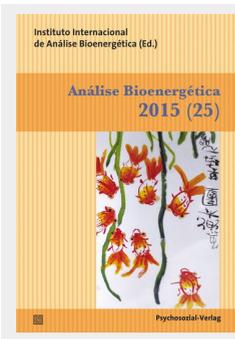


Vita Heinrich-Clauer

Autocuidado bioenergético para terapeutas



Bioenergetic Analysis

25. Volume, No. 1, 2015, Page 41–73

Psychosozial-Verlag

DOI: [10.30820/0743-4804-2015-25-pt-41](https://doi.org/10.30820/0743-4804-2015-25-pt-41)



Bibliographic information of Die Deutsche Nationalbibliothek (The German Library)
The Deutsche Nationalbibliothek lists this publication in the Deutsche Nationalbibliografie;
detailed bibliographic data are available at <http://dnb.d-nb.de>.

2014 Psychosozial-Verlag, Gießen, Germany
info@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de



This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License (CC BY-NC-ND 4.0). This license allows private use and unmodified distribution, but prohibits editing and commercial use (further information can be found at: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>). The terms of the Creative Commons licence only apply to the original material. The reuse of material from other sources (marked with a reference) such as charts, illustrations, photos and text extracts may require further permission for use from the respective copyrights holder.

Tradutores: Edna Velloso de Luna & Rael Soares de Godoy
Revisoras: Maê Nascimento & Odila Weigand
Cover design & layout based on drafts by Hanspeter Ludwig, Wetzlar
Digitalização: metiTec-Software, me-ti GmbH, Berlin, www.me-ti.de

<https://doi.org/10.30820/0743-4804-2015-25-pt>
ISBN (PDF-E-Book) 978-3-8379-7269-6
ISBN (Print) 978-3-8379-2471-8
ISSN (Online) 2747-8882 · ISSN (Print) 0743-4804

Autocuidado bioenergético para terapeutas

Entre a abertura e o estabelecimento de limites

Vita Heinrich-Clauer

Resumo

Neste trabalho, apresentarei descobertas neurobiológicas sobre os efeitos somáticos de fenômenos de ressonância, resultados empíricos dos respectivos riscos ocupacionais para os terapeutas, além de técnicas e conceitos bioenergéticos que dizem respeito ao autocuidado. No final dos anos 1990, eu ainda estava muito entusiasmada por ter descrito o fenômeno da ressonância somática e o seu potencial de trabalho com a contratransferência corporificada no processo terapêutico, quando em seguida a descoberta dos neurônios espelho validou esses fenômenos estimulantes no âmbito neurobiológico. Desde então, mergulhei no lado oposto da moeda da empatia. Nós, como terapeutas de ressonância, corremos o perigo de perder a nossa própria vibração de vida e até mesmo de adoecer. Os exercícios bioenergéticos, com um enfoque não clínico modificado especificamente, podem ser muito úteis para o autocuidado dos terapeutas. Espero que as ilustrações (desenhos) tragam um pouco de humor para a apresentação deste importante assunto que tem sido negligenciado até o presente momento.

1. Introdução

Estar em contato vivo com o nosso corpo de terapeuta, as nossas habilidades de ressonância e a nossa presença enraizada é a base para o sucesso de qualquer trabalho com pacientes. A partir de uma perspectiva bioenergética, a nossa capacidade de vibrar (ressoar) e estabelecer limites está em ambos os casos relacionada à respiração e à voz, assim como à motilidade muscular.

“Pessoas cujo corpo é tão rígido e paralisado que quase não pulsa, ou só pulsa muito pouco, não desenvolvem suficiente empatia. Se o nosso corpo está vivo, somos mais sensíveis às outras pessoas e aos seus sentimentos, assim como sentimos mais amor e prazer.” (cf. Lowen 1992, p. 388).

Durante 60 anos a análise bioenergética – na tradição de Wilhelm Reich e Alexander Lowen – não apenas nos proporcionou uma compreensão analítica, mas também uma metodologia muito apropriada. Essas metodologias têm sido cada vez mais examinadas e apoiadas nos últimos anos por descobertas da neurociência.

A priori, e independentemente das intervenções físicas usadas na prática, a relação terapêutica é uma relação corporificada (Reich falava da “identidade funcional da psique e do soma”). Isso significa que o nosso corpo de terapeuta representa – além da técnica – tanto o meio como o agente do processo terapêutico e é portanto, também em termos de autocuidado, o “instrumento” mais importante a ser cultivado.

O aspecto físico da empatia, a “vibração simpática”, é essencial ao processo terapêutico. Entretanto, por causa da intensidade dessa ressonância, corremos o risco de desenvolver uma traumatização secundária se não aproveitarmos dinamicamente a nossa própria iniciativa e a nossa habilidade de nos distanciarmos, como agente do processo terapêutico.

Como podemos sustentar amor e alegria pelos nossos pacientes assim como para conosco mesmos? A tentativa de reagir empaticamente tanto com o corpo como com a alma aos nossos pacientes tem consequências negativas à nossa autorregulação emocional se ficarmos presos no polo da receptividade excessiva, externamente imóveis sem termos habilidade interna suficiente para estabelecer limites. Dependendo do que os nossos pacientes trazem para as sessões, podemos ficar sobrecarregados ou bloqueados de diversas formas: podemos experimentar, sofrer ou representar impulsos de luta ou fuga na nossa relação com os nossos pacientes. Quando nos confrontamos com um sofrimento inimaginável, podemos cair num estado de choque. Podemos ficar com vergonha, perder o nosso senso de humor, congelar os nossos sentimentos sinceros, desenvolver fantasias loucas, ficar com medo, irritados e perder contato com aqueles que amamos em casa e com os nossos vizinhos. Raramente se mede a eficácia de uma sessão de terapia pelo que ela foi para nós – terapeutas – por exemplo, como nos sentimos depois ou se foi permitido rir durante a sessão.

No nosso trabalho com pacientes, é importante equilibrar a abertura emocional e física (para a permeabilidade da relação, ressonância e por causa da nossa própria

saúde), e também estabelecer simultaneamente um limite contra qualquer efeito prejudicial que possa transbordar dos nossos pacientes para o nosso lado.

Em termos de autocuidado bioenergético, precisamos – além das técnicas básicas de respiração e grounding – um entendimento claro dos efeitos de técnicas bioenergéticas específicas, especialmente as que nos ajudam a energizar-nos (ao invés de nos descarregarmos) e a aprimorar a nossa contenção e os nossos limites pessoais (cf. Klopstech 2011).

Podemos encontrar ajuda na diferenciação bioenergética entre os conceitos de “carga” e “descarga”, assim como aprendemos a fazer em relação à organização estrutural (distúrbio primário vs. edipiano) dos pacientes. O autocuidado bioenergético requer que modifiquemos um pouco essas conhecidas técnicas bioenergéticas e que nos concentremos em carregar/conter e criar limites (cf. Shapiro 2006, 2008) – ou simplesmente que combinemos essas técnicas familiares com palavras e imagens mentais correspondentes para estabelecermos os nossos próprios limites.

2. Alegrias e mágoas da empatia – Perspectivas neurobiológicas ¹

Para começar, eis aqui algumas palavras sobre os aspectos alegres da empatia sem os quais provavelmente mal conseguiríamos sobreviver como seres comunicativos e sem os quais a psicoterapia não poderia ter sucesso. A empatia foi inicialmente definida no nível cognitivo como a “habilidade de participar dos sentimentos e pensamentos de outra pessoa” (cf. Kriz 1985, Körner 1998).

A descoberta dos neurônios espelho confirmou neurologicamente a nossa experiência de *ressonância somática* (cf. Heinrich-Clauer 1999, 2011).

A empatia é um acontecimento físico. Os neurônios espelho não podem ser ligados ou desligados; eles não estão sujeitos ao controle arbitrário. A observação do comportamento de outra pessoa automaticamente ativa os mesmos conjuntos de células pré-motoras no qual se baseia o comportamento observado (cf. Rizzolatti et al. 1999). “A transferência de informação emocional [...] é intensificada em contextos de ressonância.” (Schore 2005, p. 403). É um mecanismo não consciente, pré-reflexivo usado para descobrir intenções implícitas no comportamento de outra pessoa. Não é um processo mental de identificação (que tende a ser mais

1 (cf. Para maiores informações sobre a integração de conceitos neurobiológicos em Análise Bioenergética, vide Klopstech 2005, 2011; Koemeda-Lutz 2012)

consciente). Existe um cérebro no intestino que participa do processamento de emoções e é até mais rápido que os centros no tronco encefálico. Existem células de neurônios no coração (cf. Gershon, 1998; Siegel, 2011). O contato visual amigável, a diferenciação vocal e qualquer contato no contexto de uma relação de confiança geram uma regulação de estímulo autonômico assim como uma regulação do limiar da dor. Isso é feito pela tonificação do nervo vago ventral e pela secreção de oxitocina (cf. Porges, 2010; Moberg 2003).

Essa evidência neurobiológica foi muito bem-vinda por todo o corpo de psicoterapias no que diz respeito à parte implícita do encontro terapêutico. Correspondia à experiência clínica, que mudanças nas comunicações relacionais corporificadas (ressonância) definem o processo terapêutico e que as expressões faciais, os gestos, a postura, os olhares, a voz, os ritmos de respiração e o tônus corporal do terapeuta e do paciente se influenciam mutuamente (cf. Buti Zaccagnini 2011). Além disso, o psicoterapeuta usa os seus próprios processos somato-sensoriais para perceber os processos de seu paciente e o psicoterapeuta está psicobiologicamente em sintonia com os seus pacientes e portanto se torna o regulador interativo dos distúrbios regulatórios do paciente (Tonella 2011, p 99).

Descobertas da neurobiologia nos permitem supor que a empatia é “um contato através do hemisfério direito do paciente com o hemisfério direito do terapeuta” ou “uma conversa entre dois sistemas límbicos” (cf. Schore 2002, 2003, 2005; Lewis 2004, 2005). Também podemos dizer que a empatia significa “sentir os fenômenos físicos e as sensações dos clientes no nosso próprio corpo” (cf. Clauer 2003, p. 97), segundo Harold Searles.

Agora, sobre as mágoas de empatia: há 35 anos atrás Lowen já havia, da sua maneira, indicado que a situação terapêutica não tem necessariamente que ser prazerosa se a outra parte tem dificuldade de expressar emoções e nós estamos sujeitos a isso.

“Conversas, para dar outro exemplo, é um dos prazeres comuns da vida, mas nem todas as conversas são prazerosas. Para o gago conversar é doloroso e o interlocutor se sente igualmente desconfortável. As pessoas que são inibidas ao expressar sentimentos não são boas conversadoras. Nada é mais entediante do que escutar alguém falando num tom monótono sem sentimento. Uma conversa é agradável quando se comunica um sentimento. Encontramos prazer ao expressarmos os nossos sentimentos e respondemos prazerosamente à expressão de sentimentos da outra pessoa. A voz, assim como o corpo, é um meio através do qual os sentimentos fluem, e quando esse fluxo ocorre de uma maneira tranquila e rítmica, a conversa é agradável tanto para quem fala quanto para quem escuta.” (Lowen 1975, p.29/30).



"A terapia começa se a terapeuta sente o que o paciente está sentindo" (parafraçando Searles)?

O que ajuda o terapeuta empático em questão a respirar e manter-se seguro em seu próprio ritmo? Certamente não é ficar sentado, segurando a respiração ou prendendo o fluxo de lágrimas que está transbordando! Ficar sentado afeta negativamente a atividade metabólica. É favorável à saúde do terapeuta quando ele tem vontade de se mexer – dentro e fora da situação terapêutica. Quando nos movemos (moderadamente), a troca de oxigênio está em equilíbrio. Os nossos músculos intercostais e o nosso diafragma relaxam e nós respiramos melhor. No longo prazo pode não ser tão saudável ficar sentado numa cadeira refletindo a dor dos nossos pacientes, quase sem respirar nem se mover, apenas nos expondo aos seus padrões relacionais patológicos.

Como terapeuta eu preciso estar em grounding (ficar em contato com a realidade), ter a habilidade de estabelecer limites e manter uma grande força de retenção

2 Para esta e todas as ilustrações seguintes deste trabalho: © Vita Heinrich-Clauer, Graphics: Tanja Aranovych, Graz, www.tanjaaranovych.com

emocional (contenção) para com os sentimentos subconscientes e intoleráveis do paciente, mas não como um “*container*” imóvel. Uma comparação melhor é a de um corpo em ressonância com uma concha/membrana exterior viva, móvel e tonificante. Visto desta maneira, o meu suspiro e a minha expiração – acompanhados de um olhar compreensivo – já seriam a resposta para a dor da experiência de um paciente, sem ter que murmurar uma palavra. E a minha próxima inalação como terapeuta representaria uma primeira ação para me ajudar a sentir-me melhor. Quanto maior for a amplitude da minha respiração, mais provável é que eu alcance o espectro completo da ressonância emocional e da expressão da vida – mas mais provavelmente sentirei os limites físicos e os limites da carga. O movimento também pode conduzir para fora da depressão compartilhada. É indispensável que o terapeuta não apenas tolere as emoções exaltadas de seus pacientes, tanto física como emocionalmente, mas que também permaneça vivaz no processo e se mantenha em grounding suficiente para estabelecer limites quando exceder a sua capacidade de contenção.

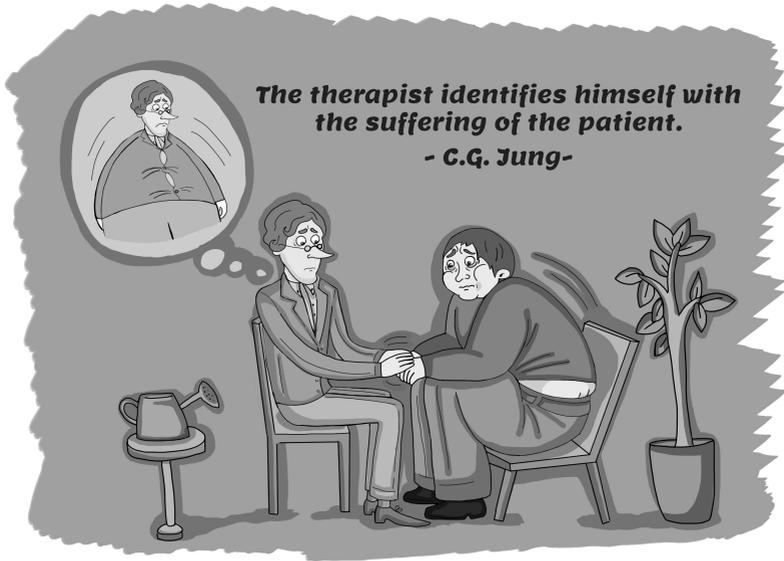
Na Análise Bioenergética respondemos aos nossos pacientes, no que diz respeito à nossa interação com e para com eles, mudando as posições do nosso corpo. Ou seja, nos tornamos disponíveis de uma forma interativa e cooperativa – não se trata de simplesmente espelhar, na posição sentada (cf. Heinrich-Clauer 2009, pp. 36 ff.).

Alguns resultados de pesquisas neurobiológicas (de ressonância magnética) devem ser apresentados agora. Eles são extremamente importantes no que diz respeito às influências dolorosas não conscientes e não articuladas – aqui, na fase média da terapia – que podem influenciar negativamente um psicoterapeuta na relação terapêutica:

Quando olhamos para o rosto de alguém que demonstra uma expressão facial de nojo ativam-se as mesmas estruturas neuronais (cíngulo anterior) que são ativadas quando sentimos nojo ou aversão ao cheirar ou inalar algo desagradável (cf. Siegel, 2011).

Os sistemas sociais e físicos de percepção e processamento de dor estão conectados. A experiência de sentimentos de insultos e de mágoa ocorre da mesma forma que a sensação física de dor (Bauer 2011). Sentir-se excluído, negligenciado, degradado – machuca o coração como uma faca (cf. Siegel, 2011).

Num estudo empírico de casais chamado “Amantes compartilham a sua dor”, neurologistas da University College de Londres descobriram que era possível observar uma indicação neurofisiologicamente mensurável de empatia num companheiro todas as vezes que o outro sentia dor. Se um sabia que o outro estava recebendo um choque elétrico naquele momento, as mesmas regiões cerebrais que controlam as respostas *emocionais* à dor (por exemplo tristeza, excitação, susto) respondiam, como se ele estivesse recebendo o estímulo elétrico ele mesmo. O



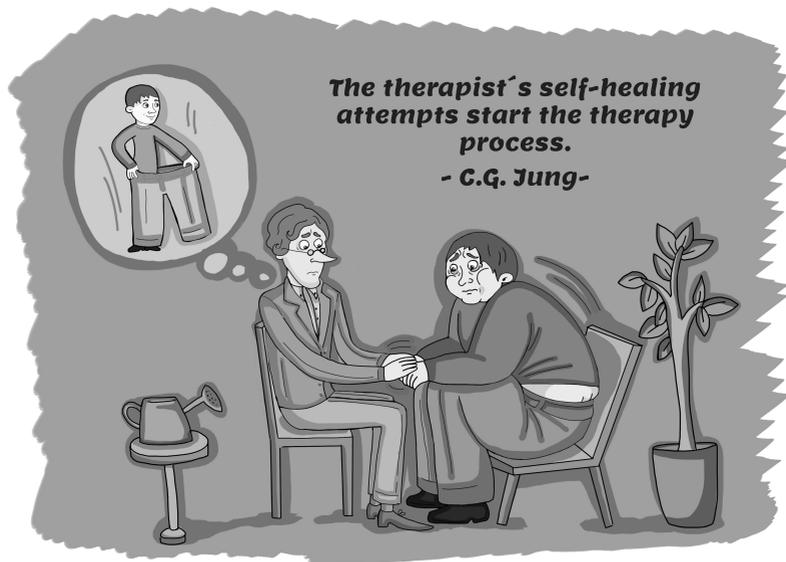
"O terapeuta se identifica com o sofrimento do paciente" (C.G. Jung)

processamento emocional do companheiro era sempre estimulado, mesmo quando ele não podia ver o rosto do seu companheiro, mas apenas se a informação fosse transmitida através de painéis informativos. O conhecimento e a imagem mental da dor do companheiro são suficientes para ativar até mesmo as regiões do cérebro que controlam as respostas emocionais à dor (cf. Science 2004, Vol. 303, p 1157).

A pesquisa neurobiológica, no padrão em que é conduzida, ainda está longe do tipo de complexidade que precisaríamos para elucidar o processo de interação inconsciente durante uma sessão de terapia. Os neurônios espelho explicam parcialmente algumas dessas observações, mas não toda a complexidade dos eventos relacionais e das ressonâncias somáticas, como as percepções sensoriais de frio/calor, peso/leveza, contração/expansão, etc.

C. G. Jung em seu conceito de "infecção" já tinha um entendimento construtivo e orientado pelo processo da ressonância de hemisfério direito que ocorre entre paciente e terapeuta (cf. Jung 2011 parafraseado): "O terapeuta se infecta com o sofrimento do paciente."

Com essa hipótese, Jung não estava explorando explicitamente o espelhamento físico e a ressonância, mas de certa forma expressou uma perspectiva relacional da contratransferência.

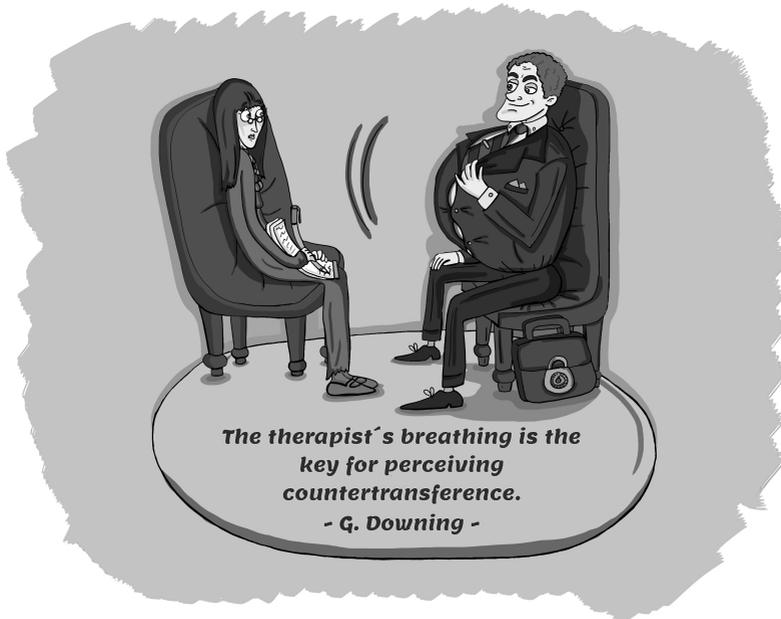


"As tentativas de autocura do terapeuta iniciam o processo terapêutico" (C. G. Jung)

A primeira reação do terapeuta pode ser de choque com os sintomas do paciente, como por exemplo: "Ai meu Deus, ele não deveria ser tão gordo assim de jeito nenhum." (ou) "Pelo amor de Deus, eu não quero ter um corpo assim de jeito nenhum!" A espinha do terapeuta se enrijece correspondentemente, como na ilustração anterior. O seu rosto (olhos, testa, boca) expressa que ele não quer comer. Ao mesmo tempo, a sua primeira reação já o deixou preso através do contato com as mãos, do olhar e dos sentimentos. O terapeuta não admite conscientemente, mas o seu corpo reconhece o aprisionamento da sua reação ao paciente.

