

ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS ASSOCIADAS À CONTENÇÃO DO CHORO E OUTROS ESTADOS EMOCIONAIS

ERNANI EDUARDO TROTTA*

RESUMO: Este ensaio apresenta uma breve discussão sobre o papel fisiológico e emocional do choro durante o desenvolvimento ontogenético e a relação entre a repressão deste impulso e a gênese dos transtornos respiratórios crônicos relacionados com o encouraçamento do peito e do diafragma.

PALAVRAS CHAVE: respiração, choro, psicoterapia reichiana.

ABSTRACT: This essay presents a brief discussion about the physiological and emotional role of weeping during the ontogenetic development and the relationship between the repression of this impulse and the genesis of chronic respiratory disorders related to the armoring of the chest and the diaphragm.

KEY WORDS: breathing, cry, reichian psychotherapy.

Os estados emocionais em geral como tristeza, alegria, medo, angústia, raiva e desejo sexual se fazem acompanhar de alterações significativas no padrão respiratório e conseqüentemente os mecanismos de defesa que visam a inibição destes estados ou a contenção de suas expressões envolvem contenções respiratórias que quando cronificadas constituem a essência do encouraçamento. Neste artigo buscamos discutir o significado fisiológico e emocional do choro durante o desenvolvimento ontogenético e sua relação com o encouraçamento dos segmentos torácico e diafragmático que são os mais diretamente relacionados com a função respiratória (REICH, 1973, 1994).

* Psicoterapeuta reichiano, Coordenador do “Núcleo de Psicoterapia Reichiana”
www.nucleopsic.org.br e Professor do Departamento de Neurobiologia da UFF(RJ)

O corte do cordão umbilical na hora do nascimento produz aumento da concentração de gás carbônico, diminuição do pH e diminuição do oxigênio no sangue. Isto provoca a ativação do centro nervoso localizado no bulbo, que controla a ritmicidade respiratória (GUYTON, 1973), desencadeando a primeira inspiração, que pode ser considerada a mais importante manifestação fisiológica de nosso “impulso de viver”; a primeira inspiração marca o início da vida extra-uterina. O desconforto causado pela súbita abertura dos alvéolos pela entrada de ar e pelos novos estímulos extra-uterinos como ruídos mais intensos, frio e contato áspero na pele induzem uma expiração forçada, que é o choro, que por sua vez garante o início de um novo ciclo ventilatório de inspiração/expiração. Portanto, o choro ou “choramingos” (suspiros e gemidos) do bebê mantêm sua respiração ativa, funcionando como um mecanismo de defesa contra a asfixia. E nesta fase inicial da vida o choro é deflagrado por sensações de dor ou desprazer. Só mais tarde, quando o bebê estabelece uma relação objetal verdadeira com a figura materna é que podemos dizer que o choro começa a ser uma expressão de frustração das demandas afetivas associadas às necessidades instintivas (SPITZ, 1991, GAIARSA, 1990, TROTTA, 1997).

Um importante postulado da teoria Freudiana é que “todo o processo psíquico se constrói por apoio numa função corporal” (FREUD, 1996, LAPLANCHE & PONTALIS, 1986). Um processo psíquico tão amplo e complexo como a construção do Ego, obviamente deve estar apoiado num conjunto de funções corporais. Podemos dizer que a construção do Ego apoia-se na aquisição do comando voluntário e consciente da ação dos músculos esqueléticos. E dentre eles, os músculos respiratórios tem uma importância preponderante, pois o Ego é um conjunto de mecanismos responsáveis pela manutenção da vida e da integridade do sujeito, e a função corporal voluntária mais essencialmente ligada à manutenção da vida é a função respiratória (GAIARSA, 1990, TROTTA, 1999a, 1999b, WEINMANN, 2002). Toda angústia é uma angústia respiratória, e segundo FREUD (1996) a função essencial dos mecanismos de defesa do ego é suprimir a angústia, e a separação da mãe é o protótipo de toda angústia.

Os mecanismos respiratórios neonatais são reflexos e automáticos, porém já nas primeiras semanas de vida começam a aparecer sinais de comandos voluntários da respiração. O verdadeiro surgimento do Ego por volta do terceiro mês envolve ao mesmo tempo a aquisição de maior controle da respiração associada ao controle do choro, que passa a ser um instrumento de relação com a figura materna, e à sonorização voluntária (balbucio). Segundo Spitz (1991) a aquisição da capacidade de balbuciar também serve

de apoio para construção do ego acústico que diferencia os sons externos daqueles emitidos pelo próprio bebê. Nesta mesma etapa da fase oral, a desfusão com o primeiro objeto libidinal associada à distinção visual entre o vulto do seio e o conjunto nariz-boca, lança as bases de uma organização oral do Ego (SPITZ, 1991, TROTTA, 1997) . A resolução da oralidade, associada à construção da identidade adulta, envolve a consolidação de uma organização essencialmente respiratória do Ego. Assim, podemos dizer que o impulso de viver ou o desejo (excitação, pré- prazer) induzem a inspiração; a satisfação (prazer) induz a expiração natural (passiva) enquanto o desprazer induz uma expiração forçada (choro).

É sabido que em bebês, a ausência de estimulação pode levar a uma inibição da respiração, que pode até resultar em morte por apnéia (BOYESEN, 1983). Segundo Boyesen a “morte no berço” por apnéia provoca cerca de 7000 mortes infantis por ano nos Estados Unidos, e este fenômeno, ainda mal compreendido pela medicina convencional, embora em alguns casos possa envolver distúrbios orgânicos congênitos, na maior parte dos casos deve envolver uma falha na maturação e instalação de processos fisiológicos de auto-regulação que são dependentes da qualidade da relação mãe-bebê. A apnéia do sono também ocorre em adultos, porém nunca resulta em morte porque neles os mecanismos reflexos de auto-regulação da respiração já estão plenamente estabelecidos (WYNGAARDEN, 1993).

Podemos sugerir que este fenômeno exemplifica o que Freud denominou “princípio do nirvana” que designa a tendência do aparelho psíquico para reduzir ao mínimo, ou mesmo zero, toda quantidade de excitação (FREUD, 1996, LAPLANCHE & PONTALIS, 1986). Representaria o desejo de retornar à condição de plenitude-quietude completa, o ‘sentimento oceânico’, que só é possível na vida intrauterina onde não é necessário respirar. Nirvana, de origem oriental, quer dizer negação dos opostos, nem inspiração, nem expiração; extinção do desejo, aniquilamento da individualidade (GAIARSA, 1990). O bebê precisa ser estimulado, seduzido para a vida, sendo esta uma função da maternagem neonatal: despertar no bebê o impulso de obter prazer através do contato com a mãe, em outras palavras, despertar nele o desejo de viver.

Por outro lado, a aquisição deste desejo de viver, ou seja, deste impulso de buscar o prazer no contato com o mundo externo expõem o indivíduo a um novo tipo de sentimento: a frustração, que surge cada vez que este impulso não é satisfeito. E o choro aparece agora como uma reação à frustração; uma expiração forçada que interrompe a

tendência inspiratória, induzida pela busca de satisfação, garantindo a ritmicidade respiratória, a sucessão dos movimentos de inspiração e expiração. Logo ainda assim o choro continua funcionando como defesa contra a asfixia, uma defesa contra a interrupção da ventilação seja na posição inspiratória seja na posição nirvânica. O estiramento pulmonar, causado por uma inspiração muito intensa e mantida provoca desprazer, e o choro é uma expiração forçada acompanhada de sonorização que surge como uma reação contra esta condição.

Em crianças maiores de um ano, pode ocorrer que o choro muito intenso produza uma expiração forçada que se mantém por um longo tempo, chegando a produzir hipóxia e cianose. Estes episódios, que obviamente assustam muito os pais, via de regra são auto-limitados, interrompendo-se por um mecanismo reflexo controlado pelo centro respiratório bulbar, cujo funcionamento nesta idade já está bem consolidado. Estes episódios estão geralmente associados a um súbito e intenso sentimento de decepção e indignação resultantes de uma frustração (sentimento que envolve tristeza e raiva), sendo dirigido às figuras parentais ou que compõem o círculo maternante, e representam uma descarga de hostilidade através da musculatória acessória da expiração.

O choro é portanto um clamor pelo prazer e contra o desprazer, e o barulho que produz, um ruído bastante desagradável ao ouvido humano é uma forte reivindicação pela vida; condição oposta ao silêncio e à quietude do estado do nirvana, que poderia levar a morte. Uma tristeza crônica intensa, que envolve perda do desejo de viver, tenderia a inibir perigosamente o ciclo ventilatório; e o choro se manifesta não só como expressão desta tristeza mas, principalmente como defesa contra seus efeitos fisiológicos.

Mas existe um porém... Uma vez instalado o mecanismo do choro ele tende a manter-se e intensificar-se até que sua causa seja removida. E se isto demora muito a acontecer, o choro intenso pode levar ao pânico e ao desespero porque, além de estar associado a sentimentos conflituosos dirigidos a pessoas muito importantes afetivamente, envolve perda do controle voluntário do ciclo ventilatório, desconforto na caixa torácica, medo de sufocamento por engasgos e contração na garganta, medo de prender a respiração (REICH, 1973b, LOWEN, 1994). Em resumo: medo de morrer por asfixia. É assim que se instala o encouraçamento. O Ego aciona mecanismos de defesa para controlar o choro, ou melhor, para bloquear o choro e obter controle estável do ciclo ventilatório (REICH, 1973a, 1994, BAKER, 1980). A cronificação destes mecanismos resulta num bloqueio crônico da capacidade de chorar, obtido às custas de mecanismos

automáticos de contenção de alterações respiratórias que acompanham o choro e outros estados emocionais que o antecedem ou são concomitantes, incluindo o impulso ao prazer e a agressividade. Esta contenção crônica das funções respiratórias naturais e espontâneas que acompanham as expressões emocionais termina resultando numa inibição da capacidade de desejar e obter prazer, restringindo os impulsos afetivos, a alegria de viver, a vitalidade do organismo e a tolerância aos esforços aeróbicos. Esta alteração respiratória permanente pode mesmo chegar a produzir um estado crônico de hipoventilação ao qual o organismo se adapta rebaixando a sua vitalidade e vivacidade e restringindo o metabolismo energético das células, condição que pode servir de base para o desenvolvimento da biopatia do câncer (REICH, 1973a, 1973b, 1994, BAKER, 1980, TROTTA & MARER, 1990).

O estado crônico de contenção e controle da respiração, associado ao encorajamento dos segmentos torácico e diafragmático é a expressão somática do esforço para sobreviver mesmo que às custas de uma inibição do impulso ao prazer e uma resignação à frustração; envolvendo portanto um medo de viver plenamente e predispondo o indivíduo ao desenvolvimento de estados depressivos. Em sua monografia “A vontade de viver e o desejo de morrer” Lowen(1994) sugere a existência de um desejo de morrer, ou de não-viver, subjacente a um esforço de sobrevivência de fundo neurótico freqüentemente observado em pacientes que apresentam uma forte premência inspiratória, não conseguindo tolerar interrupções voluntárias da respiração num exercício terapêutico proposto por ele (LOWEN, 1994, WEINMANN, 2002).

A inspiração ocorre pela contração simultânea dos músculos inspiratórios, que são os intercostais externos e o diafragma, produzindo um efeito de fole que faz com que o ar seja sugado para dentro dos pulmões. A contração dos músculos intercostais externos expande o tórax para frente, para cima e para os lados, enquanto a contração do diafragma expande o pulmão para baixo, em direção ao abdômen, fazendo a barriga estufar-se, o que requer um relaxamento concomitante da musculatura abdominal. A expiração natural é um processo passivo que depende apenas do relaxamento dos músculos que se contraíram na inspiração: o ar é expulso dos pulmões pela retração elástica das estruturas que se expandiram na inspiração. A expiração forçada, porém, ocorre pela contração dos chamados músculos acessórios da expiração que são os intercostais internos e os músculos da parede abdominal (GUYTON, 1973).

O encouraçamento dos segmentos torácico e diafragmático, que são os mais diretamente relacionados com a função respiratória, é um mecanismo genérico de contenção das emoções, sendo sempre presentes no indivíduo neurótico. Por este motivo REICH (1994) e BAKER (1980) comentam que constituem a parte central da couraça. Este encouraçamento envolve sempre alterações na capacidade pulmonar total, diminuição da amplitude respiratória máxima (capacidade vital) e da amplitude respiratória basal (volume corrente ou tidal), e alterações na frequência respiratória, e incapacidade de expirar de forma passiva livre e desimpedida.

O encouraçamento pode afetar mais o tórax ou o diafragma, e em ambos os casos pode prejudicar mais a inspiração ou a expiração (TROTТА, 1999). Alguns dos padrões mais comuns de encouraçamento respiratório são: a) a hipertonia torácica, que faz o peito a ficar sempre estufado e incapaz de esvaziar-se, condição chamada por Reich de atitude inspiratória crônica; b) a hipotonia torácica que resulta numa enorme dificuldade de expandir o tórax; e, c) o bloqueio da inspiração diafragmática, que se identifica pela incapacidade de inspirar estufando a barriga. Este último pode ser devido a uma hipotonia do diafragma, ao seu espasmo crônico, geralmente acompanhado de proeminência das últimas costelas, ou à tensão crônica da musculatura da parede abdominal que impede a mobilidade diafragmática por compressão abdominal, muito comum em pessoas que mantem a barriga sempre muito contraída por motivações estéticas. Cada um destes tipos de encouraçamento respiratório reflete um determinado tipo predominante de contenção emocional e de mecanismo de defesa associado a traços de caráter específicos. Sua progressiva dissolução através das intervenções terapêuticas mais indicadas conforme o caso favorece o desbloqueio da afetividade e das respectivas expressões emocionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BAKER, Elsworth. *O labirinto humano*. São Paulo, Summus, 1980.
- BOYESEN, Mona Lisa. O bebê e o alfa. In: *Cadernos de psicologia biodinâmica*, volume 2, São Paulo, Summus, 1983.
- FREUD, Sigmund. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Imago, 1996.
- GAIARSA, José Ângelo. *Respiração e Circulação*. 2 ed. São Paulo, Brasiliense, 1990.

GUYTON, Arthur. *Tratado de Fisiologia Médica*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1973.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. *Vocabulário da Psicanálise*, Martins Fontes, São Paulo, 1986.

LOWEN, Alexander. *Bioenergética*. São Paulo, Summus, 1994.

REICH, Wilhelm. *A função do orgasmo*. São Paulo, Brasiliense, 1994.

_____. *Character Analysis*. New York, Farrar Strauss & Giroux, 1973.

_____. *The Cancer Biopathy*. New York, Farrar, Strauss & Giroux, 1973.

SPITZ, René. *O primeiro ano de vida*. São Paulo, Martins Fontes, 1991.

TROTTA, Ernani Eduardo. A fase oral na abordagem reichiana. In: *Revista da Sociedade Wilhelm Reich/RS*, Porto Alegre, n. 1, 25, 1997.

_____. Metodologia da orgonoterapia, In: *Revista da Sociedade Wilhelm Reich/RS*, Porto Alegre, n. 3, p. 32-37, 1999.

_____. Wilhelm Reich e a Psicossomática, In: Maluf, N (Org.) *Reich, o corpo e a clínica*, São Paulo, Summus, 1999.

_____. Psicossomática das cefaléias na abordagem da orgonoterapia. In: *Revista da Sociedade Wilhelm Reich RS*, Número 5: 32-46. Porto Alegre, 2003.

TROTTA, E.E. & MARER, Eugênio. The orgonotic treatment of transplanted tumors and associated immunological functions. In: *Journal of Orgonomy*, Princeton, n. 24, 39-45, 1990.

WEINMANN, Amadeu de Oliveira. O sopro da vida e o suspiro da morte. In: *Revista Reichiana do Instituto Sedes Sapientiae*, nº 11, p. 21-32, São Paulo, 2002

WYNGAARDEN, J. et al. *Cecil's tratado de medicina interna*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1993.