

## CONTRIBUIÇÕES WINNICOTTIANAS À COMPREENSÃO DA ANÁLISE BIOENERGÉTICA DOS PACIENTES ESQUIZÓIDES

### **Périsson Dantas do Nascimento**

Psicólogo Clínico. Trainee em Análise Bioenergética - IABSP.

Mestre em Psicologia – UFRN. Doutorando em Psicologia Clínica – PUC/SP.

Professor Assistente da Universidade Estadual do Piauí e Faculdade Santo Agostinho.



### **RESUMO**

O texto tem como objetivo central realizar uma discussão sobre o diagnóstico, sintomatologia e tratamento psicoterápico de pacientes esquizóides, pondo em diálogo os conceitos desenvolvidos por D. W. Winnicott, em sua teoria psicanalítica das relações objetais e Alexander Lowen, criador da Análise Bioenergética. Apesar dos paradigmas diferenciados, percebemos muitas semelhanças na forma de compreender a esquizoidia como fenômeno clínico, no tocante a etiologia ligada a falhas graves do ambiente no desenvolvimento emocional que interromperam a continuidade do ser do bebê, bem como uma terapêutica preocupada com o restabelecimento da capacidade de vincular-se, propiciando ao paciente um setting aberto e regressivo de confiabilidade e holding para suportar as angústias indizíveis de enlouquecimento e dissociação. Diferenças teóricas e técnicas são ressaltadas: a noção de estrutura caracteriológica descrita por Lowen, a utilização ativa de técnicas corporais, bem como a necessidade de atividade interpretativa. No entanto, conclui-se que essas idéias podem perfeitamente entrar em diálogo, de forma a contribuir para um maior potencial de saúde e integração psicossomática nesse tipo de pacientes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Psicanálise Winnicottiana; Análise Bioenergética; Esquizoidia.

Percebe-se na literatura psicanalítica (Figueiredo, 2002; Safra, 2003; Costa, 2007; Mezan, 1998, Marty, 2001), como também na psicoterapia corporal (Lowen, 1998; Tonella, 2005; Boadella, 2000; Hortelano, 2003; Navarro, 1999) uma preocupação crescente com um fenômeno que está muito presente no cotidiano da clínica contemporânea. Tais autores nos apontam que 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 histéricos, 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, sentimentos 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 (Bauman, 2006) e de valores, um ambiente relacional de relações virtuais, objetificadas, efêmeras, baseadas na lógica da descartabilidade e do consumo, num ritmo que Lipovetsky (2007) qualificou como hipermoderno.

Nesse contexto, o fenômeno clínico da esquizoidia e da problemática borderline parecem trazer para a nossa escuta 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 esperança de viver, como nos diria Winnicott (1996).

Centraremos nosso texto no fenômeno da esquizoidia, que etimologicamente nos remete a palavra schizo – cisão/ruptura, que define bem, em termos fenomenológicos e subjetivos a problemática dessas pessoas. A proposta desse trabalho consiste em realizar um diálogo entre os conceitos desenvolvidos pela Análise Bioenergética sobre o caráter esquizóide em sua sintomatologia, etiologia e tratamento e os conceitos winnicottianos sobre o trauma, a teoria do desenvolvimento emocional primitivo e a função de holding e confiabilidade do analista como atitude terapêutica básica nesse tipo de personalidade.

Para iniciar a reflexão, trataremos das divergências paradigmáticas existentes entre a visão de Winnicott sobre o ser humano e a Análise Bioenergética. Loparic (2008a) nos aponta que a psicanálise winnicottiana aponta uma mudança de paradigma em termos relacionais de teoria do desenvolvimento e de constituição do ser humano como dotado de um tendência inata para o amadurecimento e integração, 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, por ela conceituada como *objetal*, é caracterizado por enfatizar o desenvolvimento do ser humano pré-edípico, compreendendo a complexidade dos processos de formação egóica nos primeiros anos de vida, fundamentais para o desenvolvimento subjetivo e psicodinâmico. Essas idéias 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 de 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 freudiano, a partir

da noção desenvolvida inicialmente por Reich (1988), de caráter, 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 adquiria: 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 (2008) e Neto (2008b) argumentam que a noção de trauma refere-se 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 esquizóide como uma criança odiada, ou seja, fruto de uma parentagem 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 esquizóides 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 idéias de Winnicott. Dias (2008a) afirma 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 necessidade 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 pára-estimulante e 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.

