



O Corpo Dividido

Por David Boadella

Trabalho apresentado na universidade de Manchester, 8 de Março de 1975
David Boadella tirou o seu primeiro curso universitário em Língua Inglesa, na Universidade de Londres e um Mestrado na Universidade de Nottingham. Ele tem estado ativamente envolvido com o trabalho de Reich desde 1952. Ele aprendeu Vegetoterapia com a Dra. Doris Howard, que se formou com Od Havrevold, um colega de Reich em Oslo; e com Paul Ritter. Ele fundou e é editor da revista Energia e Caráter: um Jornal para a Investigação Bioenergética, e é autor do livro Nos Caminhos de Reich. Trabalha agora como diretor na Escola de Abbotsbury em Dorset, e como terapeuta no Centro de Bioenergética em Londres, aos fins-de-semana. O trabalho "O Corpo Dividido" foi publicado em primeiro lugar no volume 3, nº2 da revista Energia e Caráter e também nos Quaderni Reichiani (editado por Luciano Rispoli) em Nápoles, nº2, 1973.

O homem descrito neste estudo de caso foi tratado por mim num total de cerca de 250 sessões. Desde que terminou a terapia, há cerca de nove anos, eu tenho mantido o contacto com ele sob a forma de amizade, e este estudo de caso incluirá também um relato dos desenvolvimentos da sua vida durante este período de tempo.

Na altura em que se iniciou o processo, James tinha vinte e poucos anos e trabalhava num escritório local do governo. Ele tinha uma estatura média, usava óculos por problemas de vista ao perto, e dizia vir para terapia por se sentir desadequado em geral, algo que já sentia desde a sua adolescência. Mencionou sem aprofundar muito ter com frequência sentimentos homossexuais, mas que tinha pouco contacto sexual quer com homens quer com mulheres. Na adolescência, ele tinha tido um ataque de depressão suicida, e tinha considerado seriamente o suicídio a dada altura.

Na primeira sessão ele queixou-se de uma sensação de pressão na sua cabeça, que alegava estar sempre lá. Não era uma dor, mas apenas uma sensação de pressão. Ele sentia frequentemente que a sua cabeça não fazia parte do seu corpo, e que o seu cérebro estava todo emaranhado e precisava de ser escavacado e limpo. Ele relatou estes sentimentos sobre a sua cabeça sem mostrar emoção, mas pouco depois começou a dar uma risadinha. Ele disse que quando se deitava para relaxar, dava por si com frequência a dar risadinhas. Estas risadinhas eram um pouco violentas e envolviam uma série de movimentos convulsivos, e pareceram-me muito estranhas, pois não pareciam relacionar-

se com nada. Mais tarde ele disse que quando sorria se sentia mais inteiro. Por outro lado, quando parava de sorrir sentia-se mais sério.

Ele disse-me nessa mesma sessão, como se tentasse tranquilizar-me, que ele nem sempre sorria, que lhe era muito fácil chorar quando se dava conta do que lhe faltava, sobretudo uma namorada. Ele descreveu uma noite em que tinha caminhado pelas ruas da cidade industrial perto de sua casa, sentindo um impulso para partir todas as janelas, enquanto chorava ao mesmo tempo. Ele sentiu-se péssimo depois. O seu corpo tinha chorado, mas a sua cabeça tinha apenas observado.

Ele também me contou que tinha como hábito masturbar-se frequentemente, e que geralmente sentia pouco prazer. As suas fantasias eram usualmente de homens a serem tratados de forma sádica, ou seja, em que lhes batiam ou estigmatizavam os genitais, ou os castravam.

Antes do final da primeira sessão, eu comecei a interpretar o seu sorriso como uma defesa, e isto fez com que ele trouxesse o seguinte comentário: “penso que o meu sorriso vem da sensação de que eu poderia esmagar a sua cabeça”.

Uma das características mais comuns nas pessoas esquizoides é a relativa acessibilidade de material e o entusiasmo com que elas trabalham esses temas. A análise de caráter convencional, tal como eu percebi relativamente cedo neste processo, serve de pouco em casos como este. Não há nenhuma armadura de caráter para destruir, no sentido da estrutura de defesa rígida que encontramos em caracteres compulsivos. Em vez disso, a pessoa esquizoide ameaça libertar-se a qualquer momento do seu sistema de defesa frágil que apenas a contém. Enquanto que o problema em muitas terapias é a mobilização de energia, a energia esquizoide já se encontra num estado potencialmente perigoso de inundação. Retirar demasiado cedo as defesas que existem para conter esta inundação pode ser uma forma de induzir um estado psicótico, como me disse o Dr. Nic Waal numa conversa privada (1).

Então, uma das primeiras coisas que aprendi ao trabalhar com o James foi a deitar fora o manual de instruções e seguir o paciente, modulando a velocidade da terapia cuidadosamente, para que um entendimento mútuo pudesse eventualmente desenvolver-se entre nós, sobre o que se estava a passar exatamente no seu corpo e na sua mente. O tratamento quase não foi analítico; tornou-se rapidamente terapia de contacto. O que a pessoa esquizoide necessita acima de tudo é de uma pessoa que abra a sua mente para arranjar espaço para todas as formas bizarras de comportamento de que uma pessoa esquizoide é capaz, uma pessoa que consiga abrir o seu coração para que possa sentir afeto genuíno pelo sofrimento de um paciente que é um dos primeiros a recair na doença face a qualquer tentativa intelectual e fria de o ajudar; e de uma pessoa que possa abrir os seus braços, muitas vezes literalmente, para que o paciente possa experienciar a sensação de calor humano e o contacto energético da pele, dos quais está tão carente, e que são tão básicos à sua condição.

Eu não me apercebi de tudo isto imediatamente, mas no relato que se segue encontram-se descrições detalhadas do que o paciente disse ou fez, ou de como se comportou. O meu papel, enquanto terapeuta, foi predominantemente passivo, como na descrição de Braatoy de uma parteira que dá suporte e encorajamento, para que a mãe possa dar à luz ao seu bebé (2). Durante este tratamento, o meu apoio principal, ao estar preparado para deixar a neurose desenrolar-se e resolver-se naturalmente, foi a compreensão da perturbação

esquizoide que aprendi com Alexander Lowen. Foi ele quem me ajudou a ultrapassar o meu próprio medo da loucura e a aprender a confiar no meu paciente esquizoide, através do seu diagnóstico claro e simpático da situação difícil em que se encontra a pessoa esquizoide.

O Distúrbio Básico

O resto deste relato não fará um relato da terapia, sessão por sessão, mas abordará os padrões gerais de desenvolvimento da mesma.

O problema central do distúrbio de James era a relação entre a sua cabeça e o seu corpo. Moshe Feldenkrais chamou a atenção para a importância crucial do alinhamento entre a cabeça e o tronco, na determinação da postura total de uma pessoa:

“Uma imagem coerente do percurso de desenvolvimento de adaptação à gravidade obtém-se se a cabeça for vista como o suporte dos telereceptores, isto é, dos instrumentos através dos quais a nossa relação com o exterior se estende para além do nosso corpo.

Consequentemente, a anatomia da cabeça determina o condicionamento da resposta ao som, e a resposta reflexiva à gravidade. De seguida, a motilidade dos olhos é integrada nos movimentos básicos da cabeça já existentes. A primeira manifestação de consciência aparecerá com o controlo da cabeça que permite à criança seguir e dirigir-se em direção a objetos em movimento ou fontes de som” (3).

Na pessoa esquizoide há uma desconjunção específica na zona do pescoço que provoca tensão nos músculos profundos na base do crânio. O meu paciente sentia esta tensão sob forma de um nó apertado à volta do pescoço, que ameaçava que a cabeça fosse separada do resto do corpo, se ele não fizesse o que se esperava dele. Quando a sua cabeça se sentia bem, o seu corpo sentia-se mal. Quando o seu corpo se sentia bem, a sua cabeça sentia-se mal. A sua cabeça estava literalmente cortada, isto é, dissociada do seu corpo pelas tensões. Enquanto que o carácter compulsivo tem o pescoço tenso, e é possível mobilizar a agressividade ao trabalhar os músculos da nuca, a tensão no pescoço da pessoa esquizoide não é tão facilmente acessível.

Lowen descreveu o fluxo longitudinal de energia no orgasmo saudável como sendo caracteristicamente pendular. A energia move-se para a cabeça tal como para os genitais e para a musculatura. O padrão do movimento de energia, que James parecia explicar bem, era o seguinte: o fluxo pendular normal estava gravemente perturbado na direção da cabeça e sobrecarregava-a. O movimento ascendente de energia constante em direção à sua cabeça era descrito por James como crescente. Mas em vez de voltar a descer de novo, fluindo de novo para o corpo, para ser descarregada em movimentos coordenados ou no prazer da sexualidade prazerosa, a energia ficava armazenada, contida nas tensões existentes na base do crânio. Ele demonstrava uma perversão no funcionamento do armazenamento normal da cavidade da cabeça. “Não podemos compreender o princípio da realidade se ignorarmos o facto de que o cérebro, e de facto toda a cabeça, pode conter os impulsos mais fortes”, escreve Lowen. “O cérebro também funciona como um condensador, com capacidade igual à função de condensação do aparelho genital. A quantidade de energia real que pode ser contida e focada no cérebro humano é tremenda. Em organismos muito saudáveis, ela cria um brilho à volta da cabeça”. (4)

No entanto, nesta cabeça esquizoide, a energia ficava presa num gargalo. Ela fica

estrangulada por baixo e também fica bloqueada, impedida de se expressar para fora, sob forma de expressão facial móvel e olhos acolhedores e vivos. A pessoa esquizoide não tem a testa franzida e preocupada do neurótico comum. Tem, em vez disso, uma testa lisa e aborrecida, que o meu paciente sentia como uma cortina de ferro. A energia fica congelada na parte da frente da cabeça e na face, tal como fica na parte de cima do pescoço. Este bloqueio na testa está profundamente conectado com a expressão típica dos olhos de um esquizoide.

Wilhelm Reich, no seu brilhante estudo pioneiro da cisão esquizoide, no qual os princípios da bioenergética foram aplicados pela primeira vez a esta condição, oferece uma descrição completa da expressão remota e esquizofrénica nos olhos. Ocorreu-lhe que esta expressão pudesse ter um significado focal na compreensão da natureza da cisão:

“Um pensamento ficou preso na minha mente e não se movia daí: é possível que o ataque ou processo esquizofrénico esteja ancorado localmente, tal como estão outros sintomas de doenças tais como a anorexia, uma dor de cabeça ou uma ansiedade cardíaca? Será que a base do cérebro é a região do cruzamento do nervo ótico? Será razoável assumir que a esquizofrenia é uma verdadeira “doença do cérebro” induzida por algum tipo de agitação emocional específico, com uma contração local de partes especiais do cérebro, devido a uma ansiedade severa?” (5).

Havia três tipos de expressão que aprendi a esperar dos olhos de James. O primeiro era um olhar frio, vidrado, bastante impessoal, que me fazia lembrar um peixe. Ele olhava para mim como um peixe frio. A segunda expressão era um olhar intenso e flamejante, que tinha uma qualidade de desespero. A terceira expressão era quando os olhos dele se “desligavam”, ou seja deixava de haver um foco e os seus olhos pareciam ‘nadar’.

O significado destas três expressões, à medida que as fomos explorando durante o tratamento era o seguinte. O olhar vidrado de peixe era o olhar normal congelado, que ele sentia como uma “cobertura de nuvens”. Maurice Nicoll, falando não sobre a pessoa esquizoide, mas sobre o estado dissociado do neurótico comum, escreveu:

“Gostaríamos de ter o poder de sentir um significado em todas as experiências que temos. Como regra geral, não estamos presentes. Nunca estamos em casa. Estamos quase sempre fora. Se uma pessoa vive na sua imaginação e nos seus significados então ela nunca está presente. Ela não está em casa. Uma pessoa assim não vê o outro. Vê a sua imaginação, o seu sonho e a sua ilusão do outro”.

A outra manifestação do estar fora, e não presente, também se experienciava dentro como uma sensação de não estar lá. A base desta sensação é a retirada de energia do corpo como um todo e o seu direcionamento para a cabeça, e do lado de fora da cabeça (face) para o interior. Esta elevada tensão no centro da cabeça na pessoa esquizoide tem de facto pouco contacto com o mundo exterior, e a sensação de isolamento e falta de contacto com a realidade corresponde exatamente ao estado energético.

A segunda expressão no olhar, o olhar intenso e flamejante, estava sempre associado a uma sensação de tensão. Ele usava a sua vontade para ultrapassar a dificuldade em se encontrar com o mundo, e forçava os seus olhos a entrar em contacto com o outro. Esta era uma reação à sensação de ficar coberto por nuvens, uma tentativa de sair desse estado, e

fazer um buraco nas nuvens com os seus olhos. O problema era que manter esta sensação tensa de foco significava forçar ainda mais energia a vir para a cabeça, e o efeito que isso surtia geralmente era um aumento na sensação de pressão. Por isso, ele sofreu durante muitos anos de dores de cabeça muito dolorosas e frequentes, e de uma sensação de explosão na cabeça. Ele descreveu-me essa sensação da seguinte forma, numa carta que me enviou entre sessões:

“A pressão na minha cabeça neste momento é definitivamente pulsante. A pressão aumenta e aumenta e sinto-me desesperado, e depois há uma quebra, e há um alívio momentâneo. Quase suspiro de contentamento e depois a pressão começa de novo a aumentar, e grito por dentro “Oh não, mais não, outra vez não”. E isto acontece uma e outra vez, ad infinitum. Por vezes tenho comichão no couro cabeludo, outras vezes tenho uma dor forte na cabeça. Sinto que estou constantemente a tentar impedir algo de entrar com os meus olhos. Quando pensei nisto pela primeira vez, pensei que isto estivesse relacionado com o brilho da luz do sol, mas a minha testa continua contraída na penumbra desta sala onde estou. Fazer subir as minhas sobrancelhas alivia-me temporariamente, mas serve também, apenas, para agravar a sensação de a minha testa não estar aberta e não ter clareza. Apetece-me fazer um corte no meio da testa”.

O que é que acontece a toda a energia que se vai acumulando na extremidade da cabeça? Ela não pode ficar aí para sempre. A que manifestações dá aso e o que é que lhe acontece eventualmente? Por um lado isto ajuda a explicar os sonhos particularmente vívidos, os pesadelos e alucinações para os quais a pessoa esquizoide tem tendência. Ela dá sem dúvida cor à vida fantasiosa. Não era de certeza uma coincidência que o meu cliente tivesse um interesse obsessivo por fantasias de decapitação ou enforcamento. Ligada a estas fantasias estava a ideia que ele tinha de que seria maravilhoso se ele pudesse tirar a sua cabeça alienígena, e substituí-la por uma boa cabeça, nomeadamente pela minha. Outras vezes, quando ele estava particularmente desesperado, sentir essa pressão fazia com que lhe apetecesse bater com a cabeça contra a parede “com tanta força que toda a massa cinzenta jorrasse para fora. Uma vez bati na minha própria cara até esta ficar dorida. Também tinha um forte desejo de rapar o meu cabelo todo”.

Visto que a energia não se descarregava normalmente e ritmicamente, tinha que se descarregar de forma anormal e sem ritmo. Se esta descarga, através do movimento e do comportamento sexual acontece aos pedaços e através de um processo de vazamento para trás, isso explica a natureza familiar e descoordenada dos movimentos do corpo do esquizoide. Se, por outro lado, a energia flui de novo para o corpo (e temos que nos lembrar que este está sob pressão), o efeito é explosivo e perturbador.

Estas libertações repentinas de energia da área da cabeça, com o seu reservatório sobrecarregado, para o resto do corpo, eram experienciadas por James como sendo muito assustadoras. É nestas circunstâncias que a terceira expressão característica no olhar de James aparecia: o olhar que parecia nadar. Normalmente James lutava contra ceder a esta expressão e tentava manter o seu contacto ocular de forma intensamente focada. Aprendi, no entanto, que esta expressão era o prelúdio para que mais energia viesse para a superfície do seu corpo, para os músculos e expressão facial, e ele foi, após algum tempo, encorajado a ceder a esta expressão sempre que a sentisse surgir nas sessões.

Esta expressão que parecia nadar, que era sempre acompanhada por uma rotação dos

olhos para cima, e por uma mudança acentuada no ritmo respiratório, foi descrita com clareza por Reich pela primeira vez:

“Os seus olhos ficavam nebulosos, parecia que ela olhava para longe, e, adicionalmente, os olhos rodavam acentuadamente para cima quando as sensações dos órgãos a derreter se tornavam demasiado intensas”. (5)

Uma pessoa esquizoide disse-me uma vez: “O meu corpo não mantém a minha cabeça erguida. É sim, a minha cabeça que mantém o meu corpo de pé”. James também sentia que a sua cabeça era o seu “bastião”. Sempre que a energia fluía para cima, ele sentia-se (durante um tempo) forte, superior, inchado e onnipotente. Ele sentia que já não estava preso ao chão. Era uma sensação etérea, espiritual e celestial excecional. Não de dentro para fora, mas sim de baixo para cima. Relatou um sonho que se lembrava da adolescência em que ele estava numa espécie de catedral de proporções imensuráveis. Ele estava em contacto com toda a gente que estava lá dentro e tinha uma sensação de paz e plenitude. Visto que ele tinha dificuldade em dirigir-se para fora, ao encontro do mundo, ele queria expandir-se o suficiente para convidar o mundo para dentro de si mesmo, partilhá-lo nas suas condições. Infelizmente, este sonho de um paraíso rapidamente se transformava em pesadelo: a energia que sobe não encontra um espaço imensurável para onde se expandir. Mais cedo ou mais tarde ela depara-se com a prisão do crânio humano, com que ele sonhava recorrentemente sob a forma de uma cave subterrânea em que ele estava preso, e de onde não conseguia sair. Deixar que a energia voltasse a descer era difícil para ele, tal como para todas as pessoas esquizoides. Ele só se sentia confiante enquanto durava a ascensão da energia. O fluxo descendente de energia, que tendia a fazer diminuir a pressão na sua cabeça era experienciado como um colapso. Qualquer fluxo de energia descendente forte e espontâneo, em direção ao corpo e à descarga, era sentido como uma perda e com uma sensação de desorientação ainda maior. Daí a expressão perdida e que parecia nadar nos seus olhos, como se ele se fosse afogar.

O colapso do corpo é o que é temido, à medida que a energia se move para baixo e para dentro com força. Esta sensação de perda do eu e de desintegração baseia-se na racionalidade, visto que é precisamente desta forma que se pode remover o distúrbio esquizoide. Só os movimentos corporais convulsivos que a pessoa esquizoide teme é que podem trazer a integração e coordenação que lhe faltam. Ao mesmo tempo, entregar-se a movimentos expressivos do corpo, incluindo a cabeça, é equivalente ao colapso da forma de viver especial do esquizoide.

A pessoa esquizoide agarra-se à sua cabeça da mesma forma que o carácter homossexual se agarra ao seu pénis. Lowen (7) sugeriu que a pessoa homossexual tem medo da “pequena morte” do orgasmo porque toda a sua sensação vital está concentrada nos genitais, então a perda de sensação nos genitais que ocorre após o ato sexual é sentida como uma redução da personalidade. O homossexual tem medo de perder os seus genitais (ansiedade de castração); mas a pessoa esquizoide tem medo de perder a sua cabeça (ansiedade de decapitação). Também podemos dizer que James estava constantemente a tentar manter a sua cabeça num estado de ereção.

Num primeiro momento eu não compreendi este processo adequadamente e tendia a evitar situações que induzissem um grande fluxo e o olhar perdido que trazia a sensação de colapso. Provocar tudo isto seria equivalente a roubar ao paciente a sua sensação de

realidade falsa que ele tinha desenvolvido. Eu tinha simplesmente medo de que ele ficasse louco. Talvez até tenha sido bom não ter apressado estas sensações fortes demasiado cedo através do tratamento de pressão. Por outro lado, ele não começou a melhorar até ser capaz de deixar que a carga na sua cabeça colapsasse, e deixar a energia encontrar o seu próprio caminho no corpo.

Passei agora algum tempo a descrever os bloqueios na sua cabeça e nos seus olhos, pois sinto que estes são a base do distúrbio. Na realidade, aventurar-me-ia a propor o termo “caráter ocular” como uma termo alternativo e descritivo, por analogia ao caráter oral* (*Este artigo foi escrito em Agosto de 1967, antes de eu ter lido o livro de Elsworth Baker, *Man in the Trap*, onde o termo “caráter ocular” também foi introduzido).

Quando Reich desenvolveu a sua teoria sobre a natureza segmentária do encouraçamento, ele era da opinião que era desejável resolver as tensões de diferentes áreas numa ordem sequencial, começando pela expressão facial, e sobretudo pela expressão ocular. Quer esse seja ou não um método necessário de trabalho (e o trabalho de Lowen sugere um método diferente), eu acredito ser verdade que até certo ponto da resolução do problema energético das expressões nos olhos, no tratamento do esquizoide não se pode progredir muito (8).

Coordenação Corporal

A falta de coordenação no corpo de James expressava-se de muitas formas, e estas devem agora ser descritas. Ele era incapaz, por exemplo, de apanhar uma bola, e sentia-se desadequado porque nunca tinha sido bom em nenhum desporto, natação, etc. Na altura em que ele iniciou a terapia, ele andava de mota, mas em duas ocasiões ele perdeu o controlo da mota e teve um acidente, embora seja difícil determinar quanto isto se deveu a erros de visão e discriminação, e quanto se deveu à falta de coordenação muscular esquizoide. No geral, nas funções do dia-a-dia, o seu corpo não estava visivelmente perturbado, exceto em momentos de stress. Estas alturas correspondiam a uma sobreprodução de energia, que o levava a ter mais energia do que a sua cabeça conseguia conter. Dava-se então um processo de fluxo de retorno para, por exemplo, as suas pernas, que ele experienciava como sendo incomum e perturbante. Então, sob grande stress emocional, ele sentia os seus joelhos e pernas a fraquejar e a tremer. Também houve situações em que as suas mãos tremiam a segurar um garfo e uma faca, numa situação num restaurante em que ele se tinha sentido especialmente auto consciente e envergonhado.

Era a utilização expressiva do seu corpo que era a mais defeituosa. Vou descrever isto em relação a três aspetos principais: face, comportamento sexual, e manifestações de zanga.

Já descrevi a proeminência que teve o seu sorriso na primeira sessão. Os seus lábios eram mais para o finos, e ele sentia toda a sua boca e zona do queixo como alienígenas. Ele sentia que queria cortar o seu queixo pois sentia que este não lhe pertencia, e queria morder o seu lábio para o cortar pois não estava a sentir nada aí. Ele sentia que a sua face, por baixo do sorriso, era como um crânio. Ele tinha consciência desta sensação de carne morta na sua expressão facial, e descreveu uma sensação alucinatória que tinha tido, e que era provavelmente uma projeção da sua própria expressão facial para o exterior. Um homem com olhos sem expressão e sem feições acenava-lhe de um alçapão no chão de

uma casa, que entrava na terra e ia até uma sepultura de pedra onde ele estava preso. Esta sepultura era uma expressão literal da sensação que ele tinha de que a sua energia estava presa, na prisão do seu crânio, e não conseguia sair dali devido à petrificação nas zonas frontal e basal da sua cabeça.

Ele odiava a sua aparência no espelho e sentia-se completamente desconectado da imagem que via. Ele experienciava a sua aparência facial como revoltantemente feia. Ao mesmo tempo, ele tinha camuflado esta sensação com uma vaidade falsa, e uma ideia inflacionada da sua própria importância. A base racional destes sentimentos de superioridade era a sua sensação de que a sua carga energética era mais forte e mais vital que a de muitas pessoas. A fonte de ternura e sensibilidade estava à espera dentro dele para ser libertada. O que impedia que tal acontecesse era, entre outras coisas, a sua expressão facial congelada.

Por vezes, geralmente em situações em que se sentisse sexualmente atraído por alguém, o sentimento revelava-se na sua face e bochechas através do corar. Ele experienciava isto como algo perturbante e desestabilizador de que ele se queria ver livre. O corar era uma espécie de colapso, da mesma forma que o era qualquer reação espontânea autónoma. Ele tinha que aprender ao longo do processo terapêutico a tolerar e a identificar-se com este corar, e a reconhecê-lo como uma das formas através das quais o seu corpo, apesar do seu distúrbio, ainda proclamava a sua vivacidade.

Sexualmente, ele sentia-se extremamente atraído por outros homens, cujos corpos ele sentia terem mais vida e serem mais graciosos e coordenados que o seu. No entanto, as suas fantasias sexuais eram predominantemente, nesta altura, sádicas, e deixavam-no a sentir-se alienado de si mesmo. O seu comportamento, tal como ele o descreveu, na masturbação, envolvia uma grande tensão muscular para concentrar a energia nos genitais. Ele próprio dizia que “eu uso deliberadamente a sensação genital para tirar energia da minha cabeça”. Então, a descarga genital era muito difícil, e o motivo para essa descarga era dado pela extremidade sobrecarregada da cabeça, através da sua estrutura visual de fantasias elaboradas, e o resultado, tal como com qualquer tipo de sexualidade a que nos obrigamos, era muito pouca satisfação, em que a maior parte da energia se mantinha apesar de tudo presa na cabeça. O padrão que era habitual nele, era então uma série de masturbações repetitivas, cada uma mais insatisfatória que a outra, mas cujo efeito geral era de diminuir o seu nível de energia durante um pouco. A isto seguia-se um sentimento de remorso, e a necessidade de um “novo começo” basicamente começando um novo ritmo de energia ascendente e expansivo de novo. Isto estava associado a uma sensação de “zelo” no trabalho, novas tentativas de estabelecer contacto com pessoas, etc, até que a sensação de pressão na cabeça aumentasse de novo, e se iniciasse uma nova ronda de masturbação.

É sempre difícil para pessoas esquizoides expressar a zanga. O que James descrevia como perder o controlo, em casa ou no trabalho, envolvia atividade verbal: gritar com alguém que tinha feito algo que ele considerava estúpido, por exemplo. Ele acreditava que através de ataques verbais deste tipo ele talvez conseguisse derreter suficientemente a couraça do outro para conseguir alcançar um contacto suave e uma resposta amigável do outro. Este ataque verbal era então um focar de energia, tal como acontecia através do olhar. Isto não oferecia em si mesmo uma descarga muito apropriada. Por outro lado, quando a raiva chegava à sua

musculatura, onde se podia descarregar, ele desligava e dissociava-se. Ele descreveu-me uma destas ocasiões numa carta:

“A minha cabeça faz-me sentir desesperado. Uma noite eu estava sozinho em casa. Sentia-me zangado e sozinho. Apanhei flores e desfi-las, deitando-as para o chão. Bati com os pés no chão e atirei uma garrafa de vidro para o chão com toda a minha força, esperando que se partisse. Mas a garrafa era dura, e em consequentes ataques de raiva consegui finalmente rachar o lavatório da cozinha com ela. Atirei-me para o chão, chorei, e amaldiçoei-te. Expeli saliva por todo o chão e nas almofadas. Quando finalmente me senti cansado, escrevi uma diatribe quase incoerente contra ti. Eu estava capaz mesmo de te matar. Culpei-te pelo estado em que me encontrava”.

Agora que já descrevi os principais ingredientes da perturbação esquizoide em James, e como estes se desenvolveram durante a terapia, é agora relevante descrever a questão da transferência.

A Questão da Transferência

De acordo com Frieda Fromm-Reichmann, “lidar com a transferência de forma minuciosa e empática é o núcleo da terapia com a pessoa esquizoide”.

A primeira emoção transferida para mim foi a desconfiança. Ele sentia-se superior a mim, em muitos aspetos, e não acreditava que eu pudesse realmente ajudá-lo. Tudo o que ele precisava era de amor, e tudo o que ele estava a receber eram muitas palavras sem significado. Eu não estava ao nível dele, eu nunca poderia ser suficientemente forte para lidar com as suas energias, etc. Em todas as situações de transferência, mas particularmente quando lidamos com pessoas esquizoides, é vital para o terapeuta estar consciente das suas contratransferências. Se não, a terapia pode se estragar rapidamente nos problemas mal resolvidos do terapeuta, que a pessoa esquizoide tem uma forma inigualável de trazer ao de cima. “Eles conseguem ler o terapeuta”, comenta Lowen, “tão rápido como qualquer terapeuta os consegue ler a eles. E qual é a pessoa que não está livre do seu problema neurótico?” (4).

A contratransferência ao sentimento da desconfiança é a auto justificação. Dizemo-nos a nós mesmos que é apenas a doença do paciente que o torna tão crítico, etc. Naturalmente, o terapeuta não é a figura apática e remota que imagina o paciente e por aí fora. Felizmente, eu tinha aprendido com Reich o valor de levar a sério as percepções esquizoides: ao fazê-lo, aprendi muito sobre mim mesmo, e fui capaz de me desenvolver na terapia para ser realmente capaz de ajudar o James de formas que nem tinha imaginado. Se bem que é verdade que, tal como diz Lowen, a resistência esquizoide aparece sob forma de desconfiança, medo do terapeuta, e medo da terapia, também é verdade que muitos terapeutas também têm medo do paciente. O paciente esquizoide só estará pronto para ultrapassar a sua desconfiança se o terapeuta estiver igualmente pronto para ultrapassar o seu medo.

A questão da transferência complica-se ainda mais pelo facto de a pessoa esquizoide também ter tendência para projetar os seus próprios estados no terapeuta. Durante muitos meses, James queixava-se da minha frieza e distância relativamente a ele. Por vezes ele percecionava adequadamente uma cautela da minha parte que estava a obstruir o desenrolar da terapia; outras vezes, ele projetava para a nossa relação os seus próprios

sentimentos de apatia e de estar fora das coisas. A única solução é que o terapeuta esteja suficientemente em contacto com os seus próprios sentimentos e suficientemente disposto a admitir que há uma grande possibilidade que o paciente tenha razão, pelo menos parte do tempo, para que a compreensão genuína mútua e a confiança cresçam. Sempre que a relação está bloqueada, e falha em estabelecer-se, Frieda Fromm-Reichmann recorda-nos que isso se deve às dificuldades pessoais do terapeuta, e não à psicopatologia do paciente.

Durante muito tempo, eu tinha medo do poder destrutivo congelado de James. Nisso eu ecoava o mundo que ele já tinha experienciado, e foi precisamente este medo que alimentou o poder destrutivo, porque alimentava o isolamento e a separação, e reforçava a divisão já presente entre sentimentos assassinos e músculos com pouca carga.

John Rosen apercebeu-se da importância de olhar para a agressividade do paciente contra si mesmo. “O objetivo da terapia é dirigir esta agressividade para o terapeuta, em vez de o paciente a dissipar de forma amorfa como é habitual.” (citado por Lowen, retirado do livro de Rosen, 10). Quando lutamos fisicamente com um paciente esquizoide, está envolvido muito mais que uma expressão tangível da zanga. O terapeuta começa a confiar na força agressiva do paciente como força curativa e restauradora que é quando flui pelos músculos com carga. É muito menos alarmante lutar vigorosamente com um paciente enraivecido que esteja em contacto com o contexto da situação, que encontrar-se com o comentário da primeira sessão: “sinto-me capaz de esmagar a sua cabeça”, em conjunto com um sorriso frio e estático. É escusado dizer que a situação em que tal atividade física foi possível desta forma, aconteceu apenas depois de trabalharmos muito a função da expressão no seu olhar, que já foi aqui descrita em pormenor.

O que James aprendeu ao longo do processo de deixar a energia chegar aos seus músculos, foi que ele não tinha que ter medo das suas emoções violentas. A expressão para o exterior da agressividade ajudou-o a encarar mais diretamente a violência das suas fantasias, no sentido em que estas focavam-se agora em mim, em vez de se focarem em pessoas remotas que ele quase não conhecia. Pouco a pouco isto ajudou a que a sua cabeça e o seu corpo se fundissem mais. Acredito que estas fantasias sádicas não se começaram a resolver até ele as focar no seu pai, e isto acabou por acontecer eventualmente bastante naturalmente, à medida que ele foi aceitando e se foi identificando com estas expressões de energia particulares, sem lutar para se manter acima delas, e sem se sentir enojado consigo mesmo quando sucumbia a elas. Semelhantemente, a paciente esquizofrénica de Reich teve que aprender, aos poucos, a “produzir a expressão de ódio assassino nos seus olhos sem se assustar com isso. Isso deu-lhe alguma sensação de segurança relativamente ao seu medo de assassinar alguém; ela percebeu que podemos expressar na sua plenitude um ódio assassino, e que isto não significava que fossemos efetivamente assassinar alguém.”

Se por um lado Rosen e muitos terapeutas orientados bioenergeticamente assumiram o desafio da agressão física na sua própria pessoa, por outro, alguns terapeutas aceitaram o desafio de encontrar o carinho físico em si mesmos. Philip Gold, no seu estudo de caso de uma paciente maníaco-depressiva, descreve como esta passou por uma fase em que sentia a frieza da sua pele. “Em sessões seguintes, ela veio espontaneamente para os meus braços, aninhou-se perto do meu corpo, aconchegou-se e fez sons como se estivesse a mamar e a suspirar, até adormecer’.

O paciente esquizoide tem uma fome profunda semelhante de calor e contacto físico. James não conseguia ir em direção a esta espontaneidade. Em vez disso, ele procurava

o contacto, primeiro compulsivamente, no sentido em que tinha que vir para perto de mim à pressa, e sem avisar ou sem quaisquer movimentos preparatórios. As primeiras vezes que ele fez isto ficou avassalado por sentimentos de maldade por ser tão “deplorável”. Ele aprendeu a aceitar gradualmente as vantagens de se aproximar sem pressa, e envolvendo a sua cabeça.

O ponto de viragem de todo o processo foi quando se tornou possível para ele procurar o outro com os seus lábios. À medida que os seus lábios se tornavam mais mobilizados através do trabalho com o seu sorriso, e que algumas das tensões na sua mandíbula se libertavam através do morder, a sua zona da garganta começou a descongelar. Durante muito tempo, ele tinha-se impedido de sentir esta necessidade através das fantasias sádicas, e pela finura e contração generalizada dos seus lábios e da sua boca. A boca de James mostrou ser a porta para a integração entre a sua cabeça e o seu corpo. Pela boca jorrou uma torrente de sentimentos: eróticos, ternurentos e dolorosos. Pela primeira vez, o seu coração e a sua cabeça fundiram-se nos movimentos expressivos do seu corpo, desencadeados pela carga energética que tinha chegado aos seus lábios. Enquanto que antes, sempre que se tinha permitido chorar tinha sido de forma forçada, violenta e barulhenta através do gargalo da sua garganta, ele tinha se tornado agora capaz pela primeira vez de soluçar profunda e convulsivamente, o que relaxou o seu corpo inteiro e o encheu de calor. Ele re-viveu de forma particularmente vívida a necessidade de estabelecer contacto carinhoso com a sua mãe, e o facto de isso não ter sido possível. Mas agora ele experienciava a falta e a privação dolorosamente e com amargura. Tudo isto sem congelar.

“O calor e o carinho do terapeuta”, escreveu Lowen, “é o agente terapêutico através do qual ele pode levar o paciente mais profundamente para a realidade. O carinho de que precisa o paciente é o calor produzido pelo fluxo energético nos seus próprios tecidos e musculatura. Poucos pacientes encontram maior satisfação do que a de sentirem os seus corpos a ganhar vida, as suas extremidades quentes, e a sua pele rosada.” James tinha-se quase literalmente embebido neste calor ao princípio, usando-me como uma ponte para o seu próprio corpo. Agora, pela primeira vez, ele começou a sentir-se extremamente atraído pelo sexo oposto. O aumento da carga nos seus tecidos corporais foi acompanhado por uma disponibilidade e extroversão espontâneas para a vida social. Ele estabeleceu tentativas de relacionamento com uma ou duas mulheres. Nada disto levou a nada ao princípio, e permaneciam muitos medos e desconfiança fora do contexto terapêutico. No entanto, a orientação da sua vida tinha começado a mudar: de homossexual para heterossexual, de fantasias sádicas para fantasias carinhosas; de contacto dissociado entre o corpo e a cabeça para contacto com o corpo inteiro; de olhos nebulosos ou desligados, para olhos que conseguiam derreter-se com sentimentos; e de uma cabeça que estava entupida e comprimida para uma cabeça doce e clara.

Basicamente, o padrão do fluxo pendular perturbado tinha sido rompido. Enquanto que antes, o movimento ascendente de energia em direção a uma cabeça sobrecarregada, seguido do movimento