

PSICOSSOMÁTICA DAS CEFALÉIAS NA ABORDAGEM DA ORGONOTERAPIA

Ernani Eduardo Trotta

RESUMO

As dores de cabeça ou cefaléias são um sintoma bastante freqüente, que resulta de uma agudização de encouraçamentos de 1º segmento. Os dois tipos mais freqüentes de cefaléias primárias são as cefaléias tensionais e a enxaqueca. Ambas possuem uma identidade funcional quanto a sua causa psico-emocional, que pode ser assim resumida: a) estímulos endógenos ou exógenos que fazem aflorar impulsos sexuais e afetivos historicamente reprimidos; b) isto resulta na intensificação simultânea do medo inconsciente da frustração ou repressão destes impulsos e da raiva inconscientemente dirigida às figuras repressoras, com prevalência da raiva oral; e c) as alterações somáticas surgem como um mecanismo de defesa para a contenção destes impulsos e da excitação associada a eles.

A diferença entre os dois tipos de cefaléia está na natureza do encouraçamento basal e no tipo de reação defensiva aguda. As cefaléias tensionais resultam de uma agudização do encouraçamento muscular, afetando os músculos da superfície do crânio e provocando um aumento da sensibilidade ao estímulo nociceptivo. A enxaqueca é uma cefaléia vascular, desencadeada por um espasmo de artérias e arteríolas cerebrais, resultante de uma simpaticotonia aguda, seguida de reações reflexas de vasodilatação medidas pela liberação de substâncias vasodilatadoras. O tratamento orgonoterápico inclui: a) trabalho verbal psicodinâmico visando à elaboração de conteúdos psíquicos e à dissolução de defesas caracterológicas; b) emprego da técnica de foto-estimulação ocular desenvolvida por Barbara Koopman; c) manipulação de músculos e estruturas do crânio; d) trabalhos de expressão do impulso de morder; e e) outras técnicas de desencouraçamento.

Palavras-chave: psicossomática, orgonoterapia, cefaléias tensionais, enxaqueca, músculos do crânio, movimentos oculares, foto-estimulação ocular.

ABSTRACT

Headaches are quite a frequent symptom which results from an acute enhancement of the armouring of first segment. The two more frequent types of headaches are tensional headache and migraine. Both have a functional identity with regard to their psycho emotional causation that can be summed up as follows: a) endogenous or exogenous stimuli elicit affective and sexual impulses historically repressed; b) this results in a simultaneous enhancement of both unconscious fear, related to the frustration or repression of the impulses, and unconscious rage prevailing oral rage, addressed to the repressive figures; c) somatic disorders in headache come out as part of defense mechanism set in motion to restrain the impulses and the excitation linked to the them.

The difference between these two types of headache is related to the nature of the armour and the main type of acute defense reaction. Tensional headaches result from an acute enhancement of the muscular armour, attaining the muscles of the skull, associated

with an increase in sensitivity to nociceptive stimuli. Migraine is a vascular headache started by an acute vasoconstriction of brain arterial system, caused by intense sympathetic stimuli, followed by a reflex vasodilatation mediated by the release of vasodilatory substances. Therefore, migraine results from an acute enhancement of visceral armour.

Orgonomic treatment includes: a) verbal psychodynamic work aimed at working through psychic conflicts and dissolution of characterial defenses; b) employment of the ocular photo stimulation technique developed by Barbara Koopman; c) specific techniques for the expression of the biting impulse; d) direct manipulation of the muscles of the skull; e) other desarmouring techniques.

Key words: psychosomatic, organotherapy, tensional headache, migraine, muscles of the skull, ocular movements, ocular photo-stimulation.

INTRODUÇÃO

De todos os estados dolorosos que afetam o ser humano, as dores de cabeça ou cefaléias são, sem dúvida, o mais freqüente (Adams e Victor, 1981; Alencastro, 1995). Diversos estudos e levantamentos feitos em diferentes países indicam que cerca de 20 a 30% da população sofre deste mal. De todos os tipos de cefaléia, as mais freqüentes são as chamadas cefaléias tensionais, seguidas pelas enxaquecas em segundo lugar por ordem de incidência. Estes dois tipos de cefaléia possuem uma fisiopatologia complexa e pouco compreendida, porém um grande número de evidências indica que sua causa primária é de natureza psico-emocional, situando-se, portanto, no âmbito das chamadas doenças psicossomáticas. O objetivo deste artigo é discutir a etiologia psico-emocional, a fisiopatologia e o tratamento destas cefaléias segundo a abordagem reichiana.