As falhas ambientais, conforme Fulgencio (op.cit.) e Neto (op.cit.) 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 (op.cit., pg.5) nos afirma 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 superadaptação, intelectualidade, ou retraimento.

O quadro etiológico descrito acima configura existencialmente uma constelação sintomatológica vivida pelo indivíduo esquizóide, que se torna evidente durante as sessões na clínica, na relação com o terapeuta. Para Johnson (2003) e Lowen (op.cit.) algumas queixas centrais são definidoras da personalidade esquizóide, tais como: a ansiedade crônica, os comportamentos de esquiva, o conflito quanto ao contato social, confiança e compromisso. Há habitualmente indícios de comportamento auto-destrutivo ou prejudicial para consigo mesmo, e auto-estima precária. O indivíduo demonstra freqüentemente 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 auto-representação 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, amendrontadores e mais poderosos que o self. O indivíduo é particularmente sensível à aspereza social. Ele projeta com freqüência sua hostilidade nos outros e estimula a hostilidade através da identificação projetiva.

Johnson (2004), em outra obra, aponta ainda que os esquizóides possuem um estilo cognitivo de isolamento do pensamento com relação aos sentimentos, com um raciocínio abstrato freqüentemente bem desenvolvido. As operações concretas dirigidas ao mundo físico são muitas vezes desenvolvidas de modo precário e a inteligência social está freqüentemente prejudicada, como vimos anteriormente. No âmbito afetivo, a pessoa esquizóide experiencia um amendrontamento crônico e, com freqüência, terror, sentido 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 desestruturadores do 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 esquizóide, 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 os indivíduos esquizóides 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 (op.cit.) 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, experienciar nas relações significativas e sociais.

Muitas dessas características sintomatológicas descritas pelos analistas bioenergéticos são confirmadas por Winnicott e seus seguidores (Winnicott, 1988; Masud Khan, 1977; Neto, 2008a; Safra, 2001; Gurfinkel, 2000; Mello Filho, 1999). Vale ressaltar que esses autores relatam como problemática principal no paciente esquizóide a existência de um falso self dissociado da realidade, inundado por fantasias para compensar o silêncio e o vazio interior. Decorre daí os freqüentes 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, Masud 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 freqüentes ataques, desqualificações, sentimentos de desconfiança, revelam uma ambivalência relacional decorrente de uma agressividade interna que clama por expressão

segura e continência. Neto (2008a) 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 re-conhecido 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 (Lowen, op.cit.; Cipullo, 2001; Volpi, 2000). 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 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 esquizóides, tanto no tocante a estrutura corporal, como na condição bioenergética:

- 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 do diafragma estar 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. Lowen (1991) traduz em um esquema toda a descrição corporal descrita, em seu livro Bioenergética, a qual reproduzimos aqui:



Figura 01: A dinâmica corporal energética do caráter esquizóide (Lowen, 1991).

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 esquizóide. Loparic (2008b) argumenta que Winnicott se preocupou bastante com o corpo, enquanto dimensão biológica da animalidade humana, devido principalmente a 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 dos 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 (op.cit) chama atenção para uma passagem descrita por Winnicott (1990) 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 experimentar esse corpo como fazendo parte do eu em formação. As funções de holding e headling, 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 (Keleman, 1998; 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”. (Winnicott, apud Loparic, 2008, com grifos nossos). Assim, podemos entender as tensões esquizóides 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 (1996) afirma que as angústias esquizóides 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.

Para finalizar, teceremos algumas considerações sobre o tratamento psicoterápico dos pacientes esquizóides. 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. 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 esquizóide. 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), em seu livro *Character Styles*, desenvolve uma sistematização muito interessante de metas terapêuticas para o tratamento de pessoas com sintomatologia esquizóide. 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:

#### 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.

Na vertente winnicottiana, 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 regredir para uma posição de dependência absoluta, na relação vincular com o analista (Dias, 2008b; Neto, 2008a). 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 esquizóide. 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 subjetividade, tendo em vista que os esquizóides possuem um contato com o verdadeiro self mais preservado.

