MARA LUIZA VIEIRA CERONI

CONSTRUÇÃO DE GROUNDING NOS CASOS DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Monografia de conclusão do curso de formação clínica em Análise Bioenergética apresentada como pré-requisito ao Instituto de Análise Bioenergética de São Paulo para obtenção do título de CBT (Certified Bioenergetic Therapist pelo IIBA – International Institute for Bioenergetic Analysis).

Orientação: Léia Cardenuto.

IABSP

SÃO PAULO - 2017

MARA LUIZA VIEIRA CERONI

CONSTRUÇÃO DE GROUNDING NOS CASOS DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Monografia de conclusão do curso de formação clínica em Análise Bioenergética apresentada como pré-requisito ao Instituto de Análise Bioenergética de São Paulo para obtenção do título de CBT (Certified Bioenergetic Therapist pelo IIBA – International Institute for Bioenergetic Analysis).

Aprovada em 10 de novembro de 2017.

Banca examinadora:

Luiza Revoredo

Marina Pedroso

Sonia Calil

IABSP

SÃO PAULO - 2017

AGRADECIMENTOS

Ao “Rubão” por me empurrar gentilmente até aqui!

A seu filho, meu companheiro de estrada e ventos, sempre. Eixo e coluna em minha vida!

A Mafalda e Arthur pela pausa serotoninérgica em meu ritmo dopaminérgico.

A Silvana Tenório e Cristiane Zacchi Urgell pela ajuda valiosa e pelo interesse.

A toda a comunidade do IABSP, em especial a Liane Zink e a Léia Cardenuto pela oportunidade e apoio.

A F. por me ensinar a ser uma pessoa melhor ...

POEMA RUMI

The way of love is not

A subtle argument

The door there

Is devastation

Birds make greats sky-circles

Of their freedom

How do they learn it?

They fall, and falling

They’re given wings

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....8

2. NOMENCLATURA E DESCRIÇÃO.....9

2.1. O QUE A NEUROCIÊNCIA TEM A DIZER.....11

2.2. PSICODINÂMICA DE PACIENTES DEPENDENTES QUÍMICOS.....12

2.3. ANÁLISE BIOENERGÉTICA APLICADA A PACIENTES DEPENDENTES QUÍMICOS.....18

2.4. SIMBOLOGIA DO CORPO EM LIVRE ASSOCIAÇÃO COM A OBSERVAÇÃO DO CORPO DA PACIENTE.....21

2.5. NOSOGRAFIA PSIQUIÁTRICA.....22

3. METODOLOGIA.....24

3.1. CONSTRUÇÃO DO ENVELOPE TÔNICO CONTINENTE.....24

3.2. CONSTRUÇÃO DO GROUNDING.....24

3.3.CONSTRUÇÃO DO EIXO-COLUNA.....25

4. OBJETIVO GERAL.....27

4.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....27

4.1.1. OBJETIVOS COMPORTAMENTAIS E SOCIAIS.....27

4.1.2. OBJETIVOS COGNITIVOS.....27

4.1.3. HABILIDADES COGNITIVO-EGÓICAS.....27

5. CASO CLÍNICO.....28

5.1. TIPOLOGIA CORPORAL EM ANÁLISE BIOENERGÉTICA.....28

5.2. ANAMNESE.....28

5.3. DESCRIÇÃO.....29

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....37

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....39

8. ANEXO.....43

RESUMO

Palavras-chave: análise bioenergética, adicção, compulsão, envelope rasgado, excesso narcísico, paixões tóxicas

Reflexões sobre as formas de padecimento psíquico do sujeito contemporâneo nos levam, irremediavelmente, ao fenômeno das compulsões, encarado na psicopatologia atual como marca da cultura do excesso narcísico (Stacechen e Bento, 2008). Diante destas patologias da voracidade, insaciedade e insatisfação, o analista é duramente exigido a suportar altas tensões e, ao mesmo tempo, manter a flexibilidade sem perder o rigor e a consistência do trabalho a ser realizado. A questão que se coloca é como escutar, compreender e endereçar as queixas sobre comportamentos compulsivos e impulsivos, que rasgam famílias e esgarçam relações no limite da hetero e autodestrutividade? Em busca do que estarão estes indivíduos? Sentem fome de quê? Qual o (s) trabalho (s) corporal (is) adequado e favorecedor de desenvolvimento e estruturação para o atendimento destes pacientes? Faremos um recorte específico sobre a toxicidade das paixões em pacientes dependentes químicos, discutindo a aplicabilidade das técnicas da Análise Bioenergética, em particular, como construir o grounding nestes casos, sob a perspectiva psicodinâmica da personalidade borderline. A partir da descrição de um caso clínico, surgirão sugestões de desdobramentos do trabalho corporal, partindo de Reich e Lowen, até os representantes do período atual pós-Lowen, nos aproximando da clínica do manejo.

ABSTRACT

Key words: bioenergetic analysis, addiction, compulsion, torn envelope, narcissistic excess, toxic passions

Reflections on the forms of psychic suffering of the contemporary subject inevitably lead us to the phenomenon of compulsions, seen in current psychopathology as a mark of the culture of narcissistic excess (Stacechen and Bento, 2008). Faced with these pathologies of voracity, insatiability and dissatisfaction, the analyst is hard pressed to withstand high tensions while at the same time maintaining flexibility without losing the rigor and consistency of the work to be performed. The question is how to listen, understand and address complaints about compulsive and impulsive behaviors that tear families apart and break relationships at the edge of hetero and self-destructiveness? In search of what will these individuals be? Do they hunger for what? Which body (s) work is adequate and conducive to development and structuring for the care of these patients? We will make a specific clipping about the toxicity of the passions in chemically dependent patients, discussing the applicability of Bioenergetic Analysis techniques, in particular, how to construct grounding in these cases, from the psychodynamic perspective of the borderline personality. From the description of a clinical case, there will be suggestions for unfolding bodywork, starting from Reich and Lowen, to the representatives of the present post-Lowen period, approaching the management clinic.

1.INTRODUÇÃO

Em uma análise da perspectiva psicológica no contexto histórico e político atual, identificamos uma fratura nas instituições. Há como uma ruptura na coluna ética e moral de nossa sociedade, repercutindo diretamente na formação da coluna singular do sujeito contemporâneo. Compreendido aqui a partir de uma leitura multi-perspectiva ancorada nas neurociências, psicanálise, psiquiatria e filosofia.

Adotamos a vertente sociológica francesa como partida, para a compreensão das repercussões da rede macro de sustentação na qual estamos todos inseridos. Estendemos estes subsídios teóricos para a interpretação dos reflexos encontrados no ambiente micro de cada consultório, com suas duplas analíticas.

Na intersecção entre o particular e o universal, caminharemos em busca de reestruturação. A metodologia foi pensada para dar conta deste sujeito fraturado em seu eixo-coluna e portador de um corpo sem grounding. As práticas e concepções da Análise Bioenergética nos guiará neste percurso.

A descrição detalhada do caso clinico permitirá ao leitor acompanhar, em um recorte metapsicológico, a sequência de tratamento de um paciente adicto.

2. NOMENCLATURA E DESCRIÇÃO

O mal-estar identitário da globalização produz uma sociedade fraturada, geradora e mantenedora de personalidades com fraqueza narcísica e ansiedade hedonista crônica. O hiperindividualismo e hiperconsumismo como expressões de comportamentos compulsivos; como também, a procura de apaziguamento no abuso de psicotrópicos; parece uma tentativa de se contrapor a uma sensação constante de insegurança (Lipovetsky, 2017).

Há como que uma quebra no superego político e social, gerando indivíduos fraturados, com um superego deficitário ou inexistente. Exemplo disto está em matéria recente sobre a interdição de uma exposição de arte, "Queermuseu"[1], por um superego coletivo e intolerante. Não se trata aqui de discutir o conteúdo, e sim a forma. Um superego rígido demais é tão inoperante quanto a ausência dele. Desde 1997, o sociólogo francês, Touraine faz um alerta para o fato de estarmos gradativamente criando gerações impulsivas em relação direta ao enfraquecimento do superego.

Reich (2009) denominou caráter impulsivo os casos de ineficiência do superego, com um "superego isolado ou encapsulado". O que hoje se entende como organizações de personalidade do espectro borderline. Movimentos defensivos, componentes sádicos, dissociações, agressividade e idealizações são constantemente projetadas sobre o objeto, como uma oscilação entre o possuir de forma controladora e o aniquilar, levando a dificuldades de delimitação egóica, ou seja, de fronteira entre o eu e o não-eu (Kernberg et al., 1991).

Para muitos profissionais da área da saúde, dependentes químicos são considerados pacientes "não-tratáveis". São aqueles que dizem do abuso de drogas, e apresentam comportamentos compulsivos e/ou impulsivos, dificultando o aprofundamento e eficácia do processo psicoterapêutico, e muitas vezes, a própria possibilidade em estabelecer vínculo. O sistema de caracterização de Kernberg (2008), em um nível neurótico de organização ou em um nível borderline de organização leva em conta o prejuízo e a gravidade patológica destas relações objetais.

[1] Indecente é a Intolerância. "Chegamos a um tempo em que obras de arte são obrigadas a vestir burca", Lira Neto. C10 Ilustrada. Domingo,17/09/ 2017. Folha de São Paulo.

A classificação de acordo com os critérios da CID - 10, é de Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas (F19). E seguindo os critérios do DSM 5 (American Psychiatric Association, 2014): Transtornos Relacionados a Substâncias (pág. 483) - Uso de Múltiplas Substâncias (304.)

Estudos atuais esforçam-se em traçar o perfil destes pacientes, que têm chegado às instituições e aos consultórios em maior escala, e são considerados poliusuários de drogas, pois fazem uso de várias substâncias, simultaneamente (Fernández-Calderón, 2015).

A investigação e melhor compreensão dos aspectos epidemiológicos e clínicos contemporâneos, tornou-se um desafio na tentativa de alcançar melhor eficácia para o diagnóstico, tratamento e prevenção (Connor, 2014).

Indivíduos assim classificados, parecem exibir sintomatologia de Transtorno de Personalidade Antissocial (301.7) conforme o DSM 5, apresentando altos índices em medidas de hostilidade, agressividade e impulsividade. Além do que, a expressão neurocognitiva da impulsividade está ligada a desfechos desfavoráveis no tratamento da dependência (Stevens et al, 2015).

Utilizaremos o termo pseudopsicopatia (Ceroni, 2003) para caracterizar o comportamento durante o consumo, temporário e remitente, de usuários de drogas por entender que estes pacientes não podem ser enquadrados na terminologia clássica de Personalidade antissocial, pois quando se encontram em abstinência, há a remissão destes comportamentos antissociais, entendidos como sintomas.

