

**CENTRO UNIVERSITÁRIO ÍTALO BRASILEIRO
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO
INTEGRAÇÃO ESTRUTURAL - ROLFING®**

CORNÉLIA PONGRÁCZ ROSSI

**ROLFING® INTEGRAÇÃO ESTRUTURAL COMO TERAPIA
COMPLEMENTAR EM CASO DE TRANSTORNO BIPOLAR:
ESTUDO DE CASO**

SÃO PAULO

2011

CORNÉLIA PONGRÁCZ ROSSI

**ROLFING® INTEGRAÇÃO ESTRUTURAL COMO TERAPIA
COMPLEMENTAR EM CASO DE TRANSTORNO BIPOLAR:
ESTUDO DE CASO**

Monografia de conclusão de Curso de Pós-Graduação, apresentada ao Centro Universitário Ítalo Brasileiro, como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista (lato sensu) em Rolfing®, sob orientação do Prof. Dr. Pedro Prado.

SÃO PAULO

2010

CORNÉLIA PONGRÁCZ ROSSI

ROLFING® INTEGRAÇÃO ESTRUTURAL COMO TERAPIA
COMPLEMENTAR EM CASO DE TRANSTORNO BIPOLAR:
ESTUDO DE CASO

Monografia de Conclusão de Curso apresentada ao Centro Universitário Ítalo Brasileiro, como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista (lato sensu) em Rolfing sob a orientação do Prof. Dr. Pedro Prado.

Nota: _____

Data da Aprovação: ____/____/____

Prof. Dr. Pedro Prado

Assinatura: _____

Dedico este meu trabalho ao meu marido Dr. Claudio Rossi, que me tem sido fonte de inspiração e incentivo no meu percurso profissional.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Emilia Satoshi Miyamaru Seo pela orientação e auxílio na realização desta pesquisa. .

Ao Prof. Dr. Pedro Prado, pioneiro em Rolfing no Brasil, que com grande generosidade tem compartilhado seus conhecimentos.

À Associação Brasileira de Rolfing (ABR) que tem propiciado maneiras de evoluir profissionalmente por meio dos seus cursos e workshops.

Aos meus clientes que me tem possibilitado evoluir e continuar a minha busca por novos conhecimentos.

Enfim, agradeço a todos que de uma maneira ou de outra contribuíram para o meu crescimento pessoal.

“De repente do riso fez-se o pranto
Silencioso e branco como a bruma
E das bocas unidas fez-se a espuma
E das mãos espalmadas fez-se o espanto.
De repente da calma fez-se o vento
Que dos olhos desfez a última chama
E da paixão fez-se o pressentimento
E do momento imóvel fez-se o drama.
De repente, não mais que de repente...”

Vinicius de Moraes

RESUMO

O transtorno bipolar é uma doença com manifestações crônicas e recorrentes. As súbitas e intensas alternâncias de episódio maníaco e de estado depressivo dificultam o convívio diário da pessoa com suas atividades e com as pessoas com quem convive. O tratamento básico consiste em acompanhamento médico utilizando medicação com substâncias estabilizadoras de humor. Por vezes torna-se necessário utilizar associações com vários medicamentos e terapias complementares.

O presente estudo de caso visa verificar o possível efeito benéfico de Rolfing, Integração Estrutural, como terapia complementar em paciente com história de transtorno bipolar.

Rolfing mostrou-se útil no sentido de desenvolver a auto percepção e auto conhecimento, permitindo que sejam detectados precocemente os sinais prodrômicos possibilitando a pessoa lidar com eles de maneira consciente e antes da sua intensificação. Rolfing contribuiu para a redução dos estados de agitação e hiperatividade. Contribuiu para a sensação de um bem estar físico, facilitando o convívio da pessoa com a doença.

Recomenda-se que em casos de transtorno bipolar, sejam acrescentados, sessões adicionais, após a série clássica de 10 sessões, numa periodicidade de acordo com as necessidades da pessoa, contribuindo para amenizar os episódios maníacos.

Palavras-chave: Rolfing, Integração estrutural, transtorno bipolar, bipolaridade, PMD, terapia manual.

ABSTRACT

The bipolar disorder, also called maniac depression, is a chronic disease, where maniac episodes and depressive states are alternated. Because of the quick and intense shifts of mood and behavior, it is difficult to cope with the daily activities and with family and professional relationships. The basic treatment consists in mood stabilizing medication prescribed and followed by M.D. Sometimes a combination of medication has to be prescribed and complementary treatments may be helpful. This Case Study has the purpose of verifying the beneficial effect of Rolfing, Structural Integration, as complementary therapy in a patient with a history of bipolar disorder. It has been observed in the present case study, that Rolfing is helpful in developing self perception and self knowledge, allowing the early recognition of the prodromical manifestations which allows the person to deal with them consciously before they get too intense. . Rolfing contributed to the reduction of the anxiety states and the hiperactivity. Rolfing has also contributed for the well-being sensation, facilitating to cope with the illness. It is desirable to have additional sessions after the basic 10 Rolfing sessions, contributing thus to the reduction of the intensity of the maniac states.

Keywords: Rolfing, Structural Integration, Bipolar disorder, Maniac depression, manual therapies

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO 2 - REVISÃO DA LITERATURA	10
2.1 Transtorno Bipolar	10
2.1.1 Definição.....	10
2.1.2 Diagnóstico.....	11
2.1.3 Principais sintomas.....	12
2.1.4 Tratamento básico.....	13
2.1.5 Tratamentos complementares	13
2.2 Rolfing	16
CAPÍTULO 3 – CASUÍSTICA E MÉTODOS	22
3.1 Casuística.....	22
3.2. Métodos.....	24
CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
4.1. Resultados.....	25
4.1.1 Relato do sujeito da pesquisa.....	25
4.1.2 Relato da terapeuta primária	30
4.2. Discussão	31
CAPITULO 5 - CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS	36
GLOSSÁRIO	42
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	43
APÊNDICE A – Entrevista semi-aberta para o sujeito da pesquisa	
APÊNDICE B – Entrevista semi-aberta para o profissional primário	
ANEXO A–Termo de consentimento livre e esclarecido para o sujeito da pesquisa	
ANEXO A–Termo de consentimento livre e esclarecido para o profissional primário	

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

O **transtorno afetivo bipolar**, que freqüentemente chamamos neste trabalho na sua forma simplificada **transtorno bipolar** ou **TB**, é atualmente uma doença reconhecida, tanto no CID-10 (décima edição do Código Internacional de Doenças) (http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/f30_139.htm), como no DSM-IV (4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais) (APA, 2000, APA, 2007). Segundo ABTB, ela pode chegar a acometer 8% da população do Brasil (<http://www.abtb.org.br/transtorno.php>).

Ainda, de acordo com a Associação Brasileira de Transtorno Bipolar, o TB causa com freqüência incapacitação e grave sofrimento para os portadores. Segundo OMS, “na década de 1990, evidenciaram que o TB foi a sexta maior causa de incapacitação no mundo” (<http://www.abtb.org.br/transtorno.php>).

Pelo fato de serem manifestações crônicas e recorrentes, e pelo fato da medicação nem sempre surtir efeitos que permitam uma vida equilibrada, torna-se necessário fazer ajustes e combinações nos processos terapêuticos. (MORENO e MORENO, 2008).

Trata-se portanto de relevância a identificação de abordagens ou técnicas complementares que possam contribuir para uma melhor condição de vida para os portadores de TB e seus familiares.

Esta monografia visa relatar um estudo de caso, no qual foi utilizado Rolfing® Integração Estrutural como terapia complementar em um caso de portador de transtorno bipolar.

CAPÍTULO 2 - REVISÃO DA LITERATURA.

2.1 Transtorno Bipolar

O transtorno bipolar é uma doença afetiva, caracterizada por alterações de humor, que se apresentam com diversos graus de intensidade, com episódios que oscilam entre a euforia (fase de mania) e a depressão. A Associação Brasileira de Transtorno Bipolar - ABTB, filiada à International Society for Bipolar Disorders, estima que no Brasil há cerca de 1,8 a 15 milhões de pessoas portadoras de TB, em diferentes graus de intensidade (<http://www.abtb.org.br/transtorno.php>).

2.1.1 Definição

Os transtornos do humor são aqueles onde “a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma elevação.” (http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/f30_f39.htm). Esta é a definição do CID 10. O CID, ou seja, a Classificação Internacional de Doenças, é uma publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) visando padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde. O algarismo 10 refere-se à décima revisão, aprovada em 1989. O CID-10 contém uma lista das doenças, sua classificação, suas características, sintomas, circunstâncias sociais, etc. Os transtornos do humor são classificados entre F30 a F39. (www.medicinanet.com.br/cid10/1530/f31.transtorno_afetivo_bipolar.htm).