## Referências Bibliográficas

- Boadella, D. 2000. *Correntes da vida: uma introdução à Biossíntese*. São Paulo: Summus.
- Costa, J.F. 2007. *O vestígio e a aura*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Cipullo, M.A. 2001. *Desvendando posturas: corpo e existência na compreensão psicodiagnóstica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dias, E. O. 2008a. *A teoria winnicottiana do amadurecimento como guia da prática clínica*. Disponível em <[www.centrowinnicott.com.br](http://www.centrowinnicott.com.br)>. Acesso em 10 de maio de 2008.
- \_\_\_\_\_. 2008b. *Sobre a confiabilidade: decorrências para a prática clínica*. Disponível em <[www.centrowinnicott.com.br](http://www.centrowinnicott.com.br)>. Acesso em 10 de maio de 2008.
- Figueiredo, L.C. 2002. *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta.
- Fulgencio, L. 2008. *A noção de trauma em Freud e Winnicott*. Disponível em <[www.centrowinnicott.com.br](http://www.centrowinnicott.com.br)>. Acesso em 10 de maio de 2008.
- Gurfinkel, D. 2000. *Do sonho ao trauma: psicossoma e adições*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hortelano, X.S. 2003. *No despertar do séc. XXI – ensaios pós-reichianos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Johnson, S. 2001. *Character Styles*. New York: Norton & Norton Company.
- \_\_\_\_\_. 2003. *Characteriological Transformation*. New York: Norton & Norton Company.
- Keleman, S. 1998. *Anatomia Emocional*. São Paulo: Summus.
- Loparic, Z. 2008a. *De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática*. Disponível em <[www.centrowinnicott.com.br](http://www.centrowinnicott.com.br)>. Acesso em 10 de maio de 2008.
- \_\_\_\_\_. 2008b. *O animal humano*. Disponível em <[www.centrowinnicott.com.br](http://www.centrowinnicott.com.br)>. Acesso em 10 de maio de 2008.
- Lowen, A. 1988. *O corpo em terapia*. São Paulo: Summus.
- \_\_\_\_\_. 1990. *O corpo traído*. São Paulo: Summus.
- \_\_\_\_\_. 1991. *Bioenergética*. São Paulo: Summus.
- \_\_\_\_\_. 1998. *Alegria: a entrega ao corpo e a vida*. São Paulo: Summus.
- Mahler, M. 1987. *O Nascimento Psicológico da Criança*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mello Filho, J. 1999. *O ser e o viver: uma visão da obra de Winnicott*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Marty, P. 2001. *L'investigation psychosomatique*. Paris: PUF.

- Masud Khan, M. 1977. *Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Mezan, R. 1998. *A vingança da esfinge*. São Paulo: Brasiliense.
- Navarro, F. 1999. *Caracterologia pós-reichiana*. São Paulo: Summus.
- Neto, O.F. 2008a. *Aplicação das idéias de Winnicott na clínica de pacientes difíceis (esquizóides, fronteirços e psicóticos)*. Disponível em <[www.centrowinnicott.com.br](http://www.centrowinnicott.com.br)>. Acesso em 10 de maio de 2008.
- \_\_\_\_\_. 2008b. *Condições traumáticas na relação mãe/bebê*. Disponível em <[www.centrowinnicott.com.br](http://www.centrowinnicott.com.br)>. Acesso em 10 de maio de 2008.
- Reich, W. 1988. *A função do orgasmo*. São Paulo: Círculo do Livro.
- \_\_\_\_\_. 1989. *Análise do Caráter*. São Paulo: Martins Fontes.
- Robbins, R. 2000. *O Tao da transformação*. São Paulo: Editorial Psy.
- Safra, G. 2003. *A pó-ética da clínica contemporânea*. São Paulo: Idéias e Letras.
- \_\_\_\_\_. 2001. *Momentos Mutativos em Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tonella, G. 2005. *Analisis Bioenergético*. Madrid: Gaia Ediciones.
- Volpi, S.M. 2000. *Reich: a Análise Bioenergético*. Curitiba: Centro Reichiano.
- Weigand, O.1996 *Grounding e autonomia: a terapia corporal bioenergética revisitada*. São Paulo: Person.
- Winnicott, D.W. 1988. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- \_\_\_\_\_. 1990. *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago.
- \_\_\_\_\_. 1996. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed.