessa forma é possível observar que esta pesquisa esta incluída num projeto do Sensível, que permite dar um sentido à vida; de fato, a pessoa está no coração do processo e, através suas sensações, vai receber informações que vão surpreender, como sublinham Bois e Berger, através deste trabalho fora do contexto cotidiano, há uma possibilidade de crescimento e de transformação de si. Essa modificação da sua forma θ que vai, também, no sentido da formação: “Assim, quando o sujeito acessa ao lugar do Sensível, o sujeito experimenta um universo entrelaçado, impregnado, encaixado, que dê-la, e lhe permitir aprender graças à ajuda do prático-pesquisador. Realmente o surpreende, numa experiência que, provavelmente, podemos aproximar do quiasma da carne cuja fala M. Merleau Ponty no Visível e Invisível.” (Bois, Austray, 2007, p.14) A pessoa entra em ressonância em si; numa experiência onde ela vai aprender, graças ao acompanhamento do prático-pesquisador. “Este vai passar de uma postura de prático-reflexivo a uma postura de prático-pesquisador, porque as experiências que ele viveu e que ele acompanha cada dia desarrumam as coerências de uma vida, e mesmo os critérios da suas coerências.” (Josso, 1991, p. 192) Assim, a relação com as experiências se torna para nós, práticos, matéria apta a descobrir novos campos teóricos, até então desconhecidos. “Neste estado de pesquisa, poderíamos fazer esta pergunta:” Como as competências desenvolvidas pelas práticas do Sensível podem constituir, para o prático-pesquisador, um apoio sistêmico a frente do problema abordado na pesquisa implicada? (Berger, 2009, p. 177) Postura necessária para uma produção de conhecimento, porque o prático-pesquisador deve extrair dos seus dados os elementos teóricos a partir de outro olhar sobre a sua prática: “Nesta ótica, lembramos que nossas abordagens de acompanhamento da pessoa pegam o corpo como primeiro media da relação a si e a experiência.” (IBID, p. 180)

Assim, em compensação, o trabalho do pesquisador terá uma retomada de desenvolvimento não somente na minha prática, mas também no enriquecimento do meu conhecimento, porque ele vai me permitir descobrir novos dados e me revelar informações despercebidas anteriormente. No início, isso vai servir meu projeto de pesquisador e depois terá um efeito positivo e criativo na minha postura de terapeuta. “O que nós desejamos guardar de nossa postura de prático-pesquisador... é a idéia que a postura, terminologia tão estimada na epistemologia, não é só uma posição intelectual ou

teórica, mas também uma posição, uma postura que nós pegamos e que devemos manter com nosso corpo... isso exige uma real maleabilidade interna." (Bois, 2007, p.129) O pesquisador do Sensível deve ser capaz de acolher, não somente no seu pensamento e na sua atitude, todas as situações de trabalho, mas, sobretudo de acolher no seu corpo todas as informações úteis ao seu projeto.

Os dois campos, prática e teoria, vão interagir um sobre o outro, mas como prático-pesquisador isso pode acontecer só a partir da prática. De fato, é a minha postura de prática que é a fonte da reflexão e de análise que irá dar a teorização que vou desenvolver e que, em compensação irá influenciar minha prática profissional. Assim, a noção de somatização e do mal estar que a acompanha, visto através uma pesquisa específica, vai justificar-se como base de estudo de um projeto que ultrapassa o sentido comum do terapeuta. Realmente, esta pesquisa está ancorada na experiência das práticas do Sensível que criam aqui uma originalidade na relação de aprendizagem ligada ao corpo sensível, pois este se torna um lugar de articulação entre a percepção e o pensamento que revela ao sujeito um novo sentido no contexto da imediatez que o pesquisador vai captar no momento e não de uma maneira reflexiva posteriormente.

1.2. Pesquisa heurística, característica exploratória e aberta

Na minha postura de prático-pesquisador do Sensível, tentei manter estas duas funções num novo paradigma, o do Sensível. Coloquei-me no coração do processo (Gaignon, 2006) para desenvolver uma qualidade de escuta 'sensível' e de observação dos fenômenos subjetivos provenientes dos dados recolhidos. Minha pesquisa integra-se num processo de pesquisa qualitativa como sublinha Craig: "(A busca heurística)... apóia... sobre uma implicação engajada mais do que uma observação destacada, sobre uma exploração aberta mais do que uma conduta preestabelecida." (Craig, 1978, p. 43) Como ele sublinha, eu entrei num processo compreensivo, engajado e implicado onde a subjetividade surge da relação do corpo ligado a uma interrogação específica.

Por isso, precisava ficar colado à experiência, o que Bois chama de a experiência extra-cotidiana: "procedimento experiencial, mas extra-cotidiano, implicado, mas numa atitude não natural." (Bois, 2007, p. 142) O quadro desta experiência obriga-me a ficar imergido no processo evolutivo do fenômeno observado:" Isso obriga-nos a deixar o 'já conhecido' para explorar ainda mais longe de uma maneira aberta, não somente para compreender, mas também para resolver os problemas impostados pela prática." (Bois, 2007, p. 140)

Então, a partir desta busca heurística, eu fiz a escolha de uma descrição fenomenológica e

depois de uma interpretação dos dados objetivos e subjetivos misturados no seio da vivência da pessoa. Esta análise do momento da experiência com a pessoa me permitiu ficar em contato com a experiência do Sensível: "Processo de acesso a um a vivência específica e de desdobramento desta vivência, processo de acesso a um sentido específico e de desdobramento deste sentido." (Bois, Berger, 2007, p. 29)

CAPÍTULO 2

PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

2.1. Os participantes da pesquisa

No quadro prático, abordei as diferentes ferramentas que empreguei na relação de ajuda com os meus pacientes, como a relação de ajuda manual, a sintonização Somato-psíquica e a relação de ajuda verbal.

Os participantes a pesquisa são pessoas que acompanhei em Fasciaterapia durante oito a dezoito meses; o tempo de participação do meu trabalho foi de seis a dez meses. Esses pacientes vieram, essencialmente, ao tratamento de Fasciaterapia com o desejo de descobrir o impacto do meu trabalho sobre os seus diferentes problemas físicos e também sobre o mal estar que os acompanhava. De um projeto de cuidado, evoluímos, progressivamente, para uma busca de descoberta de si e de compreensão do seu mal estar em relação ao meu questionamento e aos meus objetivos de pesquisa.

Os participantes são pessoas que não conheciam a Fasciaterapia, nem o método de trabalho em relação ao Sensível, e que ignoravam totalmente a abordagem manual e pedagógica desta relação de ajuda. Tratava-se de uma população totalmente inexperiente nesta descoberta.

A maioria dos pacientes, que vem me consultar, em geral, tem uma demanda em relação ao cuidado e a saúde e, ainda, não fazem a busca reflexiva sobre a sua problemática. Precisava selecionar pessoas que apresentavam um estado de mal estar consciente ou inconsciente através alguns males físicos ou psíquicos, e que, ao mesmo tempo, aceitavam o objetivo do trabalho.

Esta condição de trabalho estabelecida selecionou três pessoas que respondiam aos meus critérios, isto é, pessoas que não conheciam o trabalho da Fasciaterapia, mas que aceitavam de encontrar todas as possibilidades de ação do método, não somente no seu aspecto curativo, mas

também no seu aspecto de autoconhecimento e de descoberta de novo sentido na sua experiência. Acompanhei-as em sessões individuais de Fasciaterapia com intervalos que respeitavam nossas possibilidades e disponibilidades. O espaço de tempo entre as sessões podia variar de quinze dias a algumas semanas, o que não levava prejuízo ao desenvolvimento do trabalho, mas que permitia, ao contrário, manter no tempo uma atenção e uma escuta das reações imediatas e posteriores da sessão, favorecendo assim uma influência durável e uma maturação reflexiva na abordagem.

Com a minha preocupação de confidência, os nomes das pessoas foram modificados. Antes de começar o trabalho, informei-as, de uma maneira precisa, sobre o objeto da minha pesquisa para obter o acordo a fim de difundir o conteúdo da vivência delas como suporte a minha pesquisa.

2. 2. O método de coleta dos dados

2. 2. 1. Guia de entrevista segundo a diretividade informativa

Escolhi construir um questionário de entrevista antes do tratamento para levar a pessoa a confiar suas diferentes problemáticas em relação ao seu mal estar. Então, em primeiro lugar, fiz este questionário para orientar os pacientes na minha pergunta de pesquisa. Esta base de preparação dos dados me permitiu construir um guia de entrevista de pesquisa. Então, preparei uma guia de entrevista: a diretividade informativa, que permite aos pacientes explicitar o conteúdo da experiência vivida: “Através do diálogo psicotônico manual, mobilizamos uma linguagem silenciosa que deve ser explicitada.” (Courraud, 2007, p. 77) Estas guias de entrevistas são colocadas no fim deste orçamento metodológico. Mas, antes de questionar as pessoas, as informei, de uma maneira precisa, do objetivo da minha pesquisa a fim de obter o seu acordo para a difusão do conteúdo como suporte da minha pesquisa.

Construção da entrevista: a diretividade informativa

A entrevista sobre diretividade informativa é definida por Bois, assim: “Esta entrevista, nomeada igualmente ‘entrevista de análise vivida’, tem por objetivo guiar o sujeito sucessivamente na colocação em palavras do que ele viveu durante a experiência (tonalidades internas, experiência inédita, mudança da representação perceptiva...); também no reconhecimento e na valorização do que ele viveu, na apreensão da inteligibilidade deste vivido e no início do processo reflexivo que, depois, permite extrair todo o sentido a posteriori (o que isso lhe permite pensar depois da

experiência, as compreensões novas que isso lhe dá e o que isso, por exemplo, vai lhe fornecer no plano das atitudes e dos comportamentos).” (Bois, 2007, p. 111) Nesta entrevista baseada, como nós vimos com Bois, sobre os conteúdos da experiência do sujeito e igualmente denominada “entrevista da mediação corporal”, (Bois, 2006, Bourrhis, 2007, Courraud, 2007) construí um número de perguntas com categorias de vivências que precisava explorar no quadro da minha pesquisa. Estas categorias, de um modo geral, diziam a respeito da minha pergunta de pesquisa e foram inspiradas, igualmente por meus objetivos de pesquisas.

Para a elaboração deste guia preparei um questionário em dois momentos: antes do tratamento, para apreender as diferentes dificuldades e problemáticas dos pacientes e depois do tratamento e da sintonização Somato-psíquica, isto é, no fim da oitava sessão, a fim de recolher os elementos a respeito dos resultados eventuais: os efeitos, os vividos observados por contraste e as diferentes tomadas de consciência dos sujeitos.

Na elaboração das perguntas do guia preparatório (ou seja, antes do tratamento) defini diferentes categorias de pesquisas que desejava explorar: **as origens do seu mal estar, a forma, a manifestação, sejam no tempo ou na vivência e os diferentes tratamentos já recebidos neste domínio.**

Na guia de entrevista pós-imediato, as categorias das perguntas de pesquisa trataram dos elementos seguintes: **as sensações e as percepções ligadas ao ato terapêutico, à relação de percepção do movimento, em relação a si - mesmo, e ao mundo e enfim aos efeitos sobre a sua atitude e o seu comportamento.**

As diferentes perguntas escolhidas retomavam o objetivo de explorar essas categorias e de orientar a atenção do sujeito no testemunho da sua experiência de mediação corporal. (Ver os guias no fim deste capítulo). Mas as perguntas formuladas a priori deixavam muito espaço a interatividade com o paciente durante a entrevista, autorizando espontaneamente o terapeuta a se afastar das perguntas do guia ou a deixar surgir perguntas sobre categorias em relação com a vivência espontânea do sujeito e em relação com as reflexões solicitadas.

Analisei que: “Esta ferramenta responde também a uma das constatações formuladas pelo F. Varela, neuro-biologista e filósofo chileno, no quadro das suas pesquisas e segundo as quais as pessoas não são conscientes da sua própria experiência; segundo ele, se tornar consciente da sua experiência é algo aprendido, isso é uma função.” (Bertrand, 2010, p. 64) De fato, essa técnica de entrevista, ou modo de coletar os dados, é apresentada nas técnicas de coleta dos dados em pesquisa qualitativa. O guia de entrevista leva a pessoa a formular perguntas que nunca teria feita fora do contexto extra-cotidiano.

Entretanto, esta entrevista “a diretividade informativa”, se tiver o objetivo de guiar o

paciente a expressar em palavras o conteúdo da sua vivência na medida em que nós precisamos ajudá-lo a validar o que ele viveu e refletir depois da experiência o sentido desta vivência, propõe-se a recolher uma inteligibilidade da experiência que se dá, como diz Bois, só depois de uma sintonização somato-psíquico. Por enquanto, é necessário, extrair toda a riqueza dessa experimentação vivida, deixar espaço para as perguntas apropriadas e imprevistas na espontaneidade da entrevista. Ao mesmo tempo, na imprevisibilidade da entrevista, eu precisava prestar muito atenção para não impedir as perguntas emergentes de surgirem no meio da diretividade informativa.

2. 2. 2. Condições do guia de entrevista: a diretividade informativa

Para interrogar a vivência experiencial corporal, nós convocamos um espaço de verbalização, imediatamente depois da sessão de Fasciaterapia (entrevista pós-imediate). Assim, existe uma continuidade entre a sessão de Fasciaterapia e o diálogo verbal. No relatório, a entrevista pós-imediate favorece a qualidade e a quantidade das informações vividas que se dão logo depois da experiência. Aqui, a terminologia ‘directividade’ é usada no sentido da mobilização de atenção da pessoa sobre coisas impercebidas e ligadas a uma falta de experiência: “Mas uma vez a atenção instalada, a pessoa apropria-se das suas experiências e suas significações.” (Bertrand, 2010, p.64)

De fato, o objetivo da diretividade informativa é dar um fio condutor para orientar as perguntas imprevistas sobre a pergunta de pesquisa através de um guia de entrevista adaptado para explorar a experiência da pessoa e categorizá-la nos diferentes aspectos. Entretanto, neste processo de tipo de perguntas não previstas com a pessoa, acontece de deixar-se surpreendido pela pergunta emergente que se impõe como uma necessidade de compreensão, levando a uma significação nova ou inédita.

Durante cada uma das sessões precedentes à oitava, incessantemente, orientei a atenção do paciente para apreensão das vivências experienciadas desencadeadas através das ferramentas da terapia manual. Durante a oitava sessão, pedi ao paciente para tentar ficar presente e observar o que acontecia dentro dele. Os olhos fechados, para favorecer a escuta interior, e aconselhei a observar as modificações internas que resultavam do nosso trabalho corporal manual.

2. 2. 3. Guia de entrevista: a directividade informativa sobre o mal estar

A. Antes do Tratamento

Sobre as origens do mal estar

1. Você costuma sentir estados de mal estar?
2. Você atribui uma origem física para este mal estar. Um traumatismo físico na origem deste mal estar (acidente, doença, problema físico, como peso, emagrecimento, alergias, problemas de sono, imunológica...)?
3. Há um evento psicológico, relacional, familiar, profissional, sexual, alimentar, emocional, relacionado a isso?
4. O seu mal estar está associado a uma questão existencial?
5. Você já passou por uma depressão na sua vida?

A forma

6. Você é uma pessoa estressada ou sensível ao estresse?
7. Têm problemas de sono, de alimentação no momento?
8. Teve problemas de ansiedade, de medo, de fobia, de vazio, de tristeza ou está deprimido?

A manifestação

9. Como se manifesta este mal estar na sua vida?
10. Você percebe uma ruptura com seu ambiente familiar, social ou profissional?
11. Há uma evolução no seu estado de mal-estar, ou ele se apresenta sempre da mesma maneira?
12. Você observou uma ligação entre dores no corpo e o seu mal estar?

A duração

13. Há quanto tempo você sofre deste mal estar?
14. É um estado transitório ou permanente?

A vivência

15. Como você vive este mal estar?
16. Como você sente isso no seu corpo?
17. É um sofrimento corporal? De que natureza?
18. Qual é o impacto sobre seus pensamentos, sua vitalidade e sobre sua moral?

Perspectivas

19. Você gostaria de mudar alguma coisa na sua vida?
20. O que você tem feito ou pretende fazer para melhorar sua vida?

Diferentes terapias aplicadas

21. Quais são os tratamentos que você já fez para aliviar este mal estar?
22. Você fez ou faz uso de medicamentos? (Explicita ansiolíticos, antidepressivos...)
23. Como foram os efeitos destas terapias sobre seu mal estar?
24. Como você se sente agora em relação aos demais tratamentos e aos remédios?

B. Depois do tratamento e da sintonização somatopsíquica

Sensações e percepções

1. O que percebeu durante o tratamento?
2. Será que você percebeu reações do seu corpo?
3. Percebeu uma mudança durante a sessão?
4. Quais são os efeitos do trabalho do corpo sobre suas sensações, seus sentimentos ou seus pensamentos?
5. Percebeu imagens, cores ou reminiscências?
6. Como sentiu uma relação entre o trabalho corporal e seu psiquismo, por exemplo, na sua ansiedade ou na sua angústia?

7. Qual é a sua sensação, agora, no seu corpo ou na sua cabeça?

A relação ao movimento

8. Durante a sessão percebeu uma animação interior?
9. Pode descrevê-la? E a sua velocidade?
10. Qual é a influência desta percepção em você de uma maneira geral?

Em relação a si

11. Percebeu mudanças no estado físico, emocional ou psíquico?
12. Pode descrever este estado do seu corpo?
13. Percebe uma relação de estado entre corpo e mente?
14. Será que isso muda alguma coisa no seu modo de ver as coisas?
15. Como se percebe agora, com relação a sua saúde, a você mesmo ou a seu mal estar?
16. Como se manifestou o bem estar?
17. Será que você ficou surpreso do que descobriu?

Em relação ao mundo

18. Agora, qual é a sua visão do mundo e dos outros?
19. Você percebe novas causas para o seu mal estar?
20. Qual é a evolução que você percebe na sua relação com seu mal estar e com os outros?
21. Tem uma nova percepção da sua vida e do seu sentido de vida?

Comportamento

22. Percebeu mudanças no seu comportamento?
23. Como seu mal estar modificou-se? O que mudou?
24. Qual é o setor da sua vida onde percebeu mudanças?
25. Como poderia definir esta transformação?
26. Agora, como reage frente aos eventos, das suas emoções ou ao estresse?
27. Qual seria sua nova motivação de vida no presente?
28. Será que esta nova relação produziu um bem estar em você?

CAPÍTULO 3

MÉTODO DE ANÁLISE

Esta parte é constituída de uma análise classificatória dos dados e é seguida de um relatório fenomenológico concernente a cada participante; a isso segue uma análise hermenêutica de cada caso e finalmente de uma análise hermenêutica transversal.

3. 1. Análise classificatória dos dados

Esta primeira etapa permitiu-me aprofundar nas entrevistas, delas extraindo os conteúdos e classificá-los como um primeiro passo na descoberta de um sentido para, como fala P. Paillé, “isolar as propriedades essenciais do objeto analisado de acordo com um ângulo específico.” (Paillé, 1994, p. 156) Aqui, o referido ângulo específico foi: estabelecer uma ligação entre o tema e a minha pergunta de pesquisa, e ao mesmo tempo atingir o objetivo de organizar as categorias de análise a serem usadas em seguida; isso foi feito tendo cada frase tido anotada, e cada expressão codificada

com a finalidade de cercar todos os sentidos possíveis. Segundo Paillé: “É importante aproveitar a codificação inicial, reler os códigos, agrupá-los, compará-los, inquiri-los e classificá-los.” (Ibid., p. 157)

Como o material das minhas entrevistas chegou a trinta páginas, me foi mais conveniente classificar o corpus dos dados. Apoiando-me nas categorias constantes do guia de entrevista, classifiquei-as em função da minha orientação de pesquisa estabelecendo dois tipos de análise:

- Uma relacionada às categorias das informações obtidas do paciente antes do primeiro tratamento, incluindo-se as suas opiniões a respeito do mal estar sentido; em seguida sobre a relação com seu comportamento; aos seus cuidados e tomada de consciência do próprio mal estar; a dimensão corporal, a dimensão somato-psíquica, a personalidade e os traços de caráter e finalmente sobre as causas de mal estar.
- A outra análise, que estava mais em relação com as categorias do meu guia de entrevista, e feita depois do tratamento, relatava mais especificamente os impactos da Fasciaterapia categorizados segundo: a dimensão corporal do trabalho manual, a dimensão somato-psíquica, a evolução do comportamento sobre o mal estar e a saúde, a noção de aprendizagem, a evolução da percepção e da personalidade e eventualmente as lembranças das somatizações.

Esta análise classificatória não aparece no corpus da minha monografia, pois ela sendo importante, o conteúdo perfazendo igualmente trinta páginas; como foi explicado ao início deste capítulo, preferi desenvolver as análises fenomenológicas caso a caso e as análises hermenêuticas.

3. 2. Relato fenomenológico caso a caso

Esta metodologia de análise, tendo por objetivo estabelecer relação com os dados subjetivos dos meus pacientes, precisa “atribuir aos dados todo o espaço de palavra necessário para ser bem entendidos, antes da interpretação e da recontextualização.” (Paillé, Mucchielli, 2005, p.69)

Como sublinha Humpich: “O projeto deve ter um contato com os dados tais como eles se apresentam, ao nível da atitude do analista. Trata-se então de passar a palavra aos participantes antes de falar eu mesmo.” (Humpich, 2006, p.21) “Mas há uma diferença entre eu falar por alguém e esse alguém falar por si - mesmo.” (Paillé, Mucchielli, 2005, p. 71) È por isso que antes de cada narrativa fenomenológica, coloquei os dados e as demandas a respeito das pessoas analisadas, incluindo a duração do acompanhamento em Fasciaterapia. Assim o leitor poderá inteira-se de uma maneira

mais clara com a experiência das pessoas analisadas. A fim de limitar a amplitude da análise, nesta narrativa, agrupei as diferentes categorias da análise classificatória e da guia de entrevista. O desenvolvimento do material recolhido mostra como a pessoa viveu a experiência, as suas descobertas e as suas tomadas de consciência espontâneas.

3. 3. Análise hermenêutica caso a caso das entrevistas

Como pesquisador envolvido e como prático do Sensível, tenho a intenção de desenvolver uma interpretação do corpus no sentido do conhecimento por contraste. De fato, em relação com o meu quadro teórico, minha análise hermenêutica compreende dois tempos; primeiramente a tomada de consciência da pessoa tratada a respeito do seu estado anterior; depois, a tomada de consciência dos impactos recebidos com o tratamento e a relação entre os dois estados: o antes e o após; o paciente atinge essa consciência através da mediação corporal e, especialmente, da vivência do encontro com o Sensível. Portanto, procedi a uma análise hermenêutica caso a caso, respeitando no meu guia de entrevista a directividade informativa em harmonia com a minha parte teórica.

Organizei essa interpretação visando os dois movimentos da entrevista que estabelecem um contraste: no primeiro momento, destaca-se o do mal estar da pessoa, em seguida, os impactos do trabalho de sintonização somato-psíquica sobre as diferentes referências da pessoa em relação ao seu corpo e à sua dor, ou ao seu psiquismo e a sua relação consigo mesmo, a fim de extrair os processos em jogo neste fenômeno.

3. 4. Análise hermenêutica transversal

Essa segunda análise prolonga a análise hermenêutica caso a caso. A análise transversal permitiu-me não ficar limitado a uma análise singular. Confrontando essas três análises, tentei colocar em evidência os fenômenos comuns ou diferentes a fim de extrair as possibilidades e os processos do acompanhamento em Fasciaterapia; tentei também isolar os impactos dos diferentes instrumentos práticos da Fasciaterapia que usei nesta pesquisa sobre a perda da relação do indivíduo consigo próprio. A organização desta análise retoma a estrutura da análise caso a caso.

TERCEIRA PARTE

ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Capítulo 1

Relato Fenomenológico

Chegamos enfim ao momento de realizar a análise e interpretação propriamente dita dos dados. Ela está apoiada sobre a análise classificatória dos dados que anexeï ao fim deste trabalho. Aqui está exposto o relato fenomenológico caso a caso que constitui um primeiro movimento interpretativo e organizado. Enfim, o leitor encontrará um segundo movimento interpretativo dos dados sob a forma de uma análise hermenêutica, caso a caso, e sob a forma de uma análise hermenêutica transversal.

1. 1. Relato fenomenológico de Julia

Mulher de 45 anos, divorciada, dois filhos.

Profissão: arquiteta terminando um mestrado e preparando um doutorado, professora na Universidade de São Paulo.

Solicitação inicial: problemas de dores corporais, principalmente ao nível vertebral e nos ombros.

Solicitação seguinte: demanda de alívio de mal estar

Duração do acompanhamento em fasciaterapia: sete meses seguidos, depois irregularmente

Atmosfera Geral

- Foto da pessoa antes do tratamento que compreende o seu perfil de personalidade, a explicitação causal do mal estar e as diferentes dimensões somato-psíquicas.
- Os diferentes impactos da fasciaterapia após o tratamento que englobam a relação à dor, a relação ao corpo e a si mesmo, a relação ao psiquismo e à emoção e a mudança de atitude.

Foto da pessoa antes do tratamento (Julia)

Perfil de personalidade

Esta paciente se percebe como uma pessoa elétrica, hiper-ativa não suportando ficar sem fazer nada: “Eu sou uma pessoa muito elétrica, normalmente eu não consigo ficar tranqüila”(L-91-92).

Sentimento reforçado por uma busca permanente de novidade “Eu estou sempre procurando coisas novas” (L. 107-108). É também uma pessoa que se define como segura de suas escolhas: “Eu estava certa do que queria” (L. 58) Geralmente ela não tem dificuldade nas relações sociais: “Eu nunca tive dificuldade nas relações sociais” (L. 130).

A explicitação causal do mal estar

Referindo-nos à Julia, notamos a presença de certas causas relativas ao seu mal estar. A primeira causa é **física e ligada com suas atitudes de vida**. Com efeito, Julia observa que um estado de fadiga associado a um excesso de atividade intelectual e física agrava seu mal estar: “É quando eu estou muito fatigada com um excesso de atividade intelectual e de atividade física” (L. 13-14) Ou ainda: “Quando você sente uma dor física que você não consegue resolver ou solucionar” (L. 192-193). E enfim: “O mal estar é pior quando eu estou fatigada, eu me contraio as cervicais, o pescoço e me fabrico este incômodo” (L. 18-20). A evidência dessa dor física a torna uma pessoa irritável: “Eu sou irritada porque é doloroso” (. 43-44). A segunda causa descrita por Julia é **psíquica**, na medida em que quando ela está ansiosa e tensa, isso agrava o mal estar, mesmo se Julia considera a ansiedade como uma conseqüência do mal estar: “O mal estar que me incomoda é a ansiedade. Quando eu estou muito tensa eu fico ansiosa” (L. 208-209). A terceira causa é de **ordem familiar**. Com efeito, Julia relata as conseqüências do seu meio familiar como causas do seu mal estar. Ela nos fala da ruptura com seu marido, criando situações de conflito e gerando somatizações: “Percebi esta influência do mal estar sobre o físico quando eu tive esta cistite, minha vida de casal terminou e a cistite foi uma representação disso” (L. 196-198). Aliás, Julia relata um evento doloroso provocado

pela perda de um bebê em gestação. Visivelmente este evento parece contribuir para o seu mal estar: “Quando eu perdi um bebê. Estava grávida e eu o perdi, eu fiquei muito triste” (L. 111) ou ainda: “Os três primeiros meses foram muito difíceis” (L. 116) “ Eu fiquei muito instável (L. 162). Enfim notamos igualmente uma **causa social e profissional**, primeiramente ligada à sua atividade profissional: “Eu estava bem estressada por excesso de trabalho” (L. 86). Ou ainda: “Eu estou muito fatigada com um excesso de atividade intelectual” (L. 13-14). Mas é também ligada à ruptura com seu entorno devido a uma mudança do lugar no qual vivia: “Quando cheguei a São Paulo, que estava longe da minha família, eu sentia uma tristeza, o fato de estar longe” (L. 64-65). Ela observa também o quanto a sua mudança de lugar profissional foi um momento difícil para ela: “Profissionalmente foi duro, o fato de perder os amigos, o trabalho, a família” (L. 164). Ela nos fala então de sua ruptura familiar e social consecutiva ao seu divórcio: “Foi uma ruptura. Alguns permaneceram meus amigos, mas outros não” (L. 180). Ou ainda de desenraizamento: “eu perdi todo o mundo, eu abandonei todo mundo” (L. 164-165) E enfim isso vai até um sentimento de exclusão que ela sente e de não se sentir aceita: “Eles não aceitavam minha maneira de ser, eles não aceitavam minha maneira simples” (. 136-137).

As diferentes dimensões somato-psíquicas

Retomando, os propósitos de Julia, nós podemos observar a pequena ligação que ela faz entre seu mal estar e os efeitos somato-psíquicos: “O mal estar ocorre quando você tenta fazer alguma coisa e você não chega a obter algum resultado” (L. 190-191). Enquanto ela observa algumas relações entre seu corpo e seu psiquismo, por exemplo, ela necessita: “... de fazer exercícios para acalmar essa ansiedade, de gastar essa energia para não guardá-la na cabeça (L. 210-211). Ela observa também a influência de um sobre o outro: “Eu percebi esta influência do mal estar físico sobre o psíquico quando eu tive esta cistite” (L. 196-197). Com efeito, aí ela faz a relação entre os dois: “Minha vida de casal terminava e a cistite era uma representação disso” (L. 198). Mas ela observa também esta outra relação entre uma tensão psíquica e uma dor somática: “Quando estava casada eu ia dormir tensa. Isso agravou esta tensão cervical” (L. 200-201).

Os diferentes impactos da fasciaterapia após o tratamento

A relação à dor

Esta paciente tem uma relação com a **dor física** específica durante os tratamentos. Com efeito, em

primeiro lugar os cuidados provocam-lhe dores por vezes intensas: “Houve um momento no qual a dor era realmente tão forte que eu não consegui controlar minha tosse” (L. 231-232). E um pouco mais ainda: “Era uma sensação de estiramento até sentir uma forte dor internamente”. E ela reforçou: “uma dor forte como se me atravessasse, e ela aumentou como um estiramento (L. 271-272). Às vezes esta dor está ligada **ao campo emocional**: “Este movimento me provocou não apenas dor física, mas uma dor emocional muito forte” (L. 227-228). Outras vezes **ela associa imagens**: “vieram imagens de dor, de cólera e ao mesmo tempo a sensação física de rasgar.” (L. 265-266) e ela acrescenta: “E foi muito forte” (L. 266-267). Logo sempre há essa noção de dor forte em certos momentos do tratamento. Às vezes estão associadas a **lembranças**: “Era uma mistura de dor física e emocional forte com lembranças de momentos difíceis, desagradáveis” (L. 237-239) E ainda: “Com uma coisa determinada que vem à propósito dessa dor, vem uma imagem de alguma coisa, uma certa sensação, de um certo momento”. (L. 408-409). Vemos que a dor pode estar associada a imagens específicas. Por exemplo, ela a associa aos momentos difíceis de sua vida: “ Veio então a sensação do parto de minha filha que durou doze horas” (L. 413-414). Ela revive então certos eventos através dos momentos dolorosos deslanchados na terapia. “ Isso foi difícil eu estava chegando à exaustão. A imagem que veio nesse momento durante esta dor intensa era essa” (L. 414-415). Realmente ela vê o tratamento como uma maneira de acordar as lembranças fugidias que guardam sua dor: “O tratamento tem esta capacidade de abrir essas pequenas caixas, através da dor” (L. 485- 486). Ela toma consciência também desta capacidade de relação entre dor e imagem: “Eu nunca havia percebido esta relação entre a dor e a imagem antes” (L. 419-420). Mas ela vê como benéfica esta relação entre dor e lembrança: “E esta imagem vai se dissolver, não vai verdadeiramente se dissolver, mas se desmitificar” (L. 408-409). Assim, ela reconhece também a ação do tratamento através desta dor: “E o tratamento tem esta capacidade...ao mesmo tempo de clarear a mente para que você possa melhor discernir” (L. 486-488). Em outros momentos, ela fala também da evolução da sua dor: “Agora isso dá um conforto, eu não sinto mais dor” (L. 249-250). E após o tratamento ela descreve esta nova evolução na sensação: “Agora não está absolutamente doloroso, nem uma sensação de ferimento mortal, de dor, não, está tranquilo” (L. 276-277).

A relação ao corpo e a relação à si

Durante o tratamento a paciente sentiu numerosas sensações corporais que lhe permitiram entrar mais em **relação com seu corpo**, como: “Tive uma sensação de fluxo livre nesta parte do meu peito” (L. 247-248) “ existe ainda um tremor no corpo, há um corpo que se relembra do frio” (L. 253-254) ou ainda: “ É frio, mas ao mesmo tempo no interior é quente” (L. 256) ou “Estava pesado e agora eu

me sinto mais livre” (L. 395-396). Em seguida ela percebe uma mudança: “A dor de cabeça parou” (L. 291). Tudo isso lhe permitiu melhor sentir seu corpo: “Eu sinto todo meu corpo” (L. 285) ou ainda: “Quando eu digo que o corpo está calmo não é somente que está relaxado. Ele está todo fluido” (L. 444-445). Durante a entrevista ela volta inúmeras vezes sobre essas sensações corporais: “ Sim, eu respiro mais profundamente, eu sinto que isso abre os pulmões” (L. 314). Ela descreve certas sensações corporais novas: “Dentro, eu sinto este forte calor que sobe pela coluna” (L. 317-318). Todas essas sensações iniciam também com **uma relação à si**: “Ah! Eu me sinto inteira” (L. 287-288) E frequentemente ela faz esta relação com uma relação a si: “Eu mesma, eu me sinto mais livre, mais leve, bem disposta” (L. 319-130). O que lhe faz perceber um bem estar: “É um bem estar bom” (L. 321). Ela ousa mesmo ir mais longe nesta noção de bem estar: “Eu não sei se a expressão exata a ser dita é ‘prazer sensual’” (L. 326). Ela associa então esta relação à si com sua nova relação ao corpo: “Agora eu percebo exatamente o que ocorre, o que se passa, com meu corpo, o que emerge e o que eu sinto” (L. 469-471). E ela admite esta nova percepção de si: “Sim eu penso que pela primeira vez eu me percebo eu mesma” (L. 367). Assim ela se redescobre: “Eu descobro partes de mim que estavam seja esquecidas, seja enfermas” (L. 479-480). E ela observa que isso influencia seu estado após as sessões: “Depois da última sessão, eu fiquei três dias com esta sensação agradável de que tudo corria bem no corpo, sem ter qualquer mal estar” (L. 305-307). E ela descreve um novo estado de relação à si: “Você se sente mais inteira, mais integrada, a cabeça, o corpo, os membros, porque tudo está harmonizado” (L. 329-330). Assim ela descobre através do seu corpo a noção de aprendizagem: “Agora meu corpo está aprendendo” (L. 277-278) E, enfim, ela descreve seu ideal de relação à si: “ Eu não sei mais viver dissociada, para mim cabeça corpo e alma estão unidos num conjunto” (L. 456).

A relação ao psiquismo e à emoção

Na **relação à emoção**, a paciente fala de suas dores, mas ela faz também a relação com sua angústia: “O movimento que me interpelou, não era apenas uma dor profunda, mas uma angústia, uma sensação de um mal estar profundo” (L. 224-225). Um pouco mais longe ela verdadeiramente insiste sobre essa relação à emoção e a ligação com os pensamentos: “Não somente uma dor física, mas uma dor emocional muito forte e os pensamentos que vinham estavam muito ligados à uma cólera que estava no fundo” (L. 227-229). Ela descreve assim, um pouco depois, a relação que existe entre a dor e um modo de emoção ligada, certas vezes, às lembranças: “Era uma mistura de dor física e emocional forte com lembranças dos momentos difíceis, desagradáveis” (L. 237-239). Ela insiste igualmente sobre as imagens que aparecem em relação com essas emoções que ela qualifica de

fortes ou muito fortes: “Vieram imagens de dor, de cólera... e foi muito forte” (L. 265-266). Mas em relação com suas emoções fortes ela reconhecia que ela tinha necessidade de liberar-se: “Em relação com esta questão emocional, eu tinha atitudes com as pessoas do meu passado que precisavam ser liberadas, que precisavam mudar” (L. 351-352). Então ela conta um pouco do conteúdo dessas emoções que remontavam ao seu passado e que estavam em relação com seu ex-marido e com seus pais: “Isso ia do passado para o futuro, o primeiro momento de dor forte foi uma lembrança de Rogerio. Em seguida veio uma apreensão que tive com minha mãe. Em seguida foi a perda de meu pai...” (L. 243-246). Para ela é verdadeiramente um despertar de suas emoções que ela descreve do seguinte modo: “eu percebo claramente que há um acordar das emoções. Depois houve momentos onde eu via uma separação entre a emoção e o corpo que era muito mais afetado. Era como se ela (a emoção) não fosse somatizada”. (L. 335-337). Num outro momento ela revia a sensação do parto de sua filha: “Veio então a sensação do parto de minha filha que durou mais de doze horas” (L. 415-416). Mas enfim, ela sente o efeito do tratamento e reconhece que isso lhe confere um sentimento de bem estar: “Com uma alegria. Isso dá vontade, coragem, disposição com bom humor” (L. 448-449). Quanto à **relação ao psiquismo**, esta paciente relata o efeito do tratamento sobre seu mal estar: “Então a dor diminuía e a sensação se tornava boa... E ao mesmo tempo havia uma parte de mim que começava a pensar” (L. 403-405). E o efeito se prolonga numa sensação de clareza: “Sim, eu penso que isso clarificou minhas idéias. Eu cheguei à discernir as coisas com mais clareza e objetividade. E isso foi interessante. Eu penso que isso tem muito a ver com o seu tratamento” (L. 358-360). Então ela faz a ligação entre o tratamento e esta sensação de clareza que volta frequentemente na entrevista pós-imediata: “A dor de cabeça parou, a mente está clara” (L. 291). E ela prolonga a descrição desse estado de relação entre a dor e o fato de estar ainda mais lúcida: “Você começa a ter uma dor física e uma lucidez mental que faz com que, pouco a pouco, você entenda certas coisas com mais facilidade” (L. 483-484). E, assim, ela insiste muitas vezes sobre esta noção de discernimento: “Você discerne melhor! Para mim foi o que aconteceu e que eu achei interessante” (L. 489-490). ou ainda: “O tratamento tem esta capacidade de tornar clara a mente para que você possa melhor discernir” (L. 486-488). Não apenas ela discerne melhor mas ela considera igualmente sua mente mais rápida: “Agora minha mente está mais rápida” (L. 473). O que influencia nesse caso seu pensamento: “Em seguida eu começo a pensar no tema de um modo mais claro” (L. 409). E por momentos ela partilha suas reflexões sobre sua nova visão: “E hoje eu vejo de um modo diferente, eu creio que eu não me sinto mais prisioneira” (L. 386-387). Em seguida ela nos fala também sobre o tema de sua visão sobre a relação entre o corpo e a alma: “Eu penso verdadeiramente que o corpo e a alma caminham juntos” (L. 398). ou ainda do seu objetivo de trilogia: “Eu volto ao equilíbrio nesse tripé. Eu me sentia estropiada com esses três conceitos que são minha maneira de me estruturar” (L. 451-452).

Para mim, cabeça, corpo e alma estão unidos conjuntamente (L. 456). Ela reconhecia assim através do seu próprio equilíbrio uma certa coerência: “É um equilíbrio mental, físico e de atitudes coerentes” (L. 462-464). Mas ao mesmo tempo, ela sente que o tratamento a ajudou a melhor discernir as questões que ela tinha antes: “Porque havia questões que me vinham ao espírito e eu não chegava a ver os detalhes e eles começaram a aparecer” (L. 360-362). Não somente ela discerne melhor mas ela reconhecia que ela não avançava mais sobre esse ponto, a partir do qual ela ganha consciência agora graças ao tratamento: “Faz muitos anos que eu me debato com esta coisa e consegui avançar. Então eu penso que há uma relação” (L. 362-364).

Sobre a mudança de atitude

Nesse domínio, Julia relata numerosos elementos: Primeiro, **em relação ao cotidiano**, ela toma consciência de um novo estado: “Isso foi interessante quando vi que, nos momentos de tensão externa do meu cotidiano, isso não me afetava tanto como antes” (L. 337-338).

Em relação à si, ela toma consciência de suas necessidades e de sua mudança de comportamento com convicção: “Agora eu me ocupo de minhas necessidades sem sentimento de culpa. É uma coisa que também eu mudei. Eu tenho certeza absoluta. E no que concerne ao comportamento, eu mudei também” (L. 369-371). Ela insiste sobre esta noção de mudança nas atitudes a partir do início do tratamento e sobre esta noção de desapego da qual ela não conseguia liberar-se já há anos: “Depois que nós começamos o tratamento eu percebi esta necessidade de liberação... De uma certa maneira eu assumia atitudes que para mim eram inconcebíveis, mas eu mudei” (L. 391-394). Ela ousa abordar de novo sua intimidade no domínio de sua libido. Ela toma consciência assim: “Vi que existia mais do que uma relação física. E aí eu me dei a possibilidade de me divertir e de falar desse tema íntimo. Isso é uma mudança....sentir-se apto para tal” (L. 435-438).

Quanto **à relação às atitudes do passado e aos outros**, ela constata uma mudança de atitude paripasso das relações que ela tinha com certas pessoas: “Eu tinha atitudes com pessoas do meu passado que necessitava me liberar, mudar... Isso foi uma luta com o meu passado, agora eu estou liberada dele (L. 351-355). Ela precisa esse modo de mudança: “Agora eu reencontro uma comunicação com as pessoas que querem aproximar-se de mim” (L. 424-425). Mas ao mesmo tempo ela insiste sobre esta liberação com seu passado: “Eu estou me liberando do passado. Eu não tenho mais essa idéia de voltar ao meu passado. Isso foi uma mudança gritante” (L. 348-349). Dessa maneira, agora, ela nota a mudança na sua maneira de ver e apreender o mundo: “Eu cheguei a discernir as coisas com mais clareza e objetividade” (L. 358-359). E enfim, ela fala da transformação da relação de visão dos outros: “Não é no corpo, é na alma. É uma maneira de ver as pessoas sem mito” (L. 374-375).

1. 2. Relato fenomenológico de Paula

Mulher de 42 anos, solteira.

Profissão: cantora de música popular e professora de canto

Formação inicial: licenciada em Matemática

Solicitação inicial: muito estresse provocando dores variadas

Solicitação seguinte: Desejo de melhorar a relação ao corpo por conta da sua profissão e vencer seu mal estar.

Duração do acompanhamento em Somato-psico-pedagogia: 11 meses

Atmosfera Geral

Foto da pessoa antes do tratamento (Paula)

Perfil de personalidade

Esta pessoa se diz incomodada pelo seu mal estar porque ela gostaria de controlar seu corpo: “Eu gostaria de controlar, meu grande problema é esse... mas isso me incomoda porque isso não está sob meu controle, eu não me sinto gerente do meu corpo” (L. 191-193). Em oposição a esse mal estar que a incomoda diz ela de novo, que busca um bem estar e um estado de equilíbrio: “para mim esse mal estar não faz parte do meu planejamento racional, isso me incomoda profundamente... Eu gostaria de estar bem de uma forma permanente, em busca do equilíbrio” (L. 183-188). Entretanto ela não se queixa de sua atividade profissional: “Eu não reclamo do meu trabalho que faço, eu adoro cantar e dar aulas” (L. 171-172). No entanto, ela adoraria ter um pouco mais de tempo pessoal: “a quantidade de trabalho me incomoda, porque eu não tenho tempo de ir a um cinema ou ao teatro” (L. 172-173). Mas se isso a incomoda, ela não quer ofertar tempo ou importância: “ Eu sinto que é como se fosse uma coisa que me fizesse perder tempo, eu não quero ficar doente” (L. 136-137). Ela chega mesmo a se contradizer pretendendo tudo controlar: “Eu não tenho o sentimento de que estou estressada, que tenho muito trabalho, para mim eu consigo tudo controlar” (L. 131-133). Ela se apóia assim sobre seu temperamento combativo: “Tenho sangue espanhol, é minha parte combativa” (L.

60). Ou ainda quando ela se diz em mal estar e não se dá o tempo de se escutar: “Eu não tenho outras soluções, eu vou trabalhar” (L. 96-97) ou ainda: “Se fosse morrer, seria necessário esperar, porque eu teria que terminar meu trabalho” (L. 126-127). E, entretanto, por vezes ela admite seu mal estar e seu desejo de sumir do mundo: “Eu não quero ver ninguém, quero ficar em casa, fechar a porta. Eu não tenho desejo de ir trabalhar” (L. 100-101).

A explicitação causal do mal estar

Ela explica seu mal estar por essas diferentes causas: “Eu penso que é um estado **emocional** em razão de um **problema familiar** que o ocasionou, mas também **profissional**: “meu trabalho cria um estado de tensão permanente, não há um momento de relaxamento, isso me provoca uma dor de cabeça” (L. 26-29). Assim, pode-se colocar em relevo diferentes **causas emocionais**: “um estado emocional alterado, uma falta de ar como se isso explodisse, como uma tristeza” (L. 11-12). Ela explica seu estado emocional de passividade: “Sim, com essa vontade de me deitar, de chorar, sem vontade de sair...” (L. 38). Mas ela reconhece ter um sentimento de raiva com esta atitude passiva: “primeiramente com uma raiva muito grande que eu não consigo explicar, em seguida uma vontade de dormir e de não sair de casa, de não trabalhar” (L. 41-43). Enquanto ela não consegue explicar as motivações da sua raiva: “No primeiro estágio eu sinto raiva e eu começo a perceber que não tenho motivo para reagir com raiva, de estar irritada” (L. 88-89). Mas às diferentes questões do seu estado algumas vezes ela responde de uma maneira ambígua por “Eu penso”: “Eu penso que é um estado emocional” (L. 26) ou ainda: “Eu penso que é mais uma hipersensibilidade” (L. 104) “Eu penso que vou morrer...” (L. 116-117). Quanto às **razões profissionais** ela admite trabalhar demais: “é um trabalho que me cria um estado de tensão permanente, não há um momento de relaxamento, isso me provoca dor de cabeça” (L. 27-29). Ela explica seu modo de vida: “Tenho uma vida organizada em função da minha agenda, eu sou muito metódica, sempre sob controle” (L. 177-178). Mas com essa paciente as causas profissionais e familiares não estão separadas, elas se conjugam: “Estava num momento de tensão no trabalho e na família, eu tive uma palpitação uma coisa rápida no meu peito...” (L. 120-121). O único momento onde ela fala da sua família durante essa entrevista é assim: “Eu vou à praia onde vive minha família, sempre com o controle de tudo, isso me fatiga, eu não chego a me desconectar completamente” (L. 177-180).

As diferentes dimensões somato-psíquicas

Quando lhe colocamos a questão, Paula nos dá sua opinião sobre esse tema: “ Eu penso que é

psíquico e físico, os dois, pode ser que o psíquico amplie o físico” (L. 10-11). A manifestação de seu mal estar se exprime por um desejo de solidão: “Eu não quero ver ninguém, a não ser ficar em casa, fechar a porta, eu não tenho vontade de ir trabalhar” (L. 100-101). Ela o descreve como um estado de tristeza que influencia o comportamento fisiológico do seu corpo: “Um estado emocional alterado, uma falta de ar como se isso explodisse, com uma tristeza; quando o estado emocional esta alterado, o corpo reage, isso dá uma fadiga, fico com vontade de morrer...” (L. 11-13). Ou ainda lhe dá uma sensação estranha: “É um estado de tristeza, como não estar num bom lugar, de me sentir fora daqui, como uma inadequação” (L. 55-56). Mas ela reconhece nesse mal estar a importância inicial do psiquismo: “Primeiramente uma tensão psíquica...” (L. 94) E isso a fatiga: “É forte, parece que isso puxa, isso golpeia, isso luta, é fatigante...” (L. 152). Quando lhe perguntamos qual é a origem de seu mal estar, ela responde que é um problema emocional de ordem familiar “Eu penso que é um estado emocional em razão de um problema familiar que lhe ocasionou” (L. 26-27). Mas também profissional: “é um trabalho que me cria um estado de tensão permanente, não há um momento de relaxamento, isso me provoca dor de cabeça” (L. 27-29). Ou ainda social, o fato de não ser reconhecida: “No primeiro estágio eu me sinto com raiva e começo a perceber que não há motivo de reagir com raiva, de estar irritada, e eu começo a me irritar e a me sentir triste porque eu me sinto uma boa pessoa, e o mundo não percebe minha genialidade” (L. 88-91). Ou mesmo de ansiedade fóbica: “porque quando chega a noite, por exemplo, eu tenho vontade de beber um whisky, de comer um chocolate, porque senão eu fumaria” (L. 75-76). “atualmente estou bem desequilibrada, eu estou ansiosa” (L. 77-78). Ou de medo da morte: “Eu estou apreensiva, com dor de estômago, ou formigamento no braço, ou eu penso que vou morrer aqui, que vou morrer totalmente sozinha (L. 115-117). Enfim, ela considera seu mal estar como um inimigo que a incomoda profundamente, por que isso não é racional no seu desejo de equilíbrio: “Para mim esse mal estar não faz parte do meu planejamento de vida racional, metódica, isso não está na minha agenda, às três horas da tarde estarei sentindo um mal estar, isso incomoda profundamente, porque para mim, eu não posso estar lá, é o inimigo, eu vejo como se fosse partir para uma guerra, não é uma coisa que eu incorporei, eu vivo com, não, eu quero o mal estar longe de mim, eu sinto vontade de permanecer bem, em busca do equilíbrio” (L. 183-188). De fato é uma pessoa muito organizada que ama tudo controlar, mesmo seu corpo, e ela manifesta através dessa atitude um receio do desconhecido: “Ah! eu amaria controlar, meu grande problema é isso, as coisas acontecem que podem ser consequências disso que eu faço, mas isso incomoda porque isso não está sob meu controle, é assim, eu não me sinto gerente do meu corpo, eu não comando” (L. 191-194).

Os diferentes impactos da Fasciaterapia após o tratamento

A relação à dor

Paula fala pouco das dores físicas que ela poderia sentir durante o tratamento, mas mais do efeito do tratamento sobre suas dores habituais: “Primeiro eu percebi uma sensação de conforto, nas regiões que estavam doloridas, o peito, o pescoço, as costas, as lombares... não nas lombares era mais um desconforto (não confortável)” (L. 204-206) Mas para ela esta sensação de conforto é um efeito frequente nesse trabalho corporal: “A sensação de conforto que é uma coisa comum, porque eu percebo que é muito diferente de uma sessão para outra” (L. 213-214). Em geral, sua dor é mais uma reação psíquica a um evento: “e às vezes isso me fazia mal, mas eu não conseguia compreender porquê. Hoje, eu vou tentar pesquisar o que me fez mal e onde isso me tocou” (L. 272-274). Em seguida ao tratamento, ela tenta compreender a relação entre dor e sofrimento. Ela reconhece que ela estava construindo uma proteção nesse sentido: “Eu penso que é uma atitude de defesa, eu procuro não deixar as coisas entrar em mim, para não me machucar, não sofrer, então, era uma atitude de proteção, proteção do corpo, do espírito, das emoções” (L. 284-286). O tratamento desenvolveu a consciência do que lhe fazia mal: “Porque eu sou capaz de perceber aquilo que me faz mal, é por isso” (L. 312). Agora, ela faz a relação com suas fobias anteriores: “esta dor que eu sentia, não é o coração...” (L. 307) ou ainda com esta tendência masoquista anterior: “...jamais fui assim. Eu tinha sempre uma razão para me afligir...” (L. 330-331).

A relação ao corpo e a relação à si

Na sua relação ao corpo, Paula se sente mais centrada: “A sensação de meu corpo centrado, mais livre” (L. 248). Ela sente também seu corpo ligado à vida, mais global: “porque o corpo faz parte da vida, não? Então é isso, eu sinto o corpo bem situado, não é uma coisa isolada” (L. 318-319). Mas ela percebe agora a diferença de resposta do corpo de uma sessão à outra: “Hoje, percebi a não resposta do corpo, em certas sessões eu percebo a resposta todo o tempo” (L. 216-217). Após esse trabalho, para ela a relação ao corpo mudou: “... Tenho o hábito de perceber onde isso me faz mal e onde isso não me faz mal, é nesse sentido de relaxar onde isso me puxa (L. 307-309).

Quanto a relação à si, ela se percebe mais interiorizada: “mais dentro de mim mesma, menos voltada para o exterior, mais dentro, eu me percebo mais...” (L. 267-268). Mas ao mesmo tempo ela se exprime melhor e ousa afirmar: “porque eu falo mais, guardo menos, eu falo mais, mas eu reclamo muito mais” (L. 278-279). E ela se protege melhor nesta nova relação consigo: “eu busco não deixar as coisas entrarem em mim” (L. 284-285). O que lhe permite estar melhor situada no mundo: “o fato

de estar assim me permite estar mais situada no mundo” (L. 300-301): Ela reencontra assim sua identidade diferenciando-se mais dos outros “de ser eu mesma, porque sempre fui mais pelos outros. E agora tenho os pés no chão” (L. 344-346). Isso que lhe confere bem estar nesta noção de se diferenciar dos outros: “e eu me sinto melhor por causa disso, porque eu estou aprendendo a me defender” (L. 288-289). Enfim ela reconhece graças a esta nova relação com ela mesma a capacidade de perceber a causalidade de seu mal estar: “Porque eu sou capaz de perceber aquilo que me faz mal, é por isso. Eu quero dizer que na maioria dos casos eu consigo” (L. 312-313).

Enfim poderíamos acrescentar no caso de Paula, uma qualidade de relação à vida que ela descobriu ao longo do tratamento graças a essa nova relação consigo: “através disso eu alcanço o mundo externo de uma maneira mais bela, chego a perceber a beleza das coisas externas que, pode ser, passem habitualmente desapercibidas” (L. 302-304). Sua relação à si se torna então uma motivação de vida: “Minha nova motivação de vida, de ser eu mesma” (L. 344). Esta relação tem assim transformado sua maneira de viver: “É de viver mais as coisas, mas com mais atenção, não somente viver por viver mais atenta, mas com uma atenção mais centrada, sem perda” (L. 356-358) ou ainda: “o fato de ser assim me permite...deixar as coisas mais belas aparecerem” (L. 300-302).

A relação ao psiquismo e à emoção

Paula reencontrou **suas emoções** nesse trabalho corporal: “Eu penso que isso move as emoções, ou mais isso as descobre, uma descoberta de emoções” (L. 223-224). Emoções que ela junta com sentimentos esquecidos: “emoções, sentimentos, acordar de sentimentos...” (L. 226). Entretanto por medo de sofrer ela tenta se proteger também das suas emoções. “eu procuro não deixar que algumas coisas entrem dentro de mim para não me machucar para não doer, então estava numa atitude de defesa, defesa do corpo, defesa da mente, defesa das emoções” (L. 284-286). Ela reconhecia que isso a estabiliza: “mas o mesmo tempo isso parecia mais estável, eu o sinto assim” (L. 242) E ela reconhece também que ela melhorou a sua percepção disso que a fazia sofrer: “ porque eu sou capaz de perceber o que me faz mal” (L. 312). Também emocionalmente ela se sente fortalecida face ao fluxo de eventos imprevistos que continuam à lhe solicitar: “Mais forte, isso não significa melhor, porque às vezes os eventos continuam a ocorrer, há coisas as quais eu não sei responder”.

Quanto à **sua relação ao psiquismo**, ela admite se sentir diferente: “Eu estou menos ansiosa... eu estou mais calma... eu estou mais confiante” (L. 324, 327, 328). Psicologicamente ela sente que melhorou e aprendeu a se defender melhor: “Acho que talvez estava numa atitude de defesa de mim,... eu estou melhor por causa disso porque estou aprendendo a me defender melhor” (L. 284-289). E ela reconhece que esse tema sobre seu bem estar agora: “mas eu acho que está bem

resolvido. Em relação ao mal estar está bem melhor agora” (L. 251-252). Ela explica também como sua relação diferente com relação ao seu psiquismo melhorou a consciência de seu bem estar: “é de viver mais as coisas, mas com mais atenção, não somente viver com mais atenção, mas com uma atenção, mais centrada, sem perda (L. 356-358). Esse trabalho com efeito mudou a percepção dela e ela descreve sua mudança de olhar: “A percepção mudou..., o fato de ser assim me permite estar mais situada no mundo, mas ela me ajuda a perceber o mundo externo, de deixar as coisas mais belas aparecerem” (L. 300-302). Enfim ela toma consciência, por um fato de conhecimento, em contraste com sua maneira de ser anterior, que ela mudou: “Nunca fui assim, jamais...jamais fui assim. Eu tinha sempre uma coisa de aflição (L. 300-331).

Sobre a mudança de atitude

Nesse domínio, Paula é muito loquaz, ela cita numerosos exemplos de sua mudança de atitude que realmente tem transformado sua vida. Em primeiro lugar ela toma consciência de sua mudança de atitude **em relação a ela mesma**: “O que eu senti é uma mudança de atitude...mais centrada...” (L. 226-227). O que ela confirma de novo indo um pouco além: “e em seguida de uma maneira que eu não sei explicar, eu começo a perceber que tenho mudanças de atitude” (L. 232-233). Ela tenta explicar essas modificações de atitude: “coisas que não faço ou que não farei, ou que eu falo mas que não eram comuns” (L. 233-234). Ela precisa também o efeito durável dessa mudança: “Mesmo após um mês, isso parece que dura, não é uma coisa que declina” (L. 239-240) Não somente há uma noção de duração, mas ela percebe igualmente a evolução progressiva, a cada sessão, disso que provocou nela uma nova percepção: “Essas coisas se mantêm assim. Tenho a impressão que isso é crescente, que o trabalho evolui a cada sessão, não é uma sessão específica que faz um trabalho específico; eu penso que hoje tenho uma percepção que não tinha” (L. 243-245).

Ela comenta também como essa mudança se manifesta **na relação aos outros**: “para certas coisas isso melhorou, para outras isso agravou (Risos) para certas pessoas eu estou melhor, mas o fato de estar melhor, isso incomoda às pessoas, porque eu falo mais, guardo menos, eu falo mais, mas eu reclamo muito mais” (L. 276-279). Na sua comunicação com os outros, ela adota uma atitude de proteção, de defesa e de autenticidade que lhe confere um estado melhor: “Eu penso que é na atitude de defender-me...era uma atitude de proteção, proteção do corpo, do espírito, das emoções...e eu me sinto melhor por conta disso, porque eu estou aprendendo a me defender melhor” (L. 284-289).

Graças a essa percepção isso se estende a **todos os domínios de sua vida**: “Ah”, como uma coisa positiva, que pode me ajudar no meu cotidiano, no meu trabalho, nos meus negócios...” (L. 297-298). Agora, que ela reconhece ter mudado também sua percepção ela descreve sua nova visão de

mundo e como ela se situa então: “a percepção mudou...o fato de ser assim me permite estar mais situada no mundo, mas ela me ajuda à perceber o mundo externo, de deixar as coisas mais belas aparecerem... chego a perceber a beleza das coisas externas que, pode ser, passem habitualmente despercebidas" (L. 300-304). Ela descreve também a mudança na sua maneira de viver: "Agora eu tenho os pés no chão, eu tomo sentido de minha orientação de minhas escolhas...é mais uma atitude de prestar atenção" (L. 336-338).

Para ela há **uma evolução na sua mudança**, é uma nova consciência, que passa por uma atitude de atenção: "é de viver mais as coisas, mas com mais atenção, não somente viver com mais atenção, mas com uma atenção mais centrada, sem perda" (L. 356-358). Ela nos conta a sutilidade dessa mudança e como ela tomou consciência após as últimas sessões: "Isso certamente, isso foi sutil, não repentino, isso foi sutil: quando eu percebi, as coisas estavam a caminho, porque no início eu não tinha observado que isso me ocorria numa sessão, até que consegui fazer a relação, mas é uma coisa recente, pode ser duas ou três sessões" (L. 256-259). Em relação à seu mal estar, por exemplo, ela se sente mais forte face aos eventos: "Mais forte, isso não significa melhor, porque às vezes os eventos continuam a ocorrer, há coisas às quais eu não sei responder (L. 315-316). E ela acrescenta se sentir também mais fortalecida: "É lógico, é fundamental sentir-se mais forte" (L. 364). Com um comportamento mais voluntário: "eu me sinto como mais voluntária..." (L. 342).

Na sua **pesquisa de bem estar**, ela faz a ligação entre a percepção do interior e do exterior: "Prestar atenção aos eventos externos e àquilo que se passa no interior nesta relação entre exterior e interior" (L. 350-351). Para ela é isso a autenticidade, esta concordância entre o interior e o exterior: "É isso. Se o exterior não concorda com o interior há qualquer coisa de falso. É isso que tento obter" (L. 353-354). Enfim, para o futuro, ela se situa com confiança numa pesquisa em relação com suas aspirações: "É um caminho de pesquisa. Eu creio que chegarei a encontrar certas respostas" (L. 366-367).

1. 3. Relato fenomenológico de Irene

Mulher de 45 anos, casada, um filho

Profissão: arquiteta trabalhando para e num escritório de arquitetos

Solicitação inicial: mal estar generalizado

Solicitação seguinte: acompanhamento da estabilização do seu bem estar

Duração do acompanhamento em fasciaterapia: um ano e meio

Atmosfera Geral

Foto da pessoa antes do tratamento (Irene)

Perfil de personalidade

É uma pessoa que, atualmente, sofre de mal estar após ter feito uma forte depressão pós-parto. Irene prova a dificuldade de cuidar-se ou à dedicar-se aos cuidados: "Então, durante oito meses eu estive sem tratamento, e ao final de oito meses, nós procuramos um médico...e comecei a tomar anti-depressivos e a fazer uma psicoterapia" (L. 19-21). Ela explica porque não procurou ajuda: "Era um pouco assim: isso piorava e melhorava um pouco, isso ficava pior e de novo melhorava; foi por isso que eu não procurei ajuda. Quando eu estava bem motivada para obter ajuda, isso melhorava" (L. 40-42). Durante esta única depressão ela tinha uma tendencia suicida: " So teve durante a minha depressão pós-parto eu fiquei muito ruim, teve episódios de querer me suicidar, teve episódios de querer me matar, só pensar me jogar pela janela, acordar só pensava em isso " (L. 38-40). É também uma pessoa que não aceita medicamentos para seu mal estar: "eu não gosto de tomar remédios, se pudesse não tomaria qualquer remédio" (L. 104). Mas ela reconhecia ter tido muito medo de se deixar levar por essa depressão: "Em seguida comecei a ter muito medo, porque me dei conta em que precipício estava caindo" (L. 55-57). Sua motivação, hoje é ainda o medo, ele teme uma recidiva: "como hoje, tenho medo que esta sensação volte de novo, porque hoje não tenho mais pai nem mãe" (L. 62-64). Mas malgrado esta depressão pós-parto, ela desejaria de novo engravidar: "Desejo engravidar de novo, procurei um médico para fazer um tratamento, e à primeira injeção que tomei, duas horas depois já estava num estado depressivo" (L. 58-60). Compreende-se melhor porque ela não gosta de tomar remédios: e ela se situa também como alguém muito sensível."Hipersensibilidade, eu sou muito sensível" (L. 73).

A explicitação causal do mal estar

Em primeiro lugar, Irene se queixa de sua situação profissional: "Tenho uma questão profissional mal resolvida, mas estou resolvendo" (L. 87-88). Mas seu mal estar é um problema cíclico: "isso piorava e melhorava um pouco, isso ficava pior e de novo isso melhorava" (L. 41-42) e crônico: "não

tive períodos onde estivesse muito bem, talvez 20 dias. Há meses onde eu não tive, era raro, mas ocorreu de estar bem um mes "(L. 51-52). Ao mesmo tempo esse mal estar relaciona-se a problemas menstruais: "Normalmente está em relação com minha menstruação" (L. 9) Mas seu principal período de grande mal estar foi acionado no momento do nascimento de sua filha: "Foi há mais ou menos dez anos, minha filha vai fazer 11 anos, e isso dura há muito tempo" (L. 18). Ela reconhecia também ter tido períodos de mal estar na sua adolescência: "Tive um mal estar quando era jovem, mas eram episódios mais espaçados" (L. 27-28). Ela fazia igualmente uma reatividade aos remédios: "pesquisei um médico para fazer um tratamento, e à primeira injeção que ele me deu, duas horas após estava num estado depressivo" (L. 59-61). Mas a verdadeira causa de seu mal estar provém de um problema hereditário: " Tem uma mãe muito deprimida que se suicidou, tem um irmão com depressão, tem uma irmã que tem remédios, estou muito rodeada. Tenho um pai que morreu com depressão" (L. 29-32).

As diferentes dimensões somato-psíquicas

O mal estar de Irene se exprime às vezes pelos problemas somáticos: "Esta dor de estômago que eu sinto é uma coisa que já senti quando era jovem e que eu não sentia mais, é uma coisa que voltou um pouco: certos alimentos que não me fazem bem, muita falta de apetite" (L. 83-85). Mas pode estar também relacionado com suas menstruações: "Normalmente é em relação com minha menstruação" (L. 09). Ela nos dá poucas indicações sobre seu psiquismo, e ela tem dificuldade de explicitar suas sensações: "Eu penso que a angústia é uma porção de sensações misturadas, eu não tenho motivo, mas ela vem. Um pouco de angústia, um pouco de medo, um pouco de vazio, de solidão; mas não há nada que seja mais forte, é um conjunto de sentimentos misturados" (L. 68-70). Algumas vezes são fenômenos ou atitudes psíquicas que estão em relação com esse mal estar: "Então eu abandonei o tratamento, como hoje, tenho muito medo que esta sensação volte de novo" (L. 62-63). No seu pedido de ajuda ela sublinha a necessidade de psicoterapia: "... logo que termine esse curso, terei necessidade de psicoterapia para me ajudar, senão não vou conseguir mudar" (L. 95-96).

Os diferentes impactos da fasciaterapia após o tratamento

A relação à dor

No decorrer desta última sessão, Irene viveu o prazer de não sentir dor física: " Essa foi a melhor sessão. Eu não senti dor, foi maravilhoso!" (L. 114). Ela acrescenta ter sentido esta vez uma

sensação mais movente porque ela não sentia dor: "Como se você pudesse mover tudo, porque eu não sentia dor..." (L. 118-119). Isso influencia seu relaxamento e lhe dá uma sensação mais agradável que aquela na qual sente dor: "Foi bem agradável, e eu me senti muito relaxada, porque eu não senti dor, eu relaxei mais do que nas outras sessões" (L. 119-121). Mas ela não fala absolutamente nada, após esta sessão, da dor em relação com seu mal estar ou suas tensões psíquicas.

A relação ao corpo e a relação à si

Ao contrário, na relação ao corpo, Irene fala longamente. A primeira sensação corporal é em relação com uma sensação de não limite entre o dentro e o fora do seu corpo: "Hoje, tive a sensação que não havia limite entre o interior e o exterior, como se não existissem limites, você compreende?" (L 116-118). Ela sente todo seu corpo com uma sensação de melhor circulação: "é como se o sangue circulasse melhor. Todo o organismo foi mais oxigenado, é assim que eu o senti. É como se todos os líquidos circulassem melhor" (L. 128-130). Bastante animada, ela percebe um fluxo que circula no seu corpo: "É uma animação, um fluxo, como se esse fluxo melhorasse, ele circula melhor" (L. 132). Esse fluxo e esta animação são lentos e parecem normalizar as coisas: "Somente lento, não muito lento. Mas senti que onde havia esses pontos de bloqueio muito finos, seu trabalho lhes restabeleceu à normalidade, você compreende, isso faz circular melhor" (L. 136-137). Ela percebe igualmente esse melhor funcionamento através da lentidão: "é como um organismo que funciona bem e que faz com que o cérebro funcione mais lentamente, tudo está lento" (L. 148-149). Ela começa também a perceber a necessidade do corpo exprimir-se: "O corpo tem necessidade de falar coisas, ele me faz perceber as coisas" (L. 154). Através dessas percepções no seu corpo ela começa a tomar consciência de limite, de movimento do corpo: "... às vezes sente-se a necessidade de fazer um movimento com o corpo, e você ultrapassa o limite. Nesse trabalho, você aprende um pouco onde está o limite" (L. 193-195).

Na relação à si, Irene se exprime também longamente. Exprime-se em primeiro lugar, por um relaxamento: "Eu me sinto relaxada mais do que nas outras sessões" (L. 120-121). Isso melhora sua escuta: "...agora escuto melhor, compreendo melhor. Às vezes, ele pede que o ritmo diminua, o ritmo da vida. E esse trabalho me indica que eu devo diminuir meu ritmo. É o que eu sinto com esse trabalho, que isso aumenta minha sensibilidade para entender meu corpo..." (L. 154-157). Essa relação à si melhora seu bem estar, o que se manifesta no sono também: " O sono esta um pouco melhor, quando eu venho aqui, à noite, eu durmo muito bem, o sono melhorou, fica mais tranquilo. E algumas posições também que eu fico que eu me sinto melhor " (L. 243-245). Ela descobre nesse

trabalho uma nova escuta de si e percepção daquilo que ela pode fazer: "Através desse trabalho pode-se procurar escutar mais o seu interior, perceber mais aquilo que um dia eu vou poder fazer..." (L. 175-176) Esta escuta lhe faz perceber sua necessidade de bem estar através da necessidade de um isolamento momentâneo: "Eu tenho necessidade, por exemplo, de me encontrar só, pode ser, e num lugar mais tranquilo e de tomar uma hora do meu dia para fazer isso" (L. 224-226). Em seguida ela descobre através desta escuta um sentido que cria uma unidade nela e lhe permite ir ao encontro no sentido do seu bem estar: "Uma maior sensibilidade, um sentido de...Unir mais o corpo e o espírito! De união, de equilíbrio, de escutar diferentemente, um sentir diferente, que é muito mais...Não, não é fácil escutar, é necessário parar para escutar, para sentir" (L. 200-202).

A relação ao psiquismo e à emoção

Em relação ao seu psiquismo, Irene descreve o efeito agradável do tratamento sobre ele: "É uma paz, uma tranquilidade, uma harmonia, é um sentimento agradável. Não é uma sensação de nada, é como um organismo que funciona bem e que faz com que o cérebro funcione mais lentamente, que tudo é lento" (L. 147-149). Ela insiste um pouco mais ainda sobre a importância desse fato de procurar uma unidade: "Sim, isso dá importância àquilo que realmente é importante. É uma sensação de tranquilidade, de serenidade, de paz e de estar unida, de estar integrada no interior e exterior" (L. 169-171). E realmente ela percebe esta unidade entre o corpo e o espírito que lhe dá diferentes percepções: "Unir mais o corpo e o espírito. De união, de equilíbrio, de escutar diferentemente, um sentir diferente, que é muito mais..." (L. 200-201). Para ela, esta atitude nova de calma e de unidade é indispensável para enfrentar os desafios da vida: "porque chegamos apenas a enfrentar esse desafio se se está em tranquilidade, calma, serena, se se está com o corpo e o espírito, se os dois estão mais harmoniosos" (L. 220-222). Em relação à emoção, ela faz a ligação com sua ansiedade e suas angústias, a escuta de si a ajuda a melhorar esses estados: "porque a ansiedade e a angustia aparecem quando você não se escuta, você quer fazer as coisas independentemente da sua disposição, de seu bem estar, do fato de não se escutar. Então como eu tento escutar mais meu organismo, eu começo a sentir menos angustia, ansiedade, eu me torno mais calma, mais serena" (L. 160-164). E ela admite também que esse trabalho lhe dá um ângulo de visão diferente: "é uma maneira de enfrentar as coisas novas de uma maneira diferente" (L. 217).

Sobre a mudança de atitude

Nesse domínio, Irene nos dá indicações sobre seus novos comportamentos **no cotidiano**, e

sua atitude mais tranquila nas suas ações: "De fazer com mais tranquilidade e serenidade, de fazer mais concentrada" (L. 185). Ela descobre um sentido na sua hiperatividade face ao seu mal estar: "Sim. Isso dá um sentido, por exemplo eu não vou mais me precipitar para fazer dez coisas e ao fim do dia eu estou extenuada" (L. 206-207) Na sua maneira de viver, isso lhe dá a oportunidade de agir de maneira diferente: "Não somente fazer coisas novas, mas de fazer as mesmas coisas com esta sensação mais tranquila, mais interna" (L. 238-239) Nesta atitude ela descobre uma qualidade de ação: "às vezes eu tenho a vontade de fazer as mesmas coisas, mas eu ganho mais com esta qualidade, com esse sentimento de menos ansiedade" (L. 239-240).

Face à **novidade** ela se sente também mais tranquila e menos ansiosa: "De fazer as coisas novas, porque se se é mais tranquilo ou mais calmo, chega-se a fazer o novo com menos ansiedade, menos medo de se equivocar" (L. 210-211). Isso a convida a enriquecer seus modos de ação, ela descobre uma atitude nova para entrar em relação com a novidade: "Sim, é uma maneira de enfrentar as coisas novas de uma maneira diferente" (L. 217).

No nível profissional ela adota uma atitude de conscientização de seus atos, lhe permitindo ganhar em qualidade: "Profissionalmente necessito me sentir mais consciente de minhas atitudes. De fazer melhor e não de fazer por fazer" (L. 186-187).

Enfim, ela faz a relação entre seu mal estar e seu ritmo de trabalho: "O mal estar está em relação com as quinze coisas que você tem para fazer." (L. 181-182). O trabalho lento lhe dá indicações sobre sua ritmicidade "E este trabalho me indica que devo diminuir meu ritmo" (L. 156) E sobre os meios que lhe permitem encontrar uma medida justa no seu ritmo: "de escutar mais o interior e o exterior" (L. 185-186). Ela reconheceu que ela estava também melhor em relação ao seu mal estar em certas atitudes: "E algumas atitudes também onde eu acho que eu me sinto melhor. É isso" (L. 245-246).

Os diferentes impactos da fasciaterapia diferidos no tempo

A relação a dor

Dois meses após a sessão, numa entrevista a posteriori, Irene não fala mais de suas dores, ao contrário ela toma consciência da diferença: "Não acordar com essa sensação de corpo pesado..." (L. 260). As antigas dores desapareceram e ela faz a relação com seu estado de mal estar anterior: " eu não tive mais esta sensação, não tive mais um dia esta irritação da TPM (tensão pré-menstrual) esta coisa que fazia com que eu estivesse de mal humor,...eu não tive mais mal estar" (L. 261-263). Ao contrário, ela vê o resultado sobre sua vitalidade, ela prova mesmo a necessidade de acalmar esta

energia reencontrada: “Eu tenho muita energia. Estou plena de idéias, de vitalidade e tenho necessidade de me acalmar, de me tranquilizar um pouco por que há muita vitalidade e energia (L. 263-264).

A relação ao corpo e a relação a si

Irene faz a relação entre a melhora do corpo no início do tratamento e a sensação de bem estar: ela percebe que um problema de saúde antigo que o tratamento tinha feito ressurgir, foi resolvido: “Pelo corpo, porque eu faço a relação agora: comecei o tratamento e então senti um verdadeiro bem estar. Em seguida, houve este episódio da cistite, que parece ter sido uma cura” (L. 276-278). Ela toma consciência da necessidade de se ocupar do seu corpo e ela se dá conta agora de quanto ela estava adoecida: “Tenho a necessidade de cuidar do meu corpo, de lhe dar atenção, porque o corpo estava adoecido...” (L. 282-282). E ela toma cuidado, porque ela viu o efeito desse trabalho no seu processo de melhora: “Cada dia eu presto mais atenção ao meu corpo...é como se isso tivesse sido uma limpeza, um cuidado, uma melhora” (L. 291-293) Enfim ela vê nessa relação ao corpo uma finalidade de influencia sobre seu funcionamento mental: “E se o corpo está bem, o espírito começa a funcionar diferentemente” (L. 284-285).

Na **relação a si**, a primeira coisa da qual Irene toma consciência tardiamente, é a melhora de seu bem estar, uma percepção de si que, fora da entrevista, lhe havia escapado: “Impressionante, porque eu não havia percebido que eu não tinha mais mal estar. Percebi após o mês de novembro. Faz uns quatro ou cinco meses que eu estou sem qualquer mal estar” (L. 257-258) Ela explica o estado de mal estar anterior que desapareceu: “Esta coisa que me fazia ficar de mal humor, mas eu não tive mais mal estar” (L. 262-263) Agora ela percebe um novo estado de vitalidade: “Tenho mais energia com muitas idéias, vitalidade...” (L. 263). Ela faz a relação com seu estado anterior um pouco bloqueado e a necessidade de tomar cuidado com esta nova força que corre nela: “a energia não corria bem, ela estava obstruída pela metade, hoje eu me sinto com uma energia que corre e tenho necessidade de aprender a tomar conta dela” (L. 296-298).

A relação ao psiquismo e à emoção

Na **relação ao psiquismo**, ela nos situa a relação entre o corpo e o psiquismo: “O corpo é pesado quando a cabeça não está boa... Quando você está com um mental claro com boas idéias, o corpo responde, tem vitalidade, energia para fazer as coisas” (L. 269-271). Agora ela faz a relação entre seu bem-estar e sua melhora mental progressiva e a interação entre as duas: “Quando estive bem, o

espírito também se curou, e o processo continuou, e eu penso que cada coisa tem a ver com a outra” (L. 278-279). Sua relação ao psiquismo agora esta sempre religada à uma percepção corporal: “ E se o corpo está bem, a mente começa a funcionar diferentemente” (L. 284-285). Mas ela vê também a influencia sobre seu psiquismo, em particular sobre a evolução de seu processo de pensamento que mudou: “Há também um processo de pensamento. Eu procuro pensar de maneira mais global. Eu procuro pensar em diferentes aspectos” (L. 308-309).

Na sua **relação à emoção** ela nota uma intensidade que lhe demanda uma atenção mais específica: “É como se as emoções estivessem mais fortes, como se viessem de maneira mais intensa, e tive necessidade de aprender à tomar conta delas” (L. 300-301). Esta relação com a emoção lhe confere um melhor estado de ser na sua vida e ela se sente tocada por alguma coisa maior do que ela: “são boas emoções de se sentir tocada pelo Universo. Às vezes eu me sinto mais encantada pela vida” (L. 305-306). Isso lhe faz ver a vida de um modo diferente: “É maravilhoso!” (L. 303).

Sobre a mudança de atitude

A mudança de atitude que persiste após a sessão precedente, é esta atitude de continuar a tomar conta do seu corpo: “tenho a necessidade de tomar conta de meu corpo e de lhe prestar atenção” (L. 281). Isso ela confirma na aprendizagem necessária para manter esta sensação de fluidez: “hoje eu me sinto com uma energia que circula e tenho necessidade de aprender a tomar conta dela” (L. 297-298).

No domínio do pensamento também, o que persiste é esta abertura do pensamento sobre o mundo que a circunda: “Eu não penso mais somente em mim, mas a tudo o que me circunda. Eu me sinto mais assim”(L. 309-310).

CAPÍTULO 2

Análise hermenêutica de cada caso

A análise hermenêutica das entrevistas de Julia, Paula e Irene foram concebidas em dois movimentos. No primeiro retomei os elementos e as causas de sofrimento e de mal estar evocadas pela paciente, antes do tratamento. Depois, num segundo tempo, analiso os impactos da sintonização somato-psíquica em fasciaterapia sobre os diferentes estados da pessoa. Proponho uma interpretação nas diferentes categorias apreendidas na minha análise fenomenológica, sobre a evolução da dor ou nas relações ao corpo e a si, nas relações ao psiquismo e à mudança de atitude ou ainda nas relações aos outros ou ao mundo.

2. 1. Análise hermenêutica dos dados de Julia

Para esta pessoa pode-se considerar que há causas multi-fatoriais ao seu mal estar. Ela evoca espontaneamente diversas causas justificativas do seu estado antes do tratamento: físicas, psíquicas, familiares, sócio profissionais por exemplo:

- sua relação à vida, que segundo ela, engendra problemas de ordem puramente físicos;
- um volume de trabalho que complica sua compreensão ao nível psicológico;
- um estresse familiar e um estresse atribuído a um excesso de trabalho intelectual;

- uma dificuldade de relacionamento no seu casamento.

Isso coloca em evidência a necessidade de um trabalho somático e de uma sintonização entre o corpo e o psiquismo.

A questão que me coloquei é: ela tem uma problemática de mal estar devido aos problemas familiares e profissionais ou é o mal estar que perturba sua vida familiar e profissional? Em todo caso, seu mal estar se somatiza...e é a principal razão de vir consultar-se em fasciaterapia.

Parece-me primordial no seu caso levar em consideração a globalidade da pessoa, tanto do ponto de vista corporal como do ponto de vista psíquico e emocional e de fazer uma abordagem sistêmica em relação ao seu ambiente profissional e familiar que se traduzem pelas dores físicas.

O cuidado proposto é um cuidado de fasciaterapia. É então importante colocar em evidência e compreender em que a fasciaterapia toca os diferentes setores evocados. Qual é então o impacto da fasciaterapia sobre os diferentes setores?

Percebe-se primeiro que a fasciaterapia atua sobre **a dor** em diversas fases:

1. O tratamento permite a esta pessoa associar as imagens e as lembranças à sua dor; acordar as zonas doloridas faz ressurgir imagens para a pessoa;
2. Em seguida, o tratamento lhe permite discernir as imagens, clarear suas sensações até a perceber, quase em tempo real, a resolução da dor: ela toma consciência que essas imagens em ligação com a dor tem um efeito benéfico, ela fala da dissolução da dor;
3. Ela percebe enfim muito claramente o desaparecimento da dor substituída por uma sensação de conforto, um estado de fluidez e de liberdade, indo mesmo quase testemunhar um prazer sensual.

Pode-se então considerar que a fasciaterapia atua sobre a dor seguindo um processo que vai da tomada de consciência das imagens e das lembranças provocadas pelo gesto terapêutico até à resolução desta dor no final da sessão.

Está claro para mim que a ação sintomática da terapia manual sobre sua dor, é reforçada pela tomada de consciência do processo quando da entrevista.

A fasciaterapia tem uma ação na **relação ao corpo**. No caso de Julia ve-se que ela é elétrica e que seu corpo é maltratado. A dor provoca um estado de mal estar que engendra estratégias que acentuam seu estado: ela percebia seu corpo através das dores e dos mal estares psicológicos, das somatizações, e subitamente a fasciaterapia muda sua relação ao corpo.

- seu corpo muda totalmente, ela descobre que no seu interior ela tinha uma zona fria que se transforma em calor;
- o peso que a oprimia desapareceu, dando-lhe um sentimento de mais liberdade;

- ela se sente mais calma ou mais precisamente seu corpo está calmo, o que subentende que a perturbação psicológica tinha uma incidência sobre a turbulência física que não era reparada;
- ela sente mudanças de estado corporal que agem sobre o psiquismo e inversamente os estados psíquicos que repercutem sobre o corpo;
- e, sobretudo, ela começa a sentir seu corpo. Isso tem uma influência imediata sobre os problemas físicos – ela respira mais profundamente – ela tem o sentimento de se reencontrar na sua globalidade e sua inteireza, - o que a dispõe a melhor aceitar os elementos da vida: com efeito, pela primeira vez ela se percebe e ela percebe que a cabeça e o corpo estão ligados.

Nós vemos que a fasciaterapia permitiu a esta pessoa descobrir **uma ligação entre o corpo e o psiquismo** e de instalar uma unidade somato-psíquica, cabeça, corpo e alma estando unidos.

Nota-se assim o impacto psíquico dos tratamentos, que transportam a pessoa de um estado de ansiedade a um estado de tranquilidade, de um estado de fadiga a um dinamismo e uma alegria. Os tratamentos tem tido por efeito dar-lhe acesso a um sentimento mais fiel do seu vivido corporal, e não de se deixar invadir pelas emoções em ligação com seu passado.

Nota-se igualmente uma melhora da **dimensão cognitiva**, fazendo passar a pessoa de uma sensação de fadiga com um sentimento de excesso de atividade intelectual à uma lucidez e uma rapidez da mente, acompanhadas de uma melhora na capacidade de discernimento.

Entre os impactos positivos da fasciaterapia, pode-se notar os efeitos curativos sobre as esferas física e psicológica e sobre o desenvolvimento de uma atitude de prevenção, de responsabilização, mesmo de autonomização da pessoa na relação com ela mesma.

Nota-se, enfim, uma **transformação de atitude** em relação aos eventos da vida cotidiana que a afetam muito menos. Com efeito, os tratamentos lhe permitiram estabelecer um recuo em relação aos eventos e encontrar mais discernimento.

A relação à si se encontra também modificada, ela toma consciência de suas necessidades, se escuta e age em consequência. Ela coloca em evidência, por exemplo uma nova parte de si mesma na sua sexualidade.

Sua relação aos outros igualmente mudou: na maneira de lhes ver e na sua comunicação com eles.

Vê-se bem que **um novo olhar** foi desenvolvido pela fasciaterapia: ver as coisas e o mundo com mais objetividade e isso sem esquecer a visão dos outros.

Assim, a fasciaterapia agiu não somente sobre esta reunião corpo-psiquismo, mas engajou um

processo de transformação da pessoa que se percebe diferente no seu cotidiano, a tal ponto que num certo momento ela se diz liberada do seu passado.

Em conclusão, o trabalho corporal em fasciaterapia pode agir, não somente sobre as afecções físicas e sobre as dores que lhe acompanham, mas igualmente sobre os diferentes fatores causais do mal estar. Para esta pessoa, pode-se notar o impacto sobre seu psiquismo e sua relação à si, aos outros e ao mundo, que através das tomadas de consciência da entrevista engendra primeiramente um conhecimento de seu verdadeiro mal estar trazendo uma transformação de atitude na vida cotidiana e na sua visão de mundo.

2. 2. Análise hermenêutica dos dados de Paula

Vê-se nessa pessoa um desejo de tudo controlar com uma natureza combativa que não toma o tempo de se escutar. Mas quanto ela vai verdadeiramente mal, prova a necessidade de se isolar.

As causas do mal estar parecem multi-fatoriais com uma forte dominância emocional nessa pessoa, que ela explica como uma hipersensibilidade.

Mas os estados emocionais que ela descreve são em relação com uma intensidade de trabalho profissional e um problema familiar que ela evoca, o todo formando um conjunto indissociado. Essas diferentes causas provocam somatizações importantes como as dores de estômago ou dores no braço, o tronco ou a coluna que vão até lhe dar a sensação de morrer.

Quanto às causas psíquicas, ela pensa que seu mal estar, inicialmente, provém de uma tensão psíquica ligada à tristeza, a ansiedade ou ao medo da morte e que influencia a fisiologia do seu corpo. Mas esses estados de origem geralmente emocionais se misturam ao contexto social, familiar e profissional provocando somatizações como dores de estômago ou dores no braço, tronco ou a coluna. Esse mal estar de origem mais psíquica, para ela, se torna seu inimigo a combater. Para isso ela gostaria de tudo controlar, mesmo seu corpo, e o desconhecido lhe dá medo.

Nesse caso um trabalho somático é necessário para restabelecer a consciência e a percepção do corpo em equilíbrio com o psiquismo.

Os aportes da fasciaterapia sobre as problemáticas de Paula em termo do impacto sobre as dores são repertoriados em seguida:

1. nota-se, em primeiro lugar, que o trabalho teve um aspecto evolutivo e progressivo de uma sessão a outra: encontramos a noção de processo de cuidado;
2. o trabalho permitiu uma ação direta e um apaziguamento das dores em todas as

regiões de somatização;

3. em seguida a pessoa busca aprender desta dor, reconhecendo que ela era fabricada por um sistema de defesa e proteção;
4. enfim, ela se torna capaz de perceber e de compreender as razões do seu mal estar.

Ve-se igualmente que a fasciaterapia lhe permite reencontrar-se com seu corpo, acordando-lhe uma nova consciência:

- O corpo está mais livre;
- O corpo mudou, relaxou.

Esse trabalho melhorou igualmente **sua relação à ela mesma** e ao mundo:

- A pessoa se sente mais interiorizada. Ela ousa afirmar-se e melhor se proteger na relação aos outros;
- Ela reencontra sua identidade, o que lhe permite um sentimento de bem estar;
- Ela se situa melhor no mundo;
- E em relação à vida, ela redescobre a beleza das coisas, o que lhe permite consolidar sua motivação de estar mais atenta e mais centrada nela;

Vê-se, então, que o trabalho manual tem não somente um impacto sobre o corpo mas intensifica a percepção de si e a relação a si.

Na **relação psico-emocional**, percebe-se que o trabalho corporal, antes de ter começado a entrevista, tornou a pessoa mais confiante, menos ansiosa, mais consciente da evolução de seu bem estar. Ela reconheceu ter mudado o olhar e a tomada de consciência de sua transformação, o que ela valida na entrevista.

Com efeito, é no domínio da **mudança de atitude** que esta transformação aparece mais. Nota-se que a fasciaterapia fez evoluir:

- Sua relação à ela mesma de uma maneira durável após as sessões;
- Sua relação aos outros, pois melhorou sua comunicação e sua autenticidade, fontes de seu novo bem estar;
- Sua vida cotidiana e seu trabalho, ela não busca mais tudo controlar, mas tenta estar mais vigilante no seu comportamento;
- Sua nova tomada de consciência que se impôs progressivamente na sua mudança de comportamento, onde ela se sente mais forte, mais consciente do bem estar no seu corpo e na relação ao entorno;
- Enfim, uma abertura e uma confiança no futuro que a retirou de seu antigo mal estar de

ansiedade e de medo da morte. Ela se sente existir.

Globalmente, vemos que a fasciaterapia teve um impacto não somente sobre as somatizações, já que através do impacto sobre o mal estar ela teve um efeito sobre a relação da pessoa com ela mesma, que descobre um novo sentimento de existência. É a partir do trabalho corporal que se dá essa tomada de consciência. Na entrevista ela faz uma ligação de compreensão por contraste com seu mal estar anterior que lhe permite melhor se situar em sua relação aos outros e ao mundo. Enfim, pode-se notar que esta transformação é feita progressivamente de uma maneira evolutiva no decorrer das sessões.

2. 3. Análise hermenêutica dos dados de Irene

Percebemos que o mal estar de Irene é cíclico e crônico que ela tem veiculado desde a infância. Os principais fatores são, de uma parte, hereditários e hormonais, problemas menstruais, e, de outra parte, profissionais, ou seja são multi-fatoriais.

Pode-se observar um mal estar crônico e cíclico que evoluiu através de somatizações e os eventos da vida profissional.

Mas é sobretudo na sua postura de mãe que isso se manifesta: com efeito, o fato de ter dado à luz à sua filha provoca uma depressão, como se isso a remetesse em relação com graves tensões familiares hereditárias de tipo psico-depressivas.

Este estado de depressão, associado a desejos de suicídio, deixou traços de mal estar psíquicos que são somatizados no seu corpo e sua fisiologia, por exemplo, os problemas menstruais e dores de estômago. Acrescente-se que esta pessoa não suporta remédios.

Ela tem necessidade de ajuda psicológica, sem perceber a necessidade de tratar seu corpo, ela pensa então ter necessidade de psicoterapia para aliviar suas angustias consultando para um trabalho corporal.

A análise da entrevista pós-imediate coloca em evidência que a fasciaterapia teve um efeito sobre **suas dores**. No início do tratamento a pessoa sofre quando mobilizamos seus tecidos, e observamos que após oito sessões o terapeuta pode mobilizar a matéria do corpo sem qualquer dor, a própria pessoa relata sensações de bem-estar e relaxamento.

Assim, a relação entre a desaparecimento das dores e um novo estado de **relação ao corpo** lhe conferem uma nova percepção de si mesma, uma sensação de espaço e de liberdade. Constatamos, de outro lado, que ela começa a perceber alguma coisa que circula no seu corpo e que se exprime de

uma maneira lenta, participando de um melhor funcionamento. Ao mesmo tempo o corpo começa a querer se exprimir. Ela não fala mais de mal estar mas de todos os efeitos que ela percebe no seu corpo durante as sessões de fasciaterapia.

Ela começa a exprimir um bem estar **na relação consigo** que não encontrávamos na entrevista preliminar. O que demonstra uma melhor compreensão e uma melhor escuta de si que lhe permite começar a saber do que ela necessita e o que lhe faz mal. De fato, percebe-se que isso amplia sua sensibilidade perceptiva, porque o tratamento lhe permite validar o que melhora, no sono, por exemplo ou nas suas atitudes. Ela fala dela mesma num novo sentido que lhe permite perceber a unidade entre o corpo e o psiquismo.

Quanto **ao psiquismo**, esta sensação nova de paz e de tranquilidade que ela não conhecia antes, lhe vem essencialmente desta união entre corpo e psiquismo. Ela insiste espontaneamente sobre esta unidade provocada pelas sessões. Ela possui uma sagacidade para discernir o que se torna importante para ela na vida e também para se estabilizar a fim de enfrentar os desafios da vida. Ela percebe igualmente uma mudança de olhar e uma melhora do seu mundo emocional, o que a surpreende.

Vê-se bem que a fasciaterapia não somente abre o sentido da unidade corpo-psiquismo, mas que ao mesmo tempo a paciente chega a tomar consciência dos efeitos positivos desta integração dos seus sentimentos, da sua estabilidade emocional e do sentido da sua vida.

Enfim, a fasciaterapia provoca **uma mudança de atitude**, da qual a pessoa está consciente.

- Primeiro ela percebe o que a coloca em situação de mal estar, por exemplo sua hiperatividade; esta percepção lhe permite agir de um modo diferente e de ganhar qualidade de consciência no seu cotidiano.
- Assim ela se prepara por enfrentar a novidade de maneira diferente e para viver seu cotidiano profissional com uma outra maneira de fazer.
- Ao mesmo tempo ela se sente já consciente da mudança que se opera nela e que ela deve prestar atenção.
- Tudo isto se conscientiza graças à entrevista que lhe permite levar em conta esses estados que lhe apareceram de um modo espontâneo após as sessões.

Vemos bem que o efeito importante da transformação operada pelas sessões de fasciaterapia se reforça na entrevista, o que permite um ajustamento das tomadas de consciência. Ao mesmo tempo pode-se notar que é graças à percepção desta animação lenta que ela sente no seu interior que o processo começou.

Na entrevista a posteriori, dois meses mais tarde, notamos que o efeito do tratamento sobre o

desaparecimento **das dores** persiste, e isso sem nenhuma sessão de suporte; não somente ela não sofre mais, mas ela percebe a influencia desta falta de dores sobre seu bem estar, o que lhe confere um ganho de vitalidade e de potencialidade apreciáveis.

Podemos observar também que o **trabalho corporal** solucionou somatizações antigas como as dores de menstruações e de cistite notadamente, o que intensifica sua vontade de cuidar do seu corpo de uma maneira preventiva, não somente porque isso a aliviou, mas porque ela percebe a influencia sobre seu estado psíquico: assim, ela estabelece a relação entre o bem estar do corpo e o funcionamento da mente. Por contraste ela reconhece que o corpo estava adoecido.

Graças a esta entrevista à posteriori ela repentinamente toma consciência que ela não tem mais mal estar já há cinco meses, o que lhe havia escapado! Este conhecimento por contraste lhe apareceu somente graças à esta entrevista diferida. É ao mesmo tempo um fato de conhecimento e uma tomada de consciência tardia, o que lhe permite compreender a necessidade de aprender a manter este estado de bem estar, validando um ganho já adquirido.

Vemos bem que nesse caso a fasciaterapia não somente tem um efeito de alívio do mal estar e das somatizações correspondentes, mas que isso se inscreve numa duração. O trabalho corporal não somente aliviou certos males físicos mas mantém um equilíbrio de funcionamento somato-psíquico que, neste caso, durou diversos meses consecutivos sem ter necessidade de retomar o tratamento. A sintonização somato-psíquica do tratamento manual lhe permitiu fazer a diferença entre o antes e o agora, sendo que o seu efeito dura ainda após o cuidado e que a entrevista permitiu tomar consciência por contraste.

Em seguida ela acrescenta em relação **ao seu psiquismo** que não somente o bem estar do corpo influencia seu estado psíquico, mas que há uma necessidade de manter um mental claro por obter um bom funcionamento do corpo. Ela realmente toma consciência da interação entre os dois. Ela nota bem que o processo começou pelo viés do corpo, depois continuou a agir sobre sua mente e que em seguida o resultado perdurou no tempo. O mais impressionante é que ela percebeu a diferença de funcionamento no seu processo de pensamento que ela julga mais global e mais variado.

Vê-se assim que a fasciaterapia age pela mediação do corpo e não somente à base de um processo de unificação entre corpo e psiquismo, mas também um processo de evolução do pensamento e de enriquecimento das potencialidades cognitivas.

No que concerne à relação com **a emoção**, Irene descobre a sensação de viver suas emoções mais intensamente, obtendo até uma sensação profunda de sua própria existencia em relação com o fato de se sentir tocada pelo "Universo". Nesse caso observamos o impacto do tratamento de fasciaterapia não somente na melhora do mal estar, mas igualmente quanto a possibilidade de se

sentir viver de uma maneira mais intensa: uma possibilidade de se sentir tocada por um sentimento de existência. Irene acessa assim um novo paradigma, uma mudança profunda em relação à sua vida.

Pode-se compreender então que na **sua atitude**, Irene percebeu a necessidade de uma mudança de atenção ao corpo e ao mesmo tempo a necessidade de treinar esta aprendizagem de sua relação ao corpo e ao pensamento assim que na escuta desta nova sensação de animação no seu corpo. Pode-se dizer, nesse caso, que a fasciaterapia, engendrou um processo de transformação da pessoa de uma maneira consciente, por uma abertura à si e a sua existência.

Em conclusão, podemos dizer que para esta pessoa a **entrevista a posteriori** foi uma ajuda suplementar à validação e à consolidação de seu estado de melhor estar e de sua transformação. Além do mais, pode-se notar que o efeito do trabalho manual sobre os diferentes setores do mal estar tiveram um efeito durável, porque este se manteve diversos meses sem outra intervenção.

CAPÍTULO 3

Análise hermenêutica transversal

3. 1. Análise do contexto

Análise do contexto

Após ter analisado e interpretado os diferentes dados dessas três pacientes nós vamos fazer agora uma análise transversal para identificar, entre outras, as diferentes causas do mal estar nessas pessoas e como se manifesta através das somatizações.

Nós estudaremos as influências da fasciaterapia que nós temos destacado nos diferentes setores sobre as pessoas que participaram desta pesquisa.

Em primeiro lugar nós vamos repertoriar os impactos que a sintonização somato-psíquica tem revelado sobre a percepção ao corpo nessas pacientes e também o impacto sobre sua saúde.

Em seguida, nós estudaremos o impacto sobre a própria relação dessas pessoas com elas mesmas após terem recebido cuidados e nós veremos os efeitos desse trabalho sobre a esfera psico-emocional.

Enfim, nós analisaremos os efeitos que repercutiram no domínio da mudança de atitude dessas pessoas na vida cotidiana, isto é, no seu comportamento.

Nós devemos lembrar a profissão e a idade dessas três pessoas afim de melhor situar o contexto.

Todas as três tem entre 45 e 48 anos, vivem numa mesma cidade e partilham a mesma cultura, brasileira, na circunstância presente. Uma delas, **Paula**, é celibataria e professora de canto de música popular brasileira, e cantora nesse mesmo domínio. Ela tem um problema sério de peso e algumas dificuldades de relação amorosa. Ela reagiu muito por um estado emocional.

Julia, arquiteta, está num período de formação profissional, ela prepara um Mestrado em Arquitetura que lhe demanda grande investimento intelectual, mestrado que ela prolongará num Doutorado igualmente nesse domínio da arquitetura, com especialização em segurança. Durante esse período ela igualmente foi solicitada para ensinar essas matérias na Universidade de São Paulo. Ela é divorciada e mãe de dois filhos.

Irene é igualmente arquiteta, ela trabalha num escritório de arquitetura que não parece lhe convir. Ela vive em casal e tem um filho. Atrás de uma aparência estável, nós veremos as causas hereditárias do seu mal estar.

A partir desses dados nós podemos começar o estudo analítico transversal e observar os seus resultados.

3. 2. Identificação das causas do mal estar

Nessas três pessoas notamos, em primeiro lugar, que as causas do seu mal estar são multifatoriais: para nenhuma delas a origem do seu mal estar pode ser atribuída à uma causa única, mas a diferentes causas, diversas e variadas de uma pessoa a outra.

Podemos notar, no entanto, para essas três pessoas que a **atividade profissional** é uma fonte de mal estar. Julia explica: "É quando estou muito fatigada, com um excesso de atividade intelectual e de atividade física..." (Julia, L. 13-14) Para Irene, "tenho uma questão profissional mal resolvida..." (Irene, L. 87) e Paula: "É um trabalho que me cria um estado de tensão permanente" (Paula, L. 27-28).

Isso nos faz pensar que há uma causa socio-profissional dentre as causas do mal estar, sobretudo nessas pessoas para as quais a atividade profissional apesar de diferente em cada caso está em relação com o mundo social.

Os problemas familiares igualmente parecem provocar reações de mal estar nessas três

peçoas, e pode-se notar para uma delas, Irene, uma causa hereditária, fazendo parte de uma família de depressivos, seu mal estar se manifesta de maneira cíclica, em função dos eventos da vida; "Tenho um antecedente muito hereditário na família: "Tenho uma mãe muito depressiva que se suicidou, tenho um irmão que caiu em depressão, uma irmã que toma remédios... tenho um pai que faleceu com uma depressão" (Irene, L. 29-32). Nós a sentimos, com efeito, muito afetada por esse entorno: "tenho um entorno muito adoecido" (L. 31).

Com Julia o problema familiar vem do afastamento: "Quando cheguei à São Paulo, eu estava longe da minha família, eu sentia uma tristeza..., eu estava triste" (Julia L. 64-65, 71) ou ainda: "Eu tive, ao final do meu casamento, um mal estar..." (L. 140).

Quanto à Paula, ela não ousa admitir seu problema familiar, mas ela retorna a ele regularmente: "É um estado emocional em razão de um problema familiar que o ocasionou..." (Paula, L. 26-27).

Para Julia, se mostrou que os **problemas físicos** estão na base do seu mal estar, entretanto ela evoca uma relação à vida, através de suas próprias representações, que não lhe permite reconhecer que ela vive num mal estar psíquico, seu mal estar é somente de origem física, isto é, ligado às dores do seu corpo provocadas pelas tensões do trabalho ou por um evento acidental: "Primeiro, é um quadro que caiu sobre meu ombro... eu penso que o impacto ocorreu ao nível da articulação" (Julia, L. 143-146) e: "Eu vivia com uma cistite...depois que eu assinei a separação (com seu marido) isso ocorreu" (L. 141-142). Podemos nos perguntar, no seu caso, se o mal estar provocou as dores no seu corpo ou se são as causas profissionais e familiares que lhe ocasionaram um mal estar.

No caso de Irene, observamos que ela é sensível às reações hormonais, o que efetivamente se traduz, em particular, por uma tendência muito depressiva em relação com o pós-parto, após dar à luz à sua única filha: "Tive um mal estar quando era jovem.... mas após a gravidez ocorreu regularmente" (Irene, L. 27-28). "Tive uma depressão somente após meu parto" (L. 38).

Para Paula seu mal estar tem também razões físicas, e à questão da causa física que ocasiona ela responde: "pode ser uma dor de cabeça ou um pé inchado, aerofagia, o intestino preso" (Paula, L. 19). Ela tem igualmente um problema de peso mas não chega a evocá-lo: "A alimentação, agora está um pouco melhor, mas não está maravilhosa" (Ibid., L. 69).

Dentre os problemas físicos podemos notar a **fadiga** e quase sempre um elemento suplementar de acionamento do mal estar. Julia nos diz assim: "É quando eu estou muito fatigada..." (Julia, L. 13) "Esse mal estar físico é pior quando eu estou fatigada..." (ibid L. 18) ela nos dá assim as causas físicas da sua fadiga: "... porque tem muitos livros a ler, ela os lê alongada, isso trabalha os

músculos do ombro" (Ibid., L. 27-28) "Percebo que está em relação com minha postura" (Ibid, L. 35)

Para Irene, ela fala pouco de sua fadiga, mas nos diz entretanto: "o mal estar está em relacionado com as quinze coisas que você tem para fazer.... você gostaria de fazer menos mas não pode" (Irene, L. 181-183).

Quanto à Paula, ela liga o estado emocional com a fadiga; "Quando o estado emocional está alterado...isso dá um estado de fadiga, um desejo de morrer" (Paula, L. 12-13). Ve-se que seu estado cria uma fadiga que gera um mal estar. Para ela a fadiga ligada aos problemas emocionais ou físicos lhe ocasionam um estado de fadiga que aumenta seu mal estar: "É forte, porque isso puxa, isso bate, isso luta, é fatigante" (Ibid., L. 152).

3. 3. Somatizações manifestadas

Nessas três pessoas, pode-se já observar um certo número de diferenças ao nível das somatizações, e pode-se notar certas somatizações ou regiões comuns de somatização.

Por exemplo, Julia nos fala: "do tórax, ligado aos ombros..." (Julia, L. 7) ou: "Eu me contraio as cervicais, o pescoço..." (Ibid., L. 19). Ela nos fala também de uma somatização antiga: "...quando eu tive esta cistite, minha vida de casal terminou e a cistite era uma representação disso" (Ibid., L. 196-198).

Irene nos fala mais dos seus problemas hormonais: "Normalmente é em relação com minha menstruação" (Irene, L. 9), mas também de outras regiões: "Esta dor de estômago que eu sinto é já uma coisa que sentia quando era jovem" (Ib., L. 83-84). Durante as sessões ela vive igualmente uma somatização de cistite: "Em seguida, eu tive este episódio da cistite" (Ib., L. 277).

Paula vê essas somatizações como origem do seu mal estar, mas também como consequências: "Uma dor de cabeça ou um pé edemaciado, aerofagia, intestino preso...." (Paula, L. 19). Quando lhe perguntamos como seu mal estar se manifesta, ela responde: "Primeiramente uma tensão psíquica, em seguida uma dor num local" (Ib., L. 94). E as somatizações que esse mal estar provoca: " Eu estou com uma apreensão de dor de estômago, de formigamento no braço..." (ib., L. 115-116). Ela nos conta as somatizações que ela teve um dia em relação àquele medo de morrer que a assedia um pouco: "eu tive como uma palpitação, uma coisa rápida no peito, e em seguida senti um

calor que subiu pela minha perna e pelos meus braços..." (Ibid., L. 120-122) ela nos fala também de problemas somatoformes: "Com sensações estranhas, com um calor, um processo de ebulição, uma coisa fervente" (Ib., L. 139-140). Ela nos descreve igualmente uma dor que estaria relacionada ao seu ciclo: "É um estado que chega uma vez por mes..." (Ib., L. 50).

Paula evoca mais suas somatizações que as outras pessoas, ela parece escutar mais o seu corpo, mas nós veremos ainda como o tratamento trata as diferentes somatizações das pacientes.

3. 4. Manifestações psíco-emocionais correspondentes

Nas manifestações psíquicas, nota-se a ansiedade de Paula, Julia e Irene com naturezas hiper-emocionais, associadas à tristeza, medo da morte em Paula e desejo de suicídio em Irene. Por exemplo, em Júlia notamos, em primeiro lugar, uma dificuldade em reconhecer uma interação entre o físico e o psiquismo, ela amaria que seu problema fosse apenas um problema físico que pudesse ser resolvido por um trabalho somente corporal: "Não é físico, mas isso não modifica meu humor..." (Jul. L. 10). Mas algumas vezes ela chega a reconhecer algumas interações: "estou irritada... não isso não me perturba, estou irritada...porque é doloroso" (Ib., L. 43-44). À propósito de seu divórcio ela reconhece também um pouco de influência psico-emocional: "Houve um pouco de tumulto porque ele não aceitava a separação e isso criava situações de conflito com as crianças" (Ib. 59-60). E ela reconhece também algumas perturbações por viver longe de sua família: "Eu estava longe de minha família, sentia tristeza, o fato de estar longe." (ib. L. 64-65). Seu trabalho igualmente a estressa, mesmo se ela ama o que faz: "Tive um período, há cinco meses mais ou menos, estava bem estressada, por excesso de trabalho" (ib. L. 85-86) E depois ela estava grávida e perdeu seu bebê antes do nascimento, o que lhe ocasionou igualmente sofrimento: "Estava grávida e o perdi. Foi muito triste... Foi uma perda dolorosa e eu levei sete meses para me liberar" (ib. L. 114-115) e ela acrescenta: "Eu fiquei muito abatida. Quando voltei lá até me situar de novo, isso tomou tempo, mas consegui..." (Ib., L. 162-163). Então vê-se bem sua dificuldade psico-emocional, mas vê-se também sua força de caráter que lhe permitiu ao final de um certo tempo superar sua dificuldade. Em geral, ela não reconhece que tem tensões psíquicas, mas depois de ter questionado um certo tempo ela admite ter tensões físicas que lhe criam ansiedade: "quando estou muito tensa, estou ansiosa. E então tenho necessidade, algumas vezes, de fazer exercícios para acalmar esta ansiedade" (Ib., L. 209-210). Como vemos é uma personalidade forte que mal admite suas tensões ou fragilidades psíquicas,

nós veremos a frente como ela tomou consciência dessas realidades após o tratamento.

Irene viveu momentos muito difíceis na vida do ponto de vista psíquico: "Estava verdadeiramente mal, tive episódios onde queria me suicidar, momentos onde eu queria me matar, eu pensava somente em me lançar pela janela, eu acordava pensando somente nisso" (Ir. L. 38-40). Entretanto sua consciência acorda num repente, assim que ela começa a melhorar: "Em seguida comecei a ter muito medo porque eu não me dava conta do precipício que havia passado." (Ib., L. 55-57) O mundo emocional, nela, domina seu psiquismo, ela nos conta por exemplo como ela reagiu após a primeira injeção de um tratamento de fertilidade que ela empreende: "... e à primeira injeção que ele me deu, duas horas depois eu estava num estado depressivo" (Ib., L. 60). Enfim, ela nos fala das suas angústias, de seus medos que provavelmente influenciam seu mal estar: "Penso que a angústia é uma porção de sensações misturadas, eu não tenho motivo, mas ela vem. Um pouco de angústia, um pouco de medo, um pouco de vazio, de solidão" (Ib., L. 68-69): "Hipersensibilidade, eu sou muito sensível" (Ib., L. 73) admite ela.

Quanto à Paula, quando lhe perguntamos qual é a origem do seu mal estar, se físico se psíquico, ela nos respondeu: "Eu penso que é psíquico e físico, os dois, pode ser que o psíquico aumente o físico" (Paula, L. 10-11). Mas ela reconhece a influência de seu estado emocional sobre seu mal estar: "Um estado emocional alterado, uma falta de ar, como se isso explodisse, com uma tristeza" (Ib., L. 11-12). Quando ela descreve seu mal estar vê-se bem a relação psico-emocional no processo de deslanchamento: "primeiramente com uma cólera enorme que não sabia explicar porque, em seguida um desejo de dormir e de não sair de casa, de não trabalhar..." (Ib. L. 41-43) ou ainda: "é um estado de tristeza, como de não estar num lugar bom, de se sentir fora dali, como uma inadequação" (Ib., L. 55-56). Se lhe perguntamos se ela é sensível ao estresse, ela responde: "A 95%...por exemplo, hoje, percebi que não estava bem." (Ib. L. 58-59). E se ela tem problemas de fobia: "100%, veja, desde que deixei de fumar, é demais... eu estou preocupada..." (Ib. L. 74). E à questão da sua ansiedade: "atualmente estou bem desequilibrada, estou ansiosa" (Ib. L. 78). Quanto aos seus medos eis o que nos entrega: "medo de coisas palpáveis, não! Fantasmas, distância, acidentes de carro..." (ib. L. 83-84) Ela faz bem também a relação entre a tensão psíquica que cria uma tensão no seu corpo, uma somatização: "Primeiramente uma tensão psíquica, em seguida uma dor localizada" (Ib., L. 94). Ela conta seu adoecimento psíquico assim: "Eu não quero ver ninguém, ficar em casa, fechar a porta, eu não desejo ir trabalhar, eu não me sinto bem, desejo estar em um outro lugar" (Ib. L. 100-102) "Eu não quero ver ninguém" (Ib. L. 112).

Essas manifestações psico-emocionais são então muito variadas e diferentes junto a essas três pessoas indo da irritação ao estresse e à ansiedade, passando pelos fenômenos de fobias e de

angústia, podendo provocar desejos de suicídio numa delas.

3. 5. Impactos da Fasciaterapia

3. 5. 1. Sobre a relação ao corpo

A primeira influencia que notamos nessas pessoas, é que a fasciaterapia tem um efeito sobre as dores físicas, as apazigua e frequentemente as faz desaparecer. O que traz uma melhora do mal estar físico num primeiro momento.

Por exemplo, para Irene, ela admite após a sessão: "Eu não senti dor, foi maravilhoso..." (I. L. 114). E ela acrescenta na relação ao corpo: "Hoje, tive a sensação que não havia limites entre o interior e o exterior" (I. L. 116,117) "Eu estou muito relaxada, porque não senti dor" (I. L. 119-120). Vê-se que o relaxamento está muito ligado à ausência de dor. Mas ela tem consciência não somente do seu corpo mas de uma animação interna ligada à circulação, diz ela: "... como se liberasse esses lugares onde a circulação parou... é como se todos os líquidos circulassem melhor" (I. L. 127-132) "É uma animação, um fluxo, como se o fluxo melhorasse, lento....lento, eu nada senti de rápido" (I. L. 132-134). Não se trata apenas da circulação do sangue porque esse movimento que ela sente é lento. Ela manifesta mesmo um diálogo com seu corpo que lhe permite entender e compreender o que o corpo tem a dizer: "O corpo tem necessidade de falar de coisas, ele me faz perceber as coisas e agora eu entendo melhor, eu compreendo melhor" (I. L. 154-155).

Na sua entrevista a posteriori nota-se, por exemplo, a tomada de consciência de Irene que percebe à posteriori que ela tem tensões físicas que desapareceram depois de vários meses, mesmo quando ela não tinha recebido os cuidados de fasciaterapia durante várias semanas: "Impressionante porque não tinha percebido que não tinha mais mal estar... Isso faz quatro ou cinco meses que estou sem nenhum mal estar" (I. L. 257-258). Isso reforça uma atitude de relação nova ao seu corpo: "Cada dia presto mais atenção ao meu corpo" (I. L. 291). O que a convida a ver uma transformação através do seu corpo e alguma coisa nova: "Penso que cada sessão é um pouco mais de conhecimento do corpo novo... esta sensação nova é que tudo está conectado" (I. L. 356-358). Ela toma consciência da unidade do corpo e percebe não somente como seu corpo se transforma através

da forma, mas também toda a força que contém em relação com esse movimento: "Tive a sensação que meu corpo não tinha esta forma, mas completamente uma outra forma...(I. L. 377-378) como se fosse uma montanha de água, um mar, um rio... (L. 380) é uma força impressionante..." (I. L. 386). Nesta noção de renovação, através do seu corpo, ela vê uma influencia sobre seu próprio conhecimento: "...o corpo produz novas idéias e novos horizontes; o conhecimento do corpo é uma fonte" (I. L. 404-405). Como se vê ela vai muito mais longe na perspectiva da potencialidade do corpo que ela sentiu.

Paula também sente uma sensação de conforto que substitui a dor, um contraste com o que existia antes: "percebi uma sensação de conforto, nas regiões que estavam dolorosas" (P. L. 204-205). Ela insiste sobre esta noção contrastante: "Tive uma percepção que não tinha..... a sensação do corpo mais centrado, mais livre ..." (P. L. 245, 248) ou ainda: "Chego a perceber às vezes como os eventos externos me faziam mal em certas regiões do corpo, eu não tinha essa percepção" (P. L. 269-270). Seu corpo lhe serve de referência agora para perceber e para se situar "sinto o corpo bem situado, não é mais uma coisa isolada..." (P. L. 319).

Quanto à Julia ela está surpresa pelas reações de seu corpo, essas percepções de frio, de calor ou de tremores a surpreendem: "Tive uma sensação como se o corpo estivesse todo mortificado, uma sensação estranha. Está frio, mas ao mesmo tempo no interno está quente... eu sinto uma sensação de tremor em todo o corpo..." (J. L. 255-258). Verdadeiramente ela se sente mexida por esse tipo de trabalho em todo seu corpo. Ela nota esta intensidade de reações: "...mas isso foi intenso, ... agora meu corpo está aprendendo." (J. L. 273-278). Assim ela faz uma relação com a sensação que as reações do seu corpo lhe permitiam sentir: o corpo dela está aprendendo disso: "Ah me sinto inteira..." (J. L. 287-288) Ela relata isso à uma noção de movimento que ela descreve assim: "isso não é somente o movimento dos fluidos... é como se eu sentisse dentro uma coisa quente...uma sensação que subia de dentro para fora.. sinto este forte calor que sobe na coluna... fora a sensação é de leveza, o movimento é leve" (J. L. 315-319). Ela descreve então à sua maneira uma sensação de movimento no interior, com os efeitos de calor e de sensação de leveza que se abre para o exterior. Mas percebemos que nela esta sensação é diferente da sensação de potencia que nos indicava Irene.

Mas Julia nos fala também do contraste com a sensação de relaxamento que lhe confere um bem estar: "O corpo está calmo, não está apenas relaxado. Está todo fluido" (J. L. 444-445). Enfim ela percebe também a relação entre certas partes do corpo e as imagens que vieram espontaneamente e que para ela estão em estreita relação seja com a zona em questão ou melhor com a dor ou o mal estar parado nesse local: "Quando você se apoiou sobre o intestino...veio então a sensação do parto da minha filha...a imagem que veio nesse momento durante esta dor intensa era essa. Parecia que

cada parte do corpo estava marcada por uma imagem negativa" (J. L. 413-416).

Pode-se notar também que se desenvolve uma nova percepção do corpo nessas três pessoas, diferente em cada uma. Seu vivido lhes é próprio, mesmo se constatamos modificações que vão todas no sentido duma melhoria em relação com um relaxamento e a percepção de uma animação interna, cada uma o vive de uma maneira particular com a percepção de efeitos específicos.

3. 5. 2. Sobre a relação à saúde

Era um aspecto que não fazia parte dos meus objetivos de pesquisa mas que apareceu no decorrer das entrevistas e me pareceu importante relatar aqui os diferentes impactos nesse domínio.

Julia vê bem o efeito sobre sua saúde: "...a sensação que tive após a última sessão, eu fiquei três dias com essa sensação agradável que tudo corria bem no meu corpo, sem ter nenhum mal estar... e em seguida sinto que esta sensação volta" (J. L. 305-310). A saúde para ela é: "você se sente mais inteira, mais íntegra, a cabeça, o corpo e os membros, porque tudo está harmonizado" (J. L. 329-330). Ela faz a comparação com suas dores precedentes que ela não sente mais, ela reconhece também que sua vida cotidiana mudou com uma melhora da saúde: "Quando eu sentia alguma coisa de externa mais tensa, meu estômago era o primeiro a reagir. E isso não ocorre mais... agora terminou. Vejo que isso se modificou de maneira extraordinária... vejo bem que é em relação com esta fluidez que veio à medida que você trabalhou...." (J. L. 341-345). Mas para ela a saúde não é somente uma coisa corporal que cuida dos órgãos e confere um bem estar, é um equilíbrio e uma unidade que existem entre os diferentes planos dela mesma: "Após uma sessão esse triângulo foi excelente. Em seguida se desestabiliza de novo. Assim eu consegui reestabilizar... para mim cabeça, corpo e alma estão unidos em conjunto. Eu vejo agora que consegui voltar a esse triângulo que me dá este equilíbrio de me manter... É um equilíbrio mental, físico e de atitudes sempre coerentes." (J. L. 452-463).

Paula observou que havia um processo evolutivo que lhe conferia progressivamente um estado de melhoria: "Em relação ao mal estar está bem melhor agora" (P. L. 251-252) "Isso foi sutil... quando percebi as coisas estavam acontecendo, porque no início eu não tinha notado que isso me acontecia na sessão, até que consegui fazer a relação... é muito progressivo e ao mesmo tempo isso parece mais estável..." (P. L. 256-261). Ela observa então uma melhora de seu mal estar e é alguma coisa que dura após as sessões, e quando lhe colocamos a questão sobre a saúde respondeu de uma maneira contraditória, ela o reconhecia de um lado, de outro lado havia ainda a dúvida: "Certo. Mas eu não sei ainda, se isso poderia" (P. L. 333).

Para Irene a relação com a saúde é mais clara: "Cada dia eu presto mais atenção ao meu corpo... é como se isso tivesse sido uma limpeza, um cuidado, uma melhora" (I. L. 291-293). Ela reencontrou uma energia e recuperou um estado melhor: "Tive muita energia com muitas idéias, vitalidade e preciso me acalmar" (I. L. 263-264). A saúde para ela é uma vitalidade reencontrada no corpo, um desejo de fazer coisas. O bem estar começa pelo corpo: "...pelo corpo, porque eu faço a relação agora, começamos o tratamento e então senti um verdadeiro bem estar. Em seguida tive este episódio de cistite que parecia ter sido uma cura. Quando eu estive bem, a mente também se curou...(I.L. 276-278). Ela faz a relação com sua saúde por contraste: "tenho necessidade de tomar conta do meu corpo...porque meu corpo estava adoecido" (I. L. 281-282). Mas para ela também a saúde vai além da noção de corpo físico: "É como se fosse um novo corpo...que é mais livre, que se tornou mais ágil, como se ele estivesse reajustado" (I. L. 335-338). Vemos aparecer de novo esta noção de "corpo novo" que ela define à sua maneira, mas que está em relação com sua saúde e melhor estar, e ela acrescenta que isso criou uma outra necessidade; "Esta sensação nova que tudo está conectado e eu tive necessidade de tomar conta de cada pedacinho" (I. L. 360-361) Há então esta noção de cuidar dela, de seu corpo e de sua saúde que retorna frequentemente na sua linguagem.

3. 5. 3. Em relação a elas mesmas

No nível da relação à si, tocamos diretamente as origens do mal estar das pessoas e as reações são bem variadas. Vejamos o que nos relatam as participantes.

Julia nos diz: "É um bem estar...você se sente mais inteiro, mais íntegro..." (J. L. 327-329). O bem estar está religado a uma sensação de unidade e de integridade dela mesma, e ela nos revela isto: "Pela primeira vez eu me percebo a mim mesma..." (J. L. 367). É, com efeito, uma novidade de importância, e ela constata um fato importante em relação ao seu passado: "eu acredito que não me sinto mais prisioneira" (J. L. 387) e ela insiste, "era pesado mas agora me sinto mais livre" (J. L. 395-396) O que mostra o peso do passado que ela carregava e que a impedia de sentir e de entrar realmente na relação com ela mesma. Esta nova liberdade lhe dá: " vontade, coragem, disposição, com bom humor" (J. L. 448-449). Então esta relação com ela mesma lhe dá uma nova possibilidade de ação e ela observa que não somente se sente mais disponível mas ela se sente mais coerente nas diferentes partes dela mesma: "O que penso, o que digo e o que sinto são sempre coerentes, não está dissociado" (J. L. 463-464) Então reencontramos ainda uma noção de unificação, mas a partir desta nova percepção dela mesma que ela nos revelava; ela se descobre de uma maneira ainda mais ampla e se reconecta com outras partes dela mesma: "... eu descubro partes de mim que estavam esquecidas

ou adoecidas" (J. L. 478-479).

Paula se sente mais interiorizada, se descobre com uma identidade diferente, com uma auto-afirmação que lhe permite melhor se situar no mundo e aprender a se proteger melhor. Por exemplo, ela nos revela: "Eu me sinto....menos voltada para o exterior, mais direcionada para dentro, eu me percebo mais" (P. L. 267-268) " Vou tentar investigar o que me faz mal e onde isso me tocou" (P. L. 273-274) Então ela aproveita desta experiência para aprender dela mesma. Ela acrescenta que "... o fato de ser assim me permite estar mais situada no mundo" (P. L. 300-301) Então esta presença mais interiorizada lhe dá uma sensação de melhor se posicionar, ela se diz mesmo "mais forte" (P. L. 315), assim ela reconhece que se voltar para o interior reforça a relação à si, ao mundo; ela admite igualmente com força que é a primeira vez que ela se sente assim: "Nunca me senti assim, jamais..." (P. L. 330).

Quanto à Irene, a descoberta de seu mundo interno é uma descoberta que lhe permite colocar-se à escuta de si: "Através desse trabalho pode-se procurar mais escutar seu interior..." (I. L. 175-176) Através do seu corpo, sua prioridade é a escuta e como ela faz para se escutar: "É preciso parar para se escutar..." (I. L. 202). Ela descobre assim através da dinâmica interna de seu corpo uma força nela: " Um poder incrível de se sentir muito mais fluida, muito mais leve e mesmo poderosa, como se fosse um rio e como se não tivesse idade..." (I. L. 382-384) Vê-se a força que ela reencontra nesta presença nela e todo o potencial que parece se revelar então; ela insiste igualmente sobre esta relação ao tempo onde ela se sente num outro espaço temporal. Mas ela descreve como ela percebe o sentido desta força: "Como se eu me sentisse também mais poderosa, não de poder, mas como se você criasse um círculo protetor que impede do mal chegar até você" (I. L. 396-398). Esta força dinâmica interna lhe permite uma nova percepção de si que lhe confere uma noção de proteção ou de auto-proteção e ela busca compreender e aprender disso, então ela se engaja num processo de conhecimento: "...o conhecimento do corpo é uma fonte, eu não quero nada mudar de mim, eu vejo apenas o que existe.." (I. L. 405-406). Vemos bem que isso lhe dá uma sede de conhecer e mesmo de se reconhecer. Em resumo, o trabalho sobre o mal estar e as somatizações lhe permitem reconectar-se à alguma coisa poderosa nela, que a empurra para melhor se conhecer e aprender dela mesma.

2. 3. 5. 4. Em relação ao psiquismo

Nesse aspecto era importante ver como a sintonização somato-psíquica tinha um impacto sobre o psiquismo dos participantes.

Podemos notar diferentes melhoras em relação a esse domínio, por exemplo, **Julia**, que de início negava a influencia do psiquismo sobre seu mal estar, descobre através desse trabalho a interrelação entre seu corpo e seu psiquismo e a influencia deste último no seu corpo. Em primeiro lugar ela nota a relação entre sua dor e um tipo de lembrança: " Em seguida veio esta apreensão que tive com minha mãe, quando ela teve necessidade de falar de um tema que nada resolve mas que destrói" (J. L. 244-246). Ela nota também a influencia desse trabalho sobre sua vida cognitiva, sobre sua atividade intelectual, sobre a rapidez de funcionamento da sua mente e sobre sua capacidade de discernimento, o que é importante para ela no seu projeto de vida, e reencontramos em muitas das suas expressões: "... uma sensação de bem estar mental... (J.L. 281)...a dor de cabeça parou, a mente está clara... (J.L. 291)...é em relação com a clareza de ação, de pensamento... (J.L. 328) isso clareou minhas idéias. Eu cheguei a discernir as coisas com mais clareza e objetividade... (J.L. 358-359). Está tudo tranquilo e agora minha mente está ativa (J.L. 445-446)... agora minha mente está rápida, a cabeça está aquecida..." (J.L. 472-473). Ela se percebe então num estado diferente, um estado de bem estar que ela junta à uma disposição que poderíamos chamar psíquica mesmo se ela não usa essa palavra; mas aqui o bem estar, vê-se, não é apenas físico: "...eu me sinto mais livre, mais leve, bem disposta. Há uma correlação com alguma coisa como uma disposição também, é um bem estar muito bom" (J.L. 320-321) "É uma coisa que tem a ver com a disposição" (J.L. 325-326) "É um bem estar, mas está em relação com a clareza de ação, de pensamento, de estar mais situado" (J.L. 327-238).

É evidente que ela faz a relação muito clara desta influencia do tratamento sobre seu psiquismo: " Cheguei a discernir as coisas com mais clareza e objetividade. Eu penso que isso tem muito a ver com seu tratamento... Faz muitos anos que eu me bato nisso, e agora consegui avançar..." (J.L. 362-363). Ela percebe sobretudo muito claramente o impacto da ligação entre o corpo e a mente, entre a dor e o pensamento, entre as sensações corporais e as imagens: "penso verdadeiramente que a alma e o corpo vão juntos... (J.L. 398) a despeito desta dor que tinha sido forte. Mas ao mesmo tempo havia uma parte de mim que começava a pensar... e esta imagem vai se dissolver... não somente se dissolver, mas se desmistificar.... em seguida eu começo a pensar nesse tema de um modo mais claro... (J.L. 404-409). Uma calma profunda no corpo. Ele está relaxado e a mente está religada" (J.L. 441).

Para Paula, num primeiro tempo, ela acha que o tratamento acorda suas emoções: "penso que isso move as emoções, ou mais que isso, as descobre... " (P. L.. 223). Ele se acha "mais confiante" (P.L. 328), menos ansiosa, ela redescobre a beleza das coisas, do mundo (P.L. 303-304). Seu olhar mudou, ela o reconhece e toma consciência de uma transformação que se operou nela: "eu me sinto

relaxada de uma certa forma de fadiga, mais tranquila..." (P.L. 231) "...isso foi sutil quando eu percebi já havia mudado" (P.L. 294) "Chego a perceber a beleza das coisas exteriores que, pode ser, passem habitualmente despercebidas" (P.L. 303-304). Ela também percebe através desse tratamento a ligação entre corpo e mente que influencia a situação do corpo: "O corpo está bem situado, não é mais uma coisa isolada; o corpo e a alma tudo está unido" (P.L. 319-320).

Quanto à Irene, o bem estar que ela encontrou no seu corpo influencia seu estado psíquico. "É uma paz, uma tranquilidade, uma harmonia, é um sentimento agradável" (I.L. 147). Através disso ela evoca uma unidade entre o dentro e o fora: "É uma sensação de tranquilidade, serenidade, de paz e de estar unido, integrado ao interior e ao exterior" (I.L. 169-171). Mas ela também repara a importância da união entre o corpo e o espírito que permite desenvolver uma escuta e um sentido diferentes que ela mal pode definir: " Uma maior sensibilidade, um sentido de... Unir corpo e mente! De união, equilíbrio, de entender diferentemente, um sentir diferente, que é muito mais" (I.L. 200-201). Ela toma consciência não somente da influência que a melhora do corpo produz sobre seu psiquismo, mas também o inverso: " Quando você está com um mental claro e com boas idéias, o corpo responde e ele tem vitalidade..." (I.L. 269-270).

No entanto, é importante observar que ela nota que a melhora começou pelo seu corpo, antes de influenciar seu mental, tornando-o mais claro, também com esta capacidade de discernimento que repercute numa melhor estabilidade emocional. " Pelo corpo, por que eu faço a relação agora... então eu senti um verdadeiro bem estar... Quando estive bem, a mente também se curou, e o processo continuou, e penso que cada coisa tem a ver com a outra..." (I.L. 276-279).

Então ela se sente viver de uma maneira mais intensa, e ela reencontra nela esse sentimento de existência que vai até lhe fazer tomar consciência de se sentir tocada pelo universo: " São boas emoções de se sentir tocada pelo universo. Às vezes eu me sinto mais encantada pela vida..." (I.L. 305-306). Para ela, que vivia num mal estar profundo, é então uma mudança de olhar que se iniciou por um melhor estado corporal. Ela insiste também, na sua entrevista a posteriori, sobre a influência desse trabalho da fasciaterapia sobre seu processo de pensamento que ela acha mais global e mais variado. "Há também um processo de pensamento. Eu começo a pensar de maneira mais global,... Começo a pensar em diferentes aspectos. Eu não penso mais somente em mim, mas a tudo o que me circunda" (I.L. 308-310). Observamos que ela percebeu a ação desse trabalho sobre seu modo cognitivo. Depois ela define igualmente a noção de harmonia que ela vive: "... tudo se harmoniza, o cérebro com o corpo e os movimentos, e com o pensamento, é uma harmonia, uma transformação do cérebro e do corpo mais unidos, mais harmoniosos" (I.L. 351-353). Algumas palavras retornam frequentemente no seu relato, " unido" , "harmonia" e mesmo "transformação", para descrever as

percepções que ela vive. Enfim ela faz uma relação entre a unidade e a harmonia que estimulam seu conhecimento através de um bem estar, de uma total sensação de amor: "É um auto-conhecimento maravilhoso que desperta a mente e me traz muito amor pelas coisas, muito amor pelo mundo..." (I.L. 393-395).

Nela, vê-se, há também uma noção de aprendizagem a partir desse trabalho sobre seu corpo que influencia seu psiquismo e seu modo cognitivo: "... porque o corpo produz novas idéias e novos horizontes também; o conhecimento do corpo é uma fonte..." (I. L. 404-405).

A relação do psiquismo através desta unidade reencontrada corpo/psiquismo, orienta então as pessoas para estar melhor, em particular para algumas, com esta noção de discernimento. Assim, um dos efeitos da fasciaterapia é clarificar e esclarecer as idéias e os pontos de vista, acentuando uma disposição na direção de um estar melhor através de uma harmonização.

3. 5. 5. Em relação à mudança de atitude

Nessa parte, as participantes da minha pesquisa ressaltaram um certo número de mudanças que, entretanto, variam de uma à outra.

Para Julia, a primeira coisa que ela constata nos impactos do tratamento é uma melhor gestão de suas tensões cotidianas que lhe afetam menos: "Isso foi interessante quando vi que nos momentos de tensão externa do cotidiano, isso não me afetava tanto quanto antes" (J. L. 337-338) Em seguida ela sente que isso a ajuda a se liberar de seu passado e que ela não precisa fazer referencia a este passado: "...estou me liberando do meu passado. Não tive mais esta idéia de voltar ao meu passado." (J. L. 348-349). É para ela como uma espécie de desapego desta parte passada de sua vida: " Foi uma luta com esse passado e agora eu me desapeguei disso" (J. L. 354-355). Pela primeira vez de sua vida, diz ela, ela se ocupa mais dela mesma: " Sempre coloquei as necessidades dos outros em primeiro lugar. E agora eu me ocupo das minhas necessidades, sem sentimento de culpa" (J. L. 368-370). Sem se culpabilizar e por contraste ela constata assim uma mudança nas suas prioridades. Sobre essa mudança e esta forma de desapego ela reconhece ter tentado trabalhar há anos: "há muitos anos tento me desapegar e não conseguia. Era pesado mas agora eu me sinto livre... Estabeleci uma probabilidade de ligação com o tratamento porque tentei fazer isso há muitos anos e agora isso começa a acontecer." (J.L. 390-398). Então ela se sente leve pelo tratamento e reconhece ter ganho em liberdade.

Através do seu bem estar ela reencontra também uma melhor comunicação com os outros, e também com sua libido pelo mesmo fato: "Por exemplo esta parte de minha libido que eu havia

desacelerado é certo, e bem agora eu vejo que eu me tornei mais inteira... Agora eu encontro uma comunicação com as pessoas que querem se aproximar de mim" (J. L. 422-425). Ela está então aberta aos outros e se deu a oportunidade de experimentar e de observar: "E então comecei a observar que as pessoas me telefonavam, me questionavam" (J.L. 434-435). Enfim o trabalho pela mediação corporal desenvolveu nela a qualidade de discernimento, o que é importante para uma pessoa que estuda e que tem como meta um posto de ensino: "... e o tratamento tem esta capacidade... ao mesmo tempo de clarear o espírito para que você possa melhor discernir... Para mim foi o que aconteceu e é o que acho interessante" (J.L. 485-489).

Então vê-se um comportamento que melhora no cotidiano com uma ampliação de seus pontos de vista e um distanciamento do seu passado, o que lhe propicia uma capacidade de discernimento. Como as outras igualmente ela mudou de atitude e se sente muito mais aberta e mais receptiva.

Quanto à Paula, após as sessões, ela notou uma mudança de atitude no que ela diz ou no que ela faz: "... e em seguida de uma maneira que não sei explicar, começo a perceber que tenho modificações de atitude: coisas que não faço ou que não farei ou então eu falo mais o que não eram comuns" (P. L. 232-234). Ela observa também que isso dura no tempo: "Mesmo após um mes, isso parece uma coisa que dura, não é uma coisa que declina" (P. L. 239-240). Com efeito, ela parece ter uma evolução com cada sessão: "Tenho a impressão que isso cresce, que o trabalho evolui com cada sessão..." (P. L. 243-244). Mas ela nota que essa mudança de atitude, a faz falar mais, o que nem sempre tem uma boa repercussão junto aos outros: "...para certas pessoas eu estou melhor, mas o fato de estar melhor incomoda certas pessoas, porque eu falo mais, guardo menos..." (P. L. 277-279). Em seguida ela descreve como esta modificação psicológica de atitude incomoda algumas pessoas: "Isso incomoda algumas pessoas que estavam acostumadas entrar pela porta aberta... porque estou aprendendo a me defender melhor" (P.L. 287-289). Essa mudança é bem percebida por ela, porque ela ve uma influência na sua vida e no seu trabalho: "Como eu vejo isso, ah! como uma coisa positiva, que pode me ajudar no meu cotidiano, no meu trabalho, nos meus negócios..." (P. L. 297-298). Enfim, isso influencia assim sua mudança de atitude no seu olhar sobre o mundo: chego a perceber a beleza das coisas exteriores que pode ser passam habitualmente despercebidas." (P. L. 303-304).

Vemos então que esta terapia lhe permitiu entrar mais em relação com ela mesma, o que é importante no seu trabalho de professora de canto e de cantora. Não há apenas uma mudança, mas um processo de transformação que se inicia. Porque ao mesmo tempo ela sente que se comunica melhor com os outros, que ela se sente vigilante no seu trabalho e mais forte e mais consciente ao

enfrentar seu entorno. Enfim, em relação com seu mal estar, ela reconhece estar mais confiante no futuro, o que é essencial para qualquer um preso ao medo da morte.

Irene nota primeiramente uma influencia sobre seu comportamento na sua maneira de fazer: "De fazer com mais tranquilidade e serenidade, de fazer mais concentrada, de escutar mais o interior e o exterior" (I.L. 185-186). Ela espera também que esta nova consciência tenha repercussão na sua vida profissional: "Profissionalmente tenho necessidade de me sentir mais consciente de minhas atitudes. De fazer melhor e não de fazer por fazer" (I. L. 186-187). Esta observação a convida a constatar uma aprendizagem, mas desta vez ela aprende graças ao seu corpo: " Por que, por vezes nós sentimos a necessidade de fazer um movimento com o corpo, e você ultrapassa o limite. Nesse trabalho, você aprende um pouco onde está o limite" (I. L. 194-195). E ela aprende sobretudo a regular suas ações: "... porque se está mais tranquila ou mais calma, chega-se a fazer o novo com menos ansiedade, menos medo de se equivocar" (I. L. 194-195). Em particular na sua vida cotidiana isso lhe permite aprender a domesticar a novidade: "é uma maneira de enfrentar as coisas novas de uma maneira diferente" (I. L. 217). E a partir d eum lugar diferente: "... porque se chega somente a enfrentar esse desafio, se se está tranquila, calma e serena, se estamos em corpo e mente, se os dois são mais harmoniosos" (I. L. 219-221). Ela insiste frequentemente sobre o fato de fazer as mesmas coisas que antes mas com uma nova qualidade: "... mas de fazer as mesmas coisas com esta sensação mais tranquila, mais interna... eu ganho muito com essa qualidade, com esse sentimento menos ansioso" (I. L. 238-240).

Dois meses mais tarde, numa entrevista diferida, não apenas ela percebe que o mal estar desapareceu, mas ela nota um ganho de vitalidade: "... não tenho mais mal estar. Tenho muito energia com muitas idéias, de vitalidade e preciso me acalmar..." (I. L. 263-264) Assim espontaneamente ela toma consciência, no seu comportamento cotidiano, do estado do seu corpo, e ela deve preocupar-se: "...tenho necessidade de tomar cuidado de meu corpo e de lhe prestar atenção, porque o corpo estava adoecido..." (I. L. 263-264). Enfim ela alarga seu campo de pensamento: "Procuo pensar de maneira mais global. Busco pensar diferentes aspectos" (I. L. 308-309). Isso lhe permite constatar uma capacidade de adaptação nova e um lugar de renovação a construir: "Tenho necessidade de novo, de me adaptar a tudo... e como eu vou me colocar em movimento: é um trabalho para reconstruir tudo de novo" (I. L. 328-330). Ela fala então, espontaneamente também, desse corpo novo: "Como se fosse um novo corpo" (I. L. 335) e da necessidade de ir na direção desse corpo para descobri-lo: " que é mais livre, que se torna mais ágil, como se tivesse sido reajustado, você sabe o instrumento de música que é completamente afinado; então necessito ir vagarosamente e reencontrar esse instrumento..." (I. L. 338-340). Graças a esse corpo novo ela

retoma de novo sua atitude de aprendizagem: “ é mais fluido, mais lento, mais saboroso” (I. L. 345) “Ah! eu não quero parar esse trabalho porque é um auto-conhecimento maravilhoso que me acorda a mente e me traz muito amor pelas coisas, muito amor pelo mundo” (I. L. 393-395). Esta atitude, outro estar bem, lhe abre verdadeiramente um olhar diferente sobre o mundo e sua maneira de ver: “Olho as coisas e as vejo mais doces, mais amorosas, mais calorosas...” (I. L. 395-396) “ e você tenta passar isso às pessoas que estão perto de você” (I. L. 399-400). Depois ela termina por esta atitude de abertura e de conhecimento extraordinário: “Eu não quero nada mudar em mim, nada disso que me incomoda. Eu quero somente conhecer o que existe...” (I. L. 405-407).

Como se vê ela adquiriu a percepção das causas de seu mal estar, em particular como o bem estar lhe permite fazer as coisas diferentemente e como isso lhe dá acesso à novidade sem apreensão, ao contrário. Ao mesmo tempo, ela toma consciência desta necessidade de atenção ao corpo que ela desenvolveu e que é, para ela, uma aprendizagem pelo auto-conhecimento. Ela nota assim a consciência de sua mudança e a atenção que ela dá a seus diferentes estados internos e à sua nova maneira de pensar e de ver as coisas. Ela também fala do corpo novo que muda sua atitude. Esta percepção nova lhe apareceu através das entrevistas e a tomada de consciência da animação interna e lenta do corpo. Ela se diz assim mais aberta a ela mesma e à existência.

3. 5. 6. Impactos da fasciaterapia e da sintonização somato-psíquica

Nos três casos observamos a influencia do tratamento em fasciaterapia e da sintonização somato-psíquica sobre as somatizações, sobre o mal estar, sobre suas causas ou igualmente sobre o reconhecimento de seu próprio mal estar.

Notamos igualmente uma influência das pessoas em relação a elas mesmas. Ela permite um melhor estado físico que provoca um melhor estado psíquico criando uma unidade de relação corpo, psiquismo e emoção.

Ela revela uma transformação de atitude na vida cotidiana tratando-se de uma percepção em relação com os elementos causais do mal estar.

Assim ela ajuda a pessoa a aprender sobre seu próprio comportamento através da percepção corporal ligada à uma vida interna dinâmica e lenta, o que ajuda as pessoas a validar a mudança e a consolidar o estado de bem estar.

Por uma percepção por contraste, ela permite também à essas pessoas de melhor se situar na relação consigo e com o mundo. Mas notamos que esta percepção e esta aprendizagem se integra por

intermédio de uma entrevista pós imediata ou a posteriori, o que lhes permite tomar consciência da transformação operada pelos tratamentos e ao mesmo tempo validar e prolongar o efeito e a eficácia. Sem a entrevista a tomada de consciência e de mudança de atitude e de passagem à ação não teria tido lugar. Podemos dizer que a entrevista é um elemento determinante no ato da Fasciaterapia depois da sintonização para abrir a consciência das pessoas à progressividade, mas também à evolutividade desses impactos sobre os diferentes elementos constitucionais da pessoa.

Enfim notamos, nos impactos, uma clara influencia sobre a noção de existência, e de olhar sobre a vida que lhes abre a possibilidade de viver de maneira mais intensa e mais forte na sua vida cotidiana e ao mesmo tempo em que lhe permite de se abrir a alguma coisa de mais belo e maior que elas mesmas. Isso, já em algumas sessões somente, amplia seu sentimento de existir, e lhes dá uma abertura sobre um novo sentido à sua vida e um novo olhar sobre as coisas, as pessoas e o mundo.

CONCLUSÃO

Esse trabalho de pesquisa me permitiu fazer a relação entre o cuidado em Fasciaterapia e a noção de mal estar e de colocar em evidência os efeitos desse cuidado.

Até então a Fasciaterapia, com suas diferentes ferramentas não havia analisado os efeitos da sintonização somato-psíquica sobre este ângulo do mal estar que acompanha as somatizações. Os dados coletados nos abrem um novo campo de perspectivas que não estão desenvolvidas habitualmente no campo da fisioterapia.

Enquanto pesquisador, eu parti de minha experiência prática, fisioterapeuta e fasciaterapeuta, para colocar em evidência o valor e a pertinência desta experiência que me permitiu orientar minha questão de pesquisa assim:

Quais são os impactos somato-psíquicos da Fasciaterapia sobre as pessoas que sofrem com a somatização em consequência de um estado de mal estar?

Meu **primeiro objetivo** era **definir a somatização**, estudo que desenvolvi no quadro teórico, me apoiando sobre diferentes visões: psico-somática, somato-psíquica e somato-psicopedagógica, sem esquecer a visão de um neuro-biólogo. Isso me permitiu evocar as noções de mal estar através do conceito do lugar do corpo nesta abordagem e a noção do Sensível específica à nossa abordagem em Fasciaterapia, o que me pareceu pertinente.

No meu **segundo objetivo** eu me propus a conhecer **melhor as causas somáticas reveladas pela fasciaterapia**; para isso eu me apoiei sobre as entrevistas de pesquisa com uma população de três pessoas, o que me permitiu esboçar certas hipóteses. Mesmo se o número de casos parece

insuficiente, ao menos posso destacar um certo número de elementos que poderão servir de base a uma pesquisa mais aprofundada num outro contexto. Percebe-se com efeito que o mal estar tem sempre causas **multifatoriais** com certas predominâncias, em função da tipologia do paciente, que provém de campos muito variados, psíquico, emocional, psicológico, hereditário e que intervém nos diferentes setores da vida afetiva, familiar, profissional, social segundo o setor mais frágil ou mais em evidência... Detalhei todos esses dados na minha análise hermenêutica caso a caso e na minha análise hermenêutica transversal.

No **objetivo seguinte** queria estudar **como se manifestava o mal estar no corpo dos meus pacientes**. Isto me foi revelado igualmente pelas entrevistas de pesquisa, onde pude identificar que as somatizações eram inumeráveis, começando pelas dores físicas em relação com o estresse e a fadiga, podendo manifestar-se seja no corpo físico, por diversos tipos de males e de sofrimentos corporais, seja sobre o modo psicológico, provocando estados de mal estar onde os campos físico e psíquico estavam frequentemente entrelaçados, provocando sensações de falta de ar, palpitações, ou de sensações de estranhamento e consequências frequentes aos estados de não-ser ligados ao medo, à fobia ou a ansiedade; esses males somato-psíquicos estão em relação com as síndromes mais gerais tais como a pobreza perceptiva ou a distância da pessoa em relação ao seu corpo e à sua vida interna. O que detalhei também na análise hermenêutica transversal.

Enfim, no meu **último objetivo**, que se ligava à minha questão de pesquisa, eu queria colocar em relevo **os impactos da sintonização somato-psíquica manual sobre a somatização e o mal estar da pessoa**. Para abordar esta questão fui convidado a desenvolver a sintomização somato-psíquica, os efeitos do toque psico-tônico e a explicar a escolha da via corporal para harmonizar o psíquico.

Pudemos observar que esta forma de sintonização somato-psíquica através do toque psicotônico permitia à pessoa religar-se não somente ao seu corpo físico mas também a seu corpo sensível. Isso nos situa no paradigma do Sensível que pertence ao campo de pesquisa das Ciências Humanas no laboratório do CERAP. Mas quais são exatamente esses impactos?

Impactos da Fasciaterapia revelados nas entrevistas:

A análise dos dados nos permite identificar um certo número de impactos, a partir das diferentes análises, das quais algumas estão em relação direta com a esfera do Sensível. Aqui não se trata de manifestações simbólicas mas de sensações e percepções provadas e baseadas sobre a realidade tônica percebida e vivida por cada participante durante o cuidado.

Para apoiar esses dados, nos beneficiamos desses diferentes tipos de análise de elementos que notamos junto a essas três pessoas que evocam espontaneamente encontrar um estado de **bem estar**. Cada uma emprega diretamente a palavra bem estar em oposição à sua sensação anterior de mal estar.

A partir desta constatação nós colocamos em evidência o conteúdo deste estado de bem estar relatado por essas pessoas e nós podemos abordar aqui os elementos que lhe constituem.

Primeiramente, as três participantes falaram de um **acesso à sua interioridade** em seguida às intervenções manuais sobre seu corpo e duas delas empregaram a palavra **profundidade**.

Podemos observar que o sentimento de bem estar passa também por um desaparecimento das dores (Irene e Julia). Ao invés de **relaxamento**, Irene usa muito as expressões de **paz, serenidade e amor** incondicional e frequentemente igualmente de **se sentir tocada pelo Universo**, enquanto que Julia emprega mais as palavras: **alegria, bom humor, coragem**.

Ainda nós vemos que os propósitos das pessoas retomam elementos da **espiral processual do Sensível** de Bois, na medida em que nós encontramos as categorias do Sensível, a saber, **o calor** (Paula e Julia), Irene falando da **globalidade** e Julia e Paula da **profundidade**. Mas as três participantes reconheceram e falaram de **uma presença à si encontrada**, de uma nova relação à si através da percepção profunda de si. Todas reconheceram uma **melhora de sua percepção interna**, “eu me percebo mais” dizia Paula, o que lhe dava acesso à **um sentimento de si** (Irene) e a **um sentimento de existência** (Julia).

Notei que esta percepção as colocava em relação com uma sensação de dinâmica interna que elas evocam como uma sensação de fluidos ou de **fluxo livre** ou de **circulação interna**, principalmente em Julia e Irene, esta última falando mesmo de uma **extrema lentidão**. Elas citam o movimento, mas não falam ainda do movimento interno, mesmo se elas sentem seus efeitos, elas o percebem como uma sensação **de líquidos que correm, que se movem**, mas sem poder lhe dar esse nome. Com efeito, para não lhes influenciar diretamente evitei pronunciar essa expressão com elas, a fim de lhes deixar a possibilidade de explicar suas sensações e suas manifestações pessoais sobre esta percepção de uma dinâmica interna. Para Julia, por exemplo, isso trouxe uma sensação de **leveza** e para Irene, ao contrário, uma sensação de **vitalidade, de força** e de **poder impressionante**.

Irene falou muito da **escuta** e isso lhe permitiu **sentir-se com eixo, melhor situada, mais centrada**, o que confirma também Paula. As três pessoas evocam esta sensação de centramento físico ou psíquico ou sensação de estar **mais inteira** (Julia). Ainda Paula e Irene tem uma sensação de **perda de limite do corpo**, mas numa noção de **não separação da percepção entre o dentro e o fora**, o que parece lhes trazer um conforto, além de liberar suas tensões corporais e psíquicas e lhes dar uma sensação de **abertura aos outros e ao mundo** para Paula e Julia e também **ao Universo**

para Irene.

No campo do **pensamento**, Irene percebe uma influência sobre o funcionamento cerebral permitindo um **pensamento global**, com uma **visão diferente sobre as coisas do mundo** lhe permitindo melhor adaptar-se à novidade. Para Julia e Irene nós notamos a percepção de **uma mente clara** ou de clareza mental e **de discernimento** muito apreciável, sobretudo para Julia, que fala de **mente livre, leve, disposta**. Pode-se observar, que nesse caso, esta capacidade de discernimento permitiu a uma pessoa melhor caracterizar seu mal estar que era difuso, por contraste ela reconheceu seu mal estar anterior, ele se tornou mais visível e mais discernível. Em todos os casos, face às causas multifatoriais, esta capacidade de discernimento lhes permitiu melhor se situar em relação ao mal estar nos diferentes setores de sua vida. Nesse domínio podemos notar que elas dizem ter reencontrado um **novo sentido** para elas na sua vida e também uma **nova consciência** das coisas que lhes cercam ou disso que elas vivem dentro delas mesmas.

Todas essas pessoas afirmam igualmente ter encontrado **uma unidade** entre as diferentes partes delas mesmas e em particular uma **unidade corpo/psiquismo**, convidando a **um equilíbrio mental e físico** (Julia). Isso as ajuda a desenvolver uma consciência sobre a necessidade de **aprendizagem pelo corpo** (Julia) e de desenvolver **o conhecimento** de seu corpo ou de seu funcionamento ou das coisas da vida ou de sua vida, Irene falando **de auto-conhecimento e de percepção do corpo**. Elas se sentem **mais inteiras** (Julia), **mais fortes** (Paula) e isso lhes permite **melhor comunicar-se** com os outros (Julia e Irene).

Isso desenvolve também nelas uma capacidade de melhorar sua qualidade do **campo atencional**, em particular de se sentir mais presentes, mais atentas ao seu corpo tanto a elas mesmas quanto aos outros mas igualmente à interação entre os eventos e suas reações.

Na análise hermenêutica desenvolvi um estudo detalhado sobre sua mudança ou transformação. Nós encontramos **modificações de atitude** (Paula-Julia) tais que as sensações de **acolhimento** da novidade ou uma nova capacidade de **proximidade** com os outros e consigo para Julia. Para Irene isso se manifesta por uma sensação de **mudar-se melhor**, uma sensação de abertura, uma sensação de **liberdade** (Irene e Julia) e de partilhar mais com os outros (Paula e Julia). Irene fala também da **transformação do cérebro, do corpo, do movimento e do pensamento**, enquanto que para Julia é uma sensação **de estar liberada do seu passado** através das lembranças e das imagens que vieram nos tratamentos.

Notei em seguida que elas redescobriram a noção **do belo** através do seu novo olhar (Paulo, Irene) e a descoberta **da harmonia interna** (Irene) que se manifesta como um novo modo de referência. Nesse ponto esses impactos estão ligados ao conceito do Sensível que se situa na exigência do belo e de harmonia.

Enfim, para todas as três, observei nos efeitos um fenômeno de constância, os resultados adquiridos **duram no tempo**, o que pode surpreender num contexto de número de sessões limitado, mas isso se dá de uma maneira progressiva durante a evolução do tratamento, como nos assinala Paula.

Irene nos fala igualmente de um **novo lugar** que ela percebe nela e sobretudo num **corpo novo**, totalmente diferente da percepção de seu corpo habitual. Nesta nova relação que ela estabelece com esse corpo novo, ela se percebe diferentemente no mundo; o que vai no sentido do conceito do Sensível na renovação do seu corpo e de si; notamos que isso a provoca realmente a ter desejo de explorar os fenômenos que vão se desenrolar.

Perspectivas de pesquisa

Como se vê a noção de bem estar surgiu no decorrer dos tratamentos, mas era importante para mim reconhecer a importância dos impactos da Fasciaterapia sobre o mal estar e suas diferentes expressões. Com efeito, o ponto de partida de minha pesquisa era realizar um banco de dados sobre os efeitos da sintonização somático-psíquica em relação com o mal estar. Os resultados dessa pesquisa trouxeram para mim elementos determinantes do trabalho em Fasciaterapia que citei na conclusão e que nos mostram realmente uma eficácia sobre o mal estar. Eu igualmente expus, através dessas reações variadas, a importância do toque de relação com seus componentes, na sua ação sobre os estados da pessoa, lhe permitindo perceber, em particular através de diferentes tonalidades, uma evolução na direção ao bem estar, o que foi colocado em evidência por todas as observações vividas e relatadas pelas pessoas.

Então este olhar analítico me permitiu melhor compreender os impactos do gesto da relação manual em fasciaterapia, mesmo se o estudo foi feito sobre uma pequena população. Com efeito, isso mereceria um prolongamento de pesquisa num estudo mais aprofundado sobre os dados recolhidos, para extrair informações mais consequentes ou de sentidos ainda escondidos, e sobretudo num tempo mais longo de tratamento para analisar os efeitos duráveis e possivelmente os efeitos ainda não revelados no tempo, e enfim uma pesquisa sobre uma população maior e mais variada para confirmar os resultados obtidos e estabelecer dados mais gerais.

Esta pesquisa, no meu ponto de vista, poderia me permitir construir um projeto de doutorado que continuaria a desenvolver as inter-relações entre o corpo e o psiquismo, mas igualmente poderia mostrar as dificuldades em conservar esta unidade no tempo fora de um acompanhamento específico fonte de bem estar.

Glossário de termos específicos do método **do Francês ao português**

Aperception: Apercepção

Attentionnalité: Atencionalidade

Directivité informative: Diretividade informativa

Entretien tissulaire: Entrevista tissular

Experiência extra quotidienne: experiência extra-cotidiana

Evolutivité: evolutividade

Langage tonique: Linguagem tônico

La voie du corps : A via do corpo

La relation d'aide manuelle: A relação de ajuda manual

La relation d'aide verbal: A relação de ajuda verbal

L'accordage somato-psychique: a sintonização somato-psíquica

L'imédiateté: O imediato

Le toucher de relation: O toque de relação

Le toucher psychotonique: O toque psicotônico

Le psychotonus : O psicotônus

Neutralité active: neutralidade ativa

Point d'appui: Ponto de apoio

Praticien-chercheur: Prático-pesquisador

Pulsologie: Pulsologia

Somato psychopédagogie: Somato psicopedagogia

BIBLIOGRAFIA

- Ajuriaguerra J. (De), (1962) *Le corps comme relation*. Revue de Psychologie Pure et Appliquée, Tome 21, n°2.
- Albarello L. (2004) *Devenir praticien-chercheur, comment réconcilier la recherche et la pratique sociale*, De Boeck, Bruxelles.
- André P., Benavidès T., Giromini F. (2004) *Corps et psychiâtrie*, Ed. Heures de France, Paris.
- Angibaud A. (2008) *A somato-psicopedagogia in Em pleno corpo*. Juruá editora, Curitiba, Brasil, 252-258.
- Barbaras R. (1997) *Merleau-Ponty*. Ellipses, Paris
- Begout B. (1995) *Maine de Biran, La vie intérieure*. Payot et Rivages, Paris
- Benaroyo L., Lefève C., Mino J., Worms F. (2010) *La philosophie du soin*. PUF, Paris.
- Berger E. (2004) *Approches du corps en Sciences de l'éducation*. Mémoire D.E.A., Université Paris VIII.
- Berger E. (2006). *La somato-psychopédagogie*, Éditions Point d'Appui, Paris
- Berger E. (2007) *Praticien chercheur : un concept, une personne, une posture*, support de cours, séminaire d'octobre, Université Moderne de Lisbonne, Mestrado Psychopédagogie perceptive.
- Berger, E., Bois, D. (2008). *Expérience du corps sensible et création de sens. La clinique du sport et ses pratiques*, Abadie S. (dir.). Nancy : Presses Universitaires de Nancy.
- Berger E. (2009) *Les praticiens-chercheurs du Sensible : vers une redéfinition de la posture d'implication*, in *Sujet Sensible et renouvellement du moi*, Point d'Appui : Ivry sur Seine, 167-190.
- Berger E. (2009b) *Rapport au corps et création de sens en formation d'adultes*, Thèse de doctorat Université Paris VIII, Vincennes, St Denis, sous la direction de J.L. Legrand.
- Bernard M. (1995) *Le corps*. Le seuil, Paris
- Berthoz A. (1997) *Le sens du mouvement*. Odile Jacob, Paris
- Bertrand I. (2010) *Accompagnement en Somato-psychopédagogie et renouvellement du rapport à soi*. Tesina de mestrado en Psicopédagogie perceptive, Université Fernando Pessoa, Porto.
- Bois D. (1984) *Concepts fondamentaux de fasciathérapie et de pulsologie profonde*. Maloine, Paris.
- Bois D. (1985) *Fascias, sang, rythme, complice dans les pathologies fonctionnelles*, Fasciathérapie-

pulsologie. S.P.E.K., Paris.

- Bois D. (1989) *La vie entre les mains*. Trédaniel, Paris.
- Bois D. Berger E. (1990) *Une thérapie manuelle de la profondeur*. Paris :Trédaniel.
- Bois D. (2002) *Un effort pour être heureux*, Point d'appui, Ivry-sur Seine.
- Bois D. (2005) *Corps sensible et transformation des représentations : propositions pour un modèle perceptivo-cognitif de la formation*. Tesina en didactique et organisation des institutions éducatives, Université de Séville.
- Bois D. (2006) *Le Moi renouvelé*, Point d'appui : Ivry Sur Seine.
- Bois D. (2007) *Le corps sensible et la transformation des représentations chez l'adulte : vers un accompagnement perceptivo cognitif à médiation du corps sensible*, Thèse de Doctorat Européen, Université de Séville, sous la direction d'Antonio Morales et d'Isabel López Górriz.
- Bois D. Austray D. (2007) *Vers l'émergence du paradigme du Sensible*, Revue Réciprocités, novembre 2007, n°1, 6-22.
- Bois D. Berger E. (2007) *Expérience du corps sensible et création de sens*, Revue Réciprocités, Novembre 2007, n°1, 23-32.
- Bois D. (2008) *O Eu Renovado, introdução à somato-psicopedagogia*, Idéias e letras, São Paulo.
- Bois D. (2008) *Da fasciaterapia a somato-psicopedagogia, Análise biografica de surgimento de novas disciplinas*, in *Sujeito Sensível e renovação do eu*, Centro universitário São Camilo, ed. Paulus, São Paulo, 43-72.
- Bois D. (2009) *De la fasciathérapie à la somato-psychopédagogie, Analyse biographique du processus d'émergence de nouvelles disciplines*, in *Sujet Sensible et renouvellement du moi*, Point d'Appui : Ivry sur Seine, 47-72.
- Bois D. (2009b) *L'advenir à la croisée des temporalités*, Revue Réciprocités, Mai 2009, n°3, 6-15.
- Bois D. (2009c) *Relations au corps Sensible et potentialités de l'être humain*, in *Vers l'accomplissement de l'être humain*, Point d'Appui : Ivry sur Seine, 21-33.
- Bois D., Bourhis H. (2010) *Pratiques de formation – Usagers – Experts : La part du savoir des malades dans le système de santé*, n° 57-58. Université Paris 8.
- Bouchet V. (2006) *Psychopédagogie perceptive et motivation immanente, étude du rapport à la motivation dans un accompagnement à médiation corporelle d'adultes en quête de sens*, Tésina de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive, Université de Lisbonne.
- Bourhis H. (2007) *Pédagogie du sensible et enrichissement des potentialités perceptives*, Tésina de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive, Université de Lisbonne.
- Bourhis H. (2009) *La directivité informative dans le guidage d'une mise en sens de la subjectivité corporelle : une méthodologie pour mettre en évidence des donations de sens du corps sensible*, in *Sujet Sensible et renouvellement du moi*, Point d'Appui : Ivry sur Seine, 245-270.
- Boutin G. (2008) : *Analyse réflexive*, uquebec.ca/dernier-stage/analyse_reflexive.htm UQAM, Québec.
- Cathedras P. (2006) *Troubles fonctionnels et somatisations. Comment aborder les symptômes médicalement inexplicables*. Masson, Paris.
- Collinet C. (2000) *Les grands courants d'éducation physique en France*. PUF, Paris

- Courraud C. (2007) *Toucher psychotonique et relation d'aide, l'accompagnement de la personne dans la cadre de la kinésithérapie et de la fasciathérapie*, Tésina de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive, Université de Lisbonne.
- Courraud C. (2009) *L'entretien tissulaire : une pratique de la relation d'aide en fasciathérapie*, in *Sujet Sensible et renouvellement du moi*, Point d'Appui : Ivry sur Seine, 193-220.
- Craig E.-P. (1978) *La méthode heuristique : une approche passionnée de la recherche en sciences humaines*. Traduction du Chapitre II, consacré à la méthodologie, la thèse doctorale de l'auteur, « The heart of the teacher, a heuristic study of the inner world of teaching ». Boston University Graduate School of Education, trad. Ali. Haramain, automne 1988.
- Damasio A. (1999) *Le sentiment même de Soi*. Editions Odile Jacob, Paris.
- Damasio A. (1995) (2001) *L'erreur de Descartes*. Editions Odile Jacob, Paris.
- Dantzer. (1989) *L'illusion psychosomatique*, Ed. Jacob : Paris
- De Lavergne C. (2007) *La posture du praticien-chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative*, Revue Recherches qualitatives, Hors série n° 3, 28-43.
- Descartes R. (1996) (1999) *Les passions de l'âme*. Présentation Pascale Darcy, Flammarion, Paris.
- Dilthey W. (1947) *Origines et développement de l'herméneutique*, in *Le monde de l'esprit*, Aubier de Montaigne : Paris.
- Dilthey W. (1992) *Introduction aux sciences de l'esprit*. Œuvres complètes T. I. Cerf : Paris.
- Donnay, J. (2001) : *Chercheur, praticien même de terrain ?* Revue Recherches qualitatives, vol. 22, pp. 34-53.
- Eschalier I. (2010) *La fasciathérapie*. Guy Trédaniel, Paris
- Fauchère P.A. (2007) *Douleur somatoforme*. Ed. Médecine et hygiène, Paris
- Ferragut, E. (2003). *Le corps dans la prise en charge psychosomatique. Suivi de : Enseignement capacité d'étude et de traitement de la douleur*. Editions Masson. Paris
- Fradiman J. Frager R. (2002) *Teorias da personalidade*. Ed. Harbra Ltda, São Paulo, Brasil
- Freud S. (2006) *O futuro de uma ilusão, o Mal-Estar na civilização e outros trabalhos*. Imago editora, Rio de Janeiro.
- Gadamer H.-G. (1960) *Vérité et méthode. Les grandes lignes d'une herméneutique philosophique*, Seuil : Paris.
- Gaignon G. (2006) *De la relation d'aide à la relation d'êtres*, l'Harmattan : Paris.
- Gauthier J.-P. Lapointe S. Leger D. Rugira J.-M. (2009) *La relation au corps sensible : une voie de renouvellement en pratiques psychosociales*, in *Sujet Sensible et renouvellement du moi*, Point d'Appui : Ivry sur Seine, 271-299.
- Gimenez Ramos, D. *A psique do corpo. A dimensão simbólica da doença*. São Paulo, Summus editorial, (2006)
- Gouhier H. (1970) *Maine de Biran par lui-même*, Paris : Seuil.
- Honoré B. (1992) *Vers l'œuvre de formation : l'ouverture à l'existence*, l'Harmattan : Paris.
- Honoré B. (2003) *Pour une philosophie de la formation et du soin – la mise en perspective des pratiques*, l'Harmattan : Paris.

- Humpich M. (2006) *Éléments d'analyse qualitative*, Cours de mestrado en Psychopédagogie perceptive, Université Moderne de Lisbonne.
- Humpich M. Bois D. (2006) *Pour l'approche de la dimension somato-sensible en recherche qualitative*, in *Recherche Qualitative*, Actes du 1^o colloque international sur les méthodes qualitatives en Sciences humaines et sociales, Centre Universitaire du Guesclin : Montpellier, Béziers.
- Humpich M. Lefloch-Humpich G. (2008) *L'émergence du sujet sensible : itinéraire d'une rencontre au cœur de soi*, in *Sujeito Sensível e renovação do eu*, Paulus, São Paulo, p. 75-109)
- Josso M.-C. (1990) *Cheminer vers soi*, L'Âge d'Homme : Lausanne.
- Josso M.-C. (1991) *L'expérience formatrice : un concept en construction*. In Courtois B. & Pineau G. (éds.). *La formation expérientielle des adultes* Paris : La Documentation Française, 191-200.
- Josso M.-C. (2008) *As instâncias da expressão do biográfico singular plural*, in *Sujeito sensível e renovação do eu*. Ed. Paulus, São Paulo, Brasil, 13-35
- Kohn R. (2001) *Les positions enchevêtrées de praticien-qui-devient-chercheur, Praticien et chercheur – Parcours dans le champ social*, Mackiewicz, L'Harmattan, Paris.
- Laemmlin-Cencig D. (2007) *La somato-psychopédagogie et ses dimensions soignantes et formatrices*, Tésina de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive, Université Moderne de Lisbonne
- Laemmlin-Cencig D. (2008) *A somato-psicopedagogia e suas dimensões de cura e de formação*, in *Sujeito Sensível e renovação do eu*, Ed. Paulus : São Paulo, Brasil, 325-344.
- Lamboy B. (2003) *Devenir qui je suis, Une autre approche de la personne*. Lisieux : Desclée de Brouwer.
- Languirand, J. (2002). *Vaincre le Burn out, pour en finir avec l'épuisement professionnel*. Editions Stanké. Montréal (Québec).
- Large P. (2007) *Corps sensible et transformation en somato-psychopédagogie*, Tésina de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive, Université Moderne de Lisbonne
- Lecorps P. (2004) *La santé au bout du fil*, in *Santé de l'homme (La) n° 373*
- Lefloch G. (2008) *Rapport au corps sensible et expérience de la relation de couple, enquête exploratoire auprès de praticiens-chercheurs de la psychopédagogie perceptive*, Tésina de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive, Université Moderne de Lisbonne.
- Legrand M. (2002) *Entre récit de vie et thérapie* in *Souci et soin de soi*. L'harmattan, Paris
- Lemaire J.-G. (1964) *La relaxation*. PBP, Paris.
- Lemaître J.-M., 1975, Colin L., *Le potentiel humain, bio-énergie, gestalt, groupe de rencontre*, Delarge, Paris
- Mac Dougall J. (1989) *Théâtre du Je*, Gallimard, Paris.
- Machemy A. (2005) *Le corps médical face au diagnostic de la somatisation*, Faculté de Médecine, Limoges.
- Mackiewicz M.-P. (2001) *Praticien chercheur, parcours dans le champ social*, L'harmattan. Paris.
- Maine de Biran (1995) Présenté pr Bégout. *La vie intérieure*. Payot et Rivages, Paris.
- Merleau Ponty M. (1964) *L'oeil et l'esprit*, Gallimard, Paris.

- Mucchielli A. (2004) *Méthode d'analyse phénoménologique*. In A. Mucchielli (dir.). Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines. Paris : Armand Colin. pp. 191-192.
- Noël A. (2008) *La relation trans-formatrice : vers une éthique de l'accompagnement Sensible*, mémoire de maîtrise en étude des pratiques psychosociales, Université de Rimouski (Québec).
- Noël A. (2009) *La relation trans-formatrice à la croisée de la somato-psychopédagogie et de la psychosociologie*, in *Sujet Sensible et renouvellement du moi*, Point d'Appui : Ivry sur Seine, 301-326.
- Paillé P., Mucchielli A. (2005) *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Armand Colin : Paris.
- Paillé P. (1994) *L'analyse par théorisation ancrée*. Cahier de recherche sociologique. n°23, pp. 147-181.
- Pineau G. (1983) *Produire sa vie, autoformation et autobiographie*, Edilig : Paris.
- Quéré N. (2004) *La pulsologie, Méthode Danis Bois*, éditions Point d'Appui, Paris.
- Quéré N. (2007) *Place de la fasciathérapie dans le domaine du stress*, Revue du SNKG, 1^{er} trimestre 2007.
- Quéré N., Noël E., Lieutaud A., D'Alessio P. (2007) *La fasciathérapie combinée avec le toucher de pulsologie....* Premier congrès de recherche sur les fascias, Harvard medical School, Boston. (USA)
- Quéré N. (2008) *Stress et kinésithérapie*, Mémoire pour la validation du diplôme universitaire « Stress, traumatisme et pathologies » Université Paris VI.
- Quéré N. (2010) *La fasciathérapie méthode Danis Bois et les fascias sous l'éclairage des recherches scientifiques actuelles*. Tesina de mestrado, Université Fernando Pessoa. Porto.
- Ranty Y. (1994) *Les somatisations*, Paris, L'Harmattan.
- Ranty Y. Macheny A. (2009) *Le triomphe de la santé*. L'Harmattan, Paris
- Reich W. (1948) *A função do orgasmo*, Editora Brasiliense 1973, São Paulo.
- Reich W. (1960) *Selected Writings*, Farrar, New York.
- Rogers C. (1998) *Le développement de la personne*, Dunod : Paris.
- Rogers C. (1961) *Tornar-se pessoa*. Livraria Martins Fontes editor LDTA, São Paulo.
- Rolf I., (1962) *Structural Integration: Gravity, an Unexplored factor in a More Human Use of Human beings*, Col.: Guild for Structural Integration.
- Roll J.P. (1993) *Le sentiment d'incarnation. Arguments neurobiologiques*. Revue de médecine psychosomatique, n°35.
- Rosenberg S. (2007) *Le statut de la parole du Sensible : la parole du Sensible dans la dynamique de la relation d'aide en somato-psychopédagogie*. Tésina de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive, Université Moderne de Lisbonne.
- Rosenberg S. (2009) *La parole du Sensible, de l'expérience en première personne au point de vue en première personne*, in *Sujet Sensible et renouvellement du moi*, Point d'Appui : Ivry sur Seine, 347-376.

- Rousseau J.J. (2006) *Les rêveries du promeneur solitaire*. Flammarion, Paris
- Rugira, J. (2006). *La relation au corps, une voie pour apprendre à comprendre et à se comprendre : pour une approche perceptive de l'accompagnement*. Publication du Centre Interdisciplinaire de Recherche Phénoménologique, Montréal.
- Sami Ali M. (1987) *Penser le somatique, imaginaire et pathologique*. Dunot, Paris
- Spinoza (1965) *Éthique*, Flammarion : Paris.
- Stora J.B. (1999) *Quand le corps prend la relève, stress, traumatismes et maladies somatiques*, éditions Odile Jacob, Paris
- Torre F. (2010) *Itinerário de uma construção identitária em contato com a Psicopedagogia perceptiva*, Tesina de mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto
- Varela F. (1989) *Connaître les sciences cognitives, tendances et perspectives*. Seuil : Paris
- Vermersh P. (2006) *L'entretien d'explicitation*. ESF éditeur, Issy-les Moulineaux.
- Vermersch P. (2006) In préface de Bois, *Le Moi Renouvelé*. Point d'appui, Ivry-sur –Seine.
- Wallon H. (1962) *Espace postural, espace en mouvement*. Enfance n 1.
-

ANEXO

Entrevistas de Julia, Paula e Irene

1 **Julia**

2

3 Entrevista do dia 26 de janeiro de 2008.

4 16 de julho de 1963

5 Arquiteta

6 Q: Vc sente às vezes um estado de mal-estar?

7 R: Sim, na região torácica, junto com os ombros, está sempre doendo.

8 Q: Isso é um mal-estar físico, mas também um mal-estar psíquico, às
9 vezes?

10 R: Não! É físico, é... mas não interfere no meu humor, não.

11 Q: Geralmente vc não tem um mal-estar de um maneira mais geral,
12 sem saber porque vc está assim?

13 R: Às vezes eu fico, mais de um maneira geral quando estou muito
14 cansada, com excesso de atividade intelectual, e de atividade física,
15 muita movimentação e dá um cansaço...

16 Q: É um estado que passa, não é um estado... constante nem crônico,
17 é um estado...?

18 R : Este mal-estar físico fica pior quando estou cansada, fico
19 digitando muito tempo, o laptop é baixo e aí eu fico tensionando a
20 cervical, o pescoço, e aí fomenta esse incômodo, mas quando eu paro,
21 tomo um banho quente, relaxo, ele passa. É tensão muscular.

22 Q: Quando vc começou a sentir isso faz muito tempo?

23 R: Desde que eu comecei o mestrado

24 Q: Faz pouco tempo?

25 R: Dois anos

26 Q: Dois anos atrás?

27 R: É, porque esta muito livres esta sustentado livros deitada, forçando
28 a musculatura do ombro

29 Q: Foi em relação com este trabalho do mestrado, só em relação com
30 isso não tem outra causa, outra origem, não tem outra origem deste
31 mal-estar; este mal-estar só é provocado por este trabalho na
32 faculdade agora?

33 R: É, não é o trabalho, o trabalho é legal, mas a postura que eu adoto
34 às vezes para desenvolver que não é boa. Eu percebo que não estou
35 com a coluna reta ou estou com o pescoço muito tensionado para
36 frente; eu percebo e aí eu conserto melhor, eu percebo que está
37 relacionado com a postura. E eu parei de andar, andava muito; e aí eu
38 estou mais sedentária.

39 Q: Não tem relação com ... às vezes, quando você está bem com este
40 mal-estar, não tem uma influência sobre o seu estado psicológico?

41 Pode provocar um mal-humor ou ...

42 R: Eu não consigo ficar muito tempo trabalhando, porque dói. Então
43 eu fico puxando, para ver se solta, e incomoda.

44 Q: Sim. Mas a partir de um tempo que você está incomodada, vc não
45 vê uma influência sobre o seu psiquismo, como um estado de ... como
46 se vc ...?

47 R: Não, às vezes eu fico chateada, fico irritada ... não é chateada, é
48 irritada ... porque está doendo.

49 Q: Mas não dura muito tempo?

50 R: Aí eu tomo um dorflex, eu tomo um relaxante muscular e melhora.

51 Q: Vc tem problema de sono?

52 R: Não, atualmente não.

53 Q: Então vc já teve?

54 R: Já tive. Que está relacionado, assim, eu vejo que na época que eu
55 estava no processo de separação, eu tinha dificuldade de sono porque
56 eu ficava pensando em uma série de coisas que teriam que ser
57 resolvidas. E aí durante o dia era trabalho, e eu não tinha tempo de
58 pensar, de refletir e, à noite, eu ficava tomando conta dessas coisas.
59 Mas agora não, eu deito e durmo.

60 Q: E durante este tempo da separação vc estava de uma maneira
61 menos estável no seu estado psicológico?

62 R: Não, eu tive certeza do que eu queria. Eu não tive nenhuma dúvida
63 quanto a separação. O tumulto foi provocado por ele não aceitar a
64 separação e criar situações de conflitos com as crianças. Mas não que
65 me abalasse por eu não ter certeza do que eu queria, mas por eu ver as
66 minhas filhas sendo assustadas, machucadas.

67 Q: Então você nunca fez depressão?
68 R: Olha, eu tive um período ... não sei se o nome seria depressão.
69 Quando eu vim logo para São Paulo, que eu fiquei longe da minha
70 família, eu sentia tristeza por estar longe. Mas isso não afetava a
71 minha vida profissional, o meu pique, mas eu sentia tristeza, dava
72 uma tristeza, uma saudade profunda.
73 Q: Isso é um mal-estar ... um tipo de mal-estar, não? Não é uma
74 depressão, mas é estado bem antes da depressão? Não?
75 R: É eu sentia tristeza, mas, assim, eu criei o hábito de todo domingo
76 ligar para a minha mãe. E aí eu sabia notícias de todo mundo. E
77 quando às vezes eu não podia ligar no domingo, aí eu ficava mais
78 triste. Mas quando todo domingo eu ligava ... aí renovava, e eu fui me
79 adaptando e acostumei com isso.
80 Q: Você tem problemas de alimentação?
81 R: Tenho, tenho. Eu não tenho tolerância a comida gordurosa
82 Q: Mas, senão, você gosta de comer? Ou a comida está uma
83 compensação de outra coisa? Como você se comporta com a
84 alimentação?
85 R: Quando eu estou com excesso de trabalho mental e eu não estou
86 achando soluções, eu às vezes como um pouco mais. Porque eu fico
87 pensando e comendo. Beliscando besteira. Mas não é sempre. Eu não
88 sou compulsiva por comida. Quando eu estou com excesso de coisa
89 na cabeça, aí eu como um pouco mais. Mas, se eu quiser parar, eu
90 paro sem ...
91 Q: Não tem perturbação ..?.
92 R: Não. Eu não tenho nenhum vício; fumar, beber. Não tenho. Eu não
93 ...
94 Q: Você é geralmente uma pessoa estressada ou sensível ao estresse?
95 R: Já estive mas agora eu estou descansada. Eu tive um período, há
96 uns 5 meses atrás, em que eu estava estressada mesmo, excesso de
97 trabalho, excesso de trabalho no mestrado também. Aí eu descansei,
98 esses dias. Mas agora estou mais light. Estou tranqüila, não tenho
99 nenhuma questão assim mais ... que eu diria não, está estressada, não
100 estou. Estou tranqüila, estou até numa velocidade menor.

101 Q: Então o estresse é ocasional?
102 R: Não, eu geralmente sou uma pessoa muito elétrica. Normalmente.
103 Eu não sei ficar parada, quieta ... Sabe assim? Sem estar fazendo
104 nada. Eu normalmente estou fazendo alguma coisa. Eu não consigo
105 ficar muito tempo parada. Mas agora eu estou relaxada. E não estou
106 ...
107 Q: Você teve um período de sua vida com um tipo de hiperatividade.
108 Precisa de hiperatividade.
109 R: Eu sempre fui ligada. Nunca fui assim aquela pessoa. Quando eu
110 era adolescente eu era devagar. Eu gostava de ficar lendo e assistindo
111 filme, saía para a praia para andar. Eu não tinha o ritmo do
112 adolescente normal. O adolescente é geralmente é muito exterior. E
113 eu era muito interior.
114 Q: Foi depois que vc teve esse tipo de ... precisa de atividade para ...?
115 R: Eu sempre tive muita atividade, sempre, sempre fui ...
116 Q: Mas não hiperatividade?
117 R: Mas era dentro de um ritmo muito ... tranquilo ... Não, não era
118 hiperativa ... mas sempre uma atividade ...
119 Q: Não, era só para saber.
120 R: Eu nunca consegui ficar parada numa única coisa. Eu estou sempre
121 buscando novas coisas.
122 Q: Você já fez uma depressão ou, como se chama, uma “deprime”?
123 “Deprime”, em francês, é estado como uma depressão, mas que dura
124 pouco tempo.
125 R: Quando eu perdi um bebê. Eu estava grávida e perdi. Aí eu fiquei
126 triste, muito triste. Me sentia assim como que incapaz de gerar uma
127 criança. Só que eu já tinha tido duas, então não fazia sentido. Era uma
128 perda que eu demorei uns 6-7 meses para me sentir livre daquela dor.
129 Q: 7-8 meses?
130 R: 6-7, por aí. Os 3 primeiros meses foram muito difíceis, mas aí
131 depois eu comecei a ir saindo daquela tristeza. Mas eu estava assim,
132 tranquila mesmo, uns 6 meses depois. Mas foi quando eu perdi o
133 bebê.
134 Q: Mas, para ajudar, vc tomou remédios?

135 R: Não, a única coisa que eu fiz, que saiu da minha rotina, foi tai-chi-
136 chuan. Não tomei remédio nenhum.

137 Q: Que vc pratica até agora?

138 R: Não, não. Foi só naquela época.

139 Q: Então agora vc não tem remédios?

140 R: Não.

141 Nunca vc tomou ansiolíticos, antidepressivos?

142 Não.

143 Q: Essa pergunta não está ... Vc não sente uma ruptura com o seu
144 ambiente habitual? Vc está bem integrada com o seu ambiente?

145 R: Sim, sempre. Eu nunca tive problemas de relacionamento social.
146 Nunca. O meu problema de relacionamento era só com a família do
147 meu marido, meu ex-marido.

148 Q: No casamento?

149 R: Só no casamento.

150 Q: Exeto no casamento?

151 R: O que era uma ...

152 Q: Um problema relacional.

153 R: Era mais com a família dele. Eles não aceitavam o meu jeito de
154 ser, não aceitavam o meu jeito simples. Eu não sou dada a essas ...

155 Q: Esse estado de mal-estar tem uma evolução durante da sua vida.
156 Então os diferentes momentos de mal-estar ou de dificuldade são
157 sempre a mesma coisa? Ou vc observa que tinha uma evolução, e que
158 cada vez é diferente?

159 R: Não, eu tive, no final do casamento, né .. eu tive um mal-estar que
160 era uma cistite crônica. E não tinha infecção nenhuma. Dava uma ...
161 eu vivia com uma cistite, mas não tinha infecção. Era estranho.
162 Depois que eu assinei a separação, passou. Agora essa questão no
163 ombro, eu tive ... o início desse coisa, foi uma peça que caiu aqui no
164 meu ombro ... um quadro que caiu. E depois dessa queda, desse
165 machucado, ele sempre doía nesse ponto. Eu acho que o impacto deve
166 ter sido na articulação. Alguma coisa.

167 Q: E vc está chateada desse tipo de dor que ...?

168 R: Ah, incomoda, né. É chato.

169 Q: Incomoda. Perturba um pouquinho às vezes e ...
170 R: É porque vc está trabalhando, e aí começa a doer, e aí vc tem que
171 parar, deixar o braço imobilizado para poder parar essa dor.
172 Q: Uhm, uhm, interessante! Ah, outra pergunta um pouquinho mais
173 difícil: às vezes vc teve um problema de mal-estar com relação a uma
174 questão existencial?
175 R: Sim, quando eu saí da minha terra, eu deixei toda uma estrutura
176 montada, que eu tinha um trabalho ... eu trabalhava no melhor
177 escritório de arquitetura, eu tinha já a minha posição profissional já
178 estabelecida. E quando eu vim para cá eu deixei tudo isso fora. É ... e
179 isso foi complicado.
180 Q: Então, no nível existencial, foi o único momento da sua vida que
181 vc tinha ...
182 R: E quando eu perdi o neném.
183 Q: vc perdeu um sentido de sua vida ..?.
184 R: Foi, foi. Eu fiquei muito ... eu fiquei abalada. Foi quando eu vim
185 para cá, até eu me situar de novo, demorou ... o que? Eu voltei ...?
186 Profissionalmente foi duro, essa parte de perder os amigos, o
187 trabalho, a família. Eu perdi todo mundo, eu deixei todo mundo lá.
188 Q: Foi uma revolução existencial, uma ruptura?
189 R: Foi, foi. Teve um lado muito positivo. Foi eu lidar com todos os
190 meus limites e todas as minhas possibilidades.
191 Q: Não entendi.
192 R: Teve um lado ... aqui eu lidei comigo mesma, com os meus
193 limites, que era essa questão de ligação familiar. E as minhas
194 possibilidades, que era conhecer novas coisas, descobrir o mundo,
195 né?. Porque Maceió é uma cidade muito pequenininha. E aqui tem
196 toda uma questão ...
197 Q: Muito bom!
198 R: ... dentro da área que eu gosto – que é pesquisa – tinha todo um
199 mundo para descobrir. Isso foi importante.
200 Q: E agora, por exemplo, vc não percebe uma ruptura com o seu
201 ambiente social, familiar ou profissional?

202 R: Sim, o ambiente familiar, houve uma ruptura. Essa família que eu
203 convivi durante 20 anos – foi o tempo que durou o casamento – eu
204 não tenho mais contato. Então foi uma ruptura. Alguns amigos
205 continuaram sendo meus amigos, e outros não. Também foi uma
206 ruptura. Mas a melhor ruptura que foi, foi essa liberdade de viver do
207 poder ser, sem nenhuma amarra.

208 Q: Sem?

209 R: Sem nenhuma amarra. Estar livre para viver. Isso foi bom. Foi
210 uma ruptura positiva. Eu acho que tudo foi positivo nesse processo.
211 Deu pra enxergar quem fazia parte, quem não fazia parte. Eu tinha um
212 mundo para descobrir, mesmo dentro de um ambiente de incertezas
213 financeiras. Porque eu perdi toda uma segurança financeira, porque
214 eu abri mão disso.

215 Q: Para vc o que é a noção de mal-estar?

216 R: Mal-estar é vc tentar fazer alguma coisa e não conseguir um
217 resultado legal. Isso para mim é um mal-estar. Ou vc sentir uma dor
218 física que vc não consegue resolver, solucionar. Então ...

219 Q: Vc vê influência entre o mal-estar físico e psíquico, a relação entre
220 os dois campos?

221 R: Eu percebi essa influência do mal-estar físico e psíquico, quando
222 eu tive a cistite, e o casamento tinha acabado totalmente, e a cistite
223 era uma representação disso. Que eu não tenho mais, acabou
224 totalmente, tem 2 anos e meio que eu não tenho uma cistite. E essa
225 tranquilidade de dormir, também, eu vi que hoje eu durmo tranqüila.
226 Antes eu ia dormir, quando eu estava casada, tensa. Isso agravou essa
227 tensão cervical, porque eu me sentia tensa. E hoje não. |Hoje ...

228 Q: Mas essa dor física, vc pensa que ela vem só de uma origem
229 física?

230 R: Hoje, é mais física. Ela não é mais, mais ...

231 Q: Não está ligada com uma tensão impercebida?

232 R: Não tem uma tensão ... não, quando eu estou tensa ela piora. Agora
233 eu estou fechando o mestrado, terminando, eu estou preparando o
234 material, eu sinto que ela aumentou. Eu estou tensa ... ansiosa para
235 resolver as questões todas. O mal-estar que me incomoda é a

236 ansiedade. Quando eu estou sob muita tensão, eu fico ansiosa. E aí eu
237 tenho ... é ... e às vezes assim ... eu preciso fazer exercício físico para
238 acalmar essa ansiedade, gastar essa energia para não ficar ela toda na
239 cabeça, eu tenho que fazer muito exercício. E aí eu acalmo mais,
240 relaxo mais.

241 Q: E ansiedade para vc não faz parte de um mal-estar?

242 R: É, eu acho um mal-estar.

243 Q: Faz parte do mal-estar?

244 R: É.

245 Q: Bom, eu aprendi muitas coisas. Acho que é suficiente para hoje.

246 Tá bom. Vou desligar isso.

247 R: Muito né?

248

249

250 Julia, depois da oitava sessão

251 .

252 R- Eu tô com a sensação de bem estar mental, uma sensação de
253 inquietude pelo corpo estar todo trêmulo, sabe assim é uma mistura
254 de frio, mas que não é frio, por que por dentro eu estou sentindo
255 quente.

256 Q- Você se sente agora mais presente ao seu corpo.

257 R- Sim, eu estou sentindo o corpo inteiro, não está partes, eu estou
258 sentindo toda essa região, o tronco todo, sem aquela sensação daquele
259 cinturão, lembra que eu te falei, um cinturão na cintura que prendia;
260 não estou sentindo essa coisa não, essa sensação. Ah, ta estou
261 sentindo inteiro, mas essa sensação de tremor está forte.

262 Q- Quando você percebeu o relaxamento das tensões físicas, você fez
263 uma relação com as outras tensões psíquicas, emocionais?

264 R- Sim, a dor de cabeça passou, a mente está clara, o que está me
265 chamando a atenção agora é esse tremor por dentro, eu sinto por
266 dentro.

267 Q- Está como um tipo de movimento dentro?

268 R- Não, é por dentro, não está por fora, não estou tremendo por fora,

269 está por dentro. É como se fossem pequenas ondinhas fazendo assim.
270 Ta o tronco todo, até o ombro, a sensação que eu estou é que esse ...
271 Q- Um pouquinho rápido ...
272 R- É, rápido, é como uma pulsação bem rápida, mas assim, está
273 estranho, é como se fosse um frio, entendeu? Mas ...
274 Q- Mas percebe mais no interior agora, depois deste trabalho?
275 R – Sim, está mais?
276 Q- Como você percebeu esta evolução?
277 R- É, eu tenho uma certa sensibilidade para sentir o movimento do
278 meu corpo. Eu percebo nitidamente quando alguma coisa não está
279 funcionando bem, não está se encaixando. Eu tinha te falado que
280 assim que a sensação que está depois da última sessão, eu fiquei três
281 dias assim com essa sensação agradável que é o corpo todo fluindo
282 bem sem ter nenhum mal estar. Tudo fluindo bem e temperatura
283 interna diferente da temperatura externa que está um pouco frio. Eu
284 sentia uma sensação de calor, no corpo funcionando como um todo. E
285 depois eu começo essa sensação, no terceiro dia começa a regredir,
286 foi quando começaram as dores de cabeça. E aí quando começa a dor
287 de cabeça eu sinto que eu travo daqui para cima. Agora eu estou
288 sentindo assim, tudo quentinho, tudo fluindo. O tremor interno agora
289 está diminuindo.
290 Q- Você sente fluindo a sensação de movimento dentro?
291 R- Sim, eu respiro mais fundo, eu sinto que abre mais o pulmão, eu
292 sinto ... não é só o movimento dos fluidos, não é só isso, é como se ...
293 tanto dentro eu sinto uma coisa de calor, como por fora é como se
294 fosse subindo uma sensação de dentro pra fora. Por dentro eu sinto
295 esse calor forte que fica subindo nessa região de coluna como se
296 estivesse quente. E por fora Armand, fica uma sensação leve, o
297 movimento fica leve, a minha Eu comigo mesmo, eu me sinto
298 mais solta, mais leve, disposta. Tem uma correlação que tem a ver
299 com disposição também, é como ... é um bem estar muito bom. Não
300 sei dizer direito, mas assim: eu vejo que vai além, sai de dentro e vai
301 ... não é só um relaxamento físico, é mais do que isso. É uma de
302 disposição mesmo, é mais do que relaxamento físico, não é só carne,

303 músculo, não é isso. Entendeu? É uma coisa que tem a ver com
304 disposição. Não sei se a palavra certa é dizer “tesão”, não é isso, é
305 uma coisa mais a ver com a disposição. É bem estar mas é ... tem a
306 ver com clareza de ação, de pensamento, de ... você está mais situado.
307 É alguma coisa assim, você se sente mais integral, íntegro, cabeça,
308 corpo e membros, parece que está tudo mais harmonizado. É isso que
309 dá essa sensação boa. Pena que só esteja durando 3 dias. Completude,
310 Né?

311 Q - Ao início do tratamento da primeira sessão e agora, como você
312 percebeu a evolução?

313 R- Percebo nitidamente que teve um despertar de emoções que no
314 começo foram várias emoções, de todo o tipo. Depois teve momentos
315 onde eu via uma separação entre emoção e o corpo que ao estava
316 mais afetando tanto. É como se eu não estivesse somatizando. Isso foi
317 interessante quando eu vi que em momentos de tensão externos, do
318 dia a dia, aquilo não estava mais afetando tão fortemente.

319 Q- Como você vê a influência sobre a sua vida cotidiana?

320 R- Sim, isso me chamou a atenção muito. Quando eu estava qualquer
321 coisa externa, muito tensa, o meu estômago era a primeira coisa a
322 reagir. E não está mais acontecendo isso, a reação física imediata que
323 era estômago que era meu órgão de ataque aqui. Não, não tive. Isso
324 eu vejo que modificou tremendamente. Eu não tenho mais e eu vejo
325 que está muito relacionado com essa fluidez. Agora, tem junto disso,
326 à medida que você foi trabalhando, principalmente na região cervical
327 e cabeça ... Eu vi que eu tinha dores de cabeça esporádicas e, de
328 repente, começaram a vir mais fortes e mais contínuas. Isso foi uma
329 mudança que eu também senti. Por um lado é extremamente
330 incômodo e, por um outro, eu estou me desvinculando do passado. Eu
331 não tenho mais aquele pensamento de retorno ao passado. Isso foi
332 uma mudança gritante, Armand.

333 Q - Você vê a influência do trabalho sobre a atitude em
334 comportamento?

335 R- Sim. Eu Essa questão emocional. Eu tomei algumas atitudes com
336 relação a pessoas do passado que foram de desvincular, de corte, e

337 não ter essa sensação de abandono, perda. Mas de ciente de saber que
338 está no passado. Acabou-se. Isso foi uma coisa eu venho brigando
339 com esse passado e agora que eu me desprendi dele.

340 Q - Então você pensa que tinha um tipo de transformação de sua
341 visão desse passado?

342 R- Sim. Eu acho que clareou a s idéias. Eu consegui enxergar a coisas
343 com mais clareza e objetividade. É, foi interessante. Eu acho que tem
344 muito a ver com esse tratamento. Eu vejo que tem a ver porque ...
345 assim, questões que me vinham à mente, eu não conseguia ver os
346 detalhes, começaram a vir. Eu consegui enxergar a coisa com
347 objetividade. Há muitos anos na mesma tecla batendo, e eu consegui
348 da um avanço. Eu acho que tem a ver, Armand.

349 Q - Todo esse trabalho tem uma influência sobre a sua maneira de ver
350 as coisas, uma nova avaliação da sua vida? Como você vê isso?

351 R- Sim. Eu acho que pela primeira vez eu estou me enxergando
352 mesmo, sem servir aos outros. Sem botar os outros em primeiro lugar.
353 Eu sempre botei as necessidades dos outros em primeiro lugar. E
354 agora eu estou colocando em prática as minhas necessidades, isso
355 assim sem sentimento de culpa. Isso é uma coisa que eu também
356 mudei. Isso eu também tenho a clareza absoluta. E mudança
357 comportamental, eu mudei.

358 Q - E como você percebe isso dentro do seu corpo, essa mudança,
359 esta transformação?

360 R – Não é no corpo, é na alma. É na forma de ver as pessoas sem
361 mito.

362 Q - Você percebe a partir de uma nova parte de você? Você me falou
363 disso como uma nova coisa.

364 R – É interessante. Ao mesmo tempo que eu não mistifico eu enxergo
365 as pessoas e hoje eu estou aceitando, assim, ... não é sem questionar
366 ... Eu questiono mas não tomo para mim essas questões. Acho que
367 cada um hoje ... eu vejo assim, as pessoas tem que chegar naquele
368 ponto e elas tem que descobrir. Você pode dar um toque, mas não se
369 toca mais tanto. Não fica mais tão envolvida. Entendeu? Talvez seja
370 isso.

371 Q - Você falou da alma, você pensou que tem uma região sua ...
372 R – Sim. Quando eu falo da alma, é que eu sentia presa, ligada de
373 uma forma que como se eu não tivesse saída com algumas questões
374 do passado. E hoje eu vejo que não. Eu acho que eu não me sinto
375 mais presa.
376 Q – E você pensa que a relação a seu corpo permite esta ligação a esta
377 parte de você?
378 R – De alguma forma, que eu não sei por que, há muito anos que eu
379 venho tentando me desvincular e eu não conseguia. De alguma forma,
380 depois que a gente começou a fazer esse tratamento eu fui percebendo
381 essa necessidade de desvinculação. E os caminhos foram abrindo. De
382 alguma forma eu fui tomando atitudes que para mim antes eram
383 inconcebíveis. E eu fui mudando. E hoje é como se eu tivesse tirado
384 um grande saco de batatas da cabeça. Isso estava pesando e agora eu
385 estou mais livre. Isso é legal. A minha única suposição de relação ao
386 tratamento é por que eu tento isso há muitos anos e de repente isso
387 começou a fluir. Então eu acho que corpo e alma andam juntos.
388 Q - E como você percebe esse trabalho a partir do seu corpo? Porque
389 tem coisas que mudaram da primeira sessão até agora
390 R – Eu acho interessante é que cada sessão, você começa fazendo o
391 movimento e, de repente, você vai exatamente para um ponto e esse
392 ponto traz muita dor no começo e , de repente, a dor vai diminuindo,
393 a sensação vai ficando boa, porque para aquela dor forte. Mas ao
394 mesmo tempo alguma parte de mim começa a pensar. E aí eu falo em
395 alma, pensamento, é isso. Sob determinada coisa que vem naquela
396 imagem, sobre aquela dor, vem uma imagem de alguma coisa, de
397 alguma sensação, de algum momento. E aquela imagem vai se
398 dissolvendo ... não é dissolvendo, é se desmistificando. Depois eu
399 começo a pensar sobre aquele assunto de uma forma mais clara. Um
400 coisa que eu observo é que toda dor, pra mim, numa parte do corpo.
401 Quando você apertou aqui no intestino. É engraçado, toda essa dor
402 que veio nesse momento. Eu te falei que a primeira vez que eu tive
403 isso foi quando dei à luz a Lilian (filha). Veio a sensação do parto da
404 Lilian. Que foram 12 horas de trabalho de parto. Foram difíceis.

405 Eu cheguei à exaustão. A imagem que veio no momento daquela dor
406 intensa foi esse. Parece que cada parte do corpo está marcada por uma
407 imagem negativa. Pelo menos é isso que eu vejo.

408 Q - Você ...

409 R – Eu falo muito (risos). Pois é isso. Eu nunca tinha percebido essa
410 ligação entre dor e a imagem.

411 Q – Mas você tem uma parte de você que se despertou, que se ...

412 R – Sim. Eu estou me sentindo que ... Por exemplo, essa parte de
413 libido que eu estava devagar pra caramba. E agora eu vejo que eu
414 estou voltando a me integrar mais. E eu tinha me afastado de todo
415 mundo e todo mundo tinha estranhado. De repente, eu estou voltando
416 a me comunicar com as pessoas que querem estar perto de mim.

417 Q – E a partir de uma comunicação foi diferente com você também?

418 Qual foi a parte de você que você descobriu? Você fala da alma, mas
419 tem ...

420 R – Eu estava com sensação, depois da separação com o Fábio (ex-
421 marido), de que as pessoas que estavam se aproximando estavam
422 muito mais ligadas em a vida tão louca daqui. E essa falta de tempo.
423 A sensação que dava era de que queriam apenas relaxar, só curtir o
424 momento. E eu não me sentia bem nesse tipo de relação. E eu cortei
425 tudo e fiquei na minha. E de repente eu comecei a ver. As pessoas me
426 ligam, me perguntam. Eu vi que existe mais do que uma relação
427 física. E aí eu dei chance para conversar e discutir o assunto. Eu não
428 estava dando chance para nada, antes. Eu simplesmente me afastei,
429 sem explicar por que. Isso foi uma mudança. Da chance. Essa
430 disposição para. Eu estava sem. Só isso. Eu acho que foi muita coisa.
431 A sensação de tremor passou agora.

432 Q – Você pode identificar agora esse novo estado?

433 R – Calma. Uma calma profunda no corpo. Está relaxado e a mente
434 está ligada

435 Q – Está em relação com alguma coisa profunda, mas tem uma coisa
436 que permite sentir isso dentro de você?

437 R – Sim. Quando eu falo que o corpo está calmo, não é só relaxado, é
438 tudo. Está fluindo bem. Está tudo tranquilo, não tem dor na perna, não

439 tem nada. Está tudo tranqüilo. Agora a minha mente está ativa.

440 Q – Isso dá uma sensação de realidade, mas de maneira diferente

441 R – Com alegria. Dá vontade, coragem, disposição, com alegria. É

442 aquele triângulo que eu te falei.

443 Q – Isso dá um outro sentido à sua vida também?

444 R – É, eu volto a fluir com esse tripé. Eu estava me sentindo capenga

445 (manca, aleijado), com esses três conceitos que é a minha forma de

446 me estruturar. Depois de uma sessão esse triângulo fica bonitinho.

447 Depois ele desarruma um pouco. Mas eu tenho conseguido recolocar

448 ele com mais facilidade. Pois ele estava manco mesmo. Eu fiquei

449 muito abatida.

450 Q – Você fala de recolocar isso, como se fosse um lugar dentro de

451 você.

452 R – Eu não sei viver dissociada. Pra mim cabeça, corpo e alma estão

453 juntos. Eu sou uma pessoa diferente do habitual da grande maioria.

454 As pessoas conseguem separar corpo, alma, sentimento.

455 Q - Você percebeu que pode ligar esses três ...

456 R – É, e eu estava depois daquele evento do doutorado, que eu fiquei

457 muito frustrada e me desarticulou muito ... Eu vejo que agora eu estou

458 conseguindo a volta a esse triângulo que me dá esse equilíbrio de

459 manter sempre essa ... É um equilíbrio mental, físico e de atitudes,

460 sempre coerentes. O que eu penso, o que eu falo e o que eu sinto é

461 sempre coerente. Não é dissociado.

462 Q – Quando eu toco o seu corpo, você sente que isso ...

463 R – Se junta.

464 Q – Como você percebe que se junta tudo isso?

465 R – Pela minha sensação. Quando a minha mente está fluindo com

466 clareza. Agora eu percebo exatamente o que acontece e o que está

467 acontecendo com o meu corpo. O que acontece e o que eu sinto. E

468 falei que no começo estava sentindo aquele tremor, que o nível de

469 energia estava muito forte e ele foi acalmando, centrando e agora está

470 tranqüilo. Relaxa. Agora a minha mente está rápida. A cabeça está

471 aquecida e eu sinto os líquidos correndo, movimentando.

472 Q – Você sente um movimento espontâneo?

473 R – É. Eu sinto como se estivesse um calor. Apesar do corpo estar
474 calmo, a mente está agitada.

475 Q – Você tem outra coisa a falar sobre o trabalho, sobre o que você
476 sente?

477 R – Eu acho que o que eu já falei é que ela vai desbloqueando e
478 desvendando partes de você que estavam, ou esquecidas, ou
479 trancadas. Eu acho que o ser humano tem a mania de trancar as coisas
480 que são desagradáveis. E uma coisa que me fez perceber é que cada
481 parte guarda um cofrinho escondido e quando você vai trabalhando
482 essas partes, você começa a ter a dor física e a clareza mental que vai
483 aos poucos fazendo você entender determinadas coisas com
484 facilidade. Que você se negava a entender. Isso de forma mais ampla,
485 que o tratamento tem essa relação de despertar essas caixinhas através
486 da dor e ao mesmo tempo clarear a mente para você enxergar melhor.
487 Aquele acontecimento e a sua reação hoje diante daquilo. Daquele
488 fato. Você enxergar melhor. Pra mim tem acontecido isso. Que eu
489 acho muito legal.

490 Q - Eu agradeço.

491 T – Eu é que agradeço

1 **Paula**

2

3 **Entrevista antes do tratamento do 11 de julho de 2007**

4 **Ano de nascimento, 1965**

5 **Cantora e professora de canto**

6

7

8 Q: Vamos falar das origens do seu mal estar, vc tem um mal estar ou não?

9 R: Tem, tem...

10 Q: Qual é a origem do seu mal estar de origem física , psíquica ou de
11 problema traumática?

12 R: Acho que è psíquica e física, os dois, talvez o psíquica que carrega o
13 físico. Estado emocional alterado, falta de ar, parece explodir , estar fica dia,
14 ou tristeza, quando tem um estado emocional alterado, o corpo reage e da um
15 cansaço, vontade de morrer

16 Q: É a causa física que acontece que provoca isso ? que ocasionou esta mal
17 estar

18 R: Não

19 Q: Um problema físico que ocasionou este mal estar, com uma dor de cabeça
20 ou...

21 R: Há dor de cabeça, o pé esquerdo incha, ar de estomago, intestino prende

22 Q: Isso tem uma influencia no mal estar?

23 R: Isso é uma conseqüência do mal estar, acho

24 Q: Um pouco com uma somatização?

25 R: É!

26 Q: Será que tinha um evento psicológico, familiar ou profissional ou
27 alimentar ou sexual que ocasionou a primeira vez o mal estar?

28 R: Acho que foi o estado emocional por causa de problema familiar que
29 ocasionou mas profissional também, é um trabalho que me define um estado
30 de tensão o tempo inteiro, não tem momento de relaxamento, da dor de
31 cabeça

32 Q: Depois, o seu mal estar tem uma relação com um problema existencial ou
33 não?

34 R: É uma questão complexa

35 Q: O seu mal estar com o sentido de vida, com uma maneira de viver
36 R: Acho que todos mal estar estão relacionados, que não tem físico separado
37 Q: O meu objetivo é de desenvolver uma consciência mais preciso da origem
38 R: Entendi, mas acho que si, não tem muita consciência disso
39 Q: Vc fez uma depressão ou um estado deprimido na sua vida?
40 R: Vai aquela coisa de deitar, ficar chorando e não quer sair para fora
41 Q: Foi um momento...
42 R: Não acho que estou melhor, mas nos últimos anos, cinco anos para cá, eu
43 me senti varias momentos assim: primeiro com uma raiva muito grande que
44 não sabia explicar o que é, depois de vontade de dormir e não sair da casa,
45 de não trabalhar e que tinha consciência que não é normal mais conseguir
46 controlar
47 Q: Faz quanto tempo que vc sofre deste mal estar?
48 R: Pelo menos que 5 anos
49 Q: Só 5 anos?
50 R: Acho que tem percepção disso porque é difícil perceber p
51 Q: É um estado crônico que um estado pontual?
52 R: Não sei, porque é um fase que acontece uma vez por mês, de vez e
53 quando, não é sempre.
54 Q: É mais um estado crônico que vem de vez e quando?
55 R: É isso..
56 Q: Qual é a forma do seu mal estar na sua vida que ele pegou
57 R: Não sei, com tristeza mesmo, com não estar colocado no lugar, de me
58 sentir fora daqui como uma inadequação
59 Q: Vc esta uma pessoa estressada ou sensível ao stress?
60 R: Tem 95% acho que tem a me melhorar, por exemplo, hoje percebi que
61 não estou boa, ainda não consegui lidar com a determinada situação com
62 equilíbrio, já estou com sangue espanhol, parte para briga
63 Q: Vc tem problema de sono, de alimentação?
64 R: Não estou dormindo muito agora
65 Q: E no passado foi a mesma coisa?
66 R: Tinha período que acordava a noite inteira, mas agora estou melhora,
67 estou dormindo demais
68 Q: VC teve, vc teve...agora vc não tem

69 R : Não, agora é o contrario dormi muito
70 Q: E alimentação?
71 R: Alimentação, agora é um pouco melhor, mas não é maravilhoso
72 Q: O mal estar provoca...
73 R: Hoje por exemplo, na corria não comi, vou comer uma coisa mais tarde
74 Q: Vc tem problema de ansiedade/ de fobia?
75 R: Rrrr...100%, olha, depois que parei de fumar, isso esta demais estou
76 preocupado, porque chegou a noite, estou a vontade, por exemplo de,tomar
77 um whisky, de comer um chocolate, porque senão iria fumar, nunca fumei
78 tanto, um cigarro ou dois, mas agora, senti a falta de um bem gala , este
79 período estou bem desequilibrada, estou ansiosa
80 Q: Vc tem problema de fobia?
81 R: De beber uma coisa, avião... avião, não de dormir no escuro...
82 Q:Um medo, um medo, vc tem...
83 R: medos de coisas palpáveis, não medo de fantasma, de afastada, de bater o
84 carro, mas agora bem controlado há 3 anos ano tinha bastante medo de bater
85 o carro, mas isso passo também
86 Q: quando vc tem uma sensação de mal estar , como isso se manifesta na sua
87 vida neste momento?
88 R: Primeiro estado, fico brava e começo perceber não tenho motivo ficar
89 brava, com raiva, irritada, começou me irritar e me chatear, por que estou
90 boa e que o mundo não consegue perceber minha genialidade
91 Q:Quando isso começa vc percebe mais uma tensão psíquica que uma dor
92 física
93 R: Primeiro uma tensão psíquica depois uma dor no lugar
94 Q: Na vida em geral como se manifesta?
95 R: Como assim...
96 Q: Porque este estado de mal estar como ele se manifesta quando vc tem e
97 depois como ele se manifesta no contexto de vida, como vc vive com ele
98 quando vc tem...
99 R: Não quero ver ninguém, ficar em casa , trancar a porta, não quero ir
100 trabalhar, eu acho muito chato, ficar no outro lugar
101 Q: e seria mais com uma hipersensibilidade ou hiposensibilidade?
102 R: Acho que é hiper

103 Q:Neste caso, vc tem como vc diz é uma ruptura como o ambiente familiar,
104 social, familiar?
105 R: Não tenho, quero ter, mas eu vou la, não tem jeito, vou trabalhar...
106 Q: Vc tem um setor onde vc precisa se isolar mais...?
107 R: Pois é, mas quero me isolar, mas sempre não consegui
108 Q: Mesmo no setor da família?
109 R: Não quero ver ninguém
110 Q: E quando ele se manifesta ele se apresenta sempre da mesma maneira ou
111 de maneira diferente
112 R: Ah diferente cada vez e de outro jeito, estou com apreensão, de dor de
113 estomago, ou de formigamento no braço ou penso que vou morrer que vou
114 morrer aqui sozinha e que ninguém nunca vai me ver, estou mais preocupada
115 Q: Cada vez este estado de mal estar se apresenta...
116 R: NO dia 1er de dezembro eu fui para o hospital porque estava dirigindo o
117 carro, estava com um momento de tensão e de trabalho e familiar, eu tive
118 uma palpitação, uma coisa rápida no peito e em seguida eu senti um calor
119 que subiu na minha perna e nos meus braços e ai eu pensei que esta
120 morrendo, mas não estava morrendo estava dirigindo o carro, a sensação esta
121 que esta morrendo e mesmo assim eu fiz tudo que tinha a fazer ate 10 horas
122 da manha e fui ao medico a uma hora da tarde, se tivesse morrendo que
123 esperar porque eu tinha que fiz a minha coisa do meu trabalho, a sensação foi
124 horrível, de mal estar de falta de ar, como se foi uma pressão alta. Quando eu
125 tive no médico, não tinha nada, exame de coração, a pressão estava de 13/9 ,
126 um pouco alta, estava nervosa e ele diz que precisa cuidar da minha vida.
127 Este dia me marco muito, porque foi o pior dia , foi muito intenso e
128 aparentemente não me sinto... não tenho o sentimento de que estou muito
129 estressado de que tenho muito trabalho, para mim eu tenho controle de tudo
130 Q: Para o vivido deste mal estar, como vive este mal estar?
131 R: Eu quero de ignorar a vontade de que não esteja ali, porque eu não pode
132 perco tempo eu sinto com si fosse uma coisa que me faz perder tempo, não
133 quero ficar doente
134 Q: Como vc resente isso dentro do corpo?
135 R: Com sensações estranhas,não sei muito, com calor, um processo ebulitivo,
136 ebulição, a coisa fervente

137 Q: Que vai no sentido da hipersensibilidade?
138 R: É!
139 Q: A questão parece inútil, mas vc sofre disso?
140 R: Lógico!
141 Q: A natureza do sofrimento dentro do corpo como se manifesta?
142 R: Não entendi
143 Q: quando vc tem este sofrimento como se manifesta, no corpo é uma dor
144 específica?
145 R: É uma coisa negativa, mas não sei eu falei uma dor no estomago etc...
146 Q: Depois o impacto sobre o seu pensamento e sobre a sua vitalidade, a sua
147 força?
148 R: É forte porque tira, fica combatente, esta lutando, é cansada
149 Q: Vc se sente desvalorizada neste caso?
150 R: Exatamente...
151 Q: Vc teve diferentes tratamentos?
152 R:Então eu comei antidepressivos e fiquei muito elétrica, o efeito contrario,
153 o medico tirou, não precisa voltar, o que acontece, esse remédio me colocou
154 muito eufórico, não foi bom, eu dormia
155 Q: VC fiz outros tipos de terapia corporais, ou psicológicas ou analíticas?
156 R: Não mas shiatsu, um crânio-sacral ali, uma massagem pó aqui mas nada
157 muito serio, psicóloga e psiquiatra, nunca
158 Q: O efeito deste tipo de trabalho, como foi o efeito deste tipo de trabalho no
159 seu mal estar?
160 R: Os remédios pioraram, foram muito esporádicas
161 Q: Como vc julga este tipo de remédio e de tratamento
162 R: Não gosto dos remédios, mas trabalho corporal posso fazer todos os dias
163 ate porque da um relaxamento
164 Q: E agora o que vc gostaria de fazer Para melhorar sua vida?
165 R: Ter a loteria...Acho que a primeira coisa e imaginaria, mas é outra coisa,
166 meu objetivo um trabalho suficiente para pagar a minha vida. Não reclamo
167 do trabalho que eu tenho eu gosto de cantar de dar aula. A quantidade de
168 trabalho me incomoda pela falta de tempo para ir ao cinema ao teatro...
169 Q: O que vc gostaria de mudar na sua vida se puder
170 R: Mais tempo para lazer

171 Q: Para vc?
172 R: Eu tenho uma vida muito em função de agenda, sou muito metódica,
173 sempre no controle. Então todo mês, faço uma viagem para conseguir
174 desligar, para ir na praia onde esta minha família sempre no controle de tudo,
175 isso me deixa um pouco cansada, não consigo desligar de vez
176 Q: Quais são as representações que vc tem do seu mal estar, como vc vê isso,
177 consegui se adaptar?
178 R: Para mim este mal estar não faz parte do meu planejamento de vida
179 racional, metódica, não esta na agenda, as três horas da tarde vou estar no
180 mal estar, isto me incomoda profundamente porque para mim não pode estar
181 lá, é o inimigo eu vejo como uma coisa para partir em guerra, não é uma
182 coisa que incorporei, vivo com, não, , quero longe, estou assim, de ficar bem
183 o tempo todo, uma busca de equilíbrio.
184 Q: E vc tem outra coisa a falar em mais de tudo o que vc deseja dizer?
185 R: Ah queria controlar, o meu grande problema é isso, acontecem coisas que
186 pode ser conseqüências do que o fato, mas me incomodo porque não esta no
187 meu controle, é isso não me sinto gerente do meu corpo, não comando
188 Q: Muito bom...
189 R: Muito ruim...
190
191
192
193 **Paula, depois a oitava sessão do 13 de junho 2008**
194 **Entrevista do 13 de junho de 2008**
195
196
197 Q: O que vc percebeu durante este tratamento?
198 R: Desta sessão oito?
199 Q: Desta sessão...
200 R: Desta... Primeiro eu percebi um sensação de conforto, nas regiões onde
201 estava mais dolorido, no peito, no pescoço, nas costas, nas lombares... não
202 nas lombares foi desconforto, acho que é isso!
203 Q: Vc percebeu uma mudança diferente de antes da sessão?
204 R: De outra sessão?

205 Q: Não de antes da sessão?

206 R: Ah de antes da sessão.. que estou mole, relaxada, quebrada (Rire)

207 Q: Geralmente pode me dizer quais são as coisas comuns que vc percebe

208 durante todos tratamentos que vc recebeu

209 R: Alguma coisa comum?

210 Q: Algumas?

211 R: A sensação de conforto que é a coisa comum , porque acredito que é

212 muito diferente de uma sessão para a outra. As percepções são diferentes.

213 Q: Por exemplo

214 R: Hoje eu percebi a não resposta do corpo, algumas sessões eu percebi a

215 resposta o tempo inteiro, acho que é isso

216 Q: E vc percebe os efeitos deste tratamento?

217 R: Agora ou em geral

218 Q: Em geral

219 R: Muito

220 Q: Por exemplo como se manifesta os efeitos?

221 R: Acho que destrava emoções, ou então descobre, descobrimento de

222 emoções

223 Q: Vc descobre....

224 R: Emoções, sentimentos, despertar de sentimentos...O que eu senti é uma

225 mudança de atitude... mais centro, é isso. (Emocionada)

226 Q: E os efeitos perduram no tempo ou perdeu depois da sessão?

227 R: Não, perduram, acontecem depois

228 Q: Pode falar disso?

229 R: Imediatamente depois da sessão eu me sinto relaxada de certa forma

230 cansado, mais quieta, mais...mexida: e depois de uma forma que não sei

231 explicar, eu começo a perceber que eu tenho essas mudanças de atitude

232 coisas que não faria e que eu faço ou que eu falo, e que não eram comuns,

233 mas depois, não imediatamente depois da sessão.

234 Q: Isso fica depois da sessão?

235 R: Fica!

236 Q: Senão quanto tem um mês?

237 R: Mesmo quanto tem um mês, parece que é uma coisa que acontece para

238 ficar não é uma coisa que declina.

239 Q: Declina, porque...?
240 R: Não, não sinto. A menos que tem fatores externas, mas sem novidades as
241 coisas permanecem assim. Eu tenho impressão que é crescendo que o
242 trabalho evolui a cada sessão, não é uma sessão específica que faz um
243 trabalho específico; Acho que hoje eu tenho uma percepção não estava que
244 não teve ao primeiro, Acho que é isso.
245 Q: A sensação?
246 R: A sensação de centro mesmo do corpo mais solto, mais.... (silencio)
247 R: E vc acha que a problemática do inicio do tratamento do ano passado esta
248 resolvido?
249 R: Totalmente, não, mas acho que esta bem resolvido, que a sensação de mal
250 estar... bem melhor agora.
251 Q: E como começou esta melhora, como vc percebeu ao inicio estas
252 sensação de melhorar, sobre o cansaço, sobre uma atitude, sobre uma
253 diferencia de relação
254 R: Pois é, foi sutil não foi de repente, foi sutil ;quando me dei conta ela
255 coisas estão acontecendo, porque no começo não relacionei o que estava
256 acontecendo com a sessão, ate que eu consegui perceber a relação, mas eu
257 não sei a que momento, mas é uma coisa recente talvez as ultimas 2 ou 3
258 sessões para ca.
259 Q: A percepção é progressiva mas ao mesmo tempo mais estável
260 R: É,! É progressivo mas ao mesmo tempo parece mais estável, eu sinto
261 assim.
262 Q: Isso da melhoração em relação ao corpo mas também na sua relação a
263 você?
264 R: É isso.
265 Q: Como vc se vê agora em relação a você depois do tratamento?
266 R: Nossa! Não é assim eu me sinto.... mais dentro de mim mesmo, menos
267 para fora mais para dentro, eu me percebo mais, (rires) eu não sei... Eu
268 consigo perceber as vezes que determina coisas externas que me fazem mal
269 nas regiões do corpo, não tinha esta percepção..., alguma coisa que alguém
270 falou , alguma coisa que eu ouvi, isso mexe alguma região eu tenho essa
271 percepção, e não tinha, e as vezes ficava mal, mas não conseguia entender

272 porque, hoje vou tentar procurar o que me fez mal e a onde que mexeu,
273 aguçou essa percepção

274 Q: Isso muda as suas relações?

275 R: Muda, muito, muito... para algumas melhorou, par outros piorou, (rires)
276 para algumas pessoas estou melhor, mas o fato de estar melhor incomoda
277 estas pessoas porque eu falo mais, eu guardo menos, eu falo muito mais,
278 estou reclamado muito mais

279 Q: Isso mudou o seus comportamentos?

280 R: Exatamente isso

281 Q: Pode falar um pouco do que vc mudou, de atitude ou mais dos seus
282 comportamentos

283 R: Acho que talvez estava numa atitude de defesa de mim, eu procuro não
284 deixar que algumas coisas entram dentro de mim para não me machucar
285 para não doer, então estava numa atitude de defesa, defesa do corpo, defesa
286 da mente, defesa das emoções; isso incomoda algumas pessoas que estavam
287 acostumadas entrar, encontrar porta aberta, eu estou melhor por causa disso
288 porque estou aprendendo a me defender melhor

289 Q: Como vc poderia explicar o que muda nas suas percepções, como vc
290 poderia nomear este tipo de novas percepções?

291 R: Eu não sei. ..dizer

292 Q: Vc percebeu que a sua percepção mudou? Isso que vc me diz?

293 R: Isso, isso, mas foi sutil, quando percebi já tinha mudado

294 Q: Agora com a sua percepção é uma percepção diferente, isso parece sutil,
295 mas como vc vê isso? Esta diferença de percepção...

296 R: Como vejo isso, ah como uma coisa positiva como coisa que pode me
297 ajudar no cotidiano no meu trabalho, nas minhas coisas

298 Q: A percepção se transformou? Como mais...

299 R: A percepção se transformou...não, o fato de estar assim me colocou mais
300 situada dentro do mundo, também me ajudo a perceber o externo, deixar as
301 coisas mais bonitas aparecer. Eu direi que é um bom momento, é um bom
302 momento assim, através disso consegui chegar ao externo de uma maneira
303 mais bonita, consigo perceber a beleza de coisas de fora que talvez passam
304 fora do percebido

305 Q: E sua relação com o seu corpo mudou também?

306 R: Mudou, mudou, mas neste sentido de as vezes, por exemplo essa ultima
307 coisa que eu te disse essa dor que estava sentindo, não é no coração...
308 costumei perceber mais onde dói a onde não dói, é neste sentido mesmo de
309 sacar onde torças, de lembrar onde estão as coisas.

310 Q: Isso é a relação com o corpo mesmo e depois falou da relação a você .
311 Como isso muda sua percepção da sua relação a você?

312 R: Porque estou capaz de perceber o que me faz mal, é por isso. Quer dizer a
313 maioria das vezes eu consigo....

314 Q: E vc se sente melhor...?

315 R: Mais fortalecida, é isso não significa melhor, porque as vezes as coisas
316 continuam acontecendo, tem coisas que não sei lidar.

317 Q: E a relação com a sua vida como vc percebe isso também?

318 R: Principalmente na minha vida porque o corpo faz parte da vida né, então é
319 isso eu sinto o corpo situado, que não é uma coisa isolada, o corpo da alma
320 esta tudo junto

321 Q: Isso é uma expressão da vida diferente ou de viver a vida diferentemente?

322 R: Então na verdade isso deveria ser o normal e não o diferente, tudo mundo
323 deveria estar assim, tudo mundo deveria se sentir situado dentro de um
324 espaço, eu me sinto diferente neste sentido, estou menos ansiosa, menos... eu
325 não acho por exemplo eu tenho a sensação que não iria conseguir fazer as
326 coisas que tem de fazer porque tem uma vida corrida, mas hoje eu sei que eu
327 vou conseguir fazer tudo, por mais que já estou correndo,eu vou fazer, estou
328 mais calma. Márcia mesmo falou, há puxa vc não esta nervosa? Não vai tudo
329 certo, estou mais confiante.

330 Q: E vc nunca foi assim?

331 R: Nunca foi assim, nunca... nunca foi assim. Eu tinha uma coisa de aflição...

332 Q: Então isso tem efeito e uma reação sobre sua saúde?

333 R: E então, não sei ainda poderia ser que sim

334 Q: E a através disso você percebeu as causas do seu mal estar?

335 R: Ah não claramente, não claramente... algumas causas sim, algumas,
336 algumas... algumas aparecem, mas acho que tem mais causas, não sei

337 Q: E agora isso...vc da um novo sentido a sua vida?

338 R: Completamente

339 Q: Um sentido de vida?

340 R: Completamente

341 Q: Uma nova pesquisa?

342 R: é acho que sim, eu me sinto com mais vontade.... (silencio) (Riso)

343 Q: E vc tem outra coisa... O que seria agora a sua nova motivação de vida?

344 R: A minha nova motivação de vida sou eu mesma ...sou eu mesma, porque

345 eu fui muito para os outros sempre cuidei muito de tudo mundo e aí eu me

346 deixando perder, me deixando ficar mal, e agora estou mais com os pés no

347 chão, estou mais... estou tomando cuidado para isso, cuidado para...cuidado

348 com o caminho, com as escolhas.... é uma relação mais de prestar atenção,

349 acho que é isso.

350 Q: Prestar atenção significa o que?

351 R: Prestar atenção, nas vias fluentes externas e o que acontece internamente,

352 nesta relação de externo com interno.

353 Q: De viver diferentemente as coisas?

354 R: É, é... é isso, se o externo não esta de acordo com o interno, tem alguma

355 coisa que esta errada, é isto que estou procurando se estou conseguindo

356 Q: Vc se percebe vivendo mais as coisas e isso que vc disse?

357 R: Não é vivendo mais as coisas, mas com mais atenção, não somente viver

358 por viver mas atenta, com mas atenção, mais focada, menos desperta

359 Q: Vc tem mais consciência?

360 R: Mais consciência...

361 Q: Mais consciência da sua existência?

362 R: Sim, sim, é exatamente isso

363 Q: E é bom isso?

364 R: É lógico, é fundamental, a gente se sente fortalecido

365 Q: Vc tem outra coisa para terminar a acrescentar?

366 R: Acho que não, acho que são caminhos de busca. Acho que estou

367 conseguindo achar algumas resposta.

368 Q: Muito obrigado

369 R: Obrigada á você

1 **Irene**

2

3 **Questionário dos 11 de abril 2008**

4 **Irene, 45 anos**

5 **Arquiteta**

6

7 Q: Vc tem só um mal estar uma vez por mês?

8 R: Normalmente

9 Q: Nunca foi um momento fora deste...

10 R: Normalmente esta associada a minha menstruação

11 Q: Quando vc tem um problema familiar, profissional, vc não tem...

12 R: Mas é mais rápido

13 Q: É mais rápido, acontece, mas é mais rápido?

14 R: Estou assim com este mal estar, mas dois dias depois estou bem. Mas é assim
15 me aflige, mas tudo é uma coisa mais rápida.

16 Q: Não é uma coisa existencial, mas vc falou do seu pós-parto da depressa depois
17 do parto, preciso de saber quando foi e o tempo que dura esta depressão?

18 R: Foram dez anos atrás, minha filha vai fazer onze, e durou muito tempo... Eu
19 comecei um tratamento só depois de oito meses. Então durante oito meses eu fui
20 sem tratamento, e quando completou oito meses, a gente procurou o médico e aí
21 eu parei ... e comecei a tomar antidepressivo e comecei psicoterapia. Ainda assim
22 demoram quatro meses com remédios. Não melhorou só os remédios, aí eu
23 procurei um psiquiatra e depois de quatro meses começou a melhorar. Quando ela
24 esta fazendo um ano, estava melhor.

25 Q: Mas depois vc guardou este mal estar... antes disso vc não tinha mal estar na
26 sua ação, foi a partir deste momento que começou o seu mal estar, é uma seqüela?

27 R: pode ser! Mas já tive uns mal estares desde muito nova, mas eram episódios
28 mais espaçados, mas depois da gravidez começaram a ficar mais regulares. Esse é
29 a sensação que tenho. (silencio) ... Eu tenho um componente muito hereditário na
30 família. Tem uma mãe muito deprimida que se suicidou, tem um irmão com
31 depressão, tem uma irmã que tem remédios, estou muito rodeada. Tem um pai que
32 morreu com depressão

33 Q: Vc colocou isso no questionário

34 R: Não, não achei um lugar, não sabia se seria tão importante.

35 Q: Ma vc não tem realmente depressão é mais um mal estar sem depressão?

36 R: So teve durante a minha depressão pós-parto eu fiquei muito ruim, teve

37 episódios de querer me suicidar, teve episódios de querer me matar, so pensar me

38 jogar pela janela, acordar só pensava em isso. Só que era uma coisa bem assim

39 piorava muito e melhorava um pouco, piorava muito e melhorava um pouco,

40 então, por isso não procurei ajuda; quando estava bem motivada procurar ajuda,

41 da uma melhorada. Agora vai passar agora vai acabar. A minha depressão foi

42 muito assim, muito portada por coisas melhores e piores.

43 Q: Isso é a única depressão da sua vida?

44 R: Mais grave, sim.

45 Q: Senão é mais um mal estar?...

46 R: Um mal estar, é.

47 Q: Vc diria mais ou menos crônico?

48 R: Não teve períodos onde estava muito bem, às vezes 20 dias, tem meses que não

49 teve, é raro, mas teve mês onde ficou bem.

50 Q: Mas qual é a sua idade, porque com as menstruações?

51 R: Quarenta e cinco... Ate que tenho um pouco de medo porque assim eu tive

52 muito medo no momento da depressão, porque como eu tive a depressão post

53 parto, e a minha acabou se suicidar e depois eu comecei a ter muito medo, porque

54 não sabia o precipício que estava passando, né! Só que depois que isso aconteceu

55 com a minha mãe, que eu entendi como, se eu não tivesse procurando tratamento,

56 o que poderia ter acontecido. Então eu tive assim durante algum tempo queria

57 engravidar de novo, procurei um medico e comecei a fazer um tratamento, e a

58 primeira injeção que ele me dou, duas horas depois estava num estado de

59 depressão. E ele falou que era impossível que a injeção dele tivesse feito isso

60 comigo e eu abandonei o tratamento porque, hoje em dia tenho muito medo, de

61 qualquer coisa me volta esta sensação, porque hoje não tenho mais pai, mãe, eu

62 tenho um marido que me ajuda, mas não tenho muita gente a quem recorrer,

63 entendeu, eu me sinto mais só.

64 Q: Vc acha que isso faz parte do seu problema de ansiedade, de medo, da fobia,

65 da vazia, da tristeza que vc falou no questionário?

66 R: Acho que a angustia é um monte de sensações misturadas, não tem motivo,

67 mas ela vem. Um pouco de angustia, um pouco de medo, um pouco de vazio,

68 solidão. Mas não tem nada que é mais forte, é um bando de sentimentos
69 misturados....

70 Q: Vc percebe uma sensação de hiper sensibilidade ou de baixa sensibilidade, vc
71 poderia precisar?

72 R: Hipersensibilidade fica muito sensível.

73 Q: A reatividade as coisas, uma emotividade que colocou muito tempo reagir,
74 R: Não!

75 Q: Vc é mais hipersensível?

76 R: Mais hipersensível.

77 Q: Como vc vive isso, este mal estar no seu corpo ou na sua mente? Como se
78 manifesta o sofrimento corporal? Exemplo, náusea, insônia... ou psicológico, da
79 sensação de amnésia, angustia, tristeza... Vc não tem outra coisa acrescentar?

80 R: Então, ultimamente, estou sentido um pouco de dor de estomago, uma coisa
81 meio nova, desta semana. Esta dor de estomago que estou sentido é uma coisa que
82 eu senti mais jovem e que eu não sentia mais, é uma coisa que voltou um pouco.
83 Alguns alimentos que não caem bem, muita inapetência.

84 Q: Baixa de auto estima só profissionalmente?

85 R: Acho que sim. Tenho uma questão meio mal resolvida profissional, mas estou
86 tentando resolver.

87 Q: Fazia parte da outra pergunta. E as suas representações que vc tem deste mal
88 estar a visitar o fundo do posso (ver questionário). Vc gostaria de mudar a sua
89 profissão?

90 R: Gostaria

91 Q: Vc faz um curso para preparar isso?

92 R: Estou fazendo

93 Q: Vc precisa de ajuda para fazer isso ou de esforço?

94 R: Não, preciso de psicoterapia. Assim logo que eu terminar o curso eu preciso de
95 psicoterapia para me ajudar, senão não vou conseguir fazer.

96 Q: Agora vc tem nada de antidepressivo?

97 R: Nada

98 Q: A psicoterapia fora boa e dolorosa é isso?

99 R: A psicoterapia... Tomei antidepressivos durante oito meses, nunca mais tomei.
100 E ansiolíticos também, tomei só neste período. Não tomo mais nada

101 Q: Vc teve dificuldade tirar ansiolíticos?

102 R: Eu não gosto de remédio, se eu puder eu não tomo nenhum remédio. Não tomo
103 remédio para pressão; procuro me alimentar e fazer coisas corretamente para não
104 precisar remédios.

105 Q: Muito obrigado

106

107

108 **Entrevista do 12 de dezembro de 2008**

109 **Depois da oitava sessão**

110

111 Q: O que vc sentiu durante esta sessão?

112 R: Foi a melhora sessão. Não senti nada de dor. Maravilhoso! Foi como se vc
113 tivesse os palitinhos com os seus dedos. A sensação é que as suas mãos podem
114 entrar lá dentro, engraçado, né? Hoje tivesse sensação de que não tinha limite
115 entre o exterior e o interior, como se não tivesse mais limite, entendeu? Como se
116 vc puder mexer mesmo inteiro, porque não sentia dor não tenha com muita
117 sensibilidade, estava bem gostoso e relaxei muito, muito porque não senti dor, eu
118 relaxei mais que outras sessões.

119 Q: Vc sentiu que tinha uma influência deste trabalho sobre o seu corpo, sobre as
120 suas sensações, o seu pensamento? O que vc fez como relação...?

121 R: De trabalho com relação ao meu corpo e meu pensamento?

122 Q: Sim as sensações, os sentimentos, o que vc percebeu?

123 R: É como se o trabalho vai tirando aquela ruim e vai fazer o sangue fluir melhor
124 e como se ele tirasse esses pontos que a circulação não circula aqueles pontos
125 duros aquelas coisas mal resolvidas e como se o sangue fluísse melhor. Todo o
126 organismo foi mais oxigenado, é uma coisa assim que a gente sente. É como se
127 todos os líquidos circulassem melhor.

128 Q: Vc percebeu uma animação dentro do corpo?

129 R: É uma animação, um flux, como se o flux ele vai melhorando, ele vai fluindo
130 melhor.

131 Q: E foi um fluxo lento ou rápido?

132 R: Lento, lento, não senti nada muito rápido.

133 Q: Foi muito lento ou lento?

134 R: Lento só, não muito lento. Mas senti aqueles pontos onde fininhos, o teu
135 trabalho volta pelo um tamanho normal, entendeu, ele faz a circulação melhora.

136 Q: Vc percebeu imagens, cores?
137 R: Não isso não sento
138 Q: Não é a sua percepção habitual?
139 R: Não!
140 Q: Reminiscências, uma memória que voltou?
141 R: Não.
142 Q: Vc me falou das reações dentro do seu corpo, da sua matéria do corpo, mas vc
143 percebeu uma relação com o seu estado psíquico, o seu pensamento? Pode falar
144 disso?
145 R: É uma paz, uma tranqüilidade e uma harmonia, é um sentimento bom. Não
146 tenho uma relação com nada, tem como o organismo, esta funcionando direito e
147 parece que o cérebro funciona mais divaga que este tudo lento. Sinto uma paz,
148 uma tranqüilidade, uma harmonia interna. Mas não tem um pensamento que volta,
149 não vejo nada, só sinto.
150 Q: No campo da percepção do seu corpo, mas em relação com o seu mal estar, a
151 sua ansiedade, vc viu uma influência, como se ...?
152 R: O corpo tem de me falar de coisas, tem me feito perceber coisas e agora eu
153 ouço mais, entendo mais; as vezes ele pede para que o ritmo diminua o ritmo da
154 vida. E este trabalho tem feito que eu preciso diminuir o ritmo. É isso que estou
155 sentindo com este trabalho. Que a minha sensibilidade para ouvir o meu corpo
156 aumentou.
157 Q: Isso tem uma influência sobre a sua ansiedade habitual ou suas angustias, o
158 feito de saber isso?
159 R: Ah sim, com certeza. Porque a ansiedade e a angustia aparecem quando vc não
160 se escuta, vc quer fazer as coisas independente de vc esta disposto, de vc esta bem
161 de vc não se escutar. Então como estou tentando escutar mais o meu organismo,
162 eu começo a sentir não tanto angustia, ansiedade, fico mais calma, mais serena.
163 Q: A relação através do seu corpo para vc tem uma boa influencia sobre o seu mal
164 estar?
165 R: Sim, sim!
166 R: Então, através da modificação da percepção, vc percebe também uma maneira
167 diferente de ver as coisas? A vida ou o cotidiano?
168 R: É, da importância ao que só realmente importa. É uma coisa de tranqüilidade
169 de serenidade, de paz e de estar junta, de estar integrada ao interno e ao externo. É

170 essa coisa que esta importante, porque às vezes esta fora dum jeito e dentro esta
171 de outro, mas a gente não unifica as coisas, porque a gente usa um só, né. Então lá
172 dentro pede para estar tranqüilo e aqui fora esta mil. Vc não esta disposto, vc não
173 quer fazer as coisas, não sei se eu briga. Através deste trabalho tem de procurar
174 escutar mais o interior, de perceber mais o que aquele dia vou poder fazer; posso
175 fazer isso, hoje não posso fazer isso, hoje da para fazer isso, hoje não da; respeitar
176 mais o interior.

177 Q: Escutar o interior ajuda vc a tomar melhor consciência do que vc deve fazer ou
178 não fazer, tem uma influência sobre a sua saúde, sobre o seu mal estar?

179 R: Sim! Completa. O mal estar ter a ver com vc querer fazer quinze coisas e vc só
180 ter conta de fazer dez. Tem que fazer cinco, tem que fazer menos, tem que
181 respeitar, hoje não da. Amanha também não vai dar ficar tranqüila.

182 Q: Talvez a maneira de fazer?

183 R: Fazer com mais tranqüilidade com mais serenidade, fazer mais concentrada,
184 escutar mais o interno e o externo. Profissionalmente eu tenho de me sentir mais
185 consciente das atitudes. Fazer mais bem feito, não fazer por fazer.

186 Q: O que vc diz agora é que vc esta compreendendo um pouquinho as coisas do
187 seu mal estar anterior?

188 R: Compreender as coisas?

189 Q: Através deste trabalho vc compreende porque vc tinha o mal estar, por
190 exemplo, não?

191 R: Sim, esse desequilíbrio, entre o seu exterior e seu interior. Por que as vezes, a
192 gente tem necessidade de fazer um movimento com o corpo e vc passa do limite.
193 Dentro deste trabalho vc aprende um pouco onde esta o limite.

194 Q: Então vc poderia me dizer que vc esta desenvolvida um sentido para perceber
195 isso, um sentido diferente?

196 R: Sim, podemos dizer isso.

197 Q: Como vc poderia chamar este tipo de sentido?

198 R: Uma sensibilidade major, um sentido de... Unir mais o corpo e a mente, né! De
199 união, de equilíbrio, de um ouvir diferente, um sentir diferente que é muito mais...
200 Não é tão fácil de ouvir, tem de parar para ouvir, tem de parar para sentir. Não
201 vem tão joiada, não é assim. Hoje, eu consigo dar conta fazer isso, hoje, não
202 consigo então não tem problema. Amanha faço.

203 Q: Isso da um sentido diferente a sua vida ou um sentido de vida, não?

204 R: Sim. Da um sentido que não adianta fazer dez coisas e no final de dia esta
205 exausta e do dia seguinte de fazer nada. Fazer menos, mas fazer um pouco todo
206 dia. E se sentir mais inteira, mais completa, mais serena.

207 Q: Da uma motivação também dentro da sua vida?

208 R: Fazer novas coisas, porque se a gente esta mais tranqüila ou mais calma, a
209 gente consegue fazer o novo sem tanto ansiedade, sem tanto medo de errar, né? A
210 gente consegue fazer o novo mais tranqüilo, mais sereno e com mais
211 tranqüilidade. A gente consegue ate acertar. Se a gente é muito mais ansiosa e tem
212 um tempo muito curto, se acabar evitando as coisas mais complexas, que vc
213 nunca tento.

214 Q: O que vc diz é que vc reage diferentemente com todos os eventos ou estresses
215 da vida é isso?

216 R: Sim! É uma maneira de enfrentar as coisas novas de uma maneira diferente

217 Q: Com eficiência?

218 R: Com mais eficiência, com certeza, porque a gente só consegue enfrentar o
219 desafio, se a gente esta tranqüila, calma se a gente esta serena, se a gente esta com
220 corpo e a mente mais harmoniosos, se os dois estão...

221 Q: E vc consegue fora da sessão encontrar este lugar para ficar diferente na frente
222 dos eventos, vc consegue a voltar neste lugar?

223 R: A essa sensação? Algumas vezes, preciso de mais estímulos. Precisava por
224 exemplo de ficar mais sozinha talvez, e algum lugar muito tranqüilo e separar
225 uma hora do dia para isso, porque se estou em casa é difícil.

226 Q: Dentro de vc, vc conseguiu referenciar este lugar, vc sabe quando vc esta neste
227 estado?

228 R: Sim, consigo; ate para fazer alguma coisa, se eu não tiver mais tranqüila, não
229 consigo. Por exemplo, costurar que é uma coisa que eu gosto muito, ultimamente
230 eu tenho parado, relaxado um pouco, procurado o eixo para depois começar a
231 fazer. Acho que é um pouco o trabalho da terapia

232 Q: Isso da outra consciência ao seu trabalho também, não?

233 R: Sim, uma qualidade.

234 Q: E isso da uma motivação, um desejo de mudar coisas na sua vida? Ou de
235 mudar a de viver?

236 R: Da vontade de fazer as mesmas coisas, só que é de uma maneira diferente. Não
237 só de fazer coisas novas, mas de fazer as mesmas coisas com essa sensação mais

238 tranqüila, interna. As vezes tenho a vontade de fazer as mesmas coisas, mas o que
239 este ganho com essa qualidade com esse sentimento menos ansioso.

240 Q: Tem outra coisa que vc percebeu? Ou que mudou, que vc gostaria de falar?

241 R: O sono esta um pouco melhor, quando eu venho aqui, à noite, eu durmo muito
242 bem, o sono melhorou, fica mais tranqüilo. E algumas posições também que eu
243 fico que eu me sinto melhor, acho que é isso.

244 Q: Bom, muito obrigado.

245

246

247 **Entrevista adiado da oitava sessão**

248 **Antes da nona sessão de fevereiro de 2009**

249 R: Quero te perguntar, a gente teve uma interrupção, quando foi?

250 Q: De junho até outubro

251 R: Quatro meses, então é de lá que parei de ter mal estar

252 Q: Na época nos fizemos 6 sessões.

253 R: Impressionante. Porque não tinha percebida que não tinha mal estar. Percebi
254 depois de novembro, dezembro, janeiro e fevereiro; quatro, cinco meses que estou
255 sem mal estar.

256 Q: Isso foi bom?

257 R: Muito bom! Não acordar com aquela sensação de encarregar o corpo ... quero
258 dormir. Não tenho esta sensação mais, nenhum dia, nem TPM, nada. Tenho
259 irritação da TPM, que fez que vc esta mais brava. Mas não tenho mais mal estar.
260 Não acordo deprimida. Eu tenho tido muito energia, cheia de idéia, de vitalidade.
261 Tentei ma acalmar, me tranqüilizar um pouco, porque tenho tido muito vitalidade,
262 energia.

263 Q: Como vc percebe também uma relação entre o estado do seu corpo e o estado
264 de bem estar ou de mal estar e sua tendência psíquica?

265 R: O corpo era pesada, é isso que queria dizer?

266 Q: A relação entre o corpo e o psiquismo e o mal estar?

267 R: Quando a mente não esta boa o corpo fica também largado. Quando vc esta
268 com a mente clara, com as idéias boas, o corpo responde, também tem vitalidade,
269 tem energia para sair, para fazer coisas.

270 Q: E o fato de sua mente estar mais clara vem também, porque a mente
271 influência o corpo, mas o corpo também...?

272 R: Um vai ajudar o outro, é um ciclo positivo né...

273 Q: vc sabe como isso começou, pelo corpo... o que vc percebeu com a primeira

274 eficiência neste trabalho?

275 R: Pelo corpo...

276 Q: Pelo corpo?

277 R: É porque estou fazendo relação agora. A gente começou o tratamento e eu já

278 sentia muito bem estar aqui e... continuava. Depois eu tive o episódio da cistite,

279 que parece que foi uma cura, e daí quando eu fiquei boa, a mente também se

280 curou, é engraçado.. e começou o processo e ai eu acho que tem muita coisa a ver

281 com a outra

282 Q: E isso mudou alguma coisa na maneira de ver a sua vida agora?

283 R: Que tem de cuidar do meu corpo. Tem de prestar atenção nele, porque o

284 corpo fica doente o corpo não é cuidado, porque a impressão que eu tenho é como

285 se fosse um monte de tubinhos, e vc assopra para eles, desentope todos eles, e o

286 dia a dia, agente vais deixar as coisas entupidas e elas vão ficar todas entupidas,

287 entupidas... Ate impressão que vc assopra, desentope, estica... E a impressão que

288 eu tenho quando venho aqui com vc. Ele é todo esticado, desentupido. E ai se o

289 corpo esta bem a mente começa a funcionar diferente.

290 Q: E em relação a sua saúde, vc percebe também uma relação, um efeito?

291 R: Eu tenho muito saúde, me alimento bem, procuro ter hábitos saudáveis,

292 durmo bem, alimento bem.

293 Q: A minha pergunta é: vc percebe que a maneira de ver o seu corpo influencia a

294 maneira de se preocupar da sua saúde também do seu corpo?

295 R: Sim exatamente, é verdade, como se todo o dia precisamos prestar um pouco

296 mais de atenção para o corpo. Não pode estar sempre correndo, é como se fosse

297 uma limpeza, como se fosse um... cuidar, NE, um limpar, um cuidar...

298 Q: Então agora, vc acha que isso influencia também a sua reflexão, o seu

299 pensamento, a sua presença a vc? Como vc vê a influência deste trabalho sobre

300 suas emoções, seu pensamento?

301 R: A vida é um turbilhão, Como ela estava entupida, parece que a energia não

302 corria, ela estava travada. Hoje estou sentido a energia correndo. Eu precisa

303 cuidar um pouco dela, sabe, tem um sentido isso

304 Q: Então com a relação as suas emoções, vc se sente...

305 R: E como se.. a partir do momento as emoções são mais forte, vêm de uma

306 maneira mais intensa. Preciso aprender a cuidar delas...

307 Q: isso é agradável?

308 R: É maravilhoso

309 Q: Não são emoções duras?

310 R: Não, são emoções boas, emoção de se sentir mais tocada pelo universo, as

311 vezes eu me sinto mais encantada com a vida, sabe.

312 Q: E sua maneira de pensar?

313 R: Tem também um processo de pensamento... de procura a pensar de uma

314 maneira mais globalizada, procura a pensar de vários aspectos, não de pensar só

315 no meu lado mais de todos os lados. Me sinto mais assim...

316

317 **E depois da nona sessão:**

318 Q: E durante esta sessão o que vc sentiu?

319 R: A sessão é assim: ela começa muito agradável, ela começa como se vc me

320 transformasse em um grande colchão de água, como se vc misturasse tudo, e esta

321 sensação de água, muito forte. Daí mistura tudo como se vc mexeu todos os

322 tubinhos; e depois têm uns que estão mais difíceis, e aí vc vai mais forte em

323 alguns; e aí senti a dor, vem um pouco de dor, porque são estes lugares que são

324 mais duros, mais tensos. Então essa hora senti um pouquinho de dor; depois o

325 meu corpo foi completamente largado, não consegui nem levantar a mão. Não

326 consigo me mexer... Isso me entregue uma sensação de corpo novo

327 Q: Tem uma mudança do seu corpo durante a sessão?

328 R: Tem, a sessão hoje e que vc mexeu mais em baixo... porque estava com a dor e

329 hoje a impressão que me dou e que vc joga o meu corpo e que me deu outro. Foi

330 mais forte esta sensação.

331 Q: E agora, qual é a sensação do seu corpo, na sua cabeça? Que vc tem?

332 R: Agora, tem que adaptar tudo de novo. Eu fico sozinha com ele, pensar como

333 vou me movimentar, é um trabalho agora, para reconstruir tudo de novo... é

334 engraçado, eu vou divagar agora, vou bem divagar, eu fico bem quietinha, parece

335 que mudou tudo de lugar. Tenho essa sensação.

336 Q: Este lugar é interessante, vc conhece este lugar que vc fala?

337 R: Que esta tudo mexido?

338 Q: Que esta mexido, que parece novo?

339 R: É como se tivesse um corpo novo, vou bem devagarzinho porque eu... é como

340 se tivesse que escutar ele, ele esta modificado, esta diferente. Tenho ter devagar
341 par ir...

342 Q: E quando vc escuta o corpo novo e que vc percebe o que vc
343 R: Ele esta... mais livre, esta correndo tudo mais solto... como se tivesse afinado,
344 vc sabe um instrumento afinado, completamente afinado, eu preciso ir devagar.. e
345 como se esse instrumento estivesse afinado.

346 Q: Afinado no sentido de perceber melhor, não?
347 R: Então tenho que... os comandos do cérebro e ele estavam um pouco destonados
348 Preciso de tempo para entender o que acontece come ele. Fico tempo sem quere
349 me mexer, ficar quietinha. Depois com tempo vou encontrar de novo e vou
350 perceber que ele esta um pouco diferente, que ele esta mais fluido, mais leve,
351 mais gostoso, que é uma sensação muito agradável.

352 Q: Poderia falar das transformações que aconteceram durante a sessão? Através
353 do seu corpo...

354 R: Transformações dentro do meu corpo? A grande transformação é que, através
355 de um corpo com mais harmonia, há cérebro também que tem mais harmonia,
356 começou tudo a se harmonizar, cérebro com corpo, os movimentos, os
357 pensamentos, é uma harmonia mesma. A transformação do corpo e cérebro mais
358 único, mais harmônico.

359 Q: como vc poderia descreve a sensação de lugar diferente?
360 R: Uma sensação de lugar diferente... é uma sensação dificil em colocar em
361 palavra... acho que cada sessão é um pouco do corpo que vc vai conhecer do
362 novo. Por exemplo, hoje, vc estava mexendo aqui como uma coisa bem forte, eu
363 senti uma como se vc estava mexendo aqui. (Num outro lugar) Então o corpo ele
364 é todo conectado, ele é todo ligado e a gente não tem essa sensação em tempo
365 todo. Esta sensação nova é que esta tudo conectado, todo ligado Precisa cuidar de
366 cada pedacinho do corpo.

367 Q: Cada vez vc descobre coisas que...?
368 R: Hoje descobre um lugar que mexe aqui, no plexo e tive uma sensação de prazer
369 como se vc mexe aqui e libera uma energia... Acho que a grande coisa que eu
370 sinto: essas energias fluindo, que é agradável e cada vez que o pensamento
371 acompanha.

372 Q: E durante a sessão vc tem um pensamento, vc se surpreende a ter um
373 pensamento sobre isso?

374 R: Então, no começo vou tentando me desligar da minha vida lá fora, e procurar
375 me concentrar aqui, o que vc esta fazendo e o que estou sentindo. É difícil, porque
376 quando vem um pensamento de fora... mas hoje eu fui bem concentrada nas suas
377 ações e o que sentia. E o que senti de mais engraçada foi como se vc...um monte
378 de tubinhos que vc tivesse me assoprando...

379 Q: A sensação que vem é uma sensação de surpresa?

380 R: Me senti um outro objeto, não senti um corpo com braços, pernas, me senti
381 outra coisa

382 Q: Não foi um objeto fora de vc, foi vc?

383 R: Então, a sensação que o meu corpo não tinha essa forma, completamente outra
384 forma. É como se a gente pudesse de sentir coisas neste corpo que a gente não
385 tem a menor noção. Como se fosse de outra matéria. Eu senti hoje como se fosse
386 um monte de água, um mar, um rio. É uma sensação maravilhosa. Não tanta
387 movimentação, é uma coisa que toma... e ao mesmo tempo é poder, pode incrível
388 porque senti muito mais fluido, mais leve, ate poderosa, como se vc fosse um
389 rio... uma força, impressionante, senti um rio, e é sensação maravilhosa. Depois
390 vem um pensamento da dor que estava passando, que estava agradável.

391 Q: Durante a sessão vc percebeu imagens, cores?

392 Não nunca senti nada disso, não é minha praia, não vêem cores, sensações, só...
393 nem imagens...

394 Q: E o que vc poderia acrescentar para terminar?

395 R: Ah eu não quero parar, isso é um autoconhecimento maravilhoso e que tem me
396 trazido muita parte espírito, muito amor pelas coisas, muito amor pelo mundo,
397 muito força mesmo. Então estou olhando as coisas e visto mais doces mais
398 amorosas, mais calorosas, também me sentindo poderosa, não do poder assim,
399 mas é como se vc cria um anel e nada de mal chega perto de vc E meso quando
400 chega, vc transforma e vira uma coisa boa, me sentida muito poderosa neste
401 sentido; e tentando envolver as pessoas que estão perto de mim.

402 Q: Vc gosta desta sensação?

403 R: Gosto!

404 Q: É uma aprendizagem com o corpo?

405 R: Com o corpo e a minha mente Porque o corpo esta trazendo novas idéias novos
406 horizontes também; o conhecimento do corpo, é uma fonte. Não quero mudar
407 nada de mim. Tem nada que esta me incomodando. Eu quero só conhecer o que

408 existe, que é muito né? E que é inesgotável.

409 Q: E que vc vai descobrir.

410 R: Quero conhecer só o que existe, já tá bom demais.