O transtorno afetivo bipolar é classificado no CID-10 como F31, assim definido: “transtorno caracterizado por dois ou mais episódios nos quais o humor e o nível de atividade do sujeito estão profundamente perturbados, sendo que este distúrbio consiste em algumas ocasiões de uma elevação do humor e aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania) e em outras, de um rebaixamento do humor e de redução da energia e da atividade (depressão).”

(http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/f30_f39.htm). Por sua vez, o transtorno afetivo bipolar é subdividido em diversas categorias, as quais não vamos detalhar aqui por ser nosso trabalho focado mais genericamente na classificação pertencente ao agrupamento F31.

No Manual de doenças mentais publicado pela American Psychiatric Association, de referência internacional, denominado DSM-IV (ver item 1.7 Lista de Abreviaturas e Siglas), o transtorno bipolar encontra-se no capítulo de transtornos de humor. A bipolaridade caracteriza-se por fases de mania quando a pessoa sente-se eufórica e com poder excessivo em áreas como finanças pessoais, negócios, ou relacionamentos. A auto-estima fica elevada, tornam-se falantes, há grande fluxo de idéias, redução da necessidade de dormir e atividade excessiva. Esta fase maníaca é seguida de períodos de depressão (<http://allpsych.com/disorders/dsm.html>).

O transtorno bipolar é uma doença crônica e recorrente. A maioria dos pacientes portadores necessita tratamento de manutenção (profilático ou preventivo) de longa duração. “Após o tratamento agudo de um episódio de depressão, mania ou misto, inicia-se em todos os pacientes o tratamento de continuação, que visa a diminuição do risco de recaída do episódio atual do transtorno.” (MORENO e MORENO, 2008, p. 415).

2.1.2 Diagnóstico

O diagnóstico do TB nem sempre é fácil e o tratamento visa prevenir as crises bem como controlar os sintomas agudos. (TUNG, 2008)

Os critérios diagnósticos não são universalmente aceitos, sendo que o espectro do TB continua sendo revisado. Embora 50% dos casos sejam tratados por médicos generalistas, recomenda-se treinamento suficiente para identificar e encaminhar para tratamento com médico psiquiatra. (MORENO e MORENO, 2008)

TB é uma doença crônica, “altamente prevalente e incapacitante” (MORENO, MORENO, 2008, p. 147) com causas biológicas, porém, é também

relacionada a fatores ambientais. Por ser crônico, o tratamento e os cuidados devem se seguir ao longo da vida (ALVARENGA e ANDRADE, 2008).

2.1.3 Principais sintomas

Os sintomas compreendem uma ciclagem de uma fase de hipomania, com uma fase de depressão.

A **hipomania** pode ter a duração de um ou vários dias. O paciente apresenta um humor expansivo, eufórico, irritável, e desinibido. Há marcante ativação da psicomotricidade, inquietude, sucessão de pensamentos de forma rápida e incessante, podendo aparecer simultaneamente muitas idéias e planos, gerando construções mentais grandiosas que podem se modificar com rapidez. Há fuga de idéias que dificultam o contato e a compreensão do discurso. O otimismo é exagerado, há aumento da impulsividade (por exemplo, aumento de gastos além das possibilidades financeiras), conduta social inadequada, e atividades sem crítica e com risco (como dirigir carro em alta velocidade). Há uma tendência no aumento do consumo de álcool e uso de drogas.

A fase de **depressão** implica na incapacidade de sentir alegria ou prazer. Ocorre uma sensação de tristeza, vazio, fracasso, insegurança, inferioridade, inutilidade, desânimo, sofrimento emocional que pode até culminar com tentativas de suicídio. Há alterações posturais como ombros curvados, cifose acentuada, há inibição de movimentos espontâneos. Ocorrem alterações de apetite e sono, e a pessoa é irritadiça, com baixo limiar para frustração. Podem haver dificuldades de raciocínio e de tomada de decisões. Alguns pacientes tem a tendência de se isolarem e de ficar deitados e inativos. Pacientes deprimidos freqüentemente não se lembram de períodos de hipomania portanto é importante ter informação de terceiros bem como a conscientização da pessoa nas diferentes fases de humor. Um dos fatores diferenciadores da depressão simples da bipolaridade é a ineficácia de medicação anti-depressiva (MORENO e MORENO, 2008).

“É alta a prevalência de co-morbidade do TB com outros transtornos do eixo

I (abuso e dependência de álcool e drogas, transtorno de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de ansiedade generalizada, fobia social, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade).” (ALVARENGA e ANDRADE, 2008, p. 173). Infelizmente, é freqüente ser feito o diagnóstico da co-morbidade por ser a queixa principal da pessoa, e não se faz o diagnóstico ou o tratamento do TB. (ALVARENGA e ANDRADE, 2008) .

2.1.4 Tratamento básico

O tratamento básico do TB consiste em acompanhamento médico-clínico utilizando medicação com substâncias estabilizadoras do humor, sendo o lítio o mais utilizado. Devido a características pessoais, não há estabilizador de humor com ação perfeita, e sem efeitos colaterais, razão pela qual com freqüência é necessária a substituição da medicação, e/ou o uso de um ou mais estabilizadores de humor no episódio agudo ou mesmo no tratamento de profilaxia. (ALVARENGA e ANDRADE, 2008).

Associações com outros medicamentos podem ser indicados para restaurar o comportamento, controlar sintomas, e prevenir ocorrência de novos episódios. (LOUZÃ NETO e ELKIS, 2007)

No entanto, as estratégias farmacoterápicas isoladas não são suficientes para o tratamento e prevenção dos episódios da bipolaridade. (ALVARENGA e ANDRADE, 2008)

2.1.5 Tratamentos complementares

Além da psicofarmacologia há possibilidade da utilização de terapias complementares. Cuidados pessoais desempenham papéis importantes. Sintomas podem ser reduzidos por exercícios regulares, hábitos saudáveis como sono suficiente, alimentação adequada, monitoramento de humor, manutenção dos níveis de estresse em níveis reduzidos, e estar cercado de pessoas que possam dar apoio

(http://www.helpguide.org/mental/bipolar_disorder_symptoms_treatment.htm).

Psicoterapia e psicoeducação também são relatadas como benéficas no tratamento da TB. (RUSSELL, 2006 e COLOM, 2004). A psicoeducação deve abranger os familiares do portador de TB, bem como a própria pessoa. (COLOM e VIETA, 2004). Cuidados corporais, vida saudável, exercícios físicos, yoga, massagem, podem ser benéficos, embora se sugira estudos adicionais para comprovar a eficácia destas abordagens em TB. (ANDREESCU, MULSANT e EMANUEL, 2008).

Embora não tenhamos encontrado indicação específica de massagem como terapia complementar no TB, a massagem tem sido usada em distúrbios de humor, e, segundo a Clínica Mayo, ela tem efeitos benéficos no controle de ansiedade e depressão (<http://www.mayoclinic.com/health/massage/SA00082>). No presente estudo utilizou-se a técnica Rolfing, que é um tipo de massagem, ou seja, é uma abordagem manual que tem seu foco no tecido conjuntivo, que é um tecido presente em todas as estruturas somáticas, podendo ser considerada como o elo que conecta todas as estruturas do corpo. Em Rolfing, o indivíduo é considerado como um todo, e não partes isoladas. A técnica está relatada com mais detalhes no item 2.2.

Cada vez mais aceita-se que a mente pode influenciar o corpo, sendo isso chamado de medicina *psicossomática*. Também verdadeiro, mas menos aceito é que a saúde física pode afetar o funcionamento da mente, o que é chamado de *somatopsíquica*. (BASSMAN, 1997).

Segundo publicação da University of Maryland Medical Center, a massagem pode ser útil para reduzir o estresse, ansiedade, e sintomas de depressão. Portanto “a massagem é benéfica não apenas para o corpo, mas também benéfica para o seu estado mental.” (<http://www.livestrong.com/article/113081-list-massage-benefits>)

No caso das massagens, além do benefício direto, existe o benefício psicológico de sentir-se cuidado, de sentir-se mimado, acarinhado, “que resulta numa sensação maravilhosa de bem estar, que não pode ser obtida através de

medicações as mais modernas” (MAXWELL-HUDSON, 1988, p. 8).

Uma das funções dos exercícios físicos e da manipulação corporal é desenvolver a percepção de si. Cada vez mais os “nossos sentidos sofrem um processo de anulação, dando-se uma valorização cada vez maior ao intelecto, em detrimento das emoções, do corpo, e/ou a valorização do mesmo somente no aspecto estético, causando sofrimentos para a maioria das pessoas.” (MOYZÉS e LÉLIS, 2004, p. 1). É importante estar atento para o que o corpo quer dizer, em vez de evitar entrar em contato ou racionalizar nossos sentimentos e sensações. “Precisamos escutá-los como uma forma de captar informações que podem nos guiar e levar-nos à cura.” (HECKLER, 1984, p. 8). “A massagem integrada pode ajudar a pessoa a melhorar a percepção de si mesma...” Os comentários mais comuns após a massagem são a “sensação de organização interna”, sensação de leveza, “sensação de ter um novo corpo”. (VERONESE, 2010, p. 33).

Segundo a Associação Psiquiátrica Americana, “experiência de vida, suporte intenso, abertura para melhorar, tornam-se às vezes fatores que podem fazer diferença no prognóstico da doença. (<http://allpsych.com/disorders/dsm.html>). A massagem é considerada como um “recurso terapêutico que desperta reações, emoções, consciência, e pode ser coadjuvante nos processos terapêuticos, ajudando os pacientes em seus resultados, e os terapeutas em seus objetivos.” (VERONESE, 2010, p.viii). “Através da Psicologia Corporal pode-se compreender bem que no corpo (nos músculos, na pele, nas vísceras) estão contidas todas as emoções de uma pessoa.” (VERONESE, 2009 p.2). Quando a liberação das tensões do corpo é feita de uma maneira suave, pode ocorrer o desbloqueio emocional, com maior presença e consciência do corpo. (VERONESE, 2009).

Através de toques e/ou massagens, as tensões musculares são reduzidas, e ocorre um estado de relaxamento e prazer. (MOYZÉS e LÉLIS, 2004).

A Integração Estrutural, embora simplisticamente possa ser chamada de massagem, é uma abordagem ou uma intervenção dirigida aos tecidos miofasciais, utilizando-se de técnicas específicas.

2.2 Rolfing

A Integração Estrutural, ou Rolfing®, está classificada como terapia alternativa pelo NCCAM – National Center for Complementary and Alternative Medicine, órgão do NIH - National Institute of Health, USA. Trata-se de uma terapia corporal, com abordagem manual, desenvolvida pela Dra. Ida Rolf, nos Estados Unidos (<http://www.nccam.nih.gov>).

A literatura registra que “a estimulação tátil tem efeitos profundos sobre o organismo, tanto fisiológicos, quanto comportamentais” (MONTAGU, 1905, p.195).

O sistema nervoso pode ser estimulado, tranqüilizado, ou “tonificado”, de acordo com o tipo de movimento aplicado na massagem. (BECK, 1988). No caso do Rolfing, as fáscias que são trabalhadas durante o processo, e que fazem parte do tecido conjuntivo, são densamente inervadas por mecanoreceptores que respondem à pressão aplicada. Como resultado, o tônus simpático é alterado, bem como a viscosidade tissular. Isto leva a alterações de tônus nas unidades motoras. (SCHLEIP, jan. 2003). A manipulação miofascial provoca uma resposta no SNC, em especial no SNA. Através desse processo há um estímulo nas respostas auto-regulatórias do indivíduo. (SCHLEIP, abr. 2003). Segundo Kevin Frank, a fáscia é um órgão sensorial cujos receptores guiam nossa percepção interna de saúde e bem-estar. (FRANK, 2010).

A massagem pode ser um tratamento efetivo para a depressão (COELHO,2008), bem como pode auferir relaxamento e redução do estresse (BECK, 1988).

É comum encontrar-se pessoas que não se dão conta das suas sensações corporais. Por outro lado, também é comum, após uma resposta de contração muscular, o corpo manter-se tenso, retendo um grau residual da tensão, o que pode

gerar desconforto. (VERONESE, 2010). Situações repetitivas de estresse “podem provocar um efeito cumulativo e manter distúrbios num organismo em constante tensão defensiva” (LAPIERRE, 2002, p. 203). A manipulação sistemática manual dos tecidos moles do corpo tem como resultado o “relaxamento muscular, alívio de dores, restauração do equilíbrio metabólico, e outros benefícios tanto físicos como mentais” (BECK, 1988, p.3).

Entre as técnicas de massagem, existe uma que é mais abrangente e holística, visando o enfoque do indivíduo como um todo, abordando não só o físico, mas o bem estar mental e emocional. Trata-se do Rolfing Integração Estrutural, desenvolvido pela Dra. Ida Rolf. (BECK, 1988). Em sua versão clássica, consta de 10 sessões estruturais (*ver 1.10. Glossário*), visando um alinhamento entre os segmentos do corpo, maior liberdade de movimento através liberação das fáscias, maior capacidade de grounding (*ver 1.10. Glossário*) e de se relacionar com o suporte, melhor harmonia com a força da gravidade e maior economia funcional.

As fáscias desempenham “um papel muito importante com relação às tensões e à memória corporal”. (VERONESE 2010). O processo de Rolfing vai além da estrutura física, ela traz experiências de vida significativas, alterações nas emoções, e nos comportamentos, e percepções de mudanças. (GETTLIFFE, 2010).

Há inúmeras definições para Rolfing, todas elas trazem um pouco da verdade sobre método. O site da ABR –Associação Brasileira de Rolfing, define “O Rolfing é um método de integração das estruturas humanas” (<http://www.rolfing.com.br>).

O site da Associação Européia de Rolfing define “Rolfing é uma abordagem corporal, aplicada por profissional qualificado, numa série de 10 sessões, com o objetivo de maximizar o bem estar do indivíduo do ponto de vista físico e mental.” (<http://www.rolfing.org>)

O Rolfing é uma técnica desenvolvida pela Dra. Ida Rolf, num período de cinquenta anos, começando a ensinar o seu método sistematicamente em 1950.(MAIA, 2009). A técnica visa alinhar as estruturas humanas, com a intenção

de obter uma maior harmonia em relação à força da gravidade. Rolfing, ou Integração Estrutural, é uma abordagem holística, que considera todos os aspectos do indivíduo, ou seja, sua estrutura física, sua função, bem como seus aspectos psicobiológicos ou sejam, aspectos emocionais/psicológicos, aspectos culturais/meio ambiente, aspectos existenciais/espirituais, e aspectos energéticos. (PRADO, 2009).

Michael Salveson, professor avançado do Rolf Institute for Structural Integration, define Rolfing como “um método de manipulação profunda dos tecidos conjuntivos do corpo...com a meta de criar maior fluidez e equilíbrio, com um efeito correspondente na consciência (percepção)”. (JOHNSON, 1997, p. 33).

A meta primária do Rolfing é organizar o corpo do indivíduo na gravidade para que possa ser obtida melhora no bem estar e no seu funcionamento como um todo, “no nível que a pessoa estiver preparada a aceitar.” (MAITLAND, 1995, p. 149).

Rolfing tem o objetivo de melhorar as funções, modificando assim a estrutura. (FEITIS, 1986).

O Rolfing proporciona uma maior vitalidade ao indivíduo, e favorece o equilíbrio emocional e o crescimento psicológico (<http://integracao-estrutural.com/rolfing/index.php>).

A técnica do Rolfing utiliza a manipulação dos tecidos moles, ou seja, sistema miofascial, utilizando portanto abordagens superficiais e profundas, sendo no entanto considerada como “deep tissue massage” (massagem de tecidos profundos). A técnica implica em utilização de pressão com a mão, a ponta dos dedos, articulação do dedo indicador, articulação dos dedos com o punho fechado, e cotovelos. A pressão deve ser mantida até ser percebida uma liberação nos tecidos miofasciais. Respostas autonômicas como suspiros, respirações espontâneas mais profundas podem ocorrer indicando liberação dos tecidos. Muitas vezes associado com a liberação dos tecidos ocorre a liberação de tensões emocionais. As emoções são armazenadas em um nível celular, e o trabalho com toques profundos a nível muscular e fascial pode ser uma ferramenta eficiente para facilitar a consciência das

emoções. (RIGGS, 2002).

Segundo Dra. Ida, o corpo é uma rede ou teia de tecido fascial, uma rede tridimensional. Quando trabalhamos com a fáscia superficial, estamos trabalhando com o tônus das fâscias de todo o corpo. (FEITIS, 1986).