Alguns pacientes que apresentam dores de cabeça freqüentes têm consciência de que estes sintomas resultam de fatores emocionais e, portanto, incluem suas dores de cabeça entre as queixas que motivaram sua procura de terapia. Outros consideram suas dores de cabeça como um sintoma puramente orgânico, que buscam tratar pelos recursos médicos convencionais. Em todos os casos, porém, um acompanhamento cuidadoso da sucessão destes sintomas no decorrer do processo terapêutico é muito valioso para a compreensão psicodinâmica do paciente e para orientar o trabalho terapêutico. As cefaléias tensionais e a enxaqueca correspondem a uma agudização do encouraçamento de 1º segmento, e, portanto, quando presentes requerem uma intervenção corporal específica. Assim, o progressivo abrandamento destes sintomas é um importante parâmetro para se avaliar o sucesso obtido no desencouraçamento de 1º segmento.

CEFALÉIAS TENSIONAIS E SUA LOCALIZAÇÃO

Segundo a classificação internacional mais recente (1998), o termo Cefaléia do Tipo Tensional inclui as cefaléias primárias anteriormente denominadas cefaléias psicogênicas, ou cefaléias psicomio-gênicas, ou cefaléias de contração muscular (“muscular tension headaches”), ou cefaléias de estresse. Ela se caracteriza pela dor do tipo pressão ou aperto (não pulsátil), de localização muito variável, sendo comumente bilateral, mas podendo iniciar-se com dor unilateral e podendo incluir fotofobia e edema oculonasal. A dor pode começar na nuca, olhos, têmporas, escalpo ou testa. Como o

próprio nome indica, estas cefaléias envolvem tensões nos músculos do crânio. É comum que a tensão muscular inclua os músculos do pescoço, correspondendo às anteriormente denominadas cefaléias cervicogênicas. Estudos recentes de eletromiografia indicam que a dor não é diretamente proporcional ao grau de contração muscular, mas sim ao grau de sensibilidade de receptores ao estímulo nociceptivo gerado pela tensão muscular. Talvez a sensibilidade exagerada envolva uma modulação alterada dos interneurônios que conectam os nervos trigêmeos aos neurônios motores, sendo esta alteração resultante de fatores psicológicos.

A prática clínica em orgonoterapia tem permitido identificar algumas regiões do crânio que, por apresentarem dor espontânea ou dor em resposta à manipulação por toque, mostram-se envolvidas na gênese destas cefaléias. Algumas destas regiões correspondem aos chamados pontos de gatilho (trigger points), ou pontos álgicos, já descritos em literatura especializada. Porém, o mais importante é que as intervenções da orgonoterapia, através de manipulação específica ou da proposição de manobras e movimentos voluntários dos músculos destas regiões, têm permitido o afloramento de material que ajuda a elucidar seu conteúdo psico-emocional. Este material inclui recordações, associação de idéias, imagens, sensações vegetativas, sentimentos e expressões emocionais.

Quando falamos de conteúdo psico-emocional de uma determinada manifestação somática estamos nos referindo a um tipo predominante de emoção reprimida, que por sua vez, está relacionada com um tipo predominante de temática psíquica. Esta idéia é diferente daquela defendida, por exemplo, por Franz Alexander (1948), de que cada manifestação psicossomática teria uma especificidade de conflito psíquico associado. A existência ou não de uma especificidade psíquica para as manifestações somáticas e a natureza desta especificidade (tipo de conflito ou tipo de personalidade) ainda é uma questão polêmica em psicossomática.

Acreditamos que os complexos ideativos, tanto orais quanto edípicos, embora constituídos em etapas diferentes, estão via de regra mesclados. O indivíduo ingressa no Édipo levando toda uma bagagem de conflitos de fase oral, que passam a se tornar impregnados de significações orais. Por outro lado, os complexos ideativos, uma vez constituídos, ganham autonomia em relação à função corporal que serviu de apoio para a sua constituição, podendo, a partir daí, revestir de significado psíquico qualquer outra função ou parte do corpo. Assim, uma raiva oral pode deslocar-se para o estômago, produzindo uma gastrite, ou para uma articulação, produzindo uma artrite; e um desejo sexual pode deslocar-se para o nariz, gerando uma rinite, ou para o coração, gerando uma disritmia cardíaca. Neste artigo, toda vez que falamos em raiva oral, está nos referindo a um tipo de raiva que busca expressão pelo impulso de morder ou que é reprimida através do encouraçamento de segundo segmento. Os conteúdos psíquicos a ela associados podem incluir conteúdos orais (isto é, ligados aos complexos ideativos e modalidade de relação objetal próprios da fase oral) e conteúdos edípicos mesclados. A especificidade de conteúdo vai variar de uma pessoa para a outra e, numa mesma pessoa, varia de um momento para outro.

