

A gênese do *ser psicossomático* no desenvolvimento humano: um paradigma objetal para a Análise Bioenergética de pacientes com queixas orgânicas

Périsson Dantas do Nascimento¹

¹ Psicólogo Clínico e Psicoterapeuta Corporal. Doutor em Psicologia Clínica (Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar do Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP). Trainer e Analista Bioenergético (Certificad Bioenergetic Therapist - CBT) com Formação Internacional pelo Insitute de Análise Bioenergética de São Paulo (IABSP). Professor Adjunto da Universidade Estadual do Piauí (UESPI). Membro da equipe docente da Formação Internacional em Análise Bioenergética do IABSP e da Formação Internacional em Psicoterapia Biossistêmica (Instituto de Psicologia Somática - Natal/RN)

Resumo: O texto objetiva realizar uma discussão sobre o diagnóstico, sintomatologia e tratamento psicoterápico de pacientes com queixas orgânicas, pondo em diálogo os conceitos desenvolvidos por autores representantes da teoria psicanalítica das relações objetais, a Psicossomática e a Análise Bioenergética. Apesar dos paradigmas diferenciados, percebemos muitas semelhanças na forma de compreender a gênese do sintoma psicossomático como fenômeno clínico. No tocante à etiologia ligada a falhas graves do ambiente no desenvolvimento emocional que interromperam a continuidade do ser do bebê, ambas as abordagens consideram a necessidade de uma terapia preocupada com o restabelecimento da capacidade de o paciente vincular-se, propiciando-lhe um setting de confiabilidade e segurança para suportar as angústias de enlouquecimento e dissociação, associadas à constituição de defesas esquizoides. Diferenças teóricas e técnicas são ressaltadas: a noção de estrutura de caráter em contraposição à noção de déficits no senso de Self; propõe-se a utilização de técnicas corporais de constituição de defesas, ao invés da tradicional visão catártica e de quebra das couraças; a atitude empática do terapeuta substitui a ênfase na atividade interpretativa. No entanto, conclui-se que essas ideias podem perfeitamente entrar em diálogo, de forma a contribuir para um maior potencial de saúde e integração psicossomática nesse tipo de pacientes.

Palavras-chave: Psicossomática; Análise Bioenergética; Esquizoidia; Sofrimento Orgânico.

The genesis of "being" psychosomatic in human development: An object paradigm for bioenergetic analysis of patients with organic complaints

Abstract: This article aims to make a discussion about the diagnosis, symptoms and psychotherapeutic treatment of patients with organic complaints, bringing into dialogue the concepts developed by authors representatives of psychoanalytic object relations theory, the psychosomatic and bioenergetic analysis. Despite the different paradigms, we see many similarities in the way of understanding the genesis of psychosomatic symptoms as a clinical phenomenon. Regarding the etiology linked to serious environmental failures in emotional development that interrupted the continuity of being the baby, both approaches consider the need for a worried therapy restoring the ability of the patient to bond, giving him a setting of reliability and security to support the anguish of madness and dissociation associated with the establishment of schizoid defenses. Theoretical and technical differences are highlighted: the notion of character structure as opposed to the notion of deficits in the sense of Self; It proposes the use of physical techniques of defenses constitution, instead of the traditional cathartic vision and break the armor; empathic attitude of the therapist replaces the emphasis on interpretive activity. However, it appears that these ideas may well enter into dialogue in order to contribute to a greater potential for health and psychosomatic integration in this type of patients.

Keywords: Psychosomatic; Bioenergetic analysis; Schizoid patients; Organic suffering.

Introdução

Os pacientes considerados tradicionalmente como “psicossomáticos” possuem algumas características específicas, elencadas pelos autores e pesquisadores da área^{1,2,3}. Por exemplo, podemos citar as dificuldades dos mesmos, durante a psicoterapia, em relacionar sua doença com sua história de vida, ou seja, é difícil para esses pacientes atribuir significações associadas ao sintoma orgânico, impossibilitando uma associação livre de ideias. Tal pobreza simbólica é refletida por fenômenos como: ausência de sonhos, de lapsos, de vida imaginativa e de capacidade criativa, pouco contato com os desejos, utilização empobrecida da linguagem e aderência extrema ao factual e a realidade material. Em suas relações interpessoais, inclusive na transferência, parecem frios, muito adaptativos, indiferentes e com baixo investimento libidinal/afetivo com as pessoas.

Essas características são indicativas da formação de um ego frágil, que remete a dificuldades nas primeiras experiências vividas com as pessoas que cumpriram a função materna para o bebê que, para a Análise Bioenergética, está relacionada a formação de defesas de caráter esquizoides e orais. Nesse artigo, abordaremos um diálogo entre os pressupostos da psicoterapia corporal de diagnóstico de caráter com as contribuições psicodinâmicas de teóricos das relações objetais e da psicossomática, de forma a ampliar a compreensão da formação de sintomas orgânicos como via de escape possível para lidar com angústias primitivas, assim como as possibilidades terapêuticas de reintegrar o corpo/psiquismo, possibilitando um desinvestimento do sofrimento somático para uma maior riqueza simbólica.

Percebe-se na literatura psicanalítica^{4,5,6}, como também na psicoterapia corporal^{7,8,9} uma preocupação crescente com o cotidiano da clínica na contemporaneidade: os pacientes mudaram – encontramos em tendência decrescente o número de pessoas com estruturas egóicas bem formadas, queixando-se de problemáticas referentes à castração e repressão sexual, que originariam sintomas históricos, por exemplo. Pelo contrário, a clínica atual requer sua atenção para pacientes que possuem repertórios frágeis de defesa, com uma constituição fragmentada de sua personalidade, pobreza associativa, depressão, sentimento de vazio, inexistência, inutilidade e falta de perspectivas de existir. Tais pacientes revelam para nós, psicoterapeutas, um movimento social contemporâneo de insegurança nos vínculos afetivos e de valores, um ambiente relacional de relações virtuais, objetificadas, efêmeras, baseadas na lógica da descartabilidade e do consumo.

Nesse contexto, percebemos um crescente número de pacientes com defesas de ordem esquizoide e oral, bem como a presença constante da problemática *borderline*, fatos que parecem trazer para a nossa clínica o reflexo de um contexto individual e social, exigindo uma nova forma de escuta e tratamento dessas pessoas que se encontram desprovidas de contato, de um *self* integrado residindo em um corpo encarnado, com um mundo interno que possa ter coerência e perspectivas de crescimento e auto realização, ou seja, capacidade de estar só e

¹ ALEXANDER, F. **Medicina Psicossomática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

² MARTY, P. **A Psicossomática do adulto**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

³ MCDUGALL, J. **Teatros do Corpo**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

⁴ COSTA, J.F. **O vestígio e a aura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

⁵ SAFRA, G. **Momentos Mutativos em Psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

⁶ FIGUEIREDO, L.C. **Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea**. São Paulo: Escuta, 2002.

⁷ TONELLA, G. **Análisis Bioenergético**. Madrid: Gaia Ediciones, 2005.

⁸ BOADELLA, D. **Correntes da vida: uma introdução à Biosíntese**. São Paulo: Summus, 2000.

⁹ HORTELANO, X. **No despertar do séc. XXI – ensaios ecológicos pós-reichianos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003

esperança de viver, como nos diria Winnicott (1996). A esquizoidia, etimologicamente nos remete a palavra grega *schizo* – cisão/ruptura, que define bem, em termos fenomenológicos e subjetivos, as dificuldades que essas pessoas vivem: um eu dividido, fragmentado.

A psicanálise winnicottiana, nesse sentido, consiste em um corpo de conhecimentos importante para uma compreensão psicodinâmica ampla sobre o desenvolvimento emocional primitivo, que amplia a visão inicialmente elaborada pela Análise Bioenergética sobre as defesas de caráter esquizoides. Loparic (2008) argumenta que as descobertas de Winnicott apontam para uma mudança de paradigma na psicanálise, no tocante à teoria de um desenvolvimento relacional do *self*, concebendo o ser humano como dotado de uma tendência inata para o amadurecimento e integração do eu, tendo em vista a ênfase dada ao ambiente facilitador que possibilita um contínuo, para o bebê, no tempo e no espaço, de sentir-se existindo. Weigand (2006) acrescenta que esse paradigma objetual é caracterizado por enfatizar o desenvolvimento do ser humano pré-edipiano, compreendendo a complexidade dos processos de formação egóica nos primeiros anos de vida, fundamentais para o desenvolvimento psicodinâmico. Essas ideias contrapõem-se ao paradigma freudiano que centra na sexualidade o núcleo central de etiologia das neuroses, privilegiando a castração e a trama edípica como marcos psicológicos fundamentais para a solidificação das estruturas de defesas.

Nesse contexto, a Análise Bioenergética, em suas bases teóricas, desenvolvidas por Lowen, vai compreender o ser humano sob a ótica do paradigma pulsional, a partir da noção de caráter, desenvolvida inicialmente por Reich (1989), que pode ser definida como a maneira defensiva e rígida como a pessoa se relaciona no mundo. Advém de frustrações contínuas que impedem o curso do fluxo libidinal, do prazer e sexualidade. Serve para evitar a angústia ou os fortes sentimentos de prazer, sendo a soma total funcional de todas as experiências de vida da pessoa, é sua história solidificada. O caráter é uma defesa narcísica do ego, vivido pela pessoa de maneira inconsciente, é o “jeito” que a pessoa tem de estar no mundo neuroticamente. O cliente é incapaz, no início da terapia, de perceber o seu caráter como prejudicial, um impedimento no seu modo de viver.

Em termos psicossomáticos, Lowen (1988) afirma que o caráter é expresso somaticamente na forma de couraças (tensões) musculares, as quais devem ser relaxadas, liberando o conteúdo e a energia existente, transformando a energia libidinal que foi represada pela repressão das demandas pulsionais originais em energia agressiva, libidinal, sexual, voltada para a satisfação das necessidades do sujeito, propiciando melhor qualidade de vida, assertividade e auto-regulação emocional, assentada na realidade do seu mundo interno, do corpo e do mundo exterior. Assim, o caráter consiste em uma série complexa de defesas e formas substitutas de alcançar um prazer, uma descarga da energia (impulso) original. Protegendo-se contra a angústia, o cliente limita a sua capacidade de sentir prazer na vida.

É interessante observar que, para a compreensão da formação da estrutura de caráter, Reich (1989) e Lowen (1988) admitiram seis fatores constitutivos dos traumas que são decisivos na determinação do tipo de defesa do caráter que uma criança adquiriria: o momento em que um impulso é frustrado; a extensão e intensidade das frustrações; os impulsos contra os quais a frustração central é dirigida; a razão entre a permissão e a frustração; o sexo da principal pessoa frustradora e as condições das frustrações em si. Numa perspectiva winnicottiana, Fulgencio (2004) e Neto (2004a) argumentam que a noção de trauma se refere a falhas ambientais

que persistem no tempo e na consistência, despertando prematuramente no bebê uma sensação de quebra da continuidade de existir no seu processo de amadurecimento na relação com a pessoa cuidadora (mais precisamente a mãe), gerando um colapso na confiabilidade em si mesma e no mundo.

Percebemos aí uma diferença fundamental entre: 1) uma perspectiva que analisa o ser humano como contínuo vir a ser em processos contínuos ou descontínuos de desenvolvimento, passíveis constantemente de idas e vindas na análise pelo processo de regressão para a progressão e 2) uma perspectiva que observa o fluxo do desenvolvimento emocional infantil sob o viés da sexualidade, aqui considerada como pré-genital, que vai desenvolver uma série de fixações decorrentes de frustrações nos destinos pulsionais. Tais desvios na relação com os objetos configurarão uma estrutura de defesas complexa, para assegurar narcisicamente a sobrevivência psíquica do sujeito, causando a cisão entre afetos e representações. Numa perspectiva, vemos um sujeito tendendo continuamente a uma integração psicossomática, numa outra percebemos um sujeito dividido, cindido, que tenta buscar uma integração neurótica por meio de uma estruturação caracterial, sempre falha.

Levando em consideração essas especificidades paradigmáticas, problematizaremos agora a questão da esquizoidia, retomando o diálogo entre os autores. Em termos etiológicos, Lowen (1990) conceitua o paciente com defesas esquizoides como uma criança odiada, ou seja, fruto de uma maternagem abusiva, de áspera a não harmonizada, fria, distante e desconectada. A criança experiencia a si mesma como odiada, não desejada ou insignificante. Com os recursos limitados de um bebê, o indivíduo pode apenas se retrair, dissociar ou migrar internamente. O bloqueio das expressões mais básicas da existência e o retraimento de energia com relação à realidade externa, aos outros e a própria vida gera indiferença e desconexão para consigo e para com as pessoas, daí a dificuldade de estabelecer relações.

Isso pode acontecer desde a gestação, corroborando uma hipótese reichiana de que os pacientes com núcleos psicóticos em sua personalidade teriam vivido energeticamente a experiência, durante a gravidez, de um útero frio, um ódio inconsciente da mãe pelo feto. Experiências de depressão pós-parto, apatia, angústias da mãe no tocante a falta de apoio ambiental para que a mesma pudesse estar disponível para suprir as poderosas e constantes demandas do bebê também podem deixar marcas profundas de sentimentos de congelamento, terror e aniquilamento. Dessa forma, os pacientes com defesas esquizoides clamam pelo direito de existir, de encarnar no próprio corpo, que se encontra dissociado por uma grande capacidade intelectual, criativa ou espiritualizada.

Podemos já nesse ponto, dialogar com algumas ideias de autores do paradigma objetal. Dias (2008) afirma, a partir das descobertas de Winnicott, que o bebê, em seu processo de amadurecimento emocional, no estágio de dependência absoluta nos primeiros meses de vida, precisa sentir-se acolhido, respeitado em suas necessidades e ter uma provisão ambiental que lhe garanta um holding de sustentabilidade e confiança. A principal tarefa maturacional do bebê é conquistar gradativamente o senso de existir, o “eu sou” primário, através do processo de integração psicossomática e personalização. A mãe consegue estar no lugar de continente das angústias inomináveis do bebê em suas necessidades mais básicas, dando-lhe um repertório relacional contínuo de experiências que garantem um reconhecimento da vida em seu corpo, diferenciado do ambiente e da capacidade de conter as suas demandas e instintos.

A estrutura do psiquismo do bebê humano, em seus primeiros momentos de vida, é conceituada por Pierre Marty (1990)¹⁰ como um *mosaico primordial*: as experiências são vividas como não integradas, existe um conjunto de sensações, registros mnêmicos que, devido à imaturidade neurofisiológica, não são ainda interconectados, processo importante para a formação de um eu integrado. Nesse período, prevalece a condição de narcisismo primário do bebê e a indiferenciação primária com a mãe, num estado de dependência absoluta para satisfazer as suas necessidades e nomear/significar as suas experiências na relação intersubjetiva. A mãe, como vimos anteriormente, ocupa uma função definida como *pára-excitante*, filtrando e elaborando os estímulos do bebê e os que a ele se dirigem, ou seja, para o estado de desamparo inicial do bebê, é imprescindível a presença de uma mãe suficientemente boa, que garanta o processo de alucinação primária¹¹ e consolo psicossomático.

Ainda sobre o psiquismo do bebê, é importante citar as contribuições de Spitz (1988), que descreve a organização predominantemente cenestésica nesse primeiro momento de vida, caracterizada pela predominância de sensações indiferenciadas, viscerais, reguladas pelo sistema nervoso autônomo e que funcionam no registro do tudo/nada. Na passagem da motilidade reflexa para a mobilidade intencional, o bebê passa por um complexo processo de desenvolvimento de sua estrutura perceptiva, que envolve alguns desafios, tais como: o aprimoramento do foco e convergência oculares, coordenação motora, discriminação auditiva, reconhecimento e distinção entre seres familiares e estranhos, uso da linguagem simbólica.

As falhas ambientais, conforme Fulgencio (2004) e Neto (2004a) remetem a experiências relacionais com mães que foram invasivas (desconsiderando as necessidades do bebê em privilégio das suas próprias necessidades), inconstantes emocionalmente ou evasivas (que não estavam disponíveis emocionalmente para cuidar dos bebês e dar-lhes segurança, pois elas, muitas vezes, com o nascimento de seus filhos, reviviam as angústias e falhas ambientais que passaram com suas mães nesse estágio, deixando-as extremamente regredidas e vulneráveis). Em termos defensivos, Neto (2004a) argumenta que: “a persistência e repetição constantes das invasões levam a defesas de dissociação como as que constituem o falso self defensivo, que pode substituir a função de holding materno falho”. Ou seja, o bebê, muito precocemente, abandona as suas necessidades para instaurar um processo interno de dissociação para perceber as sutilezas das relações com o ambiente, formando nesse momento um falso self compensatório, seja pela super adaptação, intelectualidade ou retraimento.

Michael Balint, psicanalista inglês que desenvolveu importantes contribuições para a psicossomática, cunha o termo *falta básica* para designar a discrepância entre as necessidades bio-psicológicas do bebê na época de formação do ego e o cuidado, a atenção e a afeição, material e psicológica, recebida nesta época dos responsáveis pela criança. Nesse sentido, o nível defensivo decorrente dessas dificuldades no desenvolvimento do ego é mais primitivo do que o edípico, tendo como características principais que devem ser observadas pelo psicoterapeuta:

¹⁰ Importantíssimo autor da Psicossomática francesa, que elaborou contribuições originais para o entendimento psicanalítico de pacientes com queixas somáticas.

¹¹ O processo de alucinação primária diz respeito à criação inconsciente, por parte do bebê, que ele o seio (a figura simbólica da mãe), apareceu magicamente a partir do seu choro, como se ele o tivesse criado. Esse processo somente é viável a partir da relação com uma mãe que esteja disponível para o bebê e garanta, de forma suficiente, a satisfação de suas necessidades afetivas e biológicas. Esse processo também garante a internalização do cuidado do outro significativo, do objeto bom, que se torna posteriormente a base da autoestima – só se pode amar a si mesmo, quando se vive uma experiência significativa de ter sido amado por alguém.

- Os eventos que nela ocorrem pertencem a uma relação bipessoal (não existe uma terceira pessoa), ou seja, as dinâmicas triangulares edípicas envolvem defesas mais complexas, típicas de um desenvolvimento no qual houve a separação clara entre o eu e o outro, podendo permitir-se a observar e interagir com um terceiro na relação;
- A natureza da força dinâmica operante não é a de um conflito interpéssicos entre instâncias como na neurose, mas sim de uma falta constitutiva de integração do *self*;
- A linguagem verbal simbólica adulta pode ser inútil ou enganadora para descrever os eventos vivenciados, pois as palavras nem sempre estão de acordo com seu significado convencional. O indivíduo não tem palavras para dar nome a seus estados afetivos, ou, caso consiga dar nomes a eles, não consegue distinguir entre angústia e depressão, entre medo e irritação, excitação e cansaço, cólera e fome. Essa característica defensiva, chamada pelos autores da psicossomática como *alexitimia*, é resultante dessa pobreza simbólica vivida na relação com as figuras primárias de apego, em que houve uma falta de investimento afetivo, um cuidado inconsistente, marcada por dificuldades de sintonia e comunicação com as demandas do bebê.

Esses pacientes geralmente relatam a existência de uma falha dentro de si, que precisa ser corrigida. De acordo com Balint (1993), existe um sentimento interno contratransferencial do terapeuta de que esta falha foi provocada porque alguém descuidou deste paciente, sendo cercada de grande angústia, expressa como demanda desesperada que agora o analista não pode (ou não deve) falhar, esforçando-se para manter o vínculo e contato com alguém que se apresenta frágil ou ausente na relação com o outro. Assim, esses pacientes possuem dificuldades de realizar uma terapia verbal clássica, centrada na cura pela palavra, pois o repertório simbólico é limitado, remetendo ao psiquismo inicial da primeira infância. O psiquismo vai tentar preencher o vazio, utilizando-se de mensagens primitivas, sinais de ordem somáticas, expressando pelo corpo as angústias que não podem ser expressadas via representações simbólicas.

A estruturação frágil do *Self* poderá fazer com que o sujeito fique impedido de reagir ao trauma por meio de produções mentais (mecanismos de defesa), utilizando a motricidade ou vias orgânicas como canais de descarga da excitação acumulada. Nesse sentido, a rejeição ou falta de sintonia com as figuras primárias de vínculo são experimentadas como traumas de desenvolvimento, ou seja, um evento que o ego em desenvolvimento não conseguiu elaborar e que não teve recursos para enfrentar. Para Marty (1990), a insuficiência de recursos defensivos decorrentes de fixações e regressões profundas conduzem a desorganização psicossomática progressiva, uma descarga da excitação no comportamento e no somático, caracterizadas pela desestruturação da organização libidinal e redução da complexidade do funcionamento mental e do potencial organizador da psique.

De acordo com a escola psicossomática francesa, os pacientes que recorrem para o desenvolvimento de sintomas somáticos exibem dois fenômenos comuns em seu funcionamento psicodinâmico. O primeiro deles é definido por Marty (1989) como *pensamento operatório*, uma organização cognitiva centrada no raciocínio concreto, pouca capacidade imaginativa/simbólica, comportamentos automáticos e adaptativos, ruptura com o

inconsciente e a sexualidade, alienação da própria história, negligência do passado e incapacidade de projeção para o futuro. O segundo fenômeno, de ordem mais afetiva, diz respeito à *depressão essencial* que, diferente do luto ou melancolia neuróticos, é uma depressão sem objeto, com rebaixamento do tônus libidinal, desamparo profundo frequentemente desconhecido do próprio sujeito, fadiga e perda de interesse por tudo que o rodeia – não há queixas psíquicas e imaginativas.

Corroborando esse raciocínio e especificando a discussão para o desenvolvimento de queixas somáticas nos pacientes, podemos trazer algumas considerações a *neurose vegetativa*, elaboradas por Franz Alexander. Esse tipo de neurose envolve o sistema nervoso autônomo, que não está ligado diretamente ao processo de ideação, isto é, desencadeia reações na via subcortical/talâmica, que acarretam alterações funcionais/vegetativas dos órgãos devido a processos emocionais – não há lesão no órgão, mas uma alteração contínua no seu funcionamento, estimulando/inibindo a sua função. Para Alexander (1989), diferente da histeria, não é uma tentativa de expressar um conflito, mas sim uma resposta fisiológica dos órgãos vegetativos aos estados emocionais vividos de maneira contínua e crônica. A alteração constante na função pode ocasionar a mudança patológica dos tecidos e órgãos.

Numa linguagem da psicoterapia corporal, o quadro descrito acima configura existencialmente uma constelação sintomatológica vivida pelo indivíduo com estilo defensivo esquizoide, que se torna evidente durante as sessões na clínica, na relação com o terapeuta. Para Johnson (2003), algumas queixas centrais são definidoras da personalidade esquizoide, tais como: a ansiedade crônica, os comportamentos de esquiva, o conflito quanto ao contato social, confiança e compromisso. Há habitualmente indícios de comportamento autodestrutivo ou prejudicial para consigo mesmo, e autoestima precária. O indivíduo demonstra frequentemente inabilidade para conhecer os próprios sentimentos e para manter um contato constante, quer social ou íntimo.

Numa grande extensão, este indivíduo pode ser definido como alguém que não está em contato consigo mesmo e com os outros, principalmente porque possui uma representação de si precária, o self é experienciado como prejudicado, talvez defeituoso ou ruim. O indivíduo questiona o seu próprio direito de existir e investe em ocupações intelectuais ou espirituais, identificando-se com o seu intelecto e espírito. Os outros são vistos como negadores, amedrontadores e mais poderosos que o self. O indivíduo é particularmente sensível à aspereza social. Ele projeta com frequência sua hostilidade nos outros e estimula a hostilidade através da identificação projetiva.

Johnson (2004), em outra obra, aponta ainda que esses pacientes possuem um estilo cognitivo de isolamento do pensamento com relação aos sentimentos, com um raciocínio abstrato frequentemente bem desenvolvido. As operações concretas dirigidas ao mundo físico são muitas vezes desenvolvidas de modo precário e a inteligência social está geralmente prejudicada, como vimos anteriormente. No âmbito afetivo, a pessoa experienciar um sentimento constante de terror, experimentado como um medo de morrer ou enlouquecer, mediante estados em que precisa dar continência interna para emoções de tristeza, raiva ou frustração, de forma que os afetos são isolados e/ou reprimidos, por serem sentidos como ameaçadores de desestruturar o *self*. O indivíduo não sabe como se sente e pode parecer frio, morto e sem contato consigo mesmo. Existe uma série complexa de defesas que mantém esse padrão afetivo, que são: projeção negação, intelectualização, espiritualização, retraimento, isolamento do afeto, dissociação e fuga. Na análise, frequentemente encontramos

um indivíduo que pode ter uma memória fraca, particularmente para eventos interpessoais e conflitos da infância, dificultando a construção, por meio da anamnese, de sua história psicodinâmica, com exceção dos sentimentos de ambivalência com relação à figura materna que é representada ora como odiada, ora como amada de maneira idealizada pelo sentimento inconsciente de culpa.

É importantíssimo assinalar que, apesar de toda a descrição anterior exibir uma problemática muito delicada e fonte de sofrimento para o indivíduo com caracterologia esquizoide, todas as suas defesas foram estratégias para sobreviver e se constituir egoicamente mediante as ameaças que foram vividas muito cedo em sua história de vida. Robbins (2000) aponta que esses indivíduos possuem aspectos de bastante saúde em seu caráter, pois por estarem frequentemente em contato consigo mesmo no seu caos interno, frequentemente tornam-se grandes criadores, artistas, escritores, que usam da fantasia para expressar-se no mundo, numa tentativa de comunicação e contato. Lowen (1990) acrescenta que, apesar do congelamento afetivo, esse tipo de paciente é de bom prognóstico, pois existe uma ânsia interna de relacionamento, contato, uma esperança de poder vincular-se de maneira afetiva que, quando ocorre na situação terapêutica, desperta núcleos de saúde muito satisfatórios, que o paciente pode, no decorrer do processo, experimentar nas relações significativas e sociais.

Muitas dessas características sintomatológicas descritas pelos analistas bioenergéticos são confirmadas pelos autores da psicanálise das relações objetais^{12,13,14}, que relatam como problemática principal no paciente esquizoide a existência de um *false self* dissociado da realidade, inundado por fantasias para compensar o silêncio e o vazio interior. Decorre daí os silêncios nas análises, como expressão de seu vazio interno, mas também como uma forma de comunicação de sua necessidade de ser contido, suportado com segurança nessa condição. Em outro extremo, Khan (1977) relata a verbalização excessiva nesse tipo de pacientes como desprovida de afeto, geralmente exibicionista de seu potencial intelectualizado, com pouca ou quase nenhuma capacidade de reconhecimento e contato efetivo com o analista, que é sentido frequentemente como um objeto persecutório, temido. Os frequentes ataques, desqualificações, sentimentos de desconfiança, revelam uma ambivalência relacional decorrente de uma agressividade interna que clama por expressão segura e continência. Neto (2004) nos aponta a importância desse processo na contratransferência do analista que, muitas vezes, pode ser invadido pelos sentimentos de inutilidade, desprezo, destruição. Na realidade, deve-se evitar um procedimento analítico de interpretações e não cair na tendência da retaliação ou verborragia com o paciente que, em seu íntimo, deseja que o analista possa sobreviver aos ataques como um objeto total, dando-lhe a consciência de existir e ser reconhecido em sua autenticidade.

Uma das contribuições específicas da Análise Bioenergética é a descrição de tipologias corporais, em termos de fluxo orgânico de energia e distribuição das couraças e posturas dos pacientes como elementos de diagnóstico e intervenção no processo psicoterápico^{15,16}. Nesse sentido, o caráter é expresso corporalmente, em suas defesas, através de formas corporais/somáticas específicas que podem ser observadas através dos exercícios, como também através de uma investigação sobre diversos elementos como: a força da gravidade sobre o corpo e

¹² WINNICOTT, D.W. **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

¹³ KHAN, M.M. **Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

¹⁴ STERN, D. **O mundo interpessoal do bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

¹⁵ CIPULLO, M.A. **Desvendando posturas: corpo e existência na compreensão psicodiagnóstica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

¹⁶ VOLPI, S.M. **Reich: a Análise Bioenergética**. Curitiba: Centro Reichiano, 2002.

sua repercussão na musculatura global; expressão facial; gesticulação; tonalidade da voz; distribuição da cor e calor da pele no corpo; percepção de cisões entre cabeça e corpo, lados direito e esquerdo, frente e costas; além da tonalidade tônica da musculatura, que pode ser de rígida a flácida. As seguintes características podem ser observadas em pacientes esquizoides, tanto no tocante a estrutura corporal, como na condição bioenergética:

Constituição bioenergética de pacientes com defesas esquizoides

Indicadores diagnósticos

- Tensão na base do crânio e pescoço, configurando uma cisão cabeça x corpo; a cabeça não parece estar conectada com firmeza no pescoço, parece estar fora da linha central de fluxo energético do corpo;
- Corpo do tipo alto e magro, com fortes tensões isoladas no pescoço, articulações; geralmente apresenta uma cisão na cintura (parte inferior x parte superior); com braços que parecem pendentes, sem vitalidade e expressão;
- Tensão na pélvis e espinha, verificável pelo padrão de movimentos mecânicos, o indivíduo não sente que as partes que se movem são suas, um andar robótico, congelado, revelando uma pélvis imóvel com pouco desejo/estímulo sexual;
- Arco acentuado nos pés, com tensão e inflexibilidade profundas nos tornozelos;
- Músculos faciais frágeis, não sendo rara a aparência de máscara, a expressão emocional denota uma ausência de alegria, intensidade ou luminosidade, reforçada pela presença de um olhar frio, vazio ou distante;
- Pele subcarregada, geralmente pálida e fria;
- Voz monótona, geralmente as palavras são claramente enunciadas;
- Respiração perturbada, devido à baixa absorção de ar em virtude de um diafragma relativamente imóvel numa condição de contração;
- A agressividade é reduzida e, quando ocorre, é de forma compulsiva (fúria assassina);
- Sistema energético subcarregado, seja por pouca energia circulando nas extremidades do corpo – pontos de contato – seja por uma desorganização energética, que reflete no senso interno de self fragmentado.

Apesar da psicanálise não se propor a realizar uma descrição fenomenológica das formas corporais do sujeito como faz a Análise Bioenergética, podemos traçar algumas reflexões sobre o corpo esquizoide. Loparic (2008b) argumenta que Winnicott se preocupou bastante com o corpo, enquanto dimensão biológica da animalidade humana, devido principalmente à sua formação e exercício médicos como pediatra, tentando respaldar a tendência filogenética do ser humano para a integração e o desenvolvimento, na relação com o ambiente que facilita ou dificulta a emergência dos potenciais hereditários. Nesse sentido, Winnicott afirma categoricamente que a mente se constitui na trama do funcionamento psicossomático, que busca uma integração contínua em um contínuo habitar, ou seja, faz parte das tarefas do desenvolvimento o bebê gradativamente tomar o seu corpo como uma morada de si. Loparic (2008) chama atenção para uma passagem descrita por Winnicott

(1992) que coaduna bastante com o raciocínio da Análise Bioenergética, quando afirma que os tecidos são vivos e estão intrinsecamente relacionados com os estados psicodinâmicos do indivíduo. A psique é resultante da elaboração dos estados somáticos do bebê e o ambiente facilitador deve prover condições de continência para que o bebê possa experienciar esse corpo como fazendo parte do eu em formação. As funções de *holding* (segurança) e *headling* (manipulação e cuidados com o corpo do bebê), nesse aspecto, são decisivas para que o bebê possa constituir-se psicossomaticamente e dar continuidade ao processo contínuo de existir como sujeito integrado.

Podemos entender o corpo descrito anteriormente como resultante de falhas no processo maturacional, no qual as cisões, dissociações, angústias inomináveis ficam registradas como padrões de memória psicossomática. É um corpo que não teve a oportunidade de ser vivo com apoio e sustentação suficientes, o bebê muito cedo precisou realizar um processo de segurar-se, retraindo-se no reflexo de susto para dar conta de suas necessidades mais primárias. O amadurecer do bebê consiste numa série de acontecimentos ricos subjetivamente que nascem na vivência do corpo, como mover-se, respirar, controle dos esfíncteres, mamar, expressar-se pelo choro e voz, arrastar, até organizar-se lentamente para a postura ereta, resultando na ampliação da visão de mundo e da exploração ativa do ambiente no processo de engatinhar e andar, como observado em autores como Keleman (1996) e Mahler (1987). Esse contínuo precisa de uma relação viva, quente e vibrante com o corpo da mãe, que reconhece, acolhe, segura, contorna e provê o bebê desse senso de self.

Outro ponto interessante de observar de convergência entre a descrição realizada por Lowen e as teorias winnicottianas sobre a psicossomática diz respeito a como Winnicott descreve o bebê humano: “o bebê é uma *barriga unida a um dorso*, tem *membros soltos* e particularmente uma *cabeça solta*: todas essas partes são reunidas pela mãe que segura a criança e, em suas mãos, se tornam uma só”¹⁷. Assim, podemos entender as tensões no corpo dos pacientes com defesas esquizoides como forma de permanecer energeticamente defendido na condição de bebê, com baixa carga energética na cabeça e membros. A fragmentação corporal nos revela a falta de *holding* da mãe, que não conseguiu sustentar a criança em termos psicossomáticos, impossibilitando-a de uma integração efetiva. Winnicott (1988) afirma que as angústias esquizoides acontecem muitas vezes, no processo de análise, como fenômenos extremamente somáticos, como dores de cabeça, palidez, contração muscular, calafrios, indicando a presença de um medo do colapso (*breakdown*) vivido numa época na qual a palavra e a simbolização não tinham lugar no desenvolvimento, mas que resultaram em memórias somáticas que podem ser revividas no processo de regressão à dependência absoluta, propiciadas na situação analítica.

Teceremos algumas considerações sobre o tratamento psicoterápico. Para a Análise Bioenergética, o objetivo fundamental do tratamento reside no estabelecimento de um vínculo seguro e de confiança, construído entre o cliente e o terapeuta, que precisa ser especialmente disponível, caloroso e afetuoso, para dar suporte e *grounding* ao cliente. *Grounding* aqui é entendido como enraizamento, ou seja, uma postura existencial de contato consigo mesmo e com a realidade externa, expresso literalmente no corpo pela força e contato das pernas e pés com o chão. Para Lowen (1991), inicialmente as técnicas corporais de intervenção bioenergética deverão acontecer com o cliente em pé, com o objetivo de fortalecer a musculatura das pernas, de forma a potencializar um estado de vibração pulsatória nos músculos, sinal de saúde para as terapias de fundamentação reichiana.

¹⁷ LOPARIC, 2008 (op.cit.), com grifos nossos.

A intenção terapêutica volta-se para a mobilização da energia que se encontra paralisada no centro do corpo para a periferia, através de exercícios diversos de soltura, expressão, alongamento e sustentação, distribuindo e organizando o tônus muscular que se encontra fragmentado no corpo esquizoide. É fundamental ressaltar que, para Lowen, o trabalho inicial com a postura ereta possui uma meta progressiva de trazer o paciente para o aqui e agora de sua condição adulta no mundo, pressuposto básico para que se possa iniciar algum tipo de trabalho regressivo, pois em sua terapêutica, para que o cliente possa reexperienciar os conteúdos e vivências traumáticas do passado, deve estar fortalecido egoicamente na condição adulta para que esses conteúdos sejam devidamente integrados e apropriados na sua psicodinâmica.

A medida que o terapeuta percebe que o cliente está familiarizado com os exercícios iniciais, está mais enraizado no seu próprio corpo e com a musculatura um pouco mais vitalizada e flexível, pode-se iniciar os trabalhos regressivos e expressivos deitados no colchão, mobilizando as tensões musculares que represam emoções de medo, raiva e tristeza na cabeça, pescoço, diafragma, olhos e pélvis, áreas que, como vimos anteriormente, encontram-se bastante bloqueadas e armazenam diversas memórias emotivas ligadas à sensação de colapso, despersonalização e medo da invasão. Enfim, todo o trabalho volta-se para recuperar a sensação do corpo como morada do ser, de uma maneira unitária e integrada. Johnson (2001) desenvolve uma sistematização muito interessante de metas terapêuticas para o tratamento de pessoas com sintomatologia esquizoide. Para esse autor, o terapeuta deve atentar para aspectos referentes a dimensões afetivas, cognitivas e comportamentais, de forma a traçar objetivos que possa integrar a dimensão do pensamento, sentimento e ação no mundo. Os objetivos, em resumo, consistem em:

Princípios terapêuticos básicos para pacientes com defesas de caráter esquizoides (Stephen Johnson, 2001)

OBJETIVOS AFETIVOS

- 1) Aumentar o contato sensorial com o ambiente – ampliar a sensação de tocar, ouvir, olhar, cheirar e degustar o mundo – e desenvolver o prazer e a consciência de tocar os outros e ser tocado;
- 2) Aumentar o senso de estabilidade ou grounding – o senso de que seus pés estão plantados firmemente no chão, o senso que alguém pode ter uma base sólida de si mesmo, permanecendo seguro e centrado;
- 3) Aumentar o contato corporal interno – sentir os movimentos, a respiração, sensações de tensão e relaxamento, e enraizar as emoções no corpo (raiva, dor, prazer, alegria, medo, etc);
- 4) Reduzir a tensão/espasticidade crônica em todas as áreas afetadas no corpo, conscientizando-se de sua dor e analisando-a psicologicamente;
- 5) Abrir a possibilidade de sentir a fúria e canalizá-la para alvos apropriados. Integrar a fúria com o self de forma a se tornar fonte de poder e assertividade;
- 6) Abrir o acesso ao terror do cliente e acompanhá-lo na exploração de suas origens. Integrar o terror com o self de forma que se torne uma fonte para vivenciar o medo, a tristeza e a vulnerabilidade;

- 7) Acessar o desespero com a perda do amor e a perda do self. Integrá-lo como uma parte da realidade do cliente – uma realidade trágica. Eliminar a negação do passado, aceitando-o, integrando-o, de forma a poder viver plenamente o presente;
- 8) Desenvolver a relação física entre a pessoa e o mundo físico (comida, casa, objetos pessoais e familiares, etc);
- 9) Abrir os sentimentos de amor e a experiência do prazer, assentados (grounded) na realidade.

OBJETIVOS COMPORTAMENTAIS E SOCIAIS

- 1) Inicialmente estabelecer ou fortalecer o vínculo e eventualmente resolver a simbiose, se necessário;
- 2) Fortalecer a consciência e deliberar o uso das defesas como forma de se afastar do social, de forma adequada;
- 3) Aumentar o envolvimento em pequenos grupos, ou comunidades em que possa se sentir acolhido e vivenciar feedbacks autênticos;
- 4) Desiludir a sensação de ser especial e do perfeccionismo, evitando a ansiedade de performance;
- 5) Ajudar o cliente a descobrir formas de expressar/canalizar os impulsos agressivos negados (que são geralmente passivo/agressivos);
- 6) Estimular/facilitar ou ensinar a formação de habilidades sociais (assertividade, contato ocular, expressão de afetos no social, comunicação, etc);
- 7) Aumentar o comportamento agressivo/assertivo adequado nas situações com as pessoas.

OBJETIVOS COGNITIVOS

ATITUDES E CRENÇAS

- 1) Identificar, interpretar e desenvolver a compreensão e o insight internos, de forma a modificar o ego ideal/falso self (eu aceito todo mundo, sou compreensivo, sou especial, eu sou minhas idéias e conquistas);
- 2) Mudar os padrões de defesa/crenças do destino (há algo errado em mim; eu não tenho lugar nesse mundo tão ameaçador; não posso confiar em ninguém);
- 3) Fortalecer a identificação com o self através do contato com o corpo e com os processos naturais da vida;
- 4) Fortalecer a identificação com o self por meio da exploração e compreensão da história pessoal, focalizando e reconhecendo a vulnerabilidade. Eliminar a negação do que aconteceu e reconhecer os efeitos que seus problemas de infância tiveram em sua vida;
- 5) Fortalecer a identificação do self com a assertividade, poder e força.

HABILIDADES COGNITIVO-EGÓICAS

- 1) Identificar, fortalecer e trazer à superfície o controle voluntário das defesas do ego;
- 2) Ensinar defesas do ego ainda não aprendidas ou experienciadas;
- 3) Reforçar, reparar ou ensinar estratégias para lidar com ambientes ásperos, frios, ansiógenos;
- 4) Promover e ensinar o auto-alívio e o auto-cuidado;
- 5) Discriminar e integrar a representação de si e do mundo, com particular atenção as introjeções parentais negativas;
- 6) Acessar e utilizar onde for apropriado: assimilação, acomodação, discriminação, integração e generalização.

Em termos psicanalíticos, a intenção terapêutica volta-se para propiciar um ambiente favorável e de confiabilidade, de forma que o paciente possa sentir-se seguro para expressar seus sentimentos e regressir para uma posição de dependência absoluta, na relação vincular com o analista. O manejo do setting é comparado aos cuidados maternos, principalmente no que diz respeito a capacidade do terapeuta de *holding*, na atitude de dar continência às angústias inomináveis que devem ser revividas para acontecer uma retomada no processo de desenvolvimento. A intenção é entrar em contato com o verdadeiro *self* potencial do paciente, através do contato efetivo e da presença sincera e despretensiosa, tomando o tempo necessário para que a angústia se torne palavra, respeitando o lugar de silêncio e incomunicabilidade existente na condição esquizoide. A empatia e o calor humano devem ser experienciadas como interesse genuíno do analista pelo mundo interno de seu analisando, de forma a poder sobreviver aos constantes testes, ataques, desafios e rupturas que o paciente possa trazer durante o processo de tratamento. Dessa forma, propicia-se um descongelamento dos sentimentos decorrentes das falhas ambientais iniciais, possibilitando uma reparação terapêutica de um *holding* mais adequado, que serve como uma memória emotiva e reconfiguradora da sua constituição psicossomática, permitindo assim melhor flexibilidade nos padrões defensivos e um melhor sentimento de integração interna.

Referências

- ALEXANDER, F. **Medicina Psicossomática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- BALINT, M. **A Falha Básica: aspectos terapêuticos da regressão**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- BOADELLA, D. **Correntes da vida: uma introdução à Biossíntese**. São Paulo: Summus, 2000.
- CIPULLO, M.A. **Desvendando posturas: corpo e existência na compreensão psicodiagnóstica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- COSTA, J.F. **O vestígio e a aura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

DIAS, E. O. **A teoria winnicottiana do amadurecimento como guia da prática clínica**, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151724302008000100002>. Acesso em 20 de janeiro de 2010.

_____. **Sobre a confiabilidade: decorrências para a prática clínica**. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151724301999000200004>. Acesso em 10 de outubro de 2009.

FIGUEIREDO, L.C. **Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea**. São Paulo: Escuta, 2002.

FULGENCIO, L. 2004. **A noção de trauma em Freud e Winnicott**. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1517-24302004000200003&script=sci_arttext. Acesso em 10 de maio de 2008.

HORTELANO, X. **No despertar do séc. XXI – ensaios ecológicos pós-reichianos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

JOHNSON, S. **Character Styles**. New York: Norton & Norton Company, 2001.

_____. **Characteriological Transformation**. New York: Norton & Norton Company, 2003.

KELEMAN, S. **Anatomia Emocional**. São Paulo: Summus, 1996.

KHAN, M.M. **Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

LOPARIC, Z. **De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática**, 2008a. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-432X2006000100004&script=sci_arttext. Acesso em 10 de maio de 2008.

_____. **O animal humano**, 2008b. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1517-24302000000200005&script=sci_abstract. Acesso em 10 de maio de 2008.

LOWEN, A. **O corpo em terapia: a abordagem bioenergética**. São Paulo: Summus, 1988.

_____. **O corpo traído**. São Paulo: Summus, 1989.

_____. **Bioenergética**. São Paulo: Summus, 1990.

_____. **O corpo em depressão**. São Paulo: Summus, 1991.

MAHLER, M. **O Nascimento Psicológico da Criança**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

MARTY, P. **A Psicossomática do adulto**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MCDUGALL, J. **Teatros do Corpo**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

NETO, O.F. **Aplicação das idéias de Winnicott na clínica de pacientes difíceis (esquizóides, fronteirços e psicóticos)**, 2004. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1517-24302004000200006&script=sci_arttext. Acesso em 10 de maio de 2008.

_____. **Condições traumáticas na relação mãe/bebê**, 2004a. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302004000100004. Acesso em 10 de maio de 2008.

REICH, W. **A função do orgasmo**. São Paulo: Círculo do Livro, 1989.

ROBBINS, R. **O tao da transformação**. São Paulo: Editorial Psy, 2000.



- SAFRA, G. **Momentos Mutativos em Psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- SPITZ, R. **O primeiro ano de vida**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- STERN, D. **O mundo interpessoal do bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- TONELLA, G. **Analysis Bioenergético**. Madrid: Gaia Ediciones, 2005.
- VOLPI, S.M. **Reich: a Análise Bioenergética**. Curitiba: Centro Reichiano, 2002.
- WEIGAND, O. **Grounding e autonomia: a terapia corporal bioenergética revisitada**. SP: Plexus, 2006.
- WINNICOTT, D.W. **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1992.
- _____. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- _____. O medo do colapso, in: WINNICOTT, D.W. et alli. **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

Recebido em 10/09/2015
Aceito em: 26/09/2015