O corpo é constituído de camadas contínuas de fâscias. Trabalhar com as fâscias é a base dos métodos globais modernos pois “Não há ação muscular única ou localizada. Não há deformação ou insuficiência única, isolada ou localizada. Não pode haver tratamento ou correção única, isolada ou localizada.” (BIENFAIT, 2000, p. 35)

Dra. Ida Rolf, afirma que o Rolfing integra as estruturas, ou seja, o corpo é feito de pedaços que se forem unificados de uma forma organizada, passará a ser uma unidade atuante, energeticamente eficiente. Quando o corpo encontra-se em equilíbrio, encontra-se a força. (FEITIS, 1986).

Quando Dra. Ida Rolf estava iniciando o desenvolvimento do seu método, alguns profissionais da medicina, os osteopatas e quiropatas afirmavam que o corpo poderia ser melhorado através da manipulação fascial. (DAVIS, 2005).

A série básica de Rolfing compreende 10 sessões. Cada uma das sessões aborda metas estruturais e funcionais numa seqüência lógica. Segundo Caspari, é necessário integrar estrutura e função para trazer maior vitalidade. Depois de receberem Rolfing, os clientes devem parecer melhor, sentir-se melhor e também se expressar melhor e usar seu corpo e seu potencial de movimento. (CASPARI, 2005).

Rolfing proporciona à pessoa uma distribuição de forças mais equilibrada, resultando num sistema energético mais equilibrado, havendo uma melhor conservação de energia. Além de alterações nas estruturas anatômicas e fisiológicas do corpo, os profissionais que aplicam Rolfing bem como as pessoas que recebem a técnica, tem afirmado que Rolfing produz também mudanças psicológicas. Dra Ida Rolf afirmou que “dores emocionais e raiva, são freqüentemente reprimidos e

mantidos na musculatura num nível físico.” (Rolf, apud WEINBERG e HUNT, 1979, p. 320). Tem sido observado que áreas doloridas freqüentemente estão associadas a história de experiências traumáticas ou estressantes. Depois de serem submetidas ao Rolfing, observou-se que as pessoas podem enfrentar situações com menos tensão e ansiedade. Em um estudo com 48 voluntários, 24 foram submetidos a 10 sessões de Rolfing, e 24 compunham o grupo controle. Os resultados sugerem que a Integração Estrutural leva a uma redução do estado de ansiedade de base. (WEINBERG, HUNT, 1979).

Dra. Ida Rolf refere-se ao corpo e mente como sendo os dois lados da mesma moeda, “portanto, os resultados do trabalho com o corpo atingem a vida emocional, comportamental, e até espiritual da pessoa.” (Rolf, apud FEITIS, 1986, p. 214)

Na sua tese de doutorado, Dr. Pedro Prado, relata que a maior razão para a procura por Rolfing é física, porém considerando as razões psico-biológicas, a maior procura deve-se a motivos emocionais. Quanto à resposta do ponto de vista emocional, comparando antes e depois do processo de Rolfing, foi observado que as pessoas submetidas a Rolfing sentem-se igual ou melhor que no início do processo. (PRADO, 2006).

SÉRIE CLÁSSICA DE 10 SESSÕES DE ROLFING

A síntese das intervenções das 10 sessões estruturais clássicas de Rolfing, conforme desenvolvido pela Dra. Ida Rolf são descritas a seguir: (ROLF, 1990)

1ª. Sessão: Trabalha-se na fáscia superficial. Inclui-se no trabalho a caixa torácica, que irá beneficiar a respiração, podendo ser observadas alterações na pele que fica mais rosada, há freqüentemente reconhecimento de modificações psicológicas (FEITIS, 1986). Inicia-se o trabalho da horizontalização da pelve

2ª. Sessão: Trabalha-se no “suporte”: pés, pernas. Segundo Dra Ida Rolf, uma sensação de insegurança pode ter origem num suporte inadequado do corpo pelos pés. (ROLF, 1990).

3ª. Sessão: Alonga-se a linha lateral do corpo, busca-se o aumento do

espaço entre a pelve e a 12^a. Costela. Liberação da cintura pélvica e da cintura escapular. A pessoa passa a ter uma sensação agradável de tridimensionalidade.

4^a. Sessão: A primeira das sessões abordando fáscia mais profunda. O trabalho é direcionado para reduzir a rotatividade dos membros inferiores. Alinhamento da pelve em todos os planos. Trabalha-se desde o retináculo do tornozelo até o ramo pubiano.

5^a. Sessão: Trabalha-se no alinhamento e liberdade de movimento das clavículas, das escápulas. Trabalha-se na parte anterior do tórax e do abdômen, incluindo estruturas como diafragma e íliopsoas.

6^a. Sessão: Paciente em decúbito dorsal, liberação de estruturas da parte posterior da perna, maior liberdade de movimento na pelve, sacro e coluna vertebral.

7^a. Sessão: Alinhamento da cabeça. Liberação das fáscias da cabeça, pescoço, e ombros.

8^a Sessão: Foco na parte superior ou inferior do corpo, o que trazer mais benefício preparando para a 9^a. Sessão. O trabalho na 8^a e 9^a sessão buscam um relacionamento adequado entre as estruturas já visitadas.

9^a. Sessão: É a sessão complementar da 8^a. Sessão.

10^a. Sessão: Busca-se integração do todo. Maximizar a eficiência e a liberdade de movimento entre estruturas. Integração.

Na parte final de cada sessão há sempre um “pelvic lift”, “backwork”, e um “neckwork” (ver item 1.7 Vocabulário e Abreviações), que dão às pessoas uma sensação de integridade e “uma sensação geral de bem-estar” (FEITIS, 1986)

CAPÍTULO 3 – CASUÍSTICA E MÉTODOS

O sujeito desta pesquisa, uma mulher de 49 anos, chegou ao nosso consultório buscando auxílio para enfrentar seu distúrbio de bipolaridade, diagnosticado há 20 anos, tendo sido nesse período tratado principalmente por via medicamentosa. Relatou que por inúmeros motivos tinha decidido interromper a medicação e que buscava alternativas que pudessem ajudá-la no controle do seu distúrbio aliviando os seus sintomas. Questionava se o Rolfing, do qual tinha ouvido falar, pudesse beneficiá-la. Embora não houvesse um uso conceituado de Rolfing em TB, porém tendo em vista registros de benefício em aspectos biopsicológicos, combinamos proceder à série clássica de Rolfing, composta de 10 sessões, porém foi especificado que seria uma tentativa experimental, e que a qualquer tempo poderia ser reconsiderada de ambas as partes a continuidade do processo e/ou proceder segundo instruções do acompanhamento médico/psicológico.

3.1 Casuística – Histórico do sujeito de pesquisa

P, conforme denominaremos nosso sujeito de pesquisa, entrou em contato conosco em 12/4/2010. Brasileira, casada, 49 anos, sem filhos, administradora de empresa própria, formação universitária em engenharia. Buscava a possibilidade de com Rolfing poder estar reduzindo os efeitos negativos do seu distúrbio bipolar. “P” relatou que teve os primeiros sintomas de bipolaridade em 1987, com 26 anos, e que na época foi tratada como depressão, iniciando a tomar medicação psicotrópica sob acompanhamento médico. Em 1997, com 36 anos, teve um episódio severo de mania, envolvendo-se em acidente de carro, permanecendo hospitalizada. Teve acompanhamento psiquiátrico tendo sido diagnosticada com “Psicose Maníaco Depressiva”, e lhe foi receitado carbolítio. Relata que tomando o medicamento, “se estranhava”, sentia alguns efeitos colaterais (que não detalhou), mas que tomou durante 5 anos. Em 2002 foi diagnosticado problema na tireóide, provavelmente devido ao carbolítio, e o mesmo foi suprimido. A partir de então, por 5 anos, com acompanhamento psiquiátrico, foi alterando medicação sem ter sido encontrada uma medicação que lhe fosse adequada para o controle da sua sintomatologia. Relata

que como efeitos colaterais teve perda de cabelo, aumento de peso, falta de iniciativa, muita depressão, perda de libido, etc. Finalmente em 2007 iniciou a tomar Depakote (divalproato de sódio) que equilibrou melhor suas fases de mania e depressão, embora permanecesse prostrada, cansada, e sem libido. Apresentou edema, agitação, confusão, e alterações no sono. Lembra-se de ter tido episódios de depressão nas manhãs, medo, e até pânico. Com mudança do horário da medicação, tais sensações mudaram de horário, mas sentia-se muito angustiada. Tinha pensamentos muito rápidos e fala compulsiva. Seu médico psiquiatra receitou Stelazine 5mg (trifluoperazina), 1 capsula cada noite. Foi lhe receitado Topamax (topiramato), mas passou mal e a medicação foi retirada pelo seu psiquiatra. Trocou várias vezes de psiquiatra e de medicação, e em 2009 decidiu interromper a medicação. Sentia-se confusa, “embotada”, como se não soubesse mais quem ela realmente era, quais eram seus sentimentos, onde estava sua libido, etc. Em início de 2010 começou a participar de encontros psico-educacionais no Hospital das Clínicas da U.S.P., num grupo de pacientes e familiares de pessoas com bipolaridade. Foi lhe sugerido um novo psiquiatra que lhe recomendou medicação semelhante à que tinha tomando no passado, acrescido de acompanhamento de psicóloga. Iniciou com uma entrevista com a psicóloga porém assumiu a decisão de experimentar ficar sem medicação. A psicóloga recusou tratá-la sem medicação. Foi nestas condições que ela nos procurou, decidida a experimentar ficar sem medicação, buscando ajudas alternativas.

Por ser profissional de Rolfing há mais de 20 anos, por estar interessada nos efeitos psicobiológicos do Rolfing, e, principalmente por desejar ajudá-la, decidimos iniciar a série clássica de 10 sessões de Rolfing, combinando no entanto, que a qualquer tempo o processo poderia ser descontinuado e proceder segundo instruções de acompanhamento médico/psicológico.

Retornando à sua psicóloga, que chamaremos de Terapeuta Primário ou simplesmente **T**, esta concordou em fazer acompanhamento terapêutico, mesmo sem medicação, porém com o uso de terapias complementares como Rolfing, como um processo experimental, estando ambas acordadas de introduzir processo medicamentoso com acompanhamento médico, se/quando assim se fizesse necessário.

Ao referirmos à terapeuta de Rolfing, ou Rolfista, usaremos a sigla **RO**.

3.2 Métodos

O método utilizado foi a aplicação do processo de Rolfing em 10 sessões, no modelo clássico, conforme especificado no Ítem 2.2.

A coleta de dados referentes a P e T foi feita da seguinte forma:

- a. Registro de informações e comentários apresentados espontaneamente por P antes, durante, e após cada uma das 10 sessões de Rolfing.
- b. Registro de entrevista semi-aberta no final da série de 10 sessões, no local da aplicação da série.
- c. Registro de entrevista semi-aberta com T em seu próprio ambiente de trabalho.

Os formulários da entrevista semi-aberta encontram-se anexos (Apêndice A, e Apêndice B).

Apresentamos também em anexo o termo de consentimento livre e esclarecido para o sujeito da pesquisa P (Anexo A) e o termo de consentimento livre e esclarecido para o(a) terapeuta primário do sujeito da pesquisa T (Anexo B).

CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Resultados

Apresentamos os resultados através do relato de **T** e de **P** bem como comentários de **RO**.

4.1.1 Relato dos comentários e observações de P

Data: 08.04.2010 - Entrevista.

P relatou o seu interesse em tentar o Rolfing para ajudá-la no equilíbrio do seu TB. Relatou o histórico da sua doença, com sua primeira manifestação em 1987. Forneceu os detalhes apresentados no item 3.1. Relatou desconforto em seu corpo, inquietude. Sendo questionada sobre diferentes partes do seu corpo como por exemplo pés, pernas, referiu-se nunca ter prestado atenção a elas, apenas relatou que não gostava do seu corpo e sentia-se desconfortável nele. Combinamos iniciar a 1ª sessão na semana seguinte.

Data: 12.4.2010 1ª. Sessão de Rolfing.

P chegou ao consultório antes da hora marcada. Mostrava-se inquieta e ansiosa para começar. Iniciamos a sessão no decúbito dorsal, dando tempo para que ela percebesse seu corpo e relatasse o que percebia seja em relação ao seu corpo, à sua respiração, etc. P relatou dificuldade em perceber ou descrever quaisquer sensações, porém com ajuda do RO, passou a notar que sua respiração lhe parecia rápida e curta. RO iniciou com um toque nos ombros e fala com voz mais pausada. Esporadicamente P suspirava, e sua respiração foi se tornando mais tranqüila. P ajeitava-se na maca esporadicamente, como se fosse para espreguiçar-se ou ajeitar-se. P relatou sentir um grande alívio após o trabalho de Rolfing na região do quadril direito. Lembrou-se de que tinha uma dor incômoda nesta região há tempo, e lembrou que ficava o tempo todo passando a mão como se quisesse retirar a dor. Terminada a sessão, P relatou sentir-se mais tranqüila, mais leve, e com mobilidade mais confortável.

26.4.2010 2ª Sessão de Rolfing.

Embora o espaçamento da preferência de RO fosse de uma semana, as datas para as sessões de Rolfing de P eram marcadas de acordo com a sua disponibilidade e a disponibilidade de RO. P relatou que após a sessão, teve memórias do seu pai, com o qual tinha tido uma relação um tanto conturbada no passado, e chegou a parar o carro para chorar. Estranhamente não se sentia descontrolada, porém sentia um desejo de chorar, e deixou as lágrimas escorrerem suavemente pelo seu rosto. Em poucos minutos sentiu-se surpreendentemente aliviada e pode seguir seu trajeto sem mais memórias ou pensamentos. Relatou que desde a primeira sessão sentiu que suas dores no corpo melhoraram, e tinha a sensação de que foi colocado óleo nas juntas. Quanto ao sono, relatou ter dormido menos por estar envolvida com seu trabalho, porém a quantidade de sono pareceu-lhe restaurador. Sentia-se mais calma, e a nenhum tempo percebeu ser agressiva. Relatou que a dor no quadril direito melhorou, porém agora sentia um pouco de incomodo no quadril esquerdo. Simultaneamente referiu-se a dor no ombro e no braço esquerdo. Disse que após a primeira sessão sentia suas pernas mais compridas e com mais espaço (o que se justifica pois na 1ª sessão de Rolfing trabalha-se com os músculos ísquio-tibiais). C relatou que sentia seu corpo vibrar como se estivesse mais vivo. Apesar da área da 2ª sessão ser mais direcionada aos pés e pernas, o RO entrou em contato com o lado esquerdo de P e constatou um tônus muscular mais elevado que do lado direito, decidindo então manter um contato durante algum tempo com a região até sentir o tônus mais equilibrado, o que foi relatado por P como uma sensação de alívio e de harmonia.

Data: 12.5.2010 3ª. Sessão de Rolfing.

P relatou que “o desconforto físico melhorou muito e isso me deixa mais disposta.” Relatou que quando saiu da 2ª sessão, teve a sensação de um agradável relaxamento físico. Relata que percebia agora que quando começou a fazer a 1ª sessão, estava em fase de mania, porém agora tem se sentido mais tranqüila. Comenta que percebe que diminuiu muito a tensão e questionou se isto seria devido ao Rolfing. A resposta de RO foi vaga, respondendo que podia ser ou não, e expandiu a pergunta para mais percepções a respeito do seu corpo, seu sono, etc. P relatou estar dormido bem, acordando mais disposta. P relatou sentir seu corpo

mais flexível e os movimentos mais espontâneos.

Data: 02.06.2010 4ª. Sessão de Rolfing.

Como por necessidades profissionais de P não tivemos sessão na semana anterior, P relatou que sentiu falta da sessão. Sentia que “estava precisando fazer algo com o corpo”. Relatou que estava feliz por ter aprendido a sentar-se melhor na sessão passada. Não sente mais dor na lombar ao sentar. Sente-se “um pouco diferente, sensível, mais dengosa”. Disse que para ela isso é bom, “no sentido de se permitir”. Seu marido relata que percebe esta mudança. P exemplifica como “encostar no ombro dele quando quer encostar. Antes não queria, não dava tempo, vivia sempre no futuro. Agora se permite estar mais presente.” Acha que “pipocar na panela é defesa”. Durante a sessão, enquanto trabalhávamos nas suas pernas, relatou que antes de vir à sessão teve um desentendimento com sua mãe. Sentia raiva e tristeza. Raiva porque “uma vez ela entrou no clima da mãe, muito crítica, e com voz alterada, e não conseguiu ficar “na sua”. Sentiu-se contaminada”. (É conveniente lembrar que na 4ª sessão de Rolfing é comum a manifestação de raiva ou de sensações associadas, seja durante ou após a sessão.) relatou que “a intenção de visitar a mãe foi boa, porém não deu certo.” R perguntou como sentia o corpo agora. P disse sentir se “intoxicada” no corpo todo. No decorrer da sessão relatou que ao estar sendo tocada, percebia “uma certa melhora na intoxicação”. Saiu da sessão sentindo-se bem, mais leve, e mais alta. Relatou estar sentindo uma sensação diferente das outras sessões, sentia ter havido uma maior mudança (É comum durante a 4ª sessão o cliente sentir um maior suporte vindo das pernas resultando numa sensação de estar mais leve, mais alto e mais ereto.)

Data: 10.6.2010 5ª. Sessão de Rolfing.

P relatou que a sua psicóloga psicoterapeuta acha que “melhorou muito “. Tem se sentido bem, não teve mais “dor no ciático” apesar de ter usado salto alto. Veio de processo de viagem e reparou “estar mais lenta e mais organizada”. Tem conseguido melhor concentração para estudar. Percebe também que quando está irritada necessita descansar, o que tem feito. Tem sido mais fácil perceber seu estado emocional através do seu corpo e percebe que muitas vezes é apenas fadiga ou estresse demasiado. Tem conseguido atender melhor as necessidades do seu corpo.

Data: 01.07.2010 6ª. Sessão de Rolfing.

P relatou estar bem, mais tranqüila, mas sentiu como se faltasse algo por não ter podido vir na semana anterior. Teve sessão com sua psicóloga que acha que está melhor, tendo mais auto-controle. Ainda não conseguiu iniciar a parte física recomendada por ela. Sente dificuldade para vencer a inércia para iniciar atividade física. Tem sentido “mais ênfase no mental.” Nunca fez muita atividade física, fazia natação quando jovem, mas não priorizava. Freqüenta clube uma vez por mês, mas planeja aumentar a freqüência. Dor lombar não sentiu nunca mais. Sente agora dor no pescoço, e até trocou de travesseiro. (Observação: é comum na 6ª e 7ª sessão o foco do paciente dirigir-se ao pescoço.). No final da sessão sentiu-se “mais conectada” , mais alta e como se “tivesse um eixo confiável” (na 6ª sessão trabalha-se o sistema axial, a coluna e sua conexão com as pernas e demais estruturas)

Data: 23.08.2010 7ª. Sessão de Rolfing.

Teve um episódio de hipomania alguns dias atrás e acabou comprando mais livros do que seria o bom senso. Sentiu distúrbio de concentração tendo tido dificuldade em achar seu carro no estacionamento. Recebeu apoio do marido indo deitar-se mais cedo. Na manhã seguinte acordou bem. Percebe estar mais atenta ao seu corpo e às suas sensações. Descobriu que entra em hipomania quando está no período antes da menstruação, percebendo uma conexão com a TPM. Relata que após a menstruação sente-se prostrada, sem energia para nada. Agora que está mais atenta ao seu corpo percebe sinais de alerta que ele emite. Foi a ginecologista, relatou-lhe a associação, e este recomendou-lhe tomar hormônio. Decidiu esperar mais um pouco antes de iniciar hormônio pois tendo percepção deste fato, acha que poderá se cuidar melhor. No momento a única medicação que toma é Synthroid. (levotiroxina sódica = medicação para a terapia de reposição ou suplementação em hipotireoidismo).

Data: 03.09.2010 8ª. Sessão de Rolfing.

Ao ser perguntada como tem passado, P relatou que a sessão passada (7ª) foi a que mais gostou. A região trabalhada, pescoço, cabeça, é a região onde sente mais tensão, acha que talvez é porque é “ mais intelectual”, “pensa muito”. Relatou

a T que tem se sentido melhor, mais perceptiva e mais “organizada”. Relatou que menstruou e sente-se mais tranqüila que na sessão passada. Está tendo uma melhor percepção dela mesmo, o que é novidade e lhe agrada.

Data: 20.10.2010 9ª. Sessão de Rolfing.

P chegou dizendo que “hoje estou estressada”. Relata desgaste emocional devido a problemas com a família. Também se refere a dificuldades no trabalho, “um redemoinho”. Percebe que falta planejamento, e que está pegando muita coisa para fazer. Perdeu 4 kg, o que a deixa contente, porém tem o “efeito sanfona” e teme ganhar peso de novo. Percebe que deveria ter um horário para comer, vai empenhar-se para conseguir. Percebe que se envolve em ajudar em problemas que não são dela, mas dos outros. . Acha que precisaria dar mais tempo para as coisas se resolverem por si só, ou para os outros resolverem.

Data: 27.10.2010 10ª. Sessão de Rolfing.

Chegou atrasada. Relata que confundiu-se no caminho para o consultório. Estava com dificuldade de focar, e passou várias vezes no mesmo quarteirão. Isso é conhecido para ela, mas fazia tempo que não acontecia. Tem conseguido priorizar as suas coisas. Antes do Rolfing fazia muitas coisas não prioritárias, agora sente que tem conseguido se organizar melhor. Continua feliz de ter uma melhor auto-percepção do seu corpo, entendendo melhor como funciona. “A sensação que tenho é que agora eu *chego* no corpo. “

Data: 03.11.2010 Entrevista final. .

Na sua opinião, o ganho maior até no seu processo de Rolfing foi o ganho da percepção de si. Relatou que quando criança, sua mãe notava que estava machucada e sempre a mãe perguntava “onde machucou? Não é possível alguém rasgar o braço e não notar!” Uma outra lembrança dela é ter ido a gastroenterologista que diagnosticou uma úlcera gástrica e questionou há quanto tempo tinha sintomas. Na realidade “não se deu conta” dos sintomas. Uma das coisas mais importantes que adquiriu foi sentir seu pé, sentir quando está sentada e bem apoiada. As dores horríveis de ciática sumiram. Antes não conseguia usar salto, hoje usa salto e isso não a incomoda. As coisas de corpo nunca foram valorizadas pela sua família, e ela, talvez por conta da ansiedade e agitação, “não

dava conta de si mesma”, não tinha tempo de passar creme no corpo, arrumar cabelo. Nunca prestou atenção no físico, às vezes seu marido é que percebia que o soutien estava muito apertado. Hoje sente-se mais perceptiva, tem se cuidado mais, indo a cabeleireiro, etc. Percebe também que o corpo “sinaliza” quando vai entrar num processo de ansiedade. Antes de se acentuar a agitação tem tentado diminuir o número de coisas a fazer e busca deitar mais cedo. Percebe que quando sente-se agitada a sessão de Rolfing ajuda-a a relaxar e fica mais fácil ter as coisas organizadas em sua cabeça. Questionou a possibilidade de receber sessões adicionais de Rolfing quando sentisse necessidade, com o que concordamos. Tem tido mais facilidade em pedir ajuda para o marido e seu relacionamento tem sido progressivamente melhor, sentem-se mais companheiros. Acha que está no caminho certo e o Rolfing ajudou a sinalizar o caminho.

4.1.2 Relato da terapeuta primaria T

O sujeito da pesquisa iniciou a terapia com uma psicóloga recomendada pelo seu médico, porém não seguiu todas as orientações do médico decidindo postergar a tomada de medicação, desejando no entanto iniciar o tratamento psicológico recomendado pelo médico. Antes do início da série de Rolfing, T informou não estar disposta a trabalhar com P já que esta se recusava tomar medicação. Quando P iniciou a série de Rolfing, manteve novo contato com T que decidiu aceitá-la como cliente porém de uma forma experimental, já que não cumpria integralmente a orientação médica. Mantivemos alguns poucos contatos telefônicos com T, devido a dificuldades de horário, porém agendamos uma entrevista pessoal por ocasião do término das 10 sessões de Rolfing, tendo sido obtido as seguintes informações:

ENTREVISTA COM TERAPEUTA PRIMARIO

T relata ter percebido efeito positivo durante o período em que P estava fazendo as 10 sessões de Rolfing. Quando intercalava uma semana ou outra sem comparecimento às sessões de Rolfing, T insistia dizendo para P que isto deveria

ser prioritário. Baseava-se no relato de P que após as sessões de Rolfing havia um maior relaxamento e maior facilidade de controle dos seus estados de hiperatividade. T receava que com o término da série de 10 isso poderia ser prejudicado. T afirmou: “Seria legal que ela continuasse. Pelo que ela conta, ela tem tendência de colocar tudo no corpo. Tem limitação física, não mental. Ela não tem parada. Ela se impõe, vem dela. Não que ela tenha vida problemática, família problemática, mas ela não tem parada. Vem com listinha de coisas para fazer, sem reservar tempo para ela. O trabalho com você ajuda muito, teve um apaziguamento físico, ela fica mais tranqüila.”

“Ela teve um intervalo maior sem sessões no começo do ano. Estamos levando o caso dela sem medicação com muito esforço. Sempre converso com ela se ela acha que está na hora de começar... mas ela diz que quer continuar tentando. Não acho impossível. É ruim não ter outra alternativa na vida senão tomar medicação o resto da vida. Tem casos e casos, mas está dando para tentar. “

“Seria bom ela continuar fazendo Rolfing. Ela precisa de trabalho corporal. . Ela precisa ter relaxamento físico, ela é muito tensa. Com Rolfing ela entrou mais em contato consigo, ela está mais atenta a seu corpo, tem uma melhor percepção do seu corpo. Sei que faz muito bem para ela”

“É um caso especial, sem medicação, mas precisaria uma coisa mais freqüente. Algo mais a longo prazo, talvez fazer algo como uma sessão de Rolfing a cada 15 dias, ou quando necessário, mas não fechar.”