Nas figuras anexas, estão esquematizadas as principais regiões que a prática clínica tem permitido identificar. Cada uma delas será discutida em seguida.

Região Occipital:

Inclui os seis músculos sub-occipitais e as inserções superiores de alguns músculos servicais, como o semispinhal e o esplênio da cabeça. Os músculos sub-occipitais ligam o osso occipital (da base do crânio) a primeira ou a segunda vértebra cervical e são responsáveis pela inclinação do crânio para frente, lado ou para trás e por

sua rotação lateral. Eles são os principais responsáveis pelos movimentos curtos, rápidos e quase automáticos que a cabeça faz ao seguir o movimento dos olhos. Por este motivo, estes músculos têm uma importante relação com a função visual. Um estado de ansiedade, relacionado a movimentação dos olhos e a fixação de certos pontos do campo visual, causam o espasmo reflexo destes músculos. Os conteúdos mais comumente associados são ansiedade de contato, ligada ao desejo sexual e ao medo da punição, e sentimento de abandono. Os músculos semispinhal, esplênio e longuíssimo da cabeça são músculos cervicais ligados ao osso occipital, que movimentam a cabeça para trás ou, em outras palavras, impedem sua queda para frente por ação da gravidade. O tensionamento desses músculos, tracionando a cabeça para trás resulta da condição de ansiedade de queda descrita por Wilhelm Reich no livro *Biopatia do câncer*. A ansiedade de queda (literalmente, medo de cair) está ligada a conteúdos de risco a sobrevivência, sentimentos de desamparo e insegurança e a ansiedade de fundo sexual e angústia de castração.

O tensionamento dos músculos da região occipital em seu conjunto é bastante comum, pela ampla variedade de conteúdos associados, sendo uma manifestação genérica do encorajamento de primeiro segmento. O alívio destas tensões promove um fluxo de sensações em direção ao globo ocular e a face sugerindo que o tensionamento destes músculos causa um represamento da energia nas regiões posteriores do primeiro segmento.

Região do Escalpo: A pelo e o tecido subcutâneo que recobre a cabeça, estão a uma lâmina colágena chamada gálea aponeurótica, ou gálea capitis, que, nas suas extremidades, apresenta musculatura voluntária que forma os músculos frontal (na testa) e occipital (atrás, acima da nuca). Normalmente, a gálea capitis e os tecidos anexos, (escalpo) podem mover-se livremente sobre o crânio. Havendo uma tensão crônica nestas estruturas, o escalpo perde sua, mobilidade, adquirindo consistência rígida. Isto geralmente está associado ao medo de perder o controle sendo freqüentemente observado em pacientes com história de transtorno de pânico, convulsões, desmaios, vertigens, transtornos conversivos e dissociativos. O tensionamento destas estruturas produz cefaléia localizada na calota craniana, tipo capacete, ou cefaléias tipo aperto numa faixa em torno da cabeça.

Região frontal: Inclui os músculos frontal, prócero e corrugador do supercílio. O tensionamento do músculo frontal, cuja ação resulta em erguer e franzir a testa, geralmente está associado ao esforço em manter o contato controlando sentimentos latentes de tristeza e timidez, como expressão facial de uma atitude do tipo “isso não importa”, ou “deixa pra lá”. A tensão dos músculos prócero e corrugador, cuja ação resulta em contrair a testa na região acima do nariz, costuma estar associada a um esforço de concentração de atenção, ou a sentimentos de aversão ou desagrado. O tensionamento destas estruturas produz as cefaléias frontais, isto é, localizadas na testa.

Região da tróclea e olho: a tróclea é uma pequena alça do osso frontal, situada logo atrás de uma pequena depressão deste, na qual se apóia o músculo oblíquo superior do olho. Próximo a ela, encontram-se várias estruturas: o nervo supra-orbitário o músculo elevador da pálpebra superior e as inserções do músculo orbicular do olho. O tensionamento destas estruturas está associado a contenção da movimentação de olhos e pálpebras, ou à tendência a revirar os olhos e apertar as pálpebras. Com muita freqüência, esta região troclear encontra-se dolorida ao toque. Este tensionamento geralmente envolve sentimentos de ansiedade gerados pelo contato ocular, o que está, freqüentemente, associado a conteúdos edípicos inconscientes. A dor espontânea nesta região produz um tipo de cefaléia bastante comum, que costuma vir associada à dor na região occipital. Este tipo de cefaléia muitas vezes é descrito pelo paciente como uma dor parecida com uma agulhada na região da tróclea.

Os seis músculos que movem o globo ocular (retos medial, lateral, superior e inferior e oblíquo superior e inferior) têm origem no osso esfenóide. Seu tensionamento restringe a movimentação dos olhos, estando ligado ao medo inconsciente de fixar certas regiões do campo visual para não entrar em contato com os conteúdos psíquicos associados a elas. Esses conteúdos geralmente envolvem conflitos entre o desejo sexual e o medo da punição, ou entre raiva reprimida e sentimento de culpa, quando a dificuldade maior é de fixar as regiões laterais. Na região central próxima do campo visual, os conteúdos associados mais freqüentes são de carência afetiva, ambivalência e medo do abandono. O tensionamento destes músculos causa dores difusas em todo o globo ocular, as quais, muitas vezes, se misturam às dores localizadas na região troclear.

Região têmporo-mandibular: os músculos mais importantes desta região são o temporal, o masseter e os pterigóideos, que são músculos de mastigação. Seu tensionamento está claramente ligado à agudização da raiva oral reprimida. As dores de cabeça temporais são muitíssimo freqüentes. Podem vir acompanhadas de dores na articulação têmporo-mandibular, nas gengivas, no masseter, na região zigomática, nos dentes e na região da apófise mastóide.

É bastante comum que mais de uma destas regiões encontre-se afetada simultaneamente, o que é fácil de entender, pois na gênese das cefaléias comumente estão mesclados sentimentos e conteúdos de diferentes naturezas. É muito freqüente, por exemplo, que se mesclam dores nas regiões occipital e ocular, associadas à ansiedade de contato visual, com dores na região troclear, de conteúdo edípico, e com dores na região temporal, associadas à raiva oral. E estas, por sua vez, podem vir mescladas a alterações vasomotoras intra e extra cranianas. Por outro lado, uma tensão muscular intensa e duradoura em uma determinada região pode submeter os ossos nos quais este músculo está fixado a uma tração ou compressão que termina sendo transmitida aos ligamentos que conectam este osso a outros ossos do crânio, gerando por sua vez, um espasmo reflexo de outros músculos. Por exemplo, espasmo nos músculos sub-occipitais pode submeter o osso occipital a um micro-tracionamento, o qual pode ser transmitido ao osso esfenóide através de conexão entre estes dois ossos. Por exemplo, a dor iniciada em uma região tende a espalhar-se para outras regiões, conferido à cefaléia seu caráter amplo e difuso.

AS ENXAQUECAS E AS CEFALÉIAS TENSIONAIS

A enxaqueca é uma cefaléia vascular de etiologia desconhecida, que se caracteriza por uma dor muito intensa, do tipo latejante ou pulsante, afetando inicialmente um dos lados da cabeça (hemicrania) e que pode vir acompanhada de náuseas, vômitos e perturbações visuais, que incluem fotofobia, tremulação, visão dupla (diplopia), congestão oculonasal e, em alguns casos, paralisia oculomotora e cegueira parcial transitória. Muitas vezes, a enxaqueca apresenta sintomas prodrômicos ou premonitórios, tipo aura, que incluem alteração de humor, turvação visual, vertigens, disfasias, ptose palpebral, alterações do diâmetro pupilar e espasmos e parestesias na região da boca, face e mãos.

A fisiopatologia da enxaqueca envolve alterações vasculares e inflamatórias. A alteração vascular inicial é um vaso-espasmo, isto é, uma intensa vasoconstrição de artérias e arteríolas cerebrais, que pode resultar em isquemias em certas áreas do cérebro, produzindo tonteados, desmaios e outros sintomas neurológicos. Várias evidências clínicas indicam que este vaso-espasmo resulta em uma simpaticotonia aguda desencadeada por um ataque agudo de medo inconsciente. Esta crise aguda de angústia seria devida ao afloramento de impulsos reprimidos e conteúdos psíquicos recalcados. O

vaso-espasmo representaria a agudização de um bloqueio de 1º segmento, como mecanismo de defesa contra estes conteúdos. Uma ilustração curiosa deste mecanismo é o caso das chamadas cefaléias orgásmicas (Wyngaarden, 1993), que são cefaléias vasculares semelhantes à enxaqueca, que se manifestam subitamente durante o ato sexual, no momento de mais intensa excitação.

O vaso-espasmo inicial desencadeia reações reflexas de vasodilatação, mediadas pela liberação de substâncias vasodilatadoras para terminações nervosas, como a substância P, prostaglandinas, serotonina, bradicina e histamina. Dados recentes indicam que o ramo oftálmico dos nervos trigêmeos, que enervam os olhos, as meninges e a região frontal, está particularmente envolvidos na liberação destas substâncias. Estas substâncias geram reações do tipo inflamatório. A dor é causada pela distensão dos vasos pela onda de choque subsequente a cada sístole cardíaca, o que explica o seu caráter pulsátil ou latejante. Esta vasodilatação atinge também artérias extracranianas, como a artéria temporal.

Pelo exposto acima, vemos que a etiologia psico-emocional da enxaqueca pode ser resumida na seguinte seqüência de eventos: 1) afloramento de impulsos reprimidos, 2) agudização de medos inconscientes, 3) simpaticotonia levando ao vaso-espasmo, 4) vasodilatação reativa reflexa, 5) dor latejante.

Um ponto em comum de grande relevância entre as cefaléias tensionais e a enxaqueca é o freqüente comprometimento simultâneo das estruturas temporo-mandibulares. É comum que estas cefaléias venham acompanhadas de dores nos músculos temporal e masseter, nas gengivas, nos dentes, e nos maxilares e de distúrbios na articulação temporo-mandibular, envolvendo dificuldade em abrir a boca, mover a mandíbula e efetuar os movimentos de mastigação. Estas observações fundamentais em dados clínicos indicam que as cefaléias geralmente estão associadas a uma agudização de raiva oral reprimida. E a eficácia, em seu tratamento, dos trabalhos terapêuticos de expressão do impulso de morder, associados à foto-estimulação ocular, confirma esta hipótese.

Os principais artigos sobre cefaléia, na literatura orgonômica, foram publicados em 1974, no *Journal of orgonomy*, por Arthur Nelson e por Robert Dew. O artigo de A. Nelson discute principalmente as “muscular tension headaches”, hoje denominadas cefaléias do tipo tensional. Descreve sua gênese como um espasmo muscular, cuja finalidade é bloquear um fluxo ascendente de excitação, ou, em outras palavras, “correntes orgonóticas”, que mesclam sentimentos de raiva reprimida e ansiedade profunda. Relata que sua ocorrência predomina em pacientes cujo encorajamento de primeiro segmento situa-se em um nível mais superficial (ao contrário da enxaqueca, onde o encorajamento é mais profundo, situando-se no próprio parênquima cerebral). Destaca ainda, o envolvimento da musculatura do pescoço e da mandíbula na contenção do fluxo ascendente de excitação, que sobe pelo dorso em direção à cabeça, bloqueando sua expressão emocional. Por este motivo, as intervenções terapêuticas que favorecem a ab-reação costumam apresentar eficácia no alívio destes sintomas.

A artigo de R. Dew discute as semelhanças etiogênicas entre cefaléias tensionais e as enxaqueca, descrevendo, também quadros intermediários entre ambas. Estes quadros intensionais, com simpaticotonia afetando o tono vasomotor de certas artérias cerebrais e incluindo edema ocular e uma dor muito intensa, que se espalha pela face, mandíbula, dentes, e musculatura da mastigação. As cefaléias tensionais, os quadros intermediários e a enxaqueca apresentariam, segundo esse autor, uma identidade funcional quanto a sua causa psico emocional : alterações funcionais somáticas(agudização de bloqueios de 1º e 2º segmentos), como mecanismos de defesa para a contenção de raiva reprimida e ansiedade profunda. A diferença somática entre estes diferentes quadros de cefaléia seria

devida ao “lôcus do estase”, isto é, à região da cabeça onde os impulsos são predominantemente bloqueado: em nível da musculatura superficial, mas casos de cefaléia tensionais, ou em nível mais profundo, nos casos de enxaqueca.

A localização predominante do “lôcus de estase” pode depender de dois fatores: do tipo de encouraçamento de 1º segmento e/ou da intensidade do impulso reprimido. A cefaléia tensional seria o resultado da agudização do encouraçamento dos músculos da superfície do crânio, enquanto a enxaqueca resultaria da agudização de um encouraçamento visceral na base do cérebro. Por outro lado, se o impulso reprimido for intenso demais, o encouraçamento muscular superficial seria insuficiente para conter a excitação, tornando-se necessário o organismo recorrer, simultaneamente, ao encouraçamento visceral, isto é ao espasmo simpaticotônico das artérias cerebrais. Dessa forma, o espasmo na base do cérebro seria uma “medida de emergência” para conter uma inundação de excitações seriam: a) um ataque de pânico; b) um ataque onorgonótico agudo, com um desmaio, por exemplo; c) uma ab-reação emocional, como acontece na terapia; ou ainda d) um ataque convulsivo que representa uma descarga de excitação através de espasmos generalizados da musculatura. Assim, Dew sugere uma correlação entre a enxaqueca e a epilepsia com duas patologias sintomaticamente diferentes, mas apresentariam uma identidade funcional quanto a sua etiologia psico-emocional.

Discutindo de forma mais ampla o mecanismo psico-emocional das cefaléias, podemos dizer que o evento deflagrador seria o afloramento de impulsos reprimidos. Estímulos externos, como certas situações vivenciais, ou estímulos endógenos, como sonhos, recordações, ou alterações hormonais, produziram o ressurgimento súbito de fortes impulsos historicamente reprimidos, gerando uma onda de excitação. Estes impulsos, via de regra, são impulsos sexuais, impulsos agressivos ou, ainda, demandas afetivas. O meso inconsciente da frustração ou da repressão destes impulsos pelo mundo exterior geraria de imediato e necessidade de reprimi-los internamente. O mecanismo de defesa utilizado para conter estes impulsos para atenuar o medo associado a eles e, ao mesmo tempo, para impedir o afloramento dos conteúdos psíquicos recalçados, seria agudização do encouraçamento do 1º segmento.

Paralelamente a isto, a impossibilidade de expressão livre destes impulsos gera fortes sentimentos de raiva. O medo de contactar e expressar esta raiva também vai exigir sua contenção através da agudização de bloqueios de 1º, 2º e 3º segmentos, principalmente.

Esta raiva engloba componentes orais, componentes torácicos e componentes pélvicos. Porém, a experiência clínica em orgonoterapia tem demonstrado que a raiva oral é o componente mais importante na gênese das cefaléias. Isto se evidencia pelo fato estarem presentes em quase todos os casos de cefaléia sinais corporais e psicodinâmicos sugestivos de uma forte contenção de raiva oral; E isto é confirmado clinicamente pela eficácia terapêutica dos trabalhos de expressão do impulso de morder. Podemos tentar explicar a prevalência deste componente de raiva é oral nas cefaléias com pelo menos duas hipóteses: a) a raiva oral inaugura ontogeneticamente nosso repertório agressivo e, talvez por isso, sempre que um sentimento de raiva é reprimido esta repressão termina recaindo no mais primitivo “lôcus” de expressão; b) nas cefaléias, contenção de excitação acontece na cabeça, logo o “lôcus” da estase de todos os sentimentos envolvidos tendem a convergir para as regiões mais próximas, no caso, as estruturas temporo-mandibulares. Podemos acrescentar que, na maioria das vezes, esta raiva está inconscientemente dirigida a pessoas, geralmente do sexo feminino, que representam objetos de amor e dependência e objetos de desejo e identificação, neste caso, conforme o sexo do paciente. Estas pessoas correspondem, portanto, à metáfora da figura materna, tanto em seus significados orais como em seus significados edípicos.

O afloramento dos impulsos de medo e de raiva é praticamente simultâneo, pois eles estão historicamente interligados, e o paciente, na maioria dos casos, tem uma percepção muito pobre desses sentimentos, pois estão ligados a conteúdos inconscientes. Pode acontecer que o paciente apenas perceba os sintomas físicos, isto é, a dor e o “mal-estar”, que parecem ter surgido do “nada”. Porém, durante o processo terapêutico torna-se claro que estes sintomas físicos são a somatização dos sentimentos e do impulso cuja a percepção foi obnubilada e, a expressão, reprimida. E isto é válido para toas as manifestações psicossomáticas.

Tratamento das Cefaléias na Abordagem da Orgonoterapia.

Na orgonoterapia, utilizamos diferentes tipos de intervenções corporais, que se mostram bastante eficazes no tratamento das cefaléias. Porém, é fundamental que se compreenda que o efeito terapêutico destas intervenções não de natureza mecânica, ou puramente catártica. As intervenções corporais são estímulos que possibilitam, simultaneamente, a elaboração psíquica (“working though”) de conteúdos inconscientes conflitivos, associada a ab-reação emocionais e a dissolução de bloqueios somáticos (desencouraçamento). Por este motivo, o trabalho verbal da análise do caráter e o trabalho verbal interpretativo, favorecendo o reprocessamento de conteúdos psíquicos e reorganização da dinâmica emocional do paciente deve, necessariamente, ser conduzido paralelamente ou simultaneamente às intervenções corporais. Num artigo publicado no último número deste periódico, este tema é discutido em maiores detalhes (Trotta, 2000).

O artigo de Dew discute diversos aspectos do tratamento orgonômico das cefaléias, reportando-se a alguns casos clínicos. Dew comenta que, enquanto alguns casos apresentam respostas bastante favoráveis, outros apresentam evolução lenta e inconstante, e ainda encontram-se casos que se mostram refratários ao tratamento. Os aspectos principais da abordagem terapêutica descrita por ele consistem em dirigir a energia em estase na região da cabeça para baixo, em direção aos segmentos inferiores, utilizando diferentes técnicas de expressão de raiva reprimida. Na descrição de um caso, ele comenta que, de início, obtinha alívio de sintomas com acting de giro ocular; porém, em seguidas as cefaléias se tornaram refratárias a esta e outras técnicas desencouraçamento ocular. O passo seguinte foi estimular a expressão vocal do sentimento de raiva: : sugeri que ele gritasse quando sentia dor de cabeça; o alívio foi quase instantâneo; porém quando começaram a surgir sentimentos intensos ele começou a segurar a garganta; passou a apresentar nessa situação vômitos e sufocamentos que interrompiam as expressões e traziam de volta a dor”. Dew interpretou que quando um método de expressão perdia a eficácia, esta poderia ser restaurada dirigindo-se à expressão de raiva para um segmento mais abaixo. Ele passou a utilizar esse método de expressão de raiva com braços e pernas, que se mostraram bem úteis. O resultado final desse tratamento não está descrito.

Comentando esse caso a luz de nosso conhecimento atual, a primeira coisa que chama a atenção é um certa tendência a buscar alívio da estase por meio de diferentes métodos catárticos, em vez de buscar uma autêntica ab-reação da emoção mais especificamente reprimida, através da dissolução do principal bloqueio responsável pela sua repressão. O trabalho de Dew tem grande importância, não só pelo seu caráter pioneiro mais também pelos seus principais mecanismos psicossomáticos destas cefaléias. Porém, faltou descrever mecanismos de abordagem mais específicas. Uma das hipóteses centrais, que desenvolvemos neste nosso artigo é que a principal emoção reprimida nos casos de cefaléia é a raiva oral, que deve ser desbloqueada pela expressão do impulso de morder, associada ao desencouraçamento ocular com a técnica de foto-

estimulação ocular. O trabalho ocular simultâneo favorecer significativamente à elaboração de conteúdos psíquicos associados. O trabalho de Dew não fez referência à utilização da técnica de foto-estimulação, nem a técnica de expressão do impulso de morder, que, na época, eram de fato muito pouco usadas.

A técnica de foto-estimulação ocular consiste em propor ao paciente que acompanhe com os olhos a luz de uma pequena lanterna, que o terapeuta movimenta em trajetórias e ritmos específicos que a luz incidia em diferentes pontos do campo visual. Esta técnica de desencouraçamento do 1º segmento, criada por B. Koopman, é amplamente empregada atualmente pela eficácia de seus efeitos. Como as cefaléias correspondem a uma agudização de encouraçamento de 1º segmento, torna-se evidente a importância de sua utilização. Seus efeitos de vitalização de várias funções oculares, de estímulos à manutenção da visão binocular em, diferentes pontos do campo visual e de coordenação dos movimentos conjugados dos dois olhos atuam sobre várias disfunções oculares comuns nas cefaléias, como fotofobias, edemas, diplopias e tensão dos músculos oculomotores. Além disso, o estímulo à conexão funcional entre diferentes áreas dos dois hemisférios cerebrais, por movimentos oculares específicos, favorece o reprocessamento de conteúdos psíquicos emocionalmente significativos. Maiores detalhes sobre esta técnica estão descritos em outra publicação (Trrota, 1998).