Para Winnicott (1956) a tendência anti-social não é um diagnóstico, e sim, uma defesa organizada e sobrecarregada de ganho secundário em reações sociais. Inclui o roubo, a mentira, a incontinência, a desordem e a voracidade como compulsão resultante da privação sofrida. O meio ambiente será repetidamente testado em termos de sua capacidade de suportar a agressão, impedir ou reparar a destruição. “O trabalho do terapeuta não é a psicanálise, é feito em termos de manejo, de provisão de cuidados, tolerância e compreensão” (p.503). É uma nova oportunidade de construção egóica, na qual o terapeuta deve estar preparado para aguentar o impacto e pode se utilizar da abordagem da Análise Bioenergética como instrumento de manejo. A tendência anti-social possui sempre duas direções: busca de objeto e destrutividade. É uma expressão de esperança e não pode ser desperdiçada em termos de intolerância ou despreparo do

analista na abordagem adequada. Ilustraremos na descrição do caso clínico como a autora manejou um evento desta ordem, ocorrido ao longo do tratamento.

2.1. O QUE AS NEUROCIÊNCIAS TEM A DIZER...

Estudos recentes evidenciam que o atraso na maturação de estruturas corticais frontais, em fases iniciais do desenvolvimento, dão suporte para a hipótese de indivíduos 'menos instrumentalizados' para lidar com o aumento das pressões sociais (Palmini, 2008; Shaw e cols. 2007). Não são sabidas as causas deste atraso, mas se ele existe anteriormente ao uso de drogas, sob influência química, haverá a piora deste quadro. Pacientes dependentes químicos toleram um mínimo de pressão externa, possivelmente porque, interiormente, o limiar de tensão é constante e não há condição nem emocional nem biológica, para suportar, direcionar e/ou apaziguar a excitação externa.

Há muito tempo é sabido que o córtex pré-frontal é responsável pelas mais elevadas funções executivas nos seres humanos e pelo comportamento social (Myers, 1975). Indivíduos que abusam de psicotrópicos tem esta região do seu cérebro mais comprometida em termos de suscetibilidade à estímulos químicos. Vários estudos já comprovaram que, as principais características da dependência, como o uso compulsivo de drogas e recaídas, são mediadas, em parte, pelas mudanças induzidas por agentes químicos nas regiões orbitofrontal e dorsolateral do córtex frontal. Estas regiões são as mais afetadas e estão associadas à mudanças de comportamento e/ou desempenho cognitivo, incluindo: comportamento social inadequado com déficits de controle do impulso, falta de respeito com o próximo, aumento da atividade motora, inadequação, pouco comportamento espontâneo, falta de concentração, pequena expressão emocional, desinibição sexual ou redução acentuada do interesse sexual, e redução do planejamento antecipado (Verdejo-García et. Al., 2007; Schoenbaum e Shaham, 2008; Fisher et al, 2017).

O abuso de drogas pode ser considerado um ato compulsivo, mas toda recaída diz respeito a uma ação impulsiva. São casos que, geralmente não encontram o suporte ou ajuda necessários, enquanto continência, e abandonam o tratamento, muitas vezes, achando que a psicologia "não funciona". Deixa a todos os envolvidos com uma sensação

de frustração e impotência. As tentativas de responder clinicamente a pacientes que atuam compulsivamente e concretamente suas necessidades, tem sido bastante contraditórias. Até mesmo em termos de compreensão psicanalítica encontramos dificuldades nosográficas relevantes **(Goldgrub,1999).**

São patologias narcísicas, predominantes na contemporaneidade, que datam de um início do desenvolvimento emocional comprometido. São também intituladas patologias do vazio. Denominações diferentes para se dizer de pacientes que sofrem de vazios oriundos de falhas precoces no vínculo primitivo. Buscam mais do que serem compreendidos; buscam existir, serem olhados, encontrados. São designados com transtorno de personalidade borderline, narcisistas (American Psychiatric Association, 1995), pacientes com falso self ou patologias regressivas (Winnicott,1960,1982, 1993 in: Brum, 2004).

Tentaremos elucidar as origens destas denominações, como um embasamento teórico primeiro, na aproximação e integração da psicodinâmica, da análise bioenergética e da neurociência; na problemática das compulsões em pacientes dependentes químicos. Desenhando um esboço do perfil destes pacientes e de como podem ser traduzidos para a clínica da abordagem corporal da Análise Bioenergética.

"A compulsão diz respeito à antigas maneiras, primitivas e infantis, de decodificar o mundo" (Freud, 1920).

2.2. PSICODINÂMICA DE PACIENTES DEPENDENTES QUÍMICOS

Do ponto de vista da cura psicanalítica, Freud rejeita as paixões, pelo fato delas oporem uma resistência ao processo analítico (Green 1980; 1988; 1990). O termo 'paixões tóxicas' relacionado a compulsão de drogas tem sido amplamente utilizado nos estudos da psicanálise contemporânea para compreensão da psicodinâmica destes pacientes. Os mesmos revelam em suas falas um 'caso de amor' com a droga de escolha. Declaram que há sempre um 'casamento' fiel e duradouro entre o indivíduo e os efeitos obtidos durante o consumo. A comparação entre paixão, adição e tóxico realizada em uma pesquisa da semiologia psicanalítica da paixão na antiguidade grega, levou Bento (2008;

2009; 2010) a criar a hipótese das paixões tóxicas, isto é, "que existe uma analogia funcional entre as paixões e as toxicomanias devido à função do excesso narcísico, semelhante, mas não idêntica, em ambas".

Winnicott (1993) classifica os pacientes em 3 grupos: os que operam como pessoas totais com dificuldades interpessoais; os casos de ambivalência em busca da totalidade e os estádios primitivos do desenvolvimento emocional. Este último grupo tem sido nomeado de maneiras distintas nos últimos 40 anos[2]: Personalidade esquizóide (Ferenczi, 1932; Fairbain e Khan, 1940); Caráter impulsivo e Neuroses narcisistas (Reich, 1925; 1950); Personalidade como si (Deutsch, 1942); Casos-limite (Stone, 1954); Falso self (Winnicott, 1956); Problemas de identidade (Erikson, 1959); Falha básica ou falta fundamental (Balint, 1960); Personalidade de fronteira como uma variedade do distúrbio narcisista (Lowen, 1985); Sujeito-quase (Gurfinkel, 2012); Pacientes não-neuróticos (Green e Urribarri, 2012) e Sujeitos inacabados ou incompletos (Ceroni, 2017).

Muitas correntes teóricas dedicam-se ao estudo dos estados-limites. As contribuições da corrente inglesa e da corrente francesa são consideradas as mais importantes por possuírem um pensamento mais sistematizado sobre o assunto das drogadições. A corrente inglesa considera o quadro borderline como uma estrutura clínica específica situada entre a neurose, a psicose e a perversão. O termo estados-limites, da corrente francesa, designa um modo de funcionamento psicopatológico que pode estar presente em qualquer sujeito e em qualquer momento de sua vida, e inclui noções de transitoriedade e de mobilidade dos fenômenos e dos limites do psiquismo, fatores importantes a serem considerados nas adições. O termo "limites" diz respeito à desorganização das fronteiras egóicas e à excessiva permeabilidade entre as instâncias psíquicas. O termo "estados" diz da transitoriedade dos mecanismos apresentados pelo sujeito, assim como a transitoriedade dos fenômenos, que não se fixam a apenas uma estrutura. "Os estados limites impõem-nos alguns elementos comuns a esses casos, como a fragilidade e, ao mesmo tempo, a importância dada ao eu, os mecanismos de defesa, a angústia maciça, a não simbolização, que se apresentam por meio de um polimorfismo de sintomas e uma inconsistência das relações de objeto" (Zidan e Rocha, 2014).

[2] Fonte: M. Khan (1976) com complementações de pesquisa da autora.

São pacientes que apresentam uma confusão regressiva, sem limites estabelecidos entre o ego e os objetos, em colapso do narcisismo primário com diferentes sintomas psicopatológicos: psicose, esquizoidia e borderline (ANPEPP, 2015).

Esta (des) organização de ego diante de uma ameaça de caos, se estabelece com mecanismos de defesa extremamente rígidos e estruturados em um falso self. Como por exemplo a dissociação, que é um importante organizador da experiência nos estágios iniciais da vida. E secundariamente elaborado como uma defesa patológica, na qual um processo inconsciente separa ativamente sentimentos, representações do self, ou representações objetais contraditórias. É uma causa fundamental da fragilidade do ego (Ogden, 1996).

Quando a falha ambiental é severa, o indivíduo fica ocupado em reagir à invasão e os processos do self são interrompidos. O cerne do self precisa ser protegido por um falso self. Este vai ser construído sobre uma base de defesa-submissão para aceitação da reação à invasão (Winnicott, 1993).

Na compulsão à repetição, o falso self não se estrutura como um mecanismo de defesa eficiente. A solução aditiva é uma tentativa de cura diante de estados psíquicos ameaçadores, os objetos eleitos tentam suprir uma função materna (Mcdougall,1982 In: Gurfinkel, 2011). Os pacientes adictos estão como que parados no tempo da necessidade, sem acesso a imaginação e ao simbólico. A linguagem não comunica. Não há contato e troca com o outro. Não há outro, exatamente. Podemos pensar em um funcionamento pseudopsicótico, não integrado.

Para Freud no tratamento de pacientes histéricos, existiam 3 pessoas no consultório, das quais uma está fora. Na regressão há apenas duas. No momento de regressão à dependência absoluta, o ambiente sustenta o indivíduo e este nada sabe sobre o ambiente. Haverá somente uma pessoa no setting, o próprio paciente. Neste momento do tratamento psicoterápico as palavras não comunicam. O paciente fala pelo corpo, demonstrando desconforto ou dor. A fala acontece pelos silêncios, e muitas vezes o paciente quer que o terapeuta adivinhe o seu estado. Decodificando-o e nomeando-o empaticamente e no momento oportuno, para adquirir significados e favorecer a integração. Caso isso não ocorra, o corpo fica falando por si só, perdido num mundo de sensações. Há a necessidade de o terapeuta funcionar como ego auxiliar, em uma função holding, de apoio e sustentação para esses pacientes, auxiliando-os a passar de uma

linguagem pré-verbal para uma linguagem verbal, como ressalta Zimerman (1999 apud Brum, 2004).

Reich (2009), quando descreveu o caráter impulsivo, considerava que estes indivíduos não procuravam tratamento psicanalítico por desconfiança e necessidade de sentir-se superior. Hoje sabemos que se trata de estruturas em desespero, desesperança, vivenciando polifonias de realidades. Pacientes que se encontram em uma situação limífrofe ou fronteiriça, entre o tudo e o nada, a vida e a morte, o real e o irreal. Vivem em total dependência, negando a mesma e tentando exaustivamente, ser independentes. Possuem marcas inacessíveis ao trabalho psíquico. Marcas que datam da fase pré-verbal, anterior à fase pré-intelectual[3] do desenvolvimento da linguagem.