Como somos influenciados pelos nossos pacientes depressivos, exacerbados, angustiados ou desqualificadores? E como superamos essas "infecções"? Como podemos nos proteger de influências nocivas de pacientes quando simultaneamente estamos tentando nos sentir o mais abertos possível? Uma saída possível é o trabalho com a contratransferência corporificada como catalisadora para as cenas e técnicas disponíveis para nós.

Assim, a imagem mental de uma solução emerge da postura autodefensiva contra essa "infecção": "As tentativas de autocura do terapeuta promovem o processo terapêutico." (parafraçando C. G. Jung 2011).



"A respiração do terapeuta é a chave para perceber a contratransferência" (G. Downing)

Ele transmite mentalmente essa visão do paciente esbelto e certamente buscará formas de *não* entender porque o paciente possa ser tão gordo. No caminho da liberação da visão do paciente mais esbelto, mais ágil, o terapeuta terá que desenvolver muitas iniciativas físicas para se libertar da infecção. A infecção como tal, no entanto, também pode ser incluída na interação com o paciente num nível físico concreto.

Esse conceito difere de conceitos que fundamentalmente consideram os terapeutas "containers" para os sentimentos dos seus pacientes a fim de "sustentar" os sentimentos não sustentados, não toleráveis ou não conscientemente percebidos por eles. Se essa sustentação tomar um caráter de "sofrimento" e a respiração e a pulsação estiverem muito baixas, os efeitos tendem a ser nocivos para a alma e para o corpo do terapeuta. Obviamente isso é prejudicial para o processo terapêutico. A nossa ressonância anima o processo terapêutico se a disponibilizamos. Ela pode ser usada como catalisador e gerador de novos padrões de movimento físico, novo meio de experiência e expressão para pacientes. Assim o processo pode ser mais lúdico e fluido (cf. *Heinrich 1997, 1999, 2001; Clauer 2003; Heinrich-Clauer*

2014). A respiração do terapeuta é a chave central para perceber a esses elementos (vide Downing, 1996, pp. 322f). É possível colocar em palavras descritivas o que foi sentido durante o contato e comunicá-lo cautelosamente ou talvez refleti-lo de forma não verbal.

Um paciente que não conhece o seu medo e a sua necessidade de amor pode levar o terapeuta a segurar a respiração e ficar apavorado com a sua mera expansão física e dominação (do paciente). Nesse caso, seria possível ressuscitar o terapeuta, sinalizando o seu conhecimento de que segurou a respiração e ficou apavorado e perguntando ao paciente se ele já experimentou esse tipo de atitude interna no passado. Se o paciente *não exhibe amnésia* das suas próprias experiências traumáticas, ele geralmente as relata sem emoção ou com um sorriso. Logo eu, como terapeuta, experimento fenômenos de ressonância somática (como a perda de contato com o chão, congelamento, susto, respiração reduzida, náusea, etc.) e assim recebo referências de acontecimentos emocionais passados. Depois que os pacientes são ativados e avivados, nós também temos a chance de nos sentirmos mais vivos.

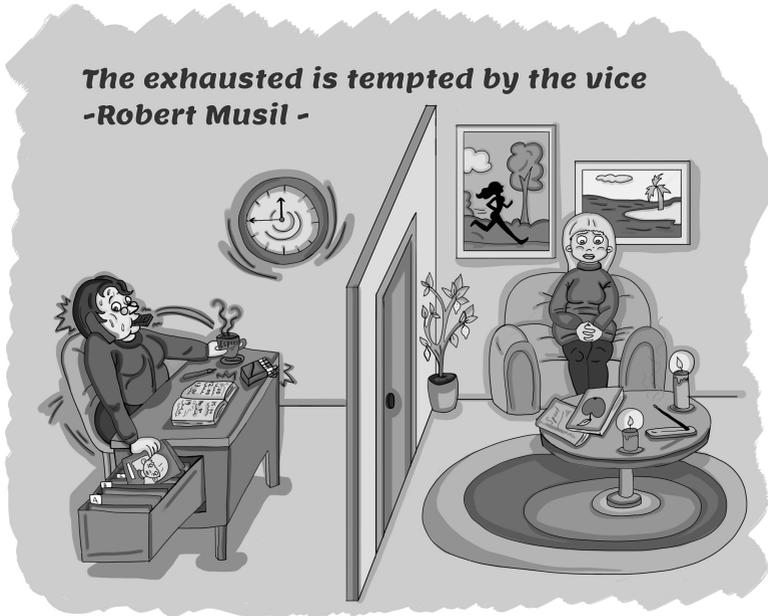
3. Riscos ocupacionais na psicoterapia

Se nos sentimos obrigados a manter uma atitude empática e não ousamos executar nenhuma intervenção bioenergética dinâmica para a nossa própria segurança e para o nosso próprio bem-estar durante o processo terapêutico e em presença do paciente, tomamos uma atitude perigosa.

3.1 Riscos psicológicos: supressão da raiva, depressão, esgotamento (*burnout*)

“Resistir às influências negativas é também uma questão de vitalidade: o exausto se deixa seduzir pelo vício” (Robert Musil in “The Man without Qualities.”)

Essa terapeuta obviamente perdeu a capacidade de estabelecer seus limites, colocar-se em grounding e demonstrar autocontrole em contato com os seus pacientes. Os limites espaço-temporais parecem necessários também. Esse tipo de dissolução de limites e falta de resiliência pode se manifestar em sintomas como dificuldade de cumprir prazos, fadiga, falta de energia, sentimento de estar inundado pelas questões do paciente, pensar nas histórias dos pacientes em casa ou os pacientes controlando o desenrolar da sessão.



“O exausto se deixa seduzir pelo vício” (Musil)

Os sintomas clássicos de esgotamento mencionados na literatura relevante são (cf. Fengler 1994):

- Exaustão emocional – depressão (níveis de energia baixos)
- Baixo potencial pessoal (sensação de futilidade, ineficiência)
- Despersonalização e perda de empatia (atitude cínica para com os pacientes)

Considera-se que os seguintes aspectos promovem esgotamento na vida profissional e privada:

- Desequilíbrio entre esforço e recompensa
- Altas exigências com mínima influência
- Equilíbrio trabalho-vida comprometido
- Regulação narcisista em risco: grande necessidade de reconhecimento combinada a pouca possibilidade de recompensa

Além de remuneração financeira, precisamos nos sentir autoeficazes e perceber uma “recompensa” pelo nosso trabalho. Até que as primeiras melhoras dos sinto-

mas muitas vezes teimosos e violentos – ou até mudanças de vida positivas – se concretizem nos pacientes, o nosso trabalho psicoterapêutico é um exercício de paciência. Trabalhar com resistência e negatividade na relação entre terapeuta e paciente, o que é necessário durante a terapia bioenergética e psicodinâmica, com frequência nos deixa desesperados ao invés de nos dar uma sensação de sucesso, sobretudo na fase média de uma psicoterapia de longo prazo.

Logo, o trabalho psicoterapêutico por si só já corresponde aos critérios mencionados acima para as condições contextuais que promovem esgotamento. Acrescente um pouco de “confidencialidade de paciente-cliente”, que é a obrigação de proteger o paciente e de manter silêncio sobre o conteúdo da terapia para o mundo exterior. Essa exigência entra em conflito com a nossa necessidade de ser visto no nosso meio social e reconhecido pelo nosso trabalho. O risco ocupacional da nossa profissão praticamente não foi explorado sistematicamente, mas tem recebido cada vez mais atenção ultimamente (vide os muitos artigos e cursos de treinamento que têm sido anunciados em revistas especializadas nos últimos anos) e foi discutido num estudo alemão sobre a qualidade de vida dos psicoterapeutas.

Dentre os médicos, tanto psiquiatras como anestesistas têm a taxa de suicídio mais alta. Taxas de suicídio comparáveis também têm sido observadas entre os psicólogos. Pode ser muito angustiante atuar num campo profissional que se dedica a pessoas que denigrem, negam, são adictos, têm relacionamentos destrutivos, veem a vida negativamente, mostram sintomas de depressão, ódio, raiva, medo e perversão. Isso pode reduzir a nossa qualidade de vida. Em pacientes borderline, às vezes experimentamos um questionamento e uma ameaça constante aos nossos limites e à nossa integridade.

A sobrecarga emocional constante – por motivos narcísicos – pode deixar uma pessoa doente e causar sintomas como tensão, estresse, exaustão, fadiga, perturbações do sono, esgotamento e abuso de tabaco ou drogas. O relacionamento com um companheiro, filhos, amigos e família pode sofrer porque a nossa disposição de nos abrimos aos interesses de outras pessoas fica reduzido no âmbito das nossas vidas privadas. Em geral, qualquer alegria de viver, confiança e diversão pode ficar amortecida. Além dos sintomas de depressão, também podemos desenvolver sentimentos agressivos para com os nossos pacientes, inclusive desinteresse, um distanciamento cínico ou irônico, objetificação do contato, hostilidade, impaciência, raiva e tédio.

O paciente se torna simplesmente um objeto que recebe aconselhamento e terapia, através do qual a técnica que entra em questão para esse “caso” é considerada apenas por motivos profissionais sem nenhuma empatia real ou atitude amorosa. As reações inconscientes hostis de contratransferência podem levar a dinâmicas

sádicas e orientadas pelo poder. Elas podem ser desencadeadas não apenas por distância e rejeição por parte do paciente, mas também por comportamento muito apegado, codependente e lamentoso (vide Reimer, Jurkat et al 2005; Deutsches Ärzteblatt 11, 2003; Niedersächsisches Ärzteblatt 7, 2003).