4.2 Discussão

A bipolaridade é um transtorno mental na qual o humor apresenta variações bruscas e desproporcionais aos eventos acontecidos. A singularidade humana faz com que tais distúrbios estejam presentes na vida das pessoas de uma forma mais ou menos intensa, bem como por vezes os distúrbios não conseguem ser controlados de uma maneira suficiente apenas por via farmacológica. Qualquer

suporte adicional ou possibilidade de uma melhor convivência com a doença deve ser considerada.

A terapia corporal é uma parte muito rica no processo do auto-conhecimento e de auto-percepção o que pode ser uma ferramenta útil na percepção precoce de sinais prodromáticos do TB, permitindo que a pessoa possa lidar com eles de maneira consciente e antes da sua intensificação.

O Rolfing sendo um procedimento entre duas pessoas, P e RO, possibilita o encontro e interação de forma verbal ou não verbal que pode promover benefícios terapêuticos da observação, descoberta, aceitação, e abertura para mudança. Por ser um procedimento manual, conforme a literatura apresentada, a estimulação tátil pode ter efeitos benéficos no organismo, fisiológicos, posturais, funcionais, e comportamentais. Um corpo equilibrado e harmônico apresenta uma relação favorável com a força da gravidade com resultante economia energética, sensação de leveza e bem estar. Quando através do Rolfing são “liberadas” as fáscias, ocorre uma resposta do sistema nervoso autônomo parassimpático, dando ao corpo uma sensação de alívio, bem estar, e um relaxamento tônico. Durante o processo de Rolfing de P foi possível observar que mesmo quando P vinha em situações de ansiedade ou mania, durante a sessão era obtida a normalização do tônus das estruturas miofasciais, promovendo uma sensação de alívio, bem estar, e redução dos seus impulsos de mania. Tal condição persistia durante a noite, havendo um sono reparador, podendo estender-se no(s) dia(s) seguintes, porém, com o decorrer do tempo, podia ocorrer uma nova manifestação de hiperatividade, mania, ou depressão.

O processo de Rolfing estimula a percepção de si e das mudanças. Como resultante, a pessoa passa a se observar mais. Durante o processo de Rolfing no presente estudo de caso, ocorreu o desenvolvimento da percepção e da auto-percepção. A princípio esta atitude foi estimulada por RO através de perguntas formuladas durante a sessão, indagando qual o efeito de cada toque ou qual a sensação corporal e emocional após algum tempo de sessão. Com o decorrer do tempo, a percepção tornou-se uma atividade automática, e foi através dela que P percebia, entre outras percepções, os sinais prodromáticos de início de nova crise.

Com o desenvolvimento da auto-percepção, P foi conhecendo melhor as características da sua doença, e quais as formas que deveria agir para amenizá-la. O reconhecimento dos sinais prodrômicos permitiu que tivesse atitudes benéficas antes da intensificação dos sinais.

O efeito benéfico de Rolfing nas funções do sistema músculo esquelético, bem como na normalização das tensões das estruturas, permitiu que P sentisse alívio de sua dor lombar e “ciática”, queixa que nem chegou a relatar na entrevista inicial, tão intenso era o foco dirigido a TB.

No presente estudo de caso foram confirmadas as observações do Dr. Pedro Prado em sua tese de doutorado (PRADO, 2006) que Rolfing apresenta dimensão psicobiológica, e que promove uma melhor qualidade de vida. No nosso presente estudo de caso P relatou melhora nas condições de trabalho e convívio social, redução dos distúrbios de sono, atenção e concentração, menor perda do prazer e libido, menor irritabilidade, maior equilíbrio nas suas situações de tristeza, euforia, e ansiedade. Esses resultados foram parcialmente conseguidos, pois havia variabilidade entre uma sessão e outra. A melhora nas condições de trabalho relatadas constituiu em se tornar menos exigente, passou a interromper o trabalho quando a situação estressante se tornava ameaçadora, porém não precisou ausentar-se do trabalho com tanta frequência como fazia em episódios anteriores ao Rolfing. Relatou estar mais atenta às suas necessidades e limitações, melhorou seu relacionamento conjugal, e acha que tem maior controle em situações de tristeza, euforia, e ansiedade.

Fica claro que Rolfing não contribuiu para a “cura” da TB porém contribuiu para melhorar a qualidade de vida do portador. Assim sendo, o presente estudo de caso sugere que Rolfing pode ser acrescentado às terapias complementares no tratamento do TB.

CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO

O transtorno bipolar é uma doença crônica e recorrente, de difícil manejo. O tratamento básico consiste em acompanhamento médico com tratamento farmacoterápico. Devido a diferenças individuais torna-se necessário complementar o tratamento básico com terapias complementares que possam contribuir para uma melhor qualidade de vida para o portador do distúrbio.

O objetivo do presente estudo foi verificar a possibilidade de Rolfing Integração Estrutural beneficiar o portador de TB, contribuindo para um maior conforto físico e emocional, através da aplicação das 10 sessões clássicas.

Foram observados os seguintes efeitos benéficos atribuídos ao Rolfing:

1. P apresentou melhor capacidade de percepção e autoconhecimento.
2. Através do autoconhecimento, P passou a conhecer melhor as características de sua doença, suas limitações, e fatores desencadeantes ou aliviadores.
3. Através do desenvolvimento da percepção, P passou a reconhecer os sinais prodrômicos podendo responder a eles antes da sua exacerbação ou intensificação.
4. A qualidade de vida de P teve uma melhora (melhor relacionamento conjugal, menor necessidade de faltar no trabalho, satisfação e interesse em cuidados pessoais).
5. Dores na região lombar, quadris, e dor ciática tendo sido eliminadas, permitiram um maior bem estar corporal.
6. Durante e após as sessões de Rolfing houve uma sensação de bem estar físico, emocional, e uma sensação de integração física e emocional.
7. Embora suas fases de mania não tivessem sido suprimidas, houve uma redução da intensidade dos estados de mania, e houve uma favorável resposta de controle e relaxamento nas situações em que foi possível comparecer a uma sessão de Rolfing .

Com base no presente estudo, concluímos que Rolfing poderá fazer parte

das terapias complementares, auxiliando o tratamento de distúrbios bipolares. Estudos adicionais com maior número de sujeitos são recomendados para a confirmação desta conclusão.

REFERÊNCIAS

ABTB – Associação Brasileira de Transtorno Bipolar. Disponível em <<http://www.abtb.org.br/transtorno.php>>, acessado em 12/10/2010.

ALVARENGA, P. G., ANDRADE, A. G., **Fundamentos em Psiquiatria**, São Paulo: Ed. Manole Ltda, 2008.

ANDREESCU, C., MULSANT, B. H., EMANUEL, J. E., “Complementary and alternative medicine in the treatment of bipolar disorder – a review of the evidence”, **Journal of Affective Disorders**, v. 110, n.1, USA: Sept. 2008, p. 16-26.

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, **Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders**, IV ed., Text revision, Washington D.C.: American Psychiatric Association, 2000.

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSM-IV-TM, **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**, São Paulo: Artmed, 2007.

BASSMAN, L., Holistic mental health care: alternatives and adjuncts to psychotherapy and medication, **The Humanistic Psychologist**, v. 25, Issue 2, USA: 1997, p. 138-149.

BECK, M., **The theory and practice of therapeutic massage**, N.York: Milady Publishing Co, 1988.

BIENFAIT, M., As bases da Fisiologia da Terapia Manual, Summus, São Paulo, 2000, p.31-33.

CASPARI, M., The functional rationale of the recipe, **IASI, the 2005 Yearbook of Structural Integration**, MT-USA: The Int. Association of Structural Integrators, 2005, p. 51-78.

CID-10. Disponível em http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/f30_f39.htm, acessado em 11.10.2010.

COELHO, H.F., BODDY, K., EMST, E., Massage therapy for the treatment of depression: a systematic review, **International Journal of Clinical Practice**, V. 62, Issue 2, UK: 2008, p. 325-333.

COLOM, T., VIETA, E., Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação, **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, suppl.3, São Paulo: Oct. 2004.

DAVIS, C. M., **Complementary therapies in rehabilitation: evidence for efficacy in therapy, prevention, and wellness**, 3rd ed., Slack Inc., New.Jersey.-USA: 2008.

DAVIS, D., An open universe: an in-depth look at Ida Rolf's Structural Integration, **IASI, the 2005 Yearbook of Structural Integration**, MT – USA: The Int. Association of Structural Integrators, 2005, p. 122-126.

DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Disponível em <<http://allpsych.com/disorders/dsm.html>> acessado em 21/10/2010

FEITIS, R. (org), **Ida Rolf fala sobre Rolfing e realidade física**, São Paulo: Summus Editorial, 1986.

FRANK, K., The confluence of neuroscience and structural integration, **IASI 2010 Yearbook of Structural Integration**, IASI, USA:2010.

GETTLIFFE, V., A student's project: survey of trans-structural experiences in Phase II, **Structural Integration: the Journal of the Rolf Institute, RISI**, 2010., vol. 38, no. 2, Colorado: 2010.

HECKLER, R.S., **The anatomy of change**, Massachusetts: Shambhala Publications, 1984.

HELPGUIDE: Bipolar Disorder: Signs, Symptoms, and Treatment of Maniac Depression. Disponível em http://helpguide.org/mental/bipolar_disorder_symptoms_treatment.htm acessado em 19/10/2010.

HOLISTIC MENTAL HEALTH CARE: Alternatives and adjuncts to psychotherapy and medication. Disponível em www.informaworld.com/smpp/content~db=all~content=a925792707, acessado em 9/10/2010.

INTEGRAÇÃO ESTRUTURAL – ROLFING. Disponível em <http://integracao-estrutural.com/rolfing/index.php>, acessado em 11/10/2010.

JOHNSON, D. H., **Groundworks – Narratives of embodiment**, California, USA: North Atlantic Books, 1997.

LAPIERRE, A., **Da Psicomotricidade relacional à análise corporal da relação**. Curitiba: Ed. UFPR, 2002.

LIVESTRONG COM – List of Massage benefits – Disponível em <http://www.livestrong.com/article/113081-list-massage-benefits>, acessado em 19/10/2010.

LOUZÃ NETO, M. R., ELKIS, H. , **Psiquiatria básica**, São Paulo: Artmed, 2007.

MAIA, P.S.C. **Estudo de pacientes com síndrome fibromiálgica tratados pelo método Rolfing® de Integração Estrutural**, dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre de Ciências, São Paulo: 2009.

MAITLAND, J., **Spacious Body**, California, USA: North Atlantic Books, 1995.

MAXWELL-HUDSON, C., **The complete book of Massage**, New York: Random House, 1988.

MAYO CLINIC, Massage: Get in touch with its many health benefits – MayoClinic.com. Disponível em <<http://www.mayoclinic.com/health/massage/SA00082>>, acessado em 19.10.2010.

MEDICINANET, disponível em <www.medicinanet.com.br/cid10/1530/f31.transtorno_afetivo_bipolar.htm>, acessado em 14.10.2010.

MOYZÉS, M.H.F., LÉLIS, M.T.C., Toque corporal: criatividade e vida. In: CONVENÇÃO BRASIL LATINO AMERICA, CONGRESSO BRASILEIRO E ENCONTRO PARANAENSE DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, Anais, Foz do Iguaçu, 2004. Disponível em www.centroreichiano.com.br/artigos. Acessado em 14.10.2010.

MONTAGU, A., **Tocar, o significado humano da pele**, São Paulo: Summus Editorial, 1905.

MORENO, R. A., MORENO, D. H., (org.), **Da psicose maníaco-depressiva ao espectro bipolar**, São Paulo: ABDR, 2008.

NCCAM - **National Center for Complementary and Alternative Medicine. Major domain of complementary and alternative therapies.** Disponível em <<http://www.nccam.nih.gov>> acessado em 12.10.2010.

PRADO, P., Advances in the theory and practice of Rolfing, **IASI, the 2005 Yearbook of Structural Integration**, MT-USA : The Int. Association of Structural Integrators, 2009, p.9-27.

PRADO, P. O. B., Estudo exploratório da dimensão psicobiológica do método Rolfing de Integração Estrutural: Criação, desenvolvimento, e avaliação de questionários, Tese de Doutorado – Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo: 2006.

RIGGS,A., **Deep tissue massage, a visual guide to techniques**, California: North Atlantic Books, 2002.

RODRIGO, J. **Estudo de caso: fundamentação teórica** Disponível em <http://mariaalicehof5.vilabol.com.br/>. acessado em 11/10/2010.

ROLF, I. P., **Rolfing, a Integração das Estruturas Humanas**, 1ª Ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1990.

ROLFING – ABR. Disponível em <http://www.rolfing.com.br>, acessado em 12.10.2010.

ROLFING – EUROPEAN ROLFING ASSOCIATION. Disponível em <http://www.rolfing.org>, acessado em 12.10.2010.

RUSSELL, S. J. BROWNE, J. L. , Staying well with bipolar disorder, **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 39, Issue 3, Australia: 2006, pg 187-193.

SCHLEIP, R., Fascial plasticity – a new neurobiological explanation: Part 1, **Journal of Bodywork and Movement Therapies**, Elsevier Science Ltd., UK, Jan. 2003.

SCHLEIP, R., Fascial plasticity – a new neurobiological explanation: Part 2, **Journal of Bodywork and Movement Therapies**, Elsevier Science Ltd., UK, Apr. 2003.

TUNG, T.C., Transtorno Bipolar, a doença da inconstância, **Mente e Cérebro**, Ano XV, no. 182, São Paulo: Duetto Editorial, 2008 , p.42-53.

VERONESE, L., A massagem como agente facilitador da expressão das emoções encorajadas, Monografia apresentada como requisito parcial ao Programa de Especialização em Psicoterapia Corporal pelo Centro Reichiano de Curitiba - PR Curitiba: 2010.

VERONESE, L., A prática da massagem terapêutica sob a ótica da psicologia corporal. In: ENCONTRO PARANAENSE, CONGRESSO BRASILEIRO DE

PSICOTERAPIAS CORPORAIS, XIV, IX, 2009. Anais, Curitiba; Centro Reichiano, 2009. Disponível em: www.centroreichiano.com.br/artigos. Acessado em 14.10.2010.

VOLICH, R. M. Corpo, psique, e experiência humana, **Mente e Cérebro**, edição especial no. 14, São Paulo: Duetto Editorial, 2007 , pg 6-13.

WEINBERG, R.S., HUNT, V., **Journal of Clinical Psychology**, v. 35, Issue 2, USA: 1979, p. 319-322.

GLOSSÁRIO

Backwork – manipulação feita durante a sessão de Rolfing que consiste no terapeuta deslizar com seus punhos e pressão adequada, sobre os eretores nas laterais da coluna vertebral.

Fáscia – rede de tecido conjuntivo e elástico, que se estende em camadas contínuas por todo corpo.

Grounding - aterramento. Apropriar-se da possibilidade dos pés encontrarem suporte no chão. Também pode ser aplicado na possibilidade apropriar-se de qualquer suporte disponível fisicamente ou simbolicamente.

Integração Estrutural – nome popular dado para Rolfing®. Um corpo “integrado” implica em que as estruturas estão funcionando de uma maneira harmônica, eficiente, e econômica.

Neckwork – manipulação feita durante a sessão de Rolfing, onde o profissional desliza sua mão, com pressão adequada, nas laterais do pescoço da pessoa, enquanto este permanece em decúbito dorsal.

Sessões estruturais – São aquelas em que o profissional de Rolfing focaliza principalmente na organização das estruturas em relação à força da gravidade, utilizando técnicas de manipulação específicas.

Pelvic lift – manipulação feita geralmente na parte final da sessão, onde a pessoa está em decúbito dorsal e o profissional retira sua mão, com uma pressão adequada, a partir do sacro, de forma que a coluna se alonga, preservando uma curvatura lombar adequada.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABR – Associação Brasileira de Rolfing

ABTB – Associação Brasileira de Transtorno Bipolar

DSM-IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition = Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais, 4a edição, Publicado pela American Psychiatric Association = Associação Psiquiátrica Americana.

NCCAM – National Center for Complementary and Alternative Medicine, órgão do NIH - National Institute of Health, USA.

OMS – Organização Mundial de Saúde

P – Paciente ou sujeito da pesquisa.

PMD – Psicose maníaco depressiva, atualmente utiliza-se o termo transtorno afetivo bipolar, ou transtorno bipolar ..

RO – Rolfista, ou profissional qualificado que aplica o processo de Rolfing

SNC - Sistema nervoso central

SNA – Sistema nervoso autônomo

T – Terapeuta primário, no caso foi uma psicóloga

TB – Transtorno Bipolar