Estes pacientes agem como contra os desejos, para os quais a linguagem simbólica é suficiente. A pressão da pulsão é puro acontecimento onde não há palavras (Ocampo, 1988). Não conseguem nomear o que sentem, não reconhecem seus estados emocionais ou sensoriais. Não se implicam, não transformam (criatividade) e não evoluem. Parecem estar regredidos ao estágio sensório-motor, inundados de sensações, buscando um único prazer possível e fugidio, ou apenas tentando fugir do desprazer. Há uma grande mistura entre o mundo interno e as demandas do mundo externo, que não são reconhecidas e delimitadas. Os efeitos ofertados pela substância de escolha, levam o indivíduo para o espaço da alucinação-química. Inicia-se assim a interrupção da possibilidade de criação imaginativa real no caminho da construção de uma dependência relativa, como etapa para a independência no processo de desenvolvimento e amadurecimento, descrito por Winnicott (1963), que parte da dependência absoluta rumo à independência, entremeado pela dependência relativa.

A intoxicação química tem como corolário a atrofia progressiva e sistemática da elaboração psíquica das excitações em uma espécie de ataque ao trabalho do pensamento. O agir impulsivo é o resultado de uma incapacidade de parar para pensar. E como conduta repetitiva, retroalimenta o déficit simbólico, caracterizando um "colapso do sonhar"

[3] Por volta dos dois anos de idade o percurso do pensamento encontra-se com o da linguagem e inicia uma forma de funcionamento psicológico: a fala torna-se intelectual, com função simbólica, generalizante e o pensamento torna-se verbal, mediado por significados dados pela linguagem (Vigotsky,in: Fernandes, 2008).

(Gurfinkel, 2011). Daí as frequentes atuações em setting, que devem ser explicitadas. O acting out deve ser entendido como: "outra língua", a da ação. É a transferência em ato. A tensão que recai sobre o analista é considerável. "Em uma sessão vitalmente importante, permaneci absolutamente imóvel, apenas respirando. Achei muito difícil permanecer assim, mas sabia que deveria fazê-lo" (Winnicott, 1993, p.475). Formações reativas no comportamento do analista são prejudiciais, e podem ser tranquilizações ou negações, como elementos inconscientes reprimidos, limitando o trabalho.

Sem dúvida, estamos diante de estruturas extremamente frágeis e desaparelhadas para lidar com as frustrações da vida. Temos que pensar em termos de grau, multiplicando nossas angústias e desesperos por Pi (tt) ao quadrado, ou ao exponencial. Diante destes casos o analista torna-se uma prótese egóica, temporária. É desejável a criação e organização de um ego observador, que se identifica com o analista e promove a volta da regressão. Depois, como um novo objeto, pode funcionar também como base de uma diferente formação de superego. Primeiro é introjetado constituindo um novo ideal do ego. Aí a droga do analista converte-se em analista-droga (Waks,1998).

No caso do paciente regredido a palavra desejo é errada (Winnicott, 1993 p. 472), no seu lugar deve-se usar a palavra necessidade. Houve uma interferência na capacidade do indivíduo de desejar. Neonecessidade nos parece um termo mais adequado, pois trata-se aqui da transformação do objeto do desejo em objeto de necessidade. É um termo criado por Denise Braunschweig e Michael Fain (1975) e amplamente utilizado por Macdougall (in: Gurfinkel, 2011): "O objeto almejado pelo adicto não é um objeto de necessidade. É uma perversão do funcionamento pulsional com uma biologização da pulsão".

Para Green a compulsão de repetição é um estado ou dinâmica resultante de uma situação traumática anterior, que triunfa quando o Eu é incapaz de tolerar uma decepção da realidade (do objeto externo) e uma tentativa de expulsão da dor. "Este estado, a compulsão, não geraria nem uma regressão, nem uma fixação, nem uma defesa, e sim uma subversão da lógica do psiquismo que podemos reconhecer na lógica paradoxal e autodestrutiva predominante no funcionamento limítrofe. Tornando-se uma impotência passivizante que aproxima e antecipa o desamparo" (Green in: Bento, 2008).

O que não é expulso do ego e vinculado sob a forma de sadismo ou agressividade constituirá um resíduo mortífero a serviço das tendências autodestrutivas do indivíduo.

Libido sádica dirigida ao objeto – o analista – "todo o segredo do trabalho da análise consiste em deixar se destruir sem resistir, na medida do possível" (Bento, 2008).

Se as patologias narcísicas negam o corpo, por ser o lugar da realidade dos sentimentos e sensações, é precisamente lá, no corpo, que teremos que buscar a possibilidade de refazimento das pontes com a realidade (Cardenuto et al, 2016).

Será que podemos considerar os poliusuários de drogas como indivíduos portadores de um falso self? Ou estamos falando de uma cisão buscando um estado alucinatório constante, diante de uma insuportável angústia vivida como clivagem[4]?

Para Winnicott há um falso self saudável e um falso self patológico. O primeiro funciona conectado ao self verdadeiro, que é um núcleo central isolado e incomunicável. No segundo, há uma fuga da perseguição externa (paranoia) para o mundo íntimo. Ao longo de um bom desenvolvimento, o indivíduo pode ir fechando as cisões que existem na personalidade, mas não completamente. A falta de inteireza é chamada de dissociação (já explanada, anteriormente p.6). Há zonas de dissociação entre os dois selves. O que determina a versão patológica do falso self (FSP) é a cisão, que se constitui como uma proteção para as agonias impensáveis. Este é desenvolvido em uma base de submissão e não pode atingir a independência da maturidade, exceto uma pseudomaturidade (Winnicott in: Naffah Neto, 2010). Muitas vezes, esse falso self cindido se forma por meio de uma hipertrofia intelectual com o intuito de controlar as variações ambientais intrusivas. Winnicott atribuía ao FSP os Estados Borderlines e os Estados Esquizóides, indistintamente. Podemos tentar aqui alguma distinção entre eles, apesar de serem usados, na literatura psicanalítica de procedência europeia[5] na maior parte do tempo como sinônimos. No primeiro caso, há uma ansiedade psicótica central, ameaçando eclodir e sendo contida por sintomas, como p.ex. a drogadição. Os drogaditos sentem-se marginalizados do sonho, vivendo totalmente voltados ao mundo exterior. Sem qualquer contato com o mundo subjetivo, que parece precário ou inexistente. Sem eixo próprio e com um desenvolvimento afetivo atrofiado. São submissos ao ambiente sem qualquer

[4]As duas atitudes psíquicas coexistem ao mesmo tempo, uma levando em conta o aspecto da realidade em questão, enquanto que a outra o nega e coloca em seu lugar desejo relacionado com o aspecto da realidade em pauta. *www.medicinapsicossomatica.com.br/glossario/clivagem.htm.*

[5] Na versão americana, o termo adotado seria patologias narcísicas ou do narcisismo, tema este bastante estudado e explorado por Alexander Lowen em seu livro Narcisismo.

consciência de seus distúrbios emocionais e alterações sensoriais. E se enquadram perfeitamente na designação de paciente-limite.

"Estas pessoas parecem sempre estar solicitando algo, sob a forma de um pedido modesto ou de uma exigência agressiva"...Não é possível fazer uma distinção nítida entre a inclinação e o hábito e a compulsão patológica. Podemos, em geral, estabelecer um critério, que é a maneira pela qual o indivíduo tolera a abstinência temporária do estímulo. A reação de uma pessoa à frustração de uma fonte de prazer à qual se ache morbidamente fixada apresentará um cunho patológico" (Abraham,1916 in: Winnicott Seminários Cearenses,2012).

Nos casos de falso self, o tratamento envolve uma regressão em busca do self verdadeiro. Nos casos de um falso self patológico ou cindido teremos que ajudar a construir a coesão, como ponto de partida. Somente depois que o envelope rasgado[6], ganhe tônicidade, poderemos avançar. O ego observador, corporal e tonificado, pode então, se identificar com o analista. Ego que observa, percebe e assimila um corpo vivo e pulsante.

"O corpo é o inconsciente visível" Wilhelm Reich.

2.3. ANÁLISE BIOENERGÉTICA APLICADA A PACIENTES DEPENDENTES QUÍMICOS

Reich (2010) descrevia o ego como rasgado em pacientes impulsivos ou borderlines. São casos sem uma couraça de proteção, ou sem um envelope tônico constituído, ou ainda com o envelope rasgado; com insuficiências nos limites do Eu.

Como trazer as experiências de aceitação e interpretação para um nível corporal? Nos parece necessária a disposição de enfrentar o novo, com ferramentas corporais apropriadas a este tipo de paciente. Não significa abandonar as intervenções verbais e analíticas, mas permitir e ensinar o corpo do paciente dependente químico a entrar no espaço terapêutico com todas as suas intensidades e limitações. O empobrecimento da

[6] O termo *envelope rasgado* tem sido utilizado em aula no Curso de extensão: A clínica das compulsões e dos consumos abusivos desde 2016, pelo IABSP.

sua vida emocional interior é visto no colapso do seu mundo ao redor. Lowen (1980) descreve este estado de precariedade como: ... "andarilhos sobre a terra, seres desarranjados que não encontram paz em lugar algum", e se encaixa perfeitamente ao perfil dos drogaditos. A couraça ou a falta dela, em termos de integridade e efetividade (envelope rasgado), é composta de tensões musculares crônicas; em alternância com hipotonia em partes corporais específicas; e atitudes corporais idênticas à atitude psíquica. Quando ego e corpo distanciam-se a ponto de não haver contato o resultado é uma cisão psicótica. Ou compulsões, chamadas aqui de estados de pseudopsicose. "A irrealidade não é apenas neurótica, ela toca as raias da psicose" (p.10).

O conceito de estocar negatividade, proposto por Shapiro (1998) nos parece bastante apropriado para compreender a dinâmica energética destes pacientes. A negatividade floresce nas constrições e bloqueios que limitam também a agressão natural, a sexualidade, a auto-expressão e a obtenção de prazer. A compulsão sexual fala de uma ausência de expressão natural deteriorada pela estrutura de caráter. Estes pacientes não possuem verdadeiramente uma sexualidade formada, seus impulsos instintivos não são carregados de sentido erótico. Trata-se de uma falsa sexualidade, ou pseudosexualidade, que não funciona orientada pela busca de prazer, mas atende sempre a necessidades mais arcaicas, quando emergem angústias de desintegração corporal. Busca-se no sexo compulsivo uma tentativa de manter a coesão psicossomática.

A cada recaída e consumo de drogas, há uma fuga com severo desperdício e perda de energia, gerando um esvaziamento enlouquecedor, e um retorno a um corpo desabitado. Queda em um vazio existencial. O lado escuro ou o diabo é uma fonte enorme e inesgotável de energia bloqueada e de potencialidade. Cabe ao terapeuta aceitar a expressão e atuação deste diabo, assim a negatividade não precisará ser escondida e negada, sendo integrada ao ego fragilizado, fortalencendo-o. Muitos pacientes se referem assim ao sentimento de aprisionamento no uso abusivo de drogas, habitando o olho de um diabo gigantesco[7], seu senhorio. Este diabo revelado e aceito, pode ser e integrado, e ser de enorme utilidade para dar força e confiança em abrir sentimentos primários, vulneráveis e profundos. "Somente quando os clientes se sentem aceitos, em sua

[7] Desenho de paciente em anexo, usuário de crack e atendido pela autora no período de 1999 a 2009, "prisioneiro no olho do diabo".

totalidade, com toda a sua demanda, poderá se formar uma aliança terapêutica" (Shapiro,1998).

Diante da instigante tarefa de aprender a se comunicar sem palavras, e traduzir a ação ou os actings-out ocorridos em sessão; o trabalho corporal é de fundamental ajuda para encontrar uma via de acesso que decodifique o que estes pacientes ainda não conseguem dizer, pois como vimos, não usam a palavra, ainda não simbolizam (Brum, 2004). Contudo faz-se necessário algumas reflexões sobre o espaço e percepção do corpo destes pacientes. São indivíduos hiper-excitáveis e muito sensíveis em termos de processamento sensorial, então o trabalho corporal deve ser pensado em termos de contorno e contenção, com a ajuda da percepção e evitando o toque. O toque pode trazer aspectos regressivos, não desejáveis porque já se encontram em estado regressivo, e também podem ser mal interpretados e recebidos em termo de confusão de estímulos ou ainda, de excesso de estímulos. O mesmo podemos falar a respeito de trabalhos de mobilização, nas palavras de Tonela: "Somente quando um envelope tônico é bastante construído, é que trabalhos de mobilização intensa pelo movimento motor e de mobilização emocional podem ser propostos sem risco para o paciente de submersão emocional. Quando há falta de uma capacidade suficiente de contenção, não é indicado, pois pode haver risco de desorganização".

A análise deve buscar o descongelamento, como uma marca psíquica no corporal. O congelamento da situação de fracasso ambiental impõe pontos de fixação no desenvolvimento emocional do indivíduo, onde estão presentes os traumas.

Iniciaremos o trabalho com foco na construção de um grounding, realizada através eixo da coluna vertebral, como estrutura e com a conscientização das suas tensões; e através do fortalecimento de pernas e pés como sustentação egóica. Para tanto, traçamos um paralelo com a simbologia do corpo (Yves-Leloup, 2015), descrita em um estudo[8] resumido a seguir.

[8] Devemos o crédito deste estudo ao contato inicial com a paciente atendida, descrita no caso clínico. Diante de sua recusa em fazer trabalhos corporais, mesmo tendo buscado ajuda em uma clínica de abordagem corporal (!), por ter problemas na coluna, forçou a autora a buscar o significado desta recusa, expressa em termos de limitação corporal. Fazendo uma leitura desta dificuldade, sem interpretações, mas com propostas possíveis, contornando assim o problema. Resistência, compreendida como uma proteção à dor, tantos em termos físicos, como veremos na anamnese, quanto psíquicos.

"O grounding em pé é a finalização da construção de um envelope tônico incluindo a tonificação das pernas e dos pés, a sensação de segurança física que ela traz, e por embasamentos sucessivos, o sentimento de confiança de poder se aventurar progressivamente só no mundo, com uma percepção psicológica de sua relação com o mundo mais confiante e menos dependente" (Tonella)

2.4. SIMBOLOGIA DO CORPO EM LIVRE ASSOCIAÇÃO COM A OBSERVAÇÃO DO CORPO DA PACIENTE

O nosso corpo é como um sonho, cheio de símbolos...

Em grego, a etimologia da palavra esqueleto é a mesma da palavra escada. Quando se tem uma boa coluna vertebral, pode-se escutar o seu desejo mais íntimo sem medo de desagradar os outros. A presença ou ausência do pai estão ligadas à presença ou ausência de uma boa coluna vertebral. Problemas na coluna são indicadores de falta de estrutura. O papel do pai é dar sentido à lei. Permitir que o filho seja capaz. A lei de um mau pai produz uma coluna vertebral frágil. A coluna vertebral é a árvore da vida. É o seu eixo no mundo. A palavra vértebra quer dizer elo. Temos sete vertebras cervicais, doze vertebras dorsais e cinco vértebras lombares. A medula espinhal (seiva e o sentido e energia da vida que sobe e desce, que nos eleva e nos enraiza) é uma espécie de cabo telegráfico que recebe os estímulos do corpo e os envia ao cérebro, ao mesmo tempo que devolve as respostas motoras e sensitivas. As dores são os indicadores de rigidez, o contrário de elasticidade. Cerviz dura corresponde a alguém que perdeu a flexibilidade de olhar dos lados, para trás e para a frente, para cima e para baixo. Associada a um superego extremamente rígido. Período de consciência familiar entre o ventre e a coluna vertebral. A coluna vertebral é uma escada a subir. Nosso corpo como uma escada. As partes mais altas se apoiam nas mais baixas. Sem uma base sólida não há como se sustentar. É da saúde de nossos pés e de seu enraizamento, é da força e da elasticidade da nossa coluna vertebral que pode nascer o gesto vivo. O significado de saúde, neste contexto, é subir e descer a escada. Se a seiva está viva em nós ela desce até as raizes e sobe até as folhas. Pés plantados na terra, são nossas raízes e favorecem o sentimento de fazer parte. Na mitologia grega os pés são vulneráveis, ex.: calcanhar de Áquiles e tornozelos inchados

de Édipo. Hermes, mensageiro de Zeus, tinha os pés alados. Na tradição hebraica os pés são a porta de entrada da alegria. Na África o pé é o ponto de apoio no mundo, símbolo de poder. É o começo do corpo. Ser inteligente para os chineses, é estar em contato com a realidade, com os pés. A palavra pés vem do grego podos e relacionada a paidos, quer dizer criança. Estar sobre os dois pés é manter o equilíbrio entre o masculino e o feminino, entre o racional e o intuitivo. Ver com os pés significa se deixar guiar pela intuição. O tornozelo é a primeira articulação e como todas as demais, joelhos, coxo-femurais, punhos, cotovelos, etc, depende da livre circulação de energia entre as diferentes partes do corpo. Simboliza nossa articulação com o outro. O trabalho com os joelhos representa o período de consciência oral. Joelhos rígidos levam a problemas na coluna vertebral e nos rins. Do ponto de vista psíquico, é comum a expressão:" fiquei com os joelhos bambos" diante de uma notícia inusitada. Quem já foi colocado no colo tem familiaridade com os joelhos...e recebe a força de viver, a energia, a benção. Ser filho ou filha é estar no colo, sobre os joelhos...

2.5. NOSOGRAFIA PSIQUIÁTRICA

O diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline está presente tanto na classificação psiquiátrica da Associação Psiquiátrica Americana (DSM IV), quanto na Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Esta última divide o transtorno de personalidade emocionalmente instável (Código: F60.3) em dois subtipos: o tipo impulsivo e o tipo borderline. F60.30. **Tipo Impulsivo**: A. Tendência em agir impulsivamente e sem consideração com as conseqüências; B. Tendência a ter um comportamento briguento e entrar em conflito com os outros, especialmente quando os atos violentos são contrariados ou criticados; C. Tendência a explosões de ira e violência, com incapacidade de controlar os resultados subseqüentes; D. Dificuldade em manter qualquer ação que não ofereça recompensa imediata; E. Humor instável e caprichoso. **Tipo Borderline** 1. O critério geral de transtorno de personalidade deve ser alcançado. 2. Pelo menos três dos sintomas mencionados no critério 2. do Tipo Impulsivo (F60.30) devem estar presentes. Em adição, pelo menos dois dos sintomas abaixo devem estar presentes: A. Perturbações e incertezas sobre a auto-imagem, metas, preferências internas (incluindo sexualidade); B. Tendência a se envolver em relações intensas e instáveis,

sempre levando a crises emocionais; C. Esforços excessivos para se evitar abandono; D. Atos ou ameaças recorrentes de autolesão ou suicídio; E. Sentimentos crônicos de vazio[9].

O diagnóstico Borderline ou Transtorno de Personalidade Borderline, surgiu no DSM somente em 1980, enquanto outros transtornos de personalidade, como o esquizoide, o paranoide, o antisocial e o compulsivo (obsessivo) aparecem desde 1952. A partir de 1996 no DSM IV o termo utilizado é Perturbação estado-Limite da Personalidade: "Padrão global de instabilidade no relacionamento interpessoal, auto-imagem e afetos, e impulsividade marcada". De acordo com DSM IV F60.31(301.83) in: Hegenberg, 2000:

1.esforços frenéticos para evitar o abandono real ou imaginado;

2.padrão de relações interpessoais intensas e instáveis, alternância extrema entre idealização e desvalorização;

3.perturbação de identidade;

4.impulsividade;

5. ameaças recorrentes de suicídio e comportamentos automutilantes;

6.instabilidade afetiva com episódios de disforia, irritabilidade ou ansiedade;

7. sentimento crônico de vazio;

8.raiva intensa e inapropriada, com dificuldade de controle;

9.ideação paranoide transitória reativa ao stress ou sintomas dissociativos graves.[10]

[9] Ferreira in: *artigos.netsaber.com.br/.../artigo_sobre_transtorno-de-personalidade-borderline-e-sua..*

[10] Elucidaremos cada um destes 9 itens, em algumas passagens da descrição do caso.

3. METODOLOGIA

3.1. Construção do envelope tônico continente

Seguindo os pressupostos de Lowen sobre o processo terapêutico de progressão, aliado às perspectivas psicodinâmicas e neurocognitivas de pacientes dependentes químicos, descritas anteriormente, foi estabelecida uma sequência de trabalhos corporais repetida a cada sessão.

"A criança se beneficia em escutar a mesma história diversas vezes pelo prazer da aprendizagem e pelo reconhecimento da linguagem escrita. Também por necessidade de segurança emocional, para antecipar emoções e criar uma linguagem interna" (Souza e Bernardino, 2011; Santos Luiz, 2016).

Optamos pela repetição, fazendo uma transposição para a aprendizagem a respeito do próprio corpo, o reconhecimento das tensões e emoções que o habitam e a rotina e monotonia necessárias para que um estado emocional de estabilidade se consolide. Tudo isso pode ajudar o adicto a construir um saber sobre si e sobre a manifestação das suas emoções e dos seus sentimentos, e sobre a percepção do fluxo energético em seu corpo. Todos estes aspectos são indicadores e formadores de sua linguagem corporal.

Devemos lembrar que estes pacientes sofrem, constantemente, por um excesso de estímulos não decodificados, sem um envelope tônico de contenção nem vias de descarga efetivas, tornando-se verdadeiros curto-circuitos ambulantes. Tanto em termos de impulsos nervosos ou neuroelétricos quanto em termos de estase energética e sobrecarga de excitação emocional.

3.2.Construção do grounding

Começa no grounding na relação, anterior e preparatório do grounding postural. O grounding interno ocorre na forma de se comunicar, como qualidade da relação terapêutica. Implica em confiança, suporte, cuidado, reconhecimento e vínculo. Holding como etapa na constituição de um grounding e o grounding de olhar (Weigand, 2005). Nossa proposta passa também por exercícios de respiração e conscientização de tônus

muscular para a construção do grounding em pé, com a conscientização de limites em consonância com o desenvolvimento de um envelope tônico.

As etapas para construção do grounding em pacientes usuários de drogas, foram baseadas em pesquisa de Jonhson Character Styles, 2001 (in: Perisson) e nos exercícios de fronteira de Martha Starks (in: Rablen, 2001).

3.3. Construção do eixo-coluna

1.Inicio: Postura ereta.

Objetivo: Trazer o paciente para a sua condição adulta no mundo.

2.Trabalho com pés e pernas como base de sustentação. Fortalecimento e vitalização da musculatura dos membros inferiores.

Objetivo: Desenvolver o senso de estabilidade com pés plantados firmemente no chão. Enraizamento.

3.Parede como apoio para a coluna e desenvolvimento de tônus muscular para pernas e pés como apoios.

Objetivo: Sustentação e apoio

4.Localização e redução de tensões na coluna vertebral para conscientização deste eixo corporal.

Objetivo: Interiorização e senso de si mesmo. “Não são as ideias que turbilhonam em nossa cabeça que devemos escutar, mas sim o silêncio de nossa coluna vertebral ereta” (Yves-Leloup).

5. Alongamento dos pés sentadas ao final.

Objetivo: resumo da sessão, com o relato da ordem sequencial com começo, meio e fim. Esta última etapa é muito importante para a assimilação de tudo que ocorreu, tanto em termos corporais, quanto comunicacionais e inter-relacionais.

A reparação terapêutica é o objetivo final, pois nestes casos estamos sempre lidando com, possivelmente, a última oportunidade, em termos de investimento emocional e financeiro. Há um intenso desgaste e cansaço do próprio paciente e de seus familiares. A ameaça de desistência ronda o processo o todo tempo.

O maior desafio ao analista é sobreviver aos constantes testes, ataques e rupturas durante o processo de tratamento através do autodesenvolvimento e atualização constantes, e pelo interesse genuíno pelo mundo interno do analisando, propiciando um descongelamento dos sentimentos, decorrente das falhas ambientais iniciais que levam a crenças pessimistas e derrotistas (Perisson).

" O fenômemo transferencial tem uma realidade imediata, e isso obriga o analista a enfrentá-lo, não com sua bagagem convencional interpretativa, e sim com atitudes. O desenvolvimento emocional primitivo é inacessível à interpretação. Não é uma questão de compreendê-lo, e sim, de refazê-lo" (Etchegoyen apud Winnicott, p.133)

4.OBJETIVO GERAL:

Elucidar conceitualmente e abordar o manejo clínico a partir das técnicas da Análise Bioenergética, de pacientes considerados "não-tratáveis", dependentes químicos. Construção do grounding como primeira etapa e possibilidade de aprofundamento psíquico posterior para estes pacientes.

4.1.Objetivos Específicos:

Levando em consideração a concretude e o achatamento da subjetividade psíquica nestes pacientes, a psicoterapia torna-se também um espaço de intervenção didática e formativa como etapa primeira na posterior construção do simbólico, do imaginário e dos estados criativos propiciados no encontro real. Por isso adotaremos também alguns objetivos específicos (Jonhson Character Styles, 2001 in: Perisson):

4.1.1Objetivos comportamentais e sociais:

A ajudar o cliente a discriminar e, posteriormente, descobrir formas de expressar e canalizar os impulsos agressivos e os atos impulsivos.

B. estimular e ensinar a formação de habilidades sociais. Isto ocorre paralelamente ao trabalho psicoterapêutico de fortalecimento egóico, para que o indivíduo tenha condição de tolerar a frustração e adiar as gratificações.

4.1.2.Objetivos cognitivos:

A. mudar padrões de crenças

B. fortalecer a identificação de self através do contato com o corpo

4.1.3.Habilidades cognitivo-egóicas

A.desenvolver estratégias para lidar com a ansiedade promovendo e ensinando o auto-alívio e auto-cuidado.

"Meu espírito vociferante poderia ser apaziguado pelo movimento" Neil Peart

5. CASO CLÍNICO

Fabíola Nogueira Taveiras (F.) - Paciente Clínica SAPs do IABSP – início julho/2017

R$150 mensais

5.1. TIPOLOGIA CORPORAL EM ANÁLISE BIOENERGÉTICA

A defesa de F. se estruturou como um caráter masopata, na terminologia dos caracteres mistos. A parte superior de seu corpo é de maior tamanho, com tronco e peito proeminentes, alta carga e concentração energética. Membros inferiores desenergizados, pernas fracas e pés desenraizados. É bastante sedutora, com aspectos de liderança negativa. É fazedora, consegue se manter em um emprego que exige dela compromisso, força física e trabalho intelectual. Apresenta mecanismos de defesa bizarros e primitivos, transferência delirante e estados de dependência simbólica, emocional e química. Nível oral da libido como característica de intolerância à frustração, com projeções de abandono, traição e rejeição. Seguindo a tipologia de Tonela, um caso Borderline. Para Lowen (1985) uma patologia narcísica, com dissociações da realidade e ideações paranoides específicas do narcisismo.

5.2.ANAMNESE

F. se apresenta como usuária de crack, com histórico de 2 internações. A última recaída foi há 1ano e ½ e a queixa atual é o medo de recair novamente. Tem 48 anos de idade, é divorciada e tem uma filha de 26 anos que mora com ela, mais a sua mãe e o padrasto (desde os 4 anos de idade) e uma irmã gêmea (usuária de droga também).

Trabalha na feira de livros itinerante de São Paulo e namora S. há 6 meses. Mulher de 52 anos de idade que nunca trabalhou e vive com a mãe com a renda de propriedades alugadas. Só sai de casa com F. e queixa-se constantemente de dores e depressão.

Principal temor: recair, pois sente fissura e tem sonhado muito com droga. Há um temor secundário de que os pais e seu irmão, casado, estejam conspirando para deixá-la louca. Já disseram que ela é esquizofrênica. Na sua última internação fizeram um empréstimo de R$50 000.00 em seu nome, sem que ela soubesse. Por isso está com o nome sujo até os dias atuais. Chora dizendo: "eu não sou louca" (sic) e pede que eu acredite nela e lhe dê um sentido de existência sã.

Tratamento medicamentoso com Topiramato, Bupropiona e Clorazepam.

5.3.DESCRIÇÃO

Depois de assinar o Termo de Compromisso (em anexo), comecei a explicar o que é a Análise Bioenergética. Alegou ter pinos na coluna cervical, após sofrer um acidente, e por este fato, não poderia fazer trabalhos corporais. Diante desta resistência e pensando na simbologia do corpo, resolvi investigar o relato referente à figura paterna na anamnese.

Histórico da relação dos pais. O pai, era de mesma idade, de sua mãe que engravidou dela aos 16 anos. Era usuário de maconha e os dois foram morar juntos com seus avós maternos. O avô, militar, não aceitava o genro. As brigas eram frequentes e com ameaças de morte. Sua avó a protegia. A avó contou que seu pai a queimava com cigarro, sua mãe desmente. Não sabe em quem acreditar. Seu pai saiu de casa quando ela tinha 4 anos de idade é só voltou a vê-lo no caixão 10 anos depois. Ele morreu entre 50 e 60 anos de idade, não sabe ao certo, em um banco da praça, era hippie. Acha que, se a família tivesse ido atrás, teriam salvado ele da droga e deste fim trágico. Se ressente de não saber ao certo tudo o que ocorreu, porque ninguém aceita conversar sobre esse assunto. E supõe que escondem dela a verdade dos fatos. A morte do pai é o reforço do abandono da mãe, e marca o seu temor de que ninguém lute por ela (item 1 do DSM).

Em uma sessão especialmente intensa emocionalmente, F. chega dizendo que está muito mal. Apresenta crise de ciúmes da namorada com uma percepção paranoica sobre estar sendo traída. S. tem os cabelos brancos e curtos, com aparência masculinizada, segundo relato de F. Ela tem medo de estar sendo enganada, pois nem uma nem outra é o tipo que preferem. As duas tem predileção pelo perfil de mulheres executivas de cabelos longos com saia e salto alto. F. tem os cabelos bem curtos, quase raspados e muitas tatuagens pelo corpo. Usa alargador de orelha e se veste com calças ou shorts largos e

tênis. Se culpa por ser tão possessiva. Explico a diferença entre estar aterrada e voando. E por isso, seria importante trabalhar com seus pés e pernas, para baixar o excesso de energia que fica na sua cabeça e produz pensamentos ruins. Ela fala que tem medo de ficar louca como os mendigos[11] que falam sozinhos na rua e, aceita se levantar e começar a massagear os pés. Ofereci vários materiais para sua escolha para criarmos um vocabulário corporal. Pergunto qual prefere para ir formando seu repertório de trabalhos corporais, para ir percebendo e assimilando suas tensões e necessidades de relaxamento. F. prefere materiais mais duros, como o bambu, rolinhos de madeira e, progressivamente, bolas de tênis e macarrão. Diante da sequência de trabalhos corporais, sensações de vulnerabilidade ou de fraqueza, foram sendo pesquisadas para desenvolver a consciência sobre os limites do seu corpo, objetivando criar uma estrutura de contenção (o envelope tônico). Autopercepção e (re)conhecimento de suas capacidades ou deficiências, como um caminho de revelação de que há um corpo ali.

Começamos todas as sessões massageando os pés com bambu e bolinhas de tênis, enquanto F. traz a demanda. F. relata um grande medo de se envolver com sua ex-amante, novamente. Mulher casada de 58 anos de idade que conheceu comprando seus livros, aqui denominada M. Não estava usando drogas quando a conheceu e recaiu assim que M. terminou a relação, de forma abrupta. Envia uma foto sua pelo celular para M. no meio da sessão, e sorri com ar traquino. Afirma que foi por não aguentar a separação que recaiu, porque M. se tornou tudo para ela. M. retornou agora dizendo que sumiu porque fez uma cirurgia para tratar um câncer no seio e está em fase terminal no hospital. F. conta tudo para a namorada e afirma querer encontrar M., mas tem medo de se envolver e se decepcionar de novo. Coloco que houve um deslocamento da droga para esta relação. Concorda. Percebo que esta paciente tem recursos intelectuais para acompanhar algumas interpretações, e expandir a concretude de pensamentos. Afirma gostar muito de ler e de artes em geral. Há um recurso aqui a ser explorado e desenvolvido, enquanto possibilidade de acesso ao mundo subjetivo e simbólico. Este acesso é perdido quando F. se sente invadida por emoções incontroláveis. Fica inundada. Mas ainda não possui uma continência corporal capaz de manter e descarregar o excesso de excitação. Vaza.

Esperando exemplificar um pouco do processo em uma compilação de fragmentos importantes das sessões, segue a descrição abaixo.

[11] Referência inconsciente de seu próprio pai

F. invariavelmente chega atrasada[12], bastante agitada, nervosa e angustiada. Brigas e discussões com a namorada por ciúmes são constantes. Incluindo o término e o reatar do namoro em uma mesma semana. Desvaloriza S. como sendo uma pessoa que não sabe conversar, deprimida e sem iniciativa. Acha o tempo todo que está sendo enganada e confessa não confiar em ninguém. Tem ataques de raiva, se descontrola e xinga e depois sente-se culpada. Descreve a raiva como subindo do peito para a cabeça. Fizemos massagem com um pedaço de bambu nos pés com o intuito de "descer a raiva que sente". Quer arrancar sua cabeça porque sente raiva dela mesma por ser assim e pensar estas coisas (itens 2 e 8 do DSM).

Início da massagem em um único pé, para depois sentir a diferença entre os dois. Enquanto massageava seu pé esquerdo, me conta que continuou falando com M. e ficou compulsiva para encontrá-la. E agiria sem pensar, se M. aceitasse, mas recebeu um não. Perguntei qual o pé que ela escolheria para ser o impulsivo. E ela diz que o direito, pois o outro está mais leve. Percebe então, os benefícios de conectar-se com seu corpo, e movimentá-lo. Para organização da coluna, centramento e conscientização corporal, peço para ela ficar com as costas apoiadas na parede em posição de grounding. Olhando para mim de frente, explico a projeção da traição para S. Aconteceu em seus pensamentos, mas ela foi capaz de frear a ação (item 4 do DSM). Aproveito o conteúdo manifesto e checo aspectos transferenciais. Pergunto qual é a desconfiança que tem de mim e ela confessa pensar que quem me colocou na sua vida para vigiá-la foi M. (item 9 do DSM).

Costumo utilizar o grounding de parede para falar das relações transferenciais. O grounding de olhar[13]é fundamental para comunicações essenciais como: reafirmar que estou com ela porque eu quero e que não há ninguém por trás disso. Aparece a transferência delirante quando confessa ter "ouvido uma voz dizer para não vir hoje" (sic), várias vezes. E falou da briga entre o anjo e o demônio. Explico sobre as duas forças brigando dentro dela sobre vir e não vir à terapia, pois da última sessão reconheceu que estava sendo bom para ela. Pede ajuda sobre o que deve fazer para não entrar no estado que estava quando chegou. Combinamos que ela virá andando do metrô até a clínica

[12] A pontualidade é um aspecto imprescindível nos atendimentos a estes casos. Para Winnicott se o analista não está à espera do paciente, e o inverso ocorre, nenhum trabalho poderá mais ser feito. O paciente regressivo se atrasa porque não há esperança de que o analista o atenda na hora.

[13] *"... ser olhado por olhos sem olhar, é ficar reduzido a uma coisa, a um objeto. Não há encontro".*

(normalmente vem de táxi, mas reclama por estar sedentária) e tentará lembrar de se apoiar na parede e sentir os pés no chão toda vez que se sentir agitada (3.1.3.A). F. começa a identificar suas pernas frágeis e sente dor pouco tempo depois de ficar encostada na parede. Ela fala que o demônio é o seu padrasto. Mas sentiu vontade de abraçá-lo hoje porque percebeu que ele estava triste. Mas não fez isso porque teme ser enganada e manipulada, porque é muito ingênua (aspecto esquizoide). Lembra-se de uma cena de infância na qual o padrasto a pega no colo com um abraço forte. Não se lembra de outro momento de carinho quando era criança. Falamos do amor e ódio. É mais do que ambivalência, é cisão. Ela considera que o padrasto voltou a cumprimentá-la porque ela postou a foto de seu pai. Me apresentou a ele como "lindo feito Jesus" (sic). Dicotomia: padrasto, o diabo e o pai Jesus, quem pode salvar! Diz que precisa aprender a confiar, e pede que eu a ensine. Não quer ser possessiva e tentar controlar a namorada o tempo todo, como sente que o padrasto/diabo tenta fazer com ela. Onipotência infantil. Afirma que sua desconfiança começa na história dos pais que nunca foi contada a ela direito. Não saber ao certo sua história é como não se sentir pertencente (item 7 do DSM).

Diante da simbologia corporal na qual o pai é quem dá a estrutura da coluna vertebral e para trabalhar com esta parte do corpo optei em deitar no chão, com dois pedaços de bambu, um de cada lado da coluna para sentir os músculos paravertebrais[14]. Outra modalidade de percepção ativa associada ao trabalho respiratório, foi empurrar a cabeça no chão e sentir a resistência do material de apoio (macarrão), colocado na região occipital, e em seguida relaxar. F. prefere fazer este exercício com um pedaço de bambu, apesar deste material ser bem mais duro. Esta escolha diz muito sobre a sua percepção de sensibilidade física e de tonicidade muscular. As tensões musculares subocciptais[15] dissociativas são colocadas em ação neste trabalho. Colocar também o bambu embaixo da coluna lombar para localizar as tensões. F. afirma sentir o seu corpo duro e tenso e depois deste trabalho relata alívio. Chora e diz não querer ser assim e acha que tudo começou por não ter tido pai. Segundo Tonela: "As sensações de dor e sua expressão são importantes como avaliadores para o paciente das zonas hipertônicas, enquanto que a ausência de sensação é um avaliador das zonas hipotônicas ou desativadas. Trata-se de relaxar as tensões profundas e de encontrar um grau de tônus postural médio (eutônico): nem na hipertensão, nem na hipotensão".

[14] *https://www.youtube.com/watch?v=Czg25NlV49Q*
[15] *https://www.youtube.com/watch?v=sKxcD2XA8JA*

Seguimos assim alinhavando o espaço do simbólico que tem a morada na concretude do corpo com sua comunicação através das dores e sensações. O momento de deitar no chão, transformou-se em espaço de revelação de segredos. Em uma ocasião em particular, F. diz ter uma coisa importante e grave para me contar. Quando morava sozinha, estava usando crack e seu padrasto chegou bêbado e a agarrou. Lembra dele sem roupa, mas afirma que só ocorreram beijos, e que não houve relação sexual entre eles. Tem muita raiva dele porque ele afirma que nunca traiu a mãe dela e ela sabe que é mentira. F. se revolta, mas não pode falar nada. Tentou voltar nesse assunto, mas ele nega. Sentadas alongamos os pés. Ela diz sentir-se mais calma e acha que seu corpo está muito enrijecido e gostaria de colocá-lo em movimento, mas anda preguiçosa. Noção corporal e comportamental.

F. apresenta um estado psíquico de determinação ao não usar droga. Alguma estrutura de ego presente para dialogar com o Id? Superego mais funcional? Pensa em usar e espanta os maus pensamentos rezando o pai nosso. Ri muito ao contar que quando grita e xinga a namorada, esta pede para ela se acalmar e fazer "os exercícios da psicóloga"(sic).

No decorrer das sessões, F. começa a ter alguma percepção corporal. No momento do trabalho de massagem com bambus, afirma não sentir os pés, porque estão muito leves e a cabeça pesando. Já é um progresso, pois no início falava sem parar e quando eu perguntava como estavam seus pés após a massagem, me perguntava: quais pés? Nem percebi (sic). F. começa a aliar a percepção corporal ao seu estado emocional. Sente dor e eu peço que fique na dor e a expresse em sons ou frases. Diz 3 frases que quer escrever em um bilhete para S. Constrói a sequência do que ocorreu antes de se desorganizar: "tudo começou quando vi você digitando mensagem às 6 hs da manhã e eu não disse nada. Fui para o banheiro e comecei a fuçar no Facebook. Depois piorou quando você falou que estava vendo a previsão do tempo e eu achei que era mentira. Não consigo acreditar em você!" (item 3.1.1 A.). Levou o bilhete com ela e trará por escrito as respostas de S.

Em uma das sessões, como ela chegou bastante atrasada, pulei o trabalho de tônus da coluna vertebral com o bambu nas costas e ela pediu para voltar. F. percebeu e reinvindicou o exercício! Diz que é a melhor parte porque sente muita dor na lombar, ao carregar o peso dos livros em seu trabalho. Está a cada sessão mais consciente das tensões e dores em seu corpo. Deitada ainda no chão, se acalma e ficamos em silêncio pela primeira vez. Peço para localizar em seu corpo onde está a sua segurança (3.1.2.B). Não

sabe. Quando sentadas, geralmente ela já está mais calma e consegue enxergar as coisas boas em ter passado 4 dias junto com S. e só brigar no dia da separação. Saliento os aspectos de ansiedade de separação com o terror de ficar com o vazio de estar só (item 6 e 7 do DSM). Diz que estão com planos de morarem juntas e sente que a namorada a quer por perto.

Geralmente sai agradecida e confiante. Em uma sessão em particular, estava "tão nervosa que deu com dor de barriga" (sic). Ofereço a ela a possibilidade de sair para ir ao banheiro. Recusa e no final da sessão diz com um sorriso que conseguiu segurar! Aspectos de cuidados e observação de necessidades básicas são negligenciadas e a própria capacidade de conter impulsos biológicos é colocada em questão por F. Sentiu-se vitoriosa, neste caso, por ter conseguido conter.

Conta que pretendia ir a um motel com hidromassagem com S., mas ela teve um piti[16]. S. nunca havia ficado sem roupas na frente de outras mulheres com quem se relacionou, por vergonha. F. diz ter consciência de que ela leva vida às pessoas. Falamos da sua alta carga de energia que atrai as mulheres, mas que também a derruba quando o vetor se volta contra ela. Verbaliza que a terapia tem ajudado muito. Sente-se mais compreendida pela namorada. A relação melhorou, S. está se abrindo mais e as duas passaram a caminhar juntas pela cidade. Conseguiu bloquear M. e quer manter esta estabilidade emocional. Fizemos todo o trabalho de aterrissar e enraizar os pés e depois, grounding parede eixo-coluna. Ficamos bastante tempo deitadas no chão lado a lado experimentando materiais deferentes para apoio da coluna, lombar e cervical. Descreve então o episódio da morte do seu pai aos 14 anos de idade. Viu o pai no caixão e pegou seus anéis para ela. Depois a tia espírita dizia que tinha um homem de barba atrás dela e a fez entregar os anéis no centro. Seu pai era poeta e quer trazer um de seis livros para lermos juntas, mas ainda não o fez. Também contou que ela pinta telas. F. tem precisado descarregar menos com as palavras, numa espécie de verborragia, e já consegue ficar alguns instantes em silêncio. Silêncio compartilhado. Ela afirma que eu advinhei (anseio oral) que ela precisa trabalhar seu corpo porque está muito rígido. Houve um holding do

[16] Substantivo masculino. 1.Psiq. Designação dada por Joseph Babinski (1857-1932) aos distúrbios secundários da histeria, rigorosamente subordinados aos ditos primários. Cf. histeria. *www.dicionarioinformal.com.br/piti/*

ambiente que ofertou o que nem mesmo ela sabia, ser necessário. Sustentação psíquica e física.

Aspectos de manipulação e mentira também são comuns. Descrevo um em particular. F. escreveu várias mensagens antes do horário da sessão avisando que estava no médico no SUS, marcado há muito tempo, e queria um horário alternativo. Até enviou foto do local para demonstrar que iria demorar pela quantidade de pessoas presentes na sala de espera, e que não poderia perder a consulta. Não ofereci nenhuma alternativa e pedi que me avisasse em qual horário seria atendida. Somente me avisou quando estava no metrô. Chegou com S. e estava bastante agitada. Sequência: pés / pernas / coluna / chão. Perguntei como foi na consulta com a psiquiatra e ela falou que não continuaria a mentir para mim. Contou a verdade, que foi ao médico acompanhar a namorada, por desconfiança de que esta estivesse tendo um caso com alguém do hospital. Verificou que não, e se tranquilizou. Agradeço a confiança em mim em me contar a verdade. Reforço positivo, quando há quebra de crenças a respeito do ambiente não aguentar um comportamento inadequado e ser intrusivo ou hostil (3.1.2.A). Não fiz nenhum tipo de repreensão. A paciente pode ser compreendida e aceita em sua negatividade. Contou também estar com problemas no trabalho com os colegas que não gostam dela e, desconfia que eles roubam o troco da venda dos livros. Não sabe o que faz para não gostarem dela, mas ao mesmo tempo reconhece que é chata e agressiva. Já avisou o dono, mas ele afirmou que “isto faz parte da paranoia dela”. Foi contratada por ele depois que contou toda sua vida, inclusive o uso de crack, em um encontro informal em uma livraria. Ele "me acolheu" (sic) e me contratou com carteira assinada, mais a comissão consegue em um mês de salário R$2400,00. Não foi isto que informou na triagem! Mais uma mentira a ser revelada sem repreensão. Diferentemente do episódio descrito acima, neste caso F. esconde a verdade e ainda discute e manipula querendo jogar o problema para quem fez a triagem (foi a pessoa que escreveu errado!) Chora e diz sentir muito ódio de todo o mundo e por isso prefere ficar sozinha usando crack. Digo que neste caso seu ódio se volta para ela mesma, e se autodestrói consumindo uma droga que faz tanto mal. Silêncio, como resistência. Conta que percebeu que sua namorada mexe em seu celular enquanto ela dorme. Não pode confiar em ninguém, mas não sabe se é a cabeça dela. Não se considera normal. Me pergunta se é louca (item 3 do DSM). Afirmo que não, mas se quiser ter uma relação de confiança com alguém precisa aprender isto comigo e se comprometer. Fizemos as metas até o final deste ano. E se atingidas, faremos um reajuste

no valor pago para as sessões. Encerramos com os joelhos dobrados e cabeça apoiada, em posição de benção, a seu pedido, para que seus aspectos positivos sobressaiam aos negativos. Fica bastante tempo nesta posição e em silêncio.

Em outra ocasião, reclamou da psiquiatra e do atendimento que recebe do Cratod-Luz onde vai há 4 anos, desde a época que usava crack. Isto depois da última sessão, desmarcada pela terapeuta. Pedi que ela fizesse a sua reclamação de mim, para trabalhar a transferência negativa. Ela desconversou dizendo que ainda era muito cedo para isso. Eu insisti dizendo que ficamos muito tempo sem nos ver, em função da minha falta, e parece que ela sentiu esta falta. Finalmente abriu seu ressentimento e referiu ter se sentido abandonada e que não tem mais esperança em ser ajudada. Quase não veio hoje porque acha que não vai adiantar nada. Assumo que eu falhei com ela e peço uma segunda chance (estou dialogando com o seu superego extremamente rígido). Explico que, nem sempre as coisas acontecem do jeito que queremos, mas não precisa ser tudo ou nada. Acha que tudo perdeu o sentido e lembra que já pensou em suicídio anteriormente, se jogando pela janela do apartamento onde mora (item 5 do DSM). Esta é uma revelação. Quer se separar da namorada porque não confia nela, não confia em ninguém. Falamos o quanto seu coração está machucado e sangrando (como a tatuagem que tem no braço) e não adianta alimentar esperança. Quer ficar sozinha isolada de tudo e todos. Todo este trabalho foi desenvolvido visando eixo-coluna com F. em grounding na parede. Peço para ela me ver na distância oposta da sala e vou me aproximando, até que ela peça para parar. Sente as pernas fracas. Deitada faz mais revelações: gosta de sexo sado-masoquista, de morder, de sentir dor. Quando tem muita raiva faz alguma tatuagem para sentir dor. Algumas delas dizem respeito a momentos de abandono amoroso e sofrimento. Pede para colocar o bambu no meio das costas ,na horizontal, para abrir o peito e começa a chorar. "Não quero ser assim, fazer mal para quem eu amo. Tenho muito medo de perder, e afirma: prefiro teminar antes" (sic). Entendi o aviso para mim. E isto explicou sua falta na sessão seguinte.

Sessão final até o momento da execução dest a monografia. F.chega com um recado desta vez: a namorada pediu para ela me perguntar se é melhor elas se separarem. Digo que eu não dou conselho. Mas sugiro que ela explique para a namorada seu momento: ficou sem terapia 15 dias, e coincidentemente, sem medicamento. Está passando por problemas familiares e profissionais, e sentindo muita pressão no trabalho. Afirmo que tudo poderá se estabilizar se tiver paciência. Ela pode dar uma segunda

chance para o namoro também. Revisamos sua ficha de triagem, apontando sua falha também ao mentir (diálogo com o superego/ terapeuta como prótese). E em seguida alinhamos objetivos até o final deste ano: 1. Pagar a moto 2. Começar a emagrecer e fazer atividade física. Isto para que ela assimilar a falha e ter esperança no futuro, garantido por minha presença sem retaliação ou abandono ao seu 'mau comportamento'. Saiu após um longo abraço e agradeceu muito dizendo estar aliviada "fica com Deus" (sic). Eu mostro o quanto é melhor enfrentar os problemas para nos sentirmos mais fortes. Fica evidente nesta passagem o quanto esta paciente busca a quantidade de estabilidade ambiental que poderá suportar a tensão resultante de seus atos impulsivos, agressivos ou de suas mentiras e manipulações.

"Esse tear compulsivo tornou-me especialista em alma esburacada" (Moura, 2012)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espero ter sido possível observar neste relato, o quanto o atendimento ao paciente borderline é desafiante. Coloca em xeque a capacidade técnica, teórica e de tolerância do terapeuta a todo momento. Penso que muito está por ser feito, mas acredito estarmos no caminho certo na manutenção da abstinência e apropriação do si mesmo e construção de autonomia; com o desenvolvimento de um envelope tônico adequado para conter toda a impulsividade e endereçar os aspectos destrutivos. Até o presente momento estamos trabalhando nas tarefas de integração no espaço e no tempo que Winnicott propõe, com alojamento da psique no corpo e inicio do contato com a realidade. Construção do Grounding com seu eixo-coluna de sustentação. Constituindo um si mesmo primário em conexão com o eu corporal. Lidando com aspectos pré-verbais e costurando retalhos de palavras da narrativa de sua história.

"A fraqueza do eu dos estados-limites da qual fala Kernberg começa pela sensação física de fraqueza do tono muscular, com suas repercussões psicológicas. O Eu é de origem psicotônica, e a vulnerabilidade dos estados-limites se origina na ausência de homogeneidade do envelope tônico, isto é, de repartição tônica no conjunto do corpo" (Tonela).

As doenças são como mensagens para o nosso corpo se curar. Em francês, doença é maladie - um mal a dizer. Uma palavra em nós que não consegue ser dita, ser expressa. São os sintomas que falam. A drogadição como um sintoma do psíquico que deixa rastros de destruição no corpo. Quanto mais o paciente idealiza, ou tenta viver em um mundo idealizado, mais podemos imaginar o seu sofrimento na infância. Na tradição do Vedanta[17] há diferentes envelopes do corpo: da nutrição, a camada da emulsão, o envelope da respiração, a camada da mente, do pensamento, até esta dimensão de nós mesmos chamada amandamayakosha que é o nosso corpo da bem-aventurança. Transformar o corpo de dependente químico em um corpo de bem-aventurança, com um envelope vivo e tônico, para pulsar a energia da vida (seiva que sobe e desce pela coluna vertebral) e poder usufruir do prazer e bem-estar no mundo, pertencente e reconhecido enquanto ser; e não só depositário de punições e sacrifícios. Temos necessidade de tempo para a assimilação, para a digestão. E também de permissão e acompanhamento para finalizar tarefas. Dar sentido de início, meio e fim em cada atendimento para que o paciente possa fazê-lo no curso de sua vida. Fim.

[17] A filosofia Vedanta, é uma tradição espiritual. Os Vedas são vistos como as escrituras sagradas associadas à religião hindu, que se preocupa principalmente com a auto-realização. *https://pt.wikipedia.org/wiki/Vedanta*

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Stacechen,LF.; Bento, FES. **Consumo excessivo e adicção na pós-modernidade: uma interpretação psicanalítica. Excessive consumption and addiction in the post-modernity: a psychoanalyticalinterpretation**.Fractal,Rev. Psicol. vol.20 no.2 Rio de Janeiro July./Dec. 2008. http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922008000200009 *On-line version* ISSN 1984-0292

Lipovetsky,G. **Nós, hedonistas ansiosos**...Entrevista concedida a Manuel da Costa Pinto, no Caderno Fronteiras do Pensamento do Jornal Folha de São Paulo, em 30 de abril de 2017.

Touraine,A. **Igualdade e Diversidade**, SP: Edusc, 1997.

Reich,W. **O caráter impulsivo** – Um Estudo Psicanalítico da Patologia do Ego. Trad. Maya Hantower. Martins Fontes. 2009 SP.

Kernberg,O. **Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline**. Porto Alegre: Artmed, 1991.

Kernberg, O. et al. **Psicoterapia dinâmica das patologias leves de personalidade**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Manual Diagnóstico E Estatístico De Transtorno – DSM 5. American Psychiatnc Association, traduç Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli... et al..PortoAlegre:Artmed,2014.*c026204.cdn.sapo.io/1/c026204/cldfile/1426522730/.../2015/DSM%20V.pdf*

Fernández-Calderón D, Fernández F, Ruiz-Curado S, Verdejo-García A, Lozano ÓM. **Profiles of substance use disorders in patients of therapeutic communities: link to social, medical and psychiatric characteristics.** Drug Alcohol Depend. 2015 Apr 1;149:31-9. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.01.013. Epub 2015 Jan 20.

Connor JP, Gullo MJ, White A, Kelly AB. **Polysubstance use: diagnostic challenges, patterns of use and health.** Curr Opin Psychiatry. 2014 Jul;27(4):269-75. doi: 10.1097/YCO.0000000000000069.

Stevens L.; Verdejo-García A.; Goudriaan AE.; Roeyers H.; Dom G. and Wouter V. **Impulsivity as a vulnerability factor for poor addiction treatment outcomes: A review of neurocognitive findings among individuals with substance use disorders.** Nat Neurosci. 2015 May;18 (5):620-7. doi: 10.1038/nn.3982

Ceroni, MLV. **Dissertação: Poliusuários de Drogas com Conduta Social Desviante: Avaliação de Disfunção Frontal através de Instrumentos Neuropsicológicos**, para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, 2003.Orientador Prof. Dr. Orlando Francisco Amodeo Bueno.

Winnicott, DW. **A tendência antisocial** (p. 499, 1956). In textos selecionados: da **Pediatria à Psicanálise**, 4 Ed. , 1993.

_____ **Privação e delinquência**.Trad. Álvaro Cabral. Martins Fontes. SP,1999.

Palmini, A. **Professionally successful adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Compensation strategies and subjective effects of pharmacological treatment**. Dementia & Neuropsychologia 2008; 2(1):63-70

Shaw P., Eckstrand K., Sharp W.; Blumenthal, JP.; Lerch, D.; Greenstein,L.; Clasen, L.; Evans,A; Giedd,J and Rapoport, J.L. **Attention deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation**. PNAS :December 4, 2007 vol. 104. no. 49 :19649–19654

Myers, RE. **Neurology of social behavior and affect in primates: a study of prefrontal and anterior temporal cortex**. In: KJ Zuelch et al (orgs). Cerebral localization, Nova York: Springer-Verlag, 1975; pp. 161-170

Verdejo-García, A.; Rivas-Pérez, C.; Vilar-López, R.; Pérez-García, M. **Trategic self-regulation, decision-making and emotion processing in poly-substance abusers in their first year of abstinence**. January 12, 2007.Vol.86, Issues 2-3: 139–146. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.05.024

Schoenbaum, G. and Shaham,Y. **The Role of Orbitofrontal Cortex in Drug Addiction: A Review of Preclinical Studies.** February 1, 2008. Vol. 63, Issue 3: 256–262. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2007.06.003

Fisher, D.G., Reynolds G.L., D'Anna L.H., Hosmer D.W., Hardan-Khalil K. **Failure to get into substance abuse treatment.** J Subst Abuse Treat. 2017 Feb;73:55-62. doi: 10.1016/j.jsat.2016.11.004. Epub 2016 Nov 16.

Goldgrub, F. Reflexões e hipóteses sobre a nosografia freudiana. Boletim Clínico n. 7 - outubro/1999.*www.pucsp.br/clinica/boletim-clinico/boletim_07/boletim_07_5.html*

Brum, EHM. **Patologias do Vazio:um Desafio à Prática Clínica Contemporânea Void pathologies: a challenge for contemporary clinic practice**. Psicologia ciência e profissão, 2004, 24 (2), 48-53

Freud, S. **Além do princípio do prazer**. 1920. vol. XVIII

Green A. **Paixões e destinos das paixões**, 1980; 1988; 1990

Bento,VES. **Para uma semiologia psicanalítica da paixão na antiguidade grega e seus sentidos adictivo e tóxico**. Psicologia USP, São Paulo, abril/junho, 2008, 19(2), 129-158

_____ **Introdução ao método de pesquisa das paixões "tóxicas": do raciocínio por analogia à semiologia psicanalíticaIntroduction to the research method of 'toxic' passions: from reasoning by analogy to psychoanalitical semiology.** Trans/Form/Ação vol.32 no.1 Marília 2009.On-line version ISSN 1980-539X http://dx.doi.org/10.1590/S0101-31732009000100011

_____ **Introdução às justificativas clínicas e teóricas da hipótese das paixões "tóxicas"Introduction to clinical and theoretical justifications regarding the "toxic" passions hypothesis.** Estud.psicol.(Campinas) vol.27 no.1 Campinas Jan./Mar. 2010 http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2010000100013 On-line version ISSN 1982-0275

Khan, MMR . **Le Soi Caché.** Connaissance de L´Inconconscient colletion dirigée par J.B. Pontalis. Préface d´André Green. Éditions Gallimard, 1976.

Gurfinkel, D. **Adicções: paixão e vício. Clínica psicanalítica**. Casa do Psicólogo, 2011

Green A, Urribarri F. **Desafios da clínica Psicanalítica contemporânea**, 2012.

Ceroni, MLV. **Online psychotherapy and its impact on the body approach.** Poster apresentado no IIBA 24th International Conference. Toronto, Canada May 24 - 28, 2017.

Zidan, PM; Rocha, RV. **Trauma e fragilidade narcísica nas adicções**. Trauma and Narcisic Fragility in Addictions. Trauma et Fragilité Narcissique dans les Addictions. Trauma e Fragilidad Narcisística em las Adicciones. Analytica vol.3 no.5 São João del Rei dez. 2014

ANPEPP: **I Encontro Internacional do GT: Psicanálise, Subjetividade e Cultura Contemporânea:"NarcisismoeSexualidade"**.Ago,2015https://youtu.be/laoyarWZUfw

Ogden, **Os Sujeitos da Psicanálise**, publicado em 1996 pela Casa do Psicólogo1986, in: Gabbard G . Psiquiatria e Psicodinâmica. Ed. Artmed, 1998.

Winnicott, DW. Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting psicanalítico (p. 459, 1945-5). In textos selecionados: da **Pediatria à Psicanálise**, 4 Ed.,1993.

Ocampo, EV. **Droga, pscoanálisis y toxicomanias:las huellas de um encuentro**. Buenos Aires: Paidós,1988.
Winnicott texto de 1963 - Da Dependência à Independência no Desenvolvimento do Indivíduo.

Fernandes, SL. **A importância da linguagem simbólica para pensamento e linguagem.** Publicado em 30 de dez de 2011. *www.webartigos.com/artigos/a...da-linguagem-simbolica-para...linguagem/82155*

Waks, CEM. **Toxicomania e Psicanálise O fim da picada. A clínica psicanalítica da toxicomania**. Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo,como exigência parcial para a obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica, sob a orientação do Professor Doutor Manoel Tosta Berlinck,1998.

Cardenuto, LMM; Barlach, L; Ceroni, MLV; Leitner, PCC. **Impulsividade? Compulsividade? Comportamentos abusivos na contemporaneidade.** (Org.) Congresso Brasileiro e Encontro Paranaense de Psicoterapias Corporais, XXI, 2016. **Anais.**Curitiba:CentroReichiano,201ISBNwww.centroreichiano.com.br/artigos_anais_congressos.htm

Naffah Neto,A. **Falso self e patologia borderline no pensamento de Winnicott: antecedentes históricos e desenvolvimentos subsequentes.** Nat. hum. vol.12 no.2 São Paulo, 2010. *pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517*

Abraham in: A adicção como patologia transicional Décio Gunfinkel (1916 p.72) **Winnicott Seminários Cearenses**. Orgs. Jose Outeiral, Marcia Zart, João Amaral e Helder Pinheiro. Ed. Zagadoni,2012.

Lowen, A. **O Medo da Vida**. Trad. Maria Silvia Mourão Neto. Summus Editorial Ltda,1980.

Shapiro,B**. Resistência, negatividade e o nosso diabo**. Apresentação na Conferência Internacional de Análise Bioenergética, Arles, França, 1998. Texto fornecido **aos alunos do curso de Análise** Bioenergética do IABSP.

Yves-Leloup, J. **O corpo e seus símbolos- Uma antropologia essencial**. Org. Lise Mary Alves de Lima. Editora Vozes, 23ª ed. Petropolis, RJ, 2015.

Hegenberg,M. **Borderline- Clínica Psicanalítica**. Casa do Psicólogo, 2000. 5ª Ed.

https://books.google.com.br/books?isbn=8573961066

Souza, LO e Bernardino, AD. **A Contação de Histórias como estratégia pedagógica na Educação Infantil e Ensino Fundamental.** Educere et Educare Ver. de Educação. Vol. 6. N. 12 jul/dez 2011 (p.235-249).

Santos Luiz DB. **A Importância da Contação de Histórias na Educação Infantil.** Publicado em 21 de December de 2016. *www.webartigos.com/artigos/a-importancia-da-contacao...historias...infantil/148203*

Weigand, O. ***Grounding na Análise Bioenergética: uma proposta de atualização***. *Dissertação apresentada para obtenção de título de Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Uuniversidade Católica de São Paulo – PUC, sob a orientação da prof. Dra. Maria Helena Pereira Franco, 2005.*

Nascimento, PD. **Contribuições Winnicottianas à Compreensão da Análise Bioenergética dos Pacientes Esquizóides.** M.D. Trainee em Análise Bioenergética – IABSP. Texto fornecido em aula do curso de formação em Análise Bioenergética em 2016.

Rablen, E. **The Boundary Exercise Revisited**. Bioenergetic Analysis The Clinical Journal of the Intrnational Institute for Bioenergetic Analysis. Vol. 12 , Number , 1Winter 2001.

Etchegoyen, RH. **Fundamentos da Técnica Psicanalítica**. Trad. Francisco F. Settineri, 2ª ed.Porto Alegre. Artmed, 2004.

Peart, N. **The Gost Rider. A Estrada da Cura.** Trad. Candice Soldatelli. Belas Letras, 2014. 504p.

Tonella, G. Textos recebidos em aula do Curso de Formação em Análise Bioenergética do Instituto de análise Bioenergética de São Paulo – IABSP.

Moura,J.in:Sandor Ferenczi (1908 Budapeste) As cartas que Freud nunca leu. In: **Winnicott Seminários Cearenses**. Orgs. Jose Outeiral, Marcia Zart, João Amaral e Helder Pinheiro. Ed. Zagadoni, 2012.

8. ANEXO

Título: Sem Força para Viver