Da nossa perspectiva, em termos de autocuidado de terapeutas, é crucial adquirirmos uma distância temporal-espacial dos nossos pacientes.

Uma imagem positiva de distância na relação (individação e separação) e autonomia (independência na relação) ajuda a limitar qualquer sentimento de culpa que possamos ter. Exercícios bioenergéticos para serem feitos em casa (provisoriamente) podem ser considerados *objetos transicionais* para o paciente e ajudam a manter a relação terapêutica.

“Os exercícios físicos de grounding também permitem que o paciente se desenvolva positivamente, independentemente da presença do terapeuta. Quando isso acontece, em termos psicológicos de desenvolvimento, os exercícios criam a paciência e a alegria inesgotáveis demonstradas pelas crianças para promover progresso psicomotor. Eis aqui os equivalentes psicomotores das “saídas do medo e da simbiose” (Kast 1982) (vide Oelmann 1996, p. 131f).

Além disso,

“quando o turbilhão simbiótico está especialmente forte na relação terapêutica, estimular o paciente a fazer os exercícios em casa certamente promove que se desapegue de forma autônoma do terapeuta. O cliente pode aprender a sentir que é capaz de dar passos em direção ao crescimento pessoal independentemente do seu contato com o terapeuta, mesmo sem a sua presença direta” (cf. *ibid.*, p. 135).

Não podemos deixar de mencionar que pode ser recomendável para nós terapeutas não apenas conduzir esses exercícios ou recomendá-los aos nossos pacientes, mas também levar esse tipo de objeto transicional conosco para usá-lo com nós mesmos no nosso próprio tempo livre!

Neste contexto, eu gostaria de apontar algumas descobertas advindas da pesquisa infantil que mostram que os pais respondem durante apenas 20-30% do tempo verdadeiramente de forma empática ou devidamente atentos à criança. Mas crianças com um vínculo seguro têm pais (presumindo que eles mesmos são seguros e atentos) que em até no máximo dois segundos concedem aos seus filhos liberdade e espaço. As crianças podem regular essa interação assim como a si próprias e tanto as crianças como os pais podem liberar a tensão (Tronick 1989).



“Quando o terapeuta planejar tirar férias, deve conversar sobre o assunto em tempo oportuno.”

Esses sistemas de regulação diádica de dois segundos implícitos e não verbais operam ao longo de um ciclo de vida inteiro. Para a situação de terapia, isso significa que podemos nos permitir uma atitude relaxada se pudermos confiar que não precisamos desenvolver intervenções de sucesso 100% do tempo para influenciar positivamente o sistema de autoregulação de nossos pacientes. Fases de contato atento e coordenado menos frequentes são suficientes para colocar esses pacientes na posição de trazer tanto a sua agitação como a nossa de volta ao equilíbrio através da interação.

Ao fazermos o anúncio de forma oportuna, fica mais fácil respeitarmos, dentro da relação, a nossa própria necessidade de descansar e recuperar-nos. Acordos oportunos valorizam a nossa conexão com o paciente. Apenas se eu negar o caráter de vínculo da relação terapêutica – ou nem sequer considerá-la uma relação, mas apenas uma relação de trabalho determinada pela técnica – é que eu posso pensar em considerar irrelevantes as divisões e distâncias entre uma sessão e outra.

Desde o começo dos anos 1950, sabe-se através da pesquisa psicossomática e da obra de Alexander (cf. Alexander 1977) que os impulsos de autoafirmação ou os impulsos hostis reprimidos têm efeitos fisiológicos diretos e que são a causa da formação de sintomas somáticos. Desde então, diversas conexões psicossomáticas foram provadas empiricamente. Vale a pena mencionar que nesse contexto estão os trabalhos do pesquisador da emoção Harald Traue. Eles mostram que ao suprimir reações emocionais e negligenciar o comportamento expressivo enquanto ocorre simultaneamente alto nível de excitação fisiológica, isto influencia negativamente o sistema nervoso autônomo e o sistema imunológico e leva a sintomas psicossomáticos. Ao passo que expressar raiva – especialmente quando a mostramos à pessoa que causou essa situação, diminui a pressão sanguínea e fortalece o sistema imunológico (cf. Traue et al 2005; Sonntag, 2003, p.48 ff). Neste contexto, nós terapeutas bioenergéticos concordamos incondicionalmente que o uso das nossas intervenções ativas, expressivas e emocionalmente libertadoras com os pacientes, pode agora ser visto como empiricamente validado (Lowen 1978).

Até o presente, todas essas descobertas e evidências empíricas foram feitas com referência aos pacientes. Ainda não foi discutido que essas descobertas se aplicam a nós terapeutas na mesma medida. Não é saudável ficar sentado numa cadeira nos expondo, nem com preocupação constante, nem distanciamento e desapego emocionais (nenhuma dessas duas atitudes pode ser considerada saudável a longo prazo) numa postura relativamente imóvel e inexpressiva à indiferença, à raiva, ao sofrimento, à depressão ou à degradação latente dos nossos pacientes.

Há mais de dez anos já temos conhecimento da neuroplasticidade e da formação de células neuronais no hipocampo, assim como da adaptabilidade e da capacidade de aprendizado do cérebro. Da mesma forma, não devemos esquecer – no fervor de criar “mapas neurológicos” baseados em ressonância magnética que permitem visualizar “localizações” e os seus caminhos de conexão – que são apenas uma descrição de processos neurobiológicos e neurofisiológicos. A maior parte mostra alguma adaptabilidade reduzida, ou desregulação – e não danos “irreparáveis” (van der Kolk, 2010, p 11). Felizmente, a ideia de neuroplasticidade é válida para para toda a vida do indivíduo, e também para nós psicoterapeutas, porque senão nós também deveríamos temer pela nossa unidade mente-corpo. Se nos voltarmos às experiências dolorosas de nossos pacientes, as quais tocam os limites da capacidade de sobrevivência, e seguirmos ao longo de toda a nossa vida profissional tendo a experiência de promover apenas sua elucidação e vitalização depois de uma provação muito longa – ou às vezes nem isso, podemos viver em risco.

3.2 Tentação narcísica

Para estarmos imunes a tentações narcísicas e ao mau uso de uma posição emocionalmente dominante em relação ao paciente, nossa estabilidade emocional e independência interior são pré-requisitos essenciais. Por causa das situações estressantes nas nossas próprias vidas, da nossa necessidade de contato e a nossa vontade de reconhecimento, podemos expor-nos ao perigo de violar os limites pessoais e as necessidades de autonomia dos nossos pacientes (see Schmidbauer 1999). Tanto na literatura em língua inglesa sobre psicoterapeutas, como na alemã, sempre faz-se referência ao “curador ferido”. Essa imagem arquetípica se baseia na ideia de que o curador deve ter sido ferido ele mesmo para que saiba como a cura pode acontecer. Ao mesmo tempo, diz-se que os próprios terapeutas frequentemente sofreram traumas e por isso eles mesmos precisam de ajuda, e conseqüentemente o desempenho do seu trabalho terapêutico estaria comprometido. Entretanto, existem indicações de que as experiências problemáticas de uma pessoa podem de fato aumentar a sua capacidade de sentir empatia; logo, isso também aumenta o profissionalismo dos terapeutas (Goldmann 2007).

Alexander Lowen sempre falou sobre o fato de não podermos ajudar o processo dos nossos pacientes mais do que nós mesmos já descobrimos do nosso próprio passado, chegando à solução para os nossos próprios bloqueios específicos de caráter: “O terapeuta não pode levar o paciente mais longe no caminho do autoconhecimento e da autorealização do que ele já esteve ele mesmo” (Lowen 1993, p 8).

A maioria dos treinamentos psicoterapêuticos se baseia em casos e em primeira instância transmitem competências metodológicas. O perigo aqui é que, ao focar-se exclusivamente nas questões metodológicas e na sua supervisão, estimula-se uma posição narcísica – a realidade física dos terapeutas, assim como as suas repercussões no processo, é negligenciada. As nossas vulnerabilidades biograficamente condicionadas moldam a nossa habilidade de ressonância e influenciam a seleção e o modo das nossas intervenções. Correspondentemente, a relação oferecida pelo terapeuta tem sempre uma natureza subjetiva – e não uma natureza objetiva meramente determinada pelo “caso” ou pela metodologia escolhida. Esperamos ter aprendido uma percepção dos sinais corporais, bem treinada, diferencial, menos conflituosa e menos defensiva (baseada na competência corporificada do terapeuta).

As questões narcísicas principais, além das questões depressivas, certamente representam o maior convite para se tornarem virulentas no próprio terapeuta no âmbito da relação terapêutica – por causa da configuração assimétrica e também



"O terapeuta não pode levar o paciente mais longe no caminho do autoconhecimento e da autorealização do que ele mesmo já alcançou" (Lowen)

de algumas expectativas dos pacientes. Logo, o terapeuta pode falar mais sobre si mesmo para poder receber admiração ou aplicar técnicas físicas ativas muito fortes (cf. Downing 1996, pp. 340f; Shapiro 2000).

Motivos inconscientes para a postura narcísica compensada de terapeutas podem estar – assim como em todas as outras estruturas – na sua busca de reconhecimento, amor, autoeficácia, etc. No entanto, aqui há um motivo em particular: a busca de admiração e superioridade do terapeuta que cede o próprio pequeno *self* interior ao paciente, ou a vergonha de ser humano e incompleto, a falta de uma base segura (na parte inferior do corpo) e acaba enfatizando a imagem de si mesmo.

Contudo, aceitar a tarefa de Lowen de querer ajudar os pacientes a “progredir” já pode sugerir uma fantasia de onipotência narcísica também!

O trabalho na autoregulação e no automonitoramento do paciente – tendo como meta maior a sua autonomia – per se, isso significa que não somos nós quem

o “fazemos”. Na verdade, nós confiamos no poder de cura do corpo e nos vemos como acompanhantes ou catalisadores. Especialmente a sedução narcísica contida no conceito de “fazer” deveria ser particularmente reconhecida como uma ameaça, quando usamos uma técnica mais diretiva como a Análise Bioenergética.

4. Devoção ao corpo do terapeuta: “cuidar do instrumento”

As recomendações que se dão a psicoterapeutas de fazer algo para a própria saúde e para o próprio bem-estar para evitar o esgotamento (*burn-out*), a falta de alegria e o desassossego focam principalmente em atividades que se dão fora das sessões de terapia, como a sugestão de fazer sua terapia pessoal, supervisão, supervisão de pares, esportes, yoga, canto, dança, orações, meditação ou sair de férias. Felizmente, na Análise Bioenergética não se faz essa distinção entre fazer atividade física *antes e depois das sessões de terapia*, mas ficar sentado imóvel durante as sessões felizmente não faz parte da Análise Bioenergética – o que também acontece raramente em outras formas de psicoterapia física. Exercer o autocuidado bioenergético é muito mais que submeter-se à autoanálise ou à supervisão de casos clínicos. Significa “cuidar do instrumento”, revitalizar-se, sustentar a própria vibração, sempre procurando permanecer em grounding para prevenir a depressão ou o desapego emocional como um resultado da sua carga de trabalho. Ao fazer isso, levamos o foco bioenergético para a nossa capacidade de nos enraizarmos (grounding), a nossa respiração, o nosso fluxo de energia, mas também para as nossas limitações e para a nossa força de retenção emocional (contenção) – antes, durante e depois da sessão de terapia. Muitas descobertas extraordinárias da pesquisa neuroimune e neurofisiológica documentam, passo a passo, o que nós já sabemos há muito tempo pela prática clínica – que o nosso corpo tem sistemas regulatórios suficientes para recuperar-se de estresse se nós lhe dermos a chance de fazê-lo (cf. Ehlert/Känel 2010; Schubert 2011).

4.1 Exercício, respiração, grounding

Na pesquisa psicológica epidemiológica de esportes, há uma ideia que vem sido discutida intensamente e se chama “sedentarismo” (estilo de vida sedentário). Os resultados desses estudos sobre “sedentarismo” revelaram que as pessoas que não fazem nenhuma atividade esportiva, mas que ficam sentadas apenas durante um curto período durante o dia, diminuem o risco de morte prematura mais do que

peessoas que fazem atividade física moderadamente, mas ainda ficam sentadas na maior parte do dia. Isso vai contra qualquer trabalho psicoterapêutico que se faça sentado!

“O estilo de vida sedentário prova ser um fator de risco significativo especialmente por causa da incidência de enfermidades metabólicas como diabetes mellitus tipo 2 e aterosclerose coronariana.” Além disso: “sedentarismo,” de acordo com a pesquisa atual, é um risco comportamental à saúde relativamente independente da inatividade física” (Fuchs & Schlicht 2012, p.7).

Também há evidências empíricas de estudos com pacientes vítimas de doenças crônicas (artrite, câncer, diabetes, doença cardiovascular) referentes à relação entre atividade física e bem-estar, os quais afirmam que programas de treinamento puramente motores seriam significativamente mais efetivos que programas exclusiva ou complementarmente motivacionais/educacionais (cf. *Ibid*, p.42).

Na troca da fase de contração/relaxação que ocorre durante a atividade física, os nossos músculos liberam um tipo de neurotransmissor no corpo chamado “endorfina”. As endorfinas causam sensações agradáveis, um tipo de “barato” natural, e pode agir como um analgésico suave – reduzindo a dor no corpo. Algumas atividades físicas e experiências de dor (por exemplo o “‘barato’ do corredor” ou esportes como escalada e parapente, que estão associados a experiências de fluxo) podem fazer com que endorfinas sejam liberadas, causando um sentimento de felicidade. Esse efeito já foi confirmado medicamente apesar das experiências serem individualmente muito diferentes.

Retornando ao plano da conscientização física, expressão e controle do corpo, esses resultados mostram, por exemplo, que limitar o tempo destinado à fala na terapia não precisa ser uma técnica mecanicista e diretiva que evita o contato (como frequentemente enfatizam alguns críticos analíticos). Alternativamente, fazê-lo pode no mínimo melhorar o bem-estar e a relação sensorio-motora de pacientes com distúrbios psicossomáticos. Isto é, também pode ser vantajoso nós terapeutas “descarregar corporalmente” (não simplesmente usando afirmações verbais ou a imaginação), mas de forma simples e motora, as experiências onerosas do nosso trabalho com pacientes que ficam guardadas no nosso corpo! Nós como terapeutas de Análise Bioenergética temos a vantagem de possuímos *settings* flexíveis. Assim como em outros métodos psicoterapêuticos humanísticos e físicos, podemos estar fisicamente ativos de diversas formas durante o nosso trabalho com pacientes. Exercícios de respiração e os que promovem fluxo de energia, os quais podemos executar junto com os pacientes, também aumentam a nossa autoper-

cepção e a motilidade dos músculos dentro da relação. Igualmente, a nossa força de retenção e a nossa capacidade de nos distanciarmos podem crescer quando nos colocamos em grounding e praticamos respiração profunda.

O princípio de *grounding* baseado na realidade (Lowen 1976) que é tão inato à Análise Bioenergética foca a nossa atenção na metade inferior do corpo, no grounding concreto, em estar enraizado no aqui e agora, o que nos distancia de um autoconceito ilusório (julgamento equivocado e exigências excessivas). Os exercícios de grounding estimulam a nossa consciência corporal nos níveis sensório-motor e proprioceptivo (cf. Clauer, 2009; Siegel 2011). Podemos ter certeza da nossa postura e do nosso ponto de vista, tanto concreta como figurativamente. Por exemplo, as células proprioceptivas dos nossos pés, mãos e rosto fornecem, junto com o aparelho vestibular nos nossos ouvidos, informações sobre a nossa posição no mundo da mesma forma que os nossos ossos, músculos, tendões e ligamentos (cf. Clauer 2009).

Exercícios de autocuidado para terapeutas: Grounding

(CUIDADO: Estes exercícios são adequados para terapeutas Bioenergéticos treinados para a execução correta de cada um. Faça-os apenas se puder seguir as instruções com facilidade e tiver um entendimento claro da execução correta de cada exercício. ed)

- De pé, transfira o seu peso para uma perna enquanto rola a planta do outro pé numa bolinha. Se precisar, você pode se segurar numa cadeira para se equilibrar melhor. Use bolinhas de borracha para fazer uma massagem na sola do pé enfatizando as bordas de fora e o calcanhar. Isso enfatiza o contorno externo das pernas, quadris e costas; transforma a autopercepção de um modo receptivo para um modo ativo. Controle a pressão conforme distribui o peso para cada lado. Exale enquanto pressiona o pé para baixo. Encontre um som para expressar a sua dor. Troque de pé.
- Fique numa pose de corredor na linha de largada de uma corrida: Uma perna à frente da outra, joelhos flexionados, calcanhares no chão e as mãos tocando o chão dos dois lados do pé da frente. Apoie-se no metatarso de ambos os pés, como se estivesse pronto para dar largada. Este exercício solta os glúteos e alonga o tendão de Aquiles. Ele contribui para o sensação de poder fugir.
- Faça o arco para frente (curve-se para frente; faça o “elefante”): mãos e pés no chão; cabeça relaxada, quadril para cima, peso principalmente nas pernas. Nesta posição, faça caretas para o chão. Balance

a cabeça e pense em pacientes desagradáveis; faça um som vocal de “brrrrrr...”.

- Enquanto estiver na posição do elefante, pense em pacientes irritantes que o tratam mal. Use expressões como “Vê se desaparece!”. Fale com uma forte intenção.
- Mexa o quadril da esquerda para a direita dizendo: “Eu valorizo a minha sexualidade, mesmo se você não valoriza a sua” (pensando em pacientes sexualmente inibidos)
- Sente-se em cima dos joelhos e das pernas, coloque a cabeça no chão (atapetado). Essa também é a posição da criança na yoga). A seguir, role o crânio no tapete devagar e com cuidado, usando as mãos abertas ao lado do rosto para alavancagem e equilíbrio. Rolar a cabeça (crânio e testa) no chão expande o seu campo de visão, libera qualquer bloqueio no pescoço, na base do crânio e nos músculos oculares. Faça este exercício para temporariamente “esquecer que o paciente existe”.

4.2 Expressão vocal

A confirmação dos efeitos benéficos à saúde da ativação da expressão corporal e vocal veio com um estudo do Instituto de Educação Musical de Frankfurt intitulado “Cantar contribui para o sistema imunológico! Ouvir música, todavia, não!”

Pesquisadores da Universidade de Frankfurt mediram os valores sanguíneos (imunoglobina A e cortisol) de cantores de um coral amador antes e depois dos ensaios do Requiem de Mozart. Os seus valores sanguíneos, vistos como um indicador do sistema imunológico do corpo, aumentaram depois de cantar. O seu humor subjetivo também melhorou. Uma semana depois, o mesmo estudo provou que ouvir o mesmo Réquiem não influenciou positivamente os valores sanguíneos de nenhuma maneira (cf.. NOZ 01.17.04, report about Prof. Hans Guenther Bastian from the Frankfurt Institute for Music Education).³

3 Cortisol – um hormônio que tem, por exemplo, efeitos catabólicos e um efeito atenuante no sistema imunológico, e que é amplamente usado na medicina para suprimir reações exageradas do corpo e inibir inflamações. Com respeito a isso, o aumento no valor de cortisol depois de cantar pode ser visto como um sinal significativo da resposta do corpo indicando uma melhor imunidade. Imunoglobina A (IgA) é um anticorpo que se encontra principalmente nos fluidos corporais externos, onde formam uma importante barreira de defesa contra patógenos.

Na Análise Bioenergética, enfatizamos a capacidade do *corpo e da voz de se expressarem*. Vemos a liberação do poder da expressão vocal de medo, tristeza ou raiva per se como terapeuticamente efetiva – assim como a vibração dos músculos (tremor neurogênico). O trabalho expressivo com a voz é – ao contrário do canto coordenado ou atenção plena silenciosa e exercícios de yoga – uma permissão magnífica para sermos o nosso verdadeiro eu. Gritos estridentes, suspiros profundos, clamores veementes, soluços significativos e gargalhadas estrondosas agora ganham um espaço e podemos massagear a voz por dentro, tonificando-nos, aliviando-nos de qualquer estresse para nos aproximarmos do nosso meio social com as nossas emoções. Voltamos a nossa atenção ao timbre vocal (a coloração emocional), à melodia (prosódia), ao volume e à capacidade de nos fazermos notados no nosso entorno. Neste aspecto, a Análise Bioenergética é muito diferente de outras técnicas corporais puramente terapêuticas como yoga (exceto a yoga do riso), Tai Chi, Chi Gong, Shiatsu, osteopatia, meditação, focalização, etc. ou mesmo de métodos puramente verbais que funcionam pelos princípios da atenção plena (mindfulness) e da imaginação. Que eu saiba, nenhum outro método psicoterapêutico trabalha explicitamente com a voz. Nem mesmo o psicodrama e a Gestalt conferem à voz o mesmo status que ela recebe na Análise Bioenergética.

Exercícios de autocuidado para terapeutas 2: expressão vocal (descarga)

- Apoie-se nas mãos e joelhos e mexa as costas alternadamente fazendo uma posição côncava (“vaca”) e uma convexa (“gato”). Use esse exercício “vaca-gato” inspirando o medo na posição da vaca e expirando alívio na posição do gato. Imagine um paciente difícil e amedrontador enquanto olha para o teto e inspira com um “hii”. A seguir, imagine que ele saiu pela porta enquanto você estava arqueando as costas como um gato, soltando e expirando com um “Aah.” Você pode experimentar uma descarga de ansiedade com o som exagerado e amplificado de medo (permissão para sentir medo) e sentir que controla o seu medo e a sua aversão ao alternar entre medo e alívio. As partes de cima e de baixo do seu corpo se integram através do movimento de onda (confiança por meio de respiração pélvica) e dissolução da rigidez advinda do medo (olhos, boca, pescoço, garganta, diafragma). Muitas vezes este paradoxo dá lugar a um humor mais leve e divertido. (O mesmo exercício também pode ser executado se colocando no lugar onde você consegue imaginar um paciente impopular no teto).

- Tente começar a rir na posição de pé. Primeiro arqueie as costas para trás (arco) e depois curve-se para frente (elefante). Rir é a forma mais fácil, agradável e espontânea de aprofundar a nossa respiração (explicação dos exercícios cf. Shapiro 2008, p. 79)
- Imagine que você é um terapeuta bobo. Ponha a língua para fora ora para a direita, ora para a esquerda com uma empolgação alegre e completamente tola (ibid, p. 69).

Estudo de caso: Autocuidado

Num grupo de autoconhecimento, uma colega em treinamento me contou da sua insônia. Ela não conseguiu dormir por duas noites por causa do medo das suas primeiras sessões de consulta, pois a dúvida em relação às suas habilidades a atormentava. Ela também não conseguiu dormir quando chegou aqui ao centro de formação (onde se deu o treinamento). Num primeiro diagnóstico da sua postura corporal de pé eram aparentes os ombros tensos e levantados, assim como a expressão ansiosa no olhar. Ela dizia ter o sintoma dos “ombros congelados”. Na constelação familiar de orientação corporal que ela fez para tratar de uma cena biográfica relevante, surgiu uma imagem dos seus três irmãos mais velhos apoiando-se nos seus ombros, empurrando e fazendo força para baixo. Eles a torturavam frequentemente com as suas travessuras: ela se lembra de quando tinha quatro anos de idade e foi para o banheiro externo que ficava do outro lado do quintal e, enquanto ela estava lá sentada sozinha, os seus irmãos desligaram a luz. Ela ficou apavorada e gritou. Os seus pais não perceberam o golpe sujo nem o seu drama. Hoje, adulta, ela conta que não consegue gritar e que se sente aprisionada no próprio corpo quando se sente sobrecarregada por exigências demais. Enquanto trabalhava essa cena, ela ousou levantar a voz e gradualmente foi esbravejando “Parem!” com volume crescente até soltar um grito explosivo que preencheu a sala. Isso relaxou os seus músculos dos ombros e também os seus olhos cheios de medo. Na noite seguinte ela conseguiu dormir bem no centro de formação. Ao voltar para casa, ela passou a praticar o grito regularmente enquanto dirigia ao seu trabalho, pratica aconselhamento, e conta que agora consegue dormir de novo.

4.3 Tocar e tranquilizar

O contato com a pele diminui a pressão sanguínea e promove a interação com o sistema de adrenalina (“luta-fuga-congelamento”) a fim de liberar oxitocina – o

hormônio da paz e do amor (cf. Uvnäs-Moberg 2003). Quando a experiência do contato físico ocorre de forma segura numa relação – em termos de neurocepção – é gerado um estímulo do nervo vago do ventral “inteligente” (muito provavelmente através do mecanismo de oxitocina), e juntamente com as expressões faciais e os intercâmbios emocionais, promovem comportamento de engajamento social (cf. Porges 2010; Clauer, 2013, p 152f).

Na minha opinião, a diferença entre a Análise Bioenergética (e outras psicoterapias corporais que trabalham com relacionamento) e terapias puramente corporais – como a massagem, fisioterapia, osteopatia, yoga, etc. – é que ela se define pela construção de uma relação, pelos gestos ritmicamente coordenados ou pelo contato físico conectado a imagens de relacionamentos; isso estimula outras respostas por meio do nervo vago, o que não acontece no mero toque mecânico de um desconhecido. A especificidade de um contato físico de confiança numa relação humana de confiança ainda não foi estudada adequadamente na pesquisa neurológica de cunho etológico.

Quando tocamos nos nossos pacientes ao aplicar diversas técnicas manuais e tipos de contato (como sentar costas com costas, pressionar as mãos e os pés um contra o outro, abraçá-los, “dançar” com eles), somos tocados por eles e assim encontramos um efeito de resposta (feedback). Isso significa que o nosso nervo vago ventral é estimulado durante o nosso trabalho bioenergético.

O contato físico é sadio e totalmente necessário para psicoterapeutas! Especialmente quando a abordagem com os nossos pacientes for de pouco ou nenhum toque, tanto mais se faz necessário que sejamos suficientemente abraçados nas nossas vidas particulares e que carinhosamente mantenhamos uma vida sexual plena.

Exercícios de autocuidado para terapeutas 3: exercícios de contato corporal em dupla para fazer em casa

- Deite de barriga para cima sobre as costas do seu parceiro que está deitado de bruços num colchonete. Isso garante um grounding seguro para o seu parceiro. Relaxe e respire devagar.
- Sente-se de frente para o seu parceiro e coloque os seus pés em cima dos pés dele para que os dois se apoiem em grounding.
- Curve-se para trás, em pé, fazendo a posição do arco. Deixe que o seu parceiro o segure por trás pelos antebraços e sinta os músculos peitorais sendo lentamente alongados (“asas abertas”). Volte o endireitando o tronco enquanto o seu parceiro puxa os seus braços lenta e cuidadosamente para trás.

- Em seguida, peça para o seu parceiro dar pequenas batidas com as mãos nas suas costas enquanto você está curvado na posição do elefante.
- Depois, à medida que você abaixa a cabeça, peça para o seu parceiro faça uma massagem no seu pescoço, enquanto você se encontra na posição do elefante.
- De pé, fique costas com costas com o seu parceiro. Comecem a empurrar um ao outro com toda a força que tiverem na pelve e nos glúteos, usando o espaço da sala em que estiverem. Use a sua voz para oferecer resistência ao seu parceiro. Imagine um lugar aonde você gostaria que ele chegasse. Logo, virem-se e fiquem de frente um para o outro. Para sentir os seus limites, coloque as mãos nos quadris do seu parceiro e empurre-o lentamente para o outro lado da sala. Ele deve oferecer alguma resistência ao se deixar andar para trás.

4.4 Resiliência e vitalidade como conceito físico

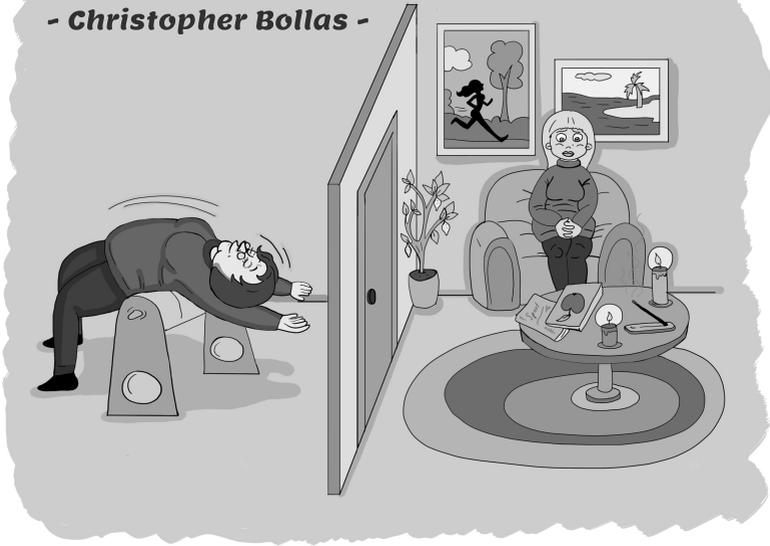
Certamente, essa afirmação é parecida à expressada por C.G. Jung – no que se refere à infecção emocional e mental e às correspondentes tentativas de autocura interior do terapeuta. Na Análise Bioenergética, temos um entendimento corporal da “infecção” e das “tentativas de autocura”: “A personalidade de um indivíduo não pode mudar enquanto não houver uma mudança correspondente na sua dinâmica física” (cf. Lowen, 1993, p. 8).

É claro que isso também se aplica a nós terapeutas. A nossa responsabilidade especial é, em primeiro lugar, empregar as intervenções que já experimentamos e aprendemos nós mesmos (cf. Pechtl 1980, p. 196 e cf. Schroeter/Thomson 2011) e, eu gostaria de acrescentar, apenas aquelas que estamos dispostos a continuar a praticar regularmente.

“Por isso acredito ser essencial conhecer as diferentes áreas do nosso próprio espaço corporal na forma de capacidade emocional vibracional de percepção, atividade física e expressividade ou bloqueio emocional” (cf. Oelmann 2009, p 66).

A força para estabelecer limites é uma habilidade que não está primordialmente direcionada aos outros, mas que está disponível para si mesmo: um “Não” alegre para uma transgressão dos seus limites é uma tarefa importante!

**The change starts within the therapist
- Christopher Bollas -**



"A mudança começa dentro do terapeuta" (parafraaseado de Christopher Bollas 1989)

A depressão acena para o terapeuta exaurido, já que muitas vezes a respiração é reduzida, ou essa redução é causada pela tentativa de não sentir tanto ou de se proteger dos sentimentos do paciente. A capacidade de estabelecer um limite não depende só da consciência da própria força muscular, mas preponderantemente da capacidade de respirar profundamente. Como resultado, o corpo desenvolve resiliência e tônus quando a espinha torácica se endireita durante a inspiração. Desta forma enviamos sinais não verbais que demonstram que gozamos plenamente de nossa força e que de fato nos damos espaço interno. Assim mostramos mais claramente e de forma não verbal esse espaço pessoal e os limites do nosso contato. Outros têm uma chance menor de nos penetrar quando nos preenchemos suficientemente (de ar). Quando a nossa fala é produzida com uma respiração plena, a nossa voz comunica que temos certeza da nossa posição. Essa autoconvicção funciona como um limite de contato. Para isso não é preciso nenhum tipo de confronto nem disputa. Às vezes um suspiro fundo ou uma afirmação direta são suficientes para dizer que isso é demais para nós.

Podemos desenvolver esse limite de contato executando *exercícios de respiração e de voz* bioenergéticos para a nossa “higiene” diária.

Exercícios de autocuidado para terapeutas 4: Expressão vocal, carga e estabelecimento de limites

- Ao expirar, emita um forte som de “hah!” em diferentes variações (alto-baixo, curto-longo). Podemos usar imagens internas ou imaginar que estamos assustando alguém, (talvez um paciente). Podemos nos proteger de outras pessoas com a nossa voz. Ou podemos simplesmente projetar o som para a parede mais próxima ou mandá-lo para o teto (o que relaxa o diafragma).
- Experimente usar consoantes que dêem uma sensação de limites e firmeza, como: “...SSSShh...” – “Pppah” “KKah” “Ttth” (bem alto)
- Imagine um paciente dominador. Estenda o braço para frente, aponte o indicador imaginando a pessoa ali e proclame: “Você tem que fazer isso como eu quero!” ou “Eu tenho a última palavra!”
- Deitado de bruços num colchonete – tencione os músculos das costas, braços e pernas o máximo que puder, tonifique a sua voz, recolha-se e segure, exclamando: “Eu pooooooooooooo!” Pare no ápice do autocontrole! Isso o energiza, vigora e aquece. Gera um sentimento de autoeficácia. Trata-se de tonificar os músculos ao invés de alongar e soltar. A sensação é de contenção e não de descarga (cf. Shapiro 2006).

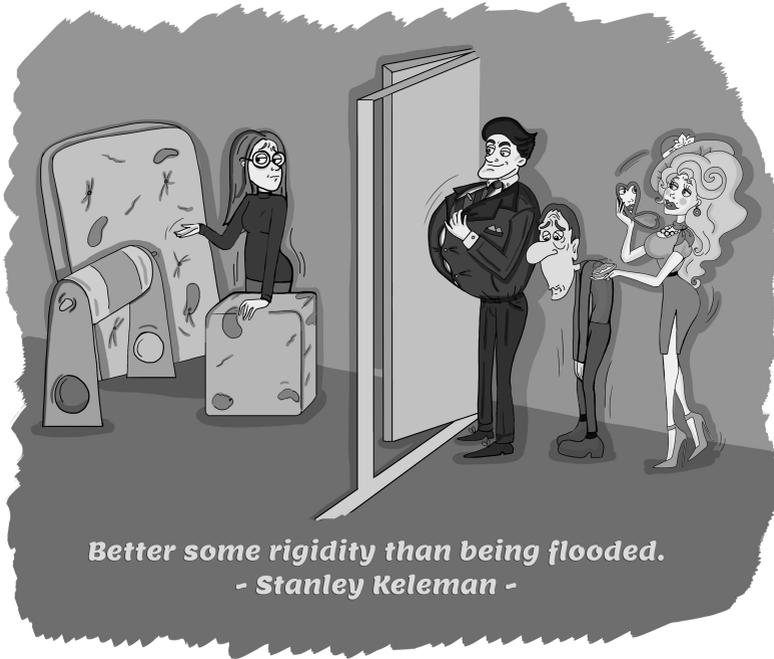
Os exercícios de grounding e o trabalho expressivo com impulsos agressivos podem ajudar-nos a não reter a raiva e a indignação características que podem resultar do nosso contato terapêutico. As técnicas bioenergéticas, como bater em alguma coisa com uma raquete de tênis, chutar o colchão na posição deitado, usar o anel mordedor e rosnar, etc., podem ajudar-nos nesse sentido. Ao soltarmos os músculos do abdomen, costas e pernas com plena expressão vocal, nos conectamos com a nossa emocionalidade e levamos o nosso protesto a sério para poder nos vigorizar novamente.

Quando direcionamos a nossa atenção para a carga agressiva escondida que existe atrás de uma depressão por exaustão e permitimos a energização da nossa raiva dentro de um âmbito seguro – ao invés de simplesmente “autorregular para baixo” através de atividades calmantes, regressivas e evasivas – atuamos de forma revigorante, saímos da resignação e reorganizamos nossos padrões de movimento. Essa orientação ou apreciação positiva dos nossos impulsos agressivos – até

daqueles de ressentimento – nos dá uma chance de permanecermos em contato com nós mesmos e com os outros de uma maneira construtiva. Neste ponto, a Análise Bioenergética tem um aspecto de autocuidado que não podemos deixar de apreciar, o que também condiz com os resultados da pesquisa da emoção (cf. Koemedá 2006).

Exercícios de autocuidado para terapeutas 5: resistência

- Dê tapinhas no esterno para estimular a glândula timo anunciando: “Primeiro eu!” (reduz o modo altruísta).
- Estenda os braços para cima e vire para o lado, imaginando que consegue sentir a resistência do ar.
- Fique no vão de uma porta pressionando contra a resistência da madeira com as palmas das mãos bem apertadas enquanto expira.
- Pressione as palmas das mãos uma contra a outra (cf. Shapiro 2008, 2009).
- Deite-se de barriga para cima, pés em direção do teto, e empurre o ar com as pernas enquanto expira, trazendo os dedos dos pés em direção ao rosto e levando os calcanhares em direção ao teto. Imagine que está empurrando alguém para longe.
- Deite-se de barriga para cima chutando as pernas para o ar e gritando: “Sai daqui!” (pense nos pacientes da última semana) enquanto deixa as nádegas quicarem no chão.
- Coloque-se na posição do elefante apoiando a nuca contra uma parede ou um cubo.
- Empurre o cubo com o pescoço e a parte superior das costas enquanto expira e exclama: “Nááááão!” aumentando a voz.
- Bata os pés dizendo “Eu não quero lhe agradecer!” Em seguida, pressione a mandíbula para frente e coloque as mãos numa posição defensiva. Empurre os cotovelos para trás das costas gritando: “Sai daqui!” (Imagine os seus pacientes mais irritantes).
- Exercite o autocontrole durante os exercícios bioenergéticos clássicos, os quais não são usados aqui para descarregar o estresse e sim para conter a sua força: chute um cubo ou deite-se e chute um colchonete 10 vezes e bata forte com os braços para baixo 10 vezes. Pare antes de ficar exausto! Pare quando sentir que está no controle da sua raiva.
- Coloque-se no “stool” (não como treinamos, na posição de entrega da cabeça, mas segurando a cabeça para cima e olhando para fren-



**Better some rigidity than being flooded.
- Stanley Keleman -**

"Melhor alguma rigidez do que estar inundado" (Stanley Keleman)

te!). Empurre o maxilar inferior para frente e impulse a pelve para frente enquanto expira.

Eu vejo essa afirmação de Stanley Keleman (2008) como uma indicação da função mantenedora da saúde dos procedimentos bioenergéticos “rígidos” nos processos terapêuticos. Com certeza ele falava dos pacientes. Contudo, a partir da perspectiva do autocuidado, essa ideia se aplica também a nós terapeutas. Terapeutas rígidos (conforme a análise de estruturas de caráter de Lowen) não se permitem ter pelos seus pacientes sentimentos envolvendo o coração. Em vez disso, prevalece uma abordagem sóbria, fatural e não erótica em questões de amor e sexualidade. Eles também têm mais “estrutura” (controle emocional) do que os ditos caracteres pré-edípicos. O fato que o “dilema empático” (consternação e convivência mútuas – colusão) pode ser limitado no seu encontro terapêutico – com o foco em cooperação e exercícios ritualizados – pode ser visto como um aspecto positivo dos

terapeutas rígidos. Repetições, assim como técnicas e exercícios bioenergéticos diretivos e ritualizados baseados em objetos tangíveis e recursos técnicos representam uma proteção para nós terapeutas no contexto do risco que corremos de nos inundarmos de emoções!

O trabalho, no entanto, não é um problema para o caráter rígido. Para salvar o terapeuta rígido de uma orientação exclusivamente baseada na técnica, seria importante buscar atividades lúdicas e uma abertura do coração (Shapiro 1993, 2008, 2009)!

Resumo

Este artigo discutiu a importância do corpo empático e ressonante em psicoterapeutas. Ele foca no valor de se usar a motilidade do próprio corpo para o autocuidado de psicoterapeutas corporais. São oferecidos exercícios bioenergéticos para ajudar o terapeuta a se recuperar dos efeitos de experiências negativas com pacientes difíceis. Foram incluídos muitos exercícios de grounding e expressão de negatividade e contenção (estabelecimento de limites) que beneficiam a manutenção da saúde do terapeuta praticante.

Referências

- Alexander, F. (1977): Psychosomatische Medizin. Berlin, de Gruyter.
- Bauer, J. (2005): Warum ich fühle, was Du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. Hamburg, Hoffmann & Campe.
- Bauer, J. (2011): Schmerzgrenze. Vom Ursprung alltäglicher und globaler Gewalt. München, Karl Blessing.
- Bollas, C. (1989): Forces of Destiny. London, Free Association Books.
- Bollas, C. (2012): Der Schatten des Objektes. Das ungedachte Bekannte. Zur Psychoanalytischer frühen Entwicklung. Stuttgart, Klett-Cotta.
- Buti-Zaccagnini, G. (2011): Affective Relationships and Bodily Processes. In: Heinrich-Clauer, V. (Ed., 2011): Handbook Bioenergetic Analysis. Gießen, Psychosozial, 149-158
- Clauer, J. (2003): Von der projektiven Identifikation zur verkörperten Gegenübertragung. Eine Psychotherapie mit Leib und Seele. Psychotherapie Forum 11, Berlin, Springer, 92-100.
- Clauer, J. (2009): Zum Grounding-Konzept der Bioenergetischen Analyse. Neurobiologische und entwicklungspsychologische Grundlagen. Psychoanalyse & Körper 15/8.Jg., Gießen, Psychosozial, 79-102.
- Clauer, J. (2011): Neurobiology and Psychological Developmental of Grounding and Embodiment. Bioenergetic Analysis Vol. 21, 17-55.
- Clauer, J. (2013): Psychovegetative Regulation, Kooperation, Triade und das Grounding-Konzept

- der Bioenergetischen Analyse. In: Thielen, M. (Hrsg., 2013) Körper-Gruppe-Gesellschaft (S. 277-286), Gießen: Psychosozial.
- Downing, G. (1996): Körper und Wort in der Psychotherapie. München, Kösel.
- Ehlert, U. & von Känel R. (Hg., 2010): Psychoendokrinologie und Psychoimmunologie. Berlin, Springer.
- Ehrensperger, T. (Hg., 1996): Zwischen Himmel und Erde. Beiträge zum Grounding-Konzept. Basel, Schwabe.
- Fengler, J. (1994): Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation. München, Pfeiffer.
- Fuchs, R. & Schlicht, W. (Hg., 2012): Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität. Göttingen, Hogrefe.
- Gershon, M. D. (1998): The second brain. New York, Harper Collins.
- Goldmann, A.-V. (2007): Lebenszufriedenheit und seelische Gesundheit von psychotherapeutisch tätigen Psychologen. Diplomarbeit Universität Osnabrück.
- Heinrich, V. (1997): Körperliche Phänomene der Gegenübertragung. Therapeuten als Resonanzkörper. Welche Saiten kommen in Schwingung? Forum der Bioenergetischen Analyse 1, 32-41.
- Heinrich, V. (1999): Physical Phenomena of Countertransference: Therapists as a Resonance Body. Or – Which Strings come into Action? Bioenergetic Analysis Vol.10, No. 2, 19-31.
- Heinrich, V. (2001): Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung in der Körperpsychotherapie. Psychotherapie Forum 9, Berlin, Springer, 62-70.
- Heinrich-Clauer V. (2009): Die Rolle der Therapeutin in der Bioenergetischen Analyse: Resonanz, Kooperation und Begreifen. In: Geißler P. & Heinrich-Clauer V. (Hg.): Psychoanalyse & Körper, PUK 15 (2), 31-55.
- Heinrich-Clauer, V. (Ed., 2011): Handbook Bioenergetic Analysis, Gießen, Psychosozial.
- Heinrich-Clauer, V. (2014): Bioenergetische Selbstfürsorge für Therapeuten. Zwischen Öffnung und Abgrenzung. Forum Bioenergetische Analyse 2014. Gießen, Psychosozial, 9-33.
- Jung, C.G. (2011): Praxis der Psychotherapie. Gesammelte Werke 16. Ostfildern (Patmos)
- Klopstech, A. (2005): Stellen die Neurowissenschaften die Psychotherapie vom Kopf auf die Füße? Neurowissenschaftliche Überlegungen zu klassischen Konzepten der (Körper-) Psychotherapie. Psychoanalyse & Körper, 4. Jg., 11, 7, Gießen, Psychosozial, 69-108.
- Klopstech, A. (2011): Catharsis and Self-Regulation Revisited: Scientific and Clinical Considerations. In: Heinrich-Clauer, V., (Ed., 2011), Handbook Bioenergetic Analysis, Gießen, Psychosozial, 441-468).
- Körner, J. (1998): Einfühlung: Über Empathie. Forum der Psychoanalyse 14, 1-17.
- Koemeda, M. (2006): Is there Healing Power in Rage? – The Relative Contribution of Cognition, Affect and Movement to Psychotherapeutic Processes. Bioenergetic Analysis Vol. 16, 103-127.
- Koemeda, M. (2012): Integrating Brain, Mind and Body: Clinical and Therapeutic Implications of Neuroscience. An Introduction. Bioenergetic Analysis Vol. 22, 57-77.
- Kriz, J. (1985): Grundkonzepte der Psychotherapie. München (Urban & Schwarzenberg).
- Lewis, R. (2004): Projective Identification Revisited – Listening with the Limbic System. Bioenergetic Analysis Vol. 14, No 1, 57-73
- Lewis, R. (2005): The Anatomy of Empathy. Bioenergetic Analysis Vol. 15, 9-31.
- Lowen, A. (1978): Depression: Unsere Zeitkrankheit, Ursachen und Wege der Heilung. München, Kösel.
- Lowen, A. (1976): Bioenergetics. New York, Penguin Books.

- Lowen, A. (1975): *Pleasure. A Creative Approach to Life*. New York, Penguin Books.
- Lowen, A. (1995): *Joy. The Surrender to the Body*. New York, Penguin Books.
- Lowen, A. (1996): *Erdung*. In: Ehrensperger, Th. (Hg.), *Zwischen Himmel und Erde. Beiträge zum Grounding-Konzept*. Basel (Schwabe), 11-17.
- Musil, R. (2014): *Der Mann ohne Eigenschaften*. Hamburg, Rowohlt.
- Odgen, P., Minton, K., Pain, C. (2010): *Trauma und Körper. Ein sensumotorisch orientierter psychotherapeutischer Ansatz*. Paderborn, Junfermann.
- Oelmann, K. (1996): *Grounding – Identitätsfindung als Bioenergetischer Analytiker*. In: Ehrensperger, T. (Hg., 1996): *Zwischen Himmel und Erde: Beiträge zum Grounding-Konzept*. Basel, Schwabe, 129-142.
- Oelmann, G. & Oelmann, K. (2009): *Analytische Live-Supervision von Körperpsychotherapie*. In: Geißler P. & Heinrich-Clauer V. (Hg.): *Psychoanalyse & Körper*, PUK 15 (2), 57-78.
- Pechtl, W. (1980): *Die Therapeutische Beziehung und die Funktion des Therapeuten in der Bioenergetischen Analyse*. In: Petzold H. (Hg., 1980): *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung*. Junfermann (Paderborn), 189-210.
- Porges, S. (2010): *Die Polyvagal Theorie. Neurophysiologische Grundlagen der Therapie. Emotionen, Bindung, Kommunikation und ihre Entstehung*. Paderborn (Junfermann).
- Reimer, C., Jurkat, H. B., Vetter, A. & Raskin, K. (2005): *Lebensqualität von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten – eine Vergleichsuntersuchung*. *Psychotherapeut* 2, 107-114.
- Reimer, C. & Jurkat, H. B. (2001): *Lebensqualität von Psychiatern und Psychotherapeuten*. *Schweizerische Ärztezeitung* 92:32/33, 1733-1738. In: *Deutsches Ärzteblatt PP*, Heft 11, Nov. 2003, 511 f.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Fogassi, L. & Gallese, V. (1999): *Resonance behaviors and mirror neurons*. *Archives Italiennes de Biologie* 137, 85-100.
- Schmidbauer, W. (1999): *Wenn Helfer Fehler machen. Liebe, Missbrauch und Narzissmus*. Reinbek (Rowohlt).
- Schore, A. (2002): *Advances in Neuropsychoanalysis, Attachment Theory and Trauma Research: Implications for Self Psychology*. *Psychoanalytic inquiry* 22, 433–484.
- Schore, A. (2003): *Affect regulation and the repair of the self*. New York (Norton & Co.).
- Schore, A. (2005): *Erkenntnisfortschritte in Neuropsychoanalyse, Bindungstheorie und Traumaforschung: Implikationen für die Selbstpsychologie*. *Selbstpsychologie* 6, 395-446.
- Schroeter, V., Thomson, B. (2011): *Bend into Shape. Techniques for Bioenergetic Therapists*. Self Press. CA.
- Schubert, C. (Hg., 2011): *Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie*. Stgt (Schattauer).
- Shapiro, B. (1993): *Healing the Sexual Split between Tenderness and Aggression*. *Bioenergetic Analysis* Vol. 5, No 2. 75-87. (also in Heinrich-Clauer, V. (Ed.,2011): *Handbook Bioenergetic Analysis*. Gießen, Psychosozial, 235-246).
- Shapiro, B. (2000): *Will Iceberg Sink Titanic?* *Bioenergetic Analysis* Vol. 11, No 1, 33-42.
- Shapiro, B. (2006): *Bioenergetic Boundary Building*. *Bioenergetic Analysis* Vol. 16, Gießen, Psychosozial, 153-178.
- Shapiro, B. (2008): *Your Core Energy is Within Your Grasp*. *Bioenergetic Analysis* Vol. 18, Gießen, Psychosozial, 65-91.
- Shapiro, B. (2009): *Rekindling Pleasure: Seven Exercises for Opening your Heart, Reaching Out and Touching Gently*. *Bioenergetic Analysis* Vol. 19, Gießen, Psychosozial, 53-84.
- Siegel, D. (2011): *Geistiges Sehen: Die neue Wissenschaft von der Persönlichen Wandlung*. *Lecture*, 21. *International Conference for Bioenergetic Analysis*, San Diego/CA

- Sonntag, M. (2003): Self-Expression versus Survival. Die grundlegenden Bioenergetischen Konzepte im Lichte der neueren psychobiologischen Erkenntnisse und der Affektforschung. Forum der Bioenergetischen Analyse 2/2003, 45-70.
- Tonella, G. (2011): The Self: Its Functions, its Attachments and its Interactions. In: Heinrich-Clauer, V. (2011): Handbook Bioenergetic Analysis, Gießen, Psychosozial.
- Traue, H., Deighton R.M., Ritschi P. (2005): Emotional Inhibition and Disease. Bioenergetic Analysis 2005 (15), 55-88.
- Tronick, E. (1989): Emotions and emotional communication in infants. American Psychologist 44, 112-119.
- Uvnäs-Moberg, K. (2003): The Oxytocin Factor. Tapping the Hormone of Calm, Love and Healing. Cambridge, MA, Da Capo Press.
- Van der Kolk, B. A. (2010): Vorwort. In: Odgen,P., Minton,K., Pain, C. (2010): Trauma und Körper. Ein sensumotorisch orientierter psychotherapeutischer Ansatz. Paderborn, Jungfermann, 15-26.

Biografia da autora

Dra. Vita Heinrich-Clauer, Dipl. Psych., CBT, IIBA Faculty, psicoterapeuta, supervisora, autora. Membro do IIBA desde 1985, Board of Trustees IIBA de 2002 a 2008. Editora do “Manual de Análise Bioenergética” (Handbook Bioenergetic Analysis)