A técnica de expressão do impulso de morder permite desbloquear a raiva oral inibida ou contida, favorecendo a emancipação de vínculos de dependência e a restauração do repertório funcional pulsional do paciente. Sua eficácia no tratamento de cefaléias é muito clara no alívio de condições agudas e no tratamento de condições crônicas. O envolvimento de distúrbios de nervos trigêmeos, tanto nas cefaléias tensionais como nas enxaquecas, também explicam a eficácia terapêutica dos trabalhos com o impulso de morder. A ativação dos nervos motores do ramo mandibular do trigêmeo, associada à mobilização dos músculos da mastigação, permitiria uma descarga de excitação acumulada ou congestionada nos oftálmico e maxilar do nervo trigêmeo. Outro componente importante dos trabalhos com impulso de morder, que também se explica pela eficácia no tratamento de cefaléias, é o seu efeito de ativação do hipocampo – área cerebral associada ao processamento de conteúdos psíquicos e a consolidação da memória. Este e outros efeitos encefálicos da mastigação prolongada tem sido descritos por diferentes pesquisadores utilizando desde testes de “desempenho cerebral”, até técnicas de neuro-imagem, como a tomografia por emissão de pósitrons (Scholey e Wilkinson, 2002; Onzuca, 1999; New Scientist, 2000).

Outras técnicas de intervenção corporal, que também costumam ser importantes no tratamento de cefaléias são: alongamento da articulação temporo-mandibular (ATM), pela manutenção da boca aberta; b) massagem dos músculos do crânio e estruturas anexas; c) alongamento e tração antero-posterior do pescoço; d) Trabalhos de expressão sonora; e) alívio da hipertonia torácica pelo favorecimento de expiração; f) abrandamento de encouraçamento diafragmático por intensificação de movimento diafragmático inspiratório (“estufando a barriga”) e outros procedimentos habituais.

Bibliografia

ADAM, R.D; VICTOR, M *Principles of neurology*. New York: McGraw-Hill, 1981

ALENCASTRO, C. G. *Cefaléias e algias da face*. Rio de Janeiro: Editora de Publicações Científicas (EPUC), 1995

ALEXANDER, F; FRENCH, T.M. *Studies in psychosomatic medicine*. New York: Ronald Press, 1948

DEW, R. *Biopathic diathesis VII: headache in Journal of Orgonomy*. New Jersey, nº9, p 27 -52, 1974

GRODDECK, G. *Estudos Psicanalíticos sobre Psicossomática*. São Paulo, Perspectiva, 1992

Headache Classification committee of the International Headache Society. *Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain in Cephalalgia*, nº8(suppl.7)p. 29-34, 1988

KONIA, C. Orgonoterapia: a relação psicossomática(trd)in *Journal of Orgonomy* nº 19:2
KRYMCHANTOWSKI, A.V. Cefaléias do tipo tensional. In *Jornal Brasileiro de Medicina*. Rio de Janeiro: V 80, nº 6 p 28-34, 2001

NELSON, A. Functional headaches in *Journal de Orgonomy*. New Jersey : nº8 p 35-42, 1974

NEW CIENTIST. Chewing wards off dementia. Site: <http://archive.newscientist.com>, 2000. *Source: behavioral brain research*, v.108 p 145-155, Elsevier Scienc, 2000

ONOUZUCA, W. Et all Reduced mastication stimulates impairment of spatial memory and degeneration of hippocampal neurons in aged SAMP8 mice In. *Brain research* v. 826, p. 148-153, Elsevier Science, 1999

RASMUSSEN, B. K.; JENSEN, R. Et all. Epidemiology of headache in a general population – a prevalence study in *Clin epidemiol*. Nº44, p. 1147-1157, 1991

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

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

_____. *Ether, god and devil*. New York: Farrar, Strauss & Giroux, 1973

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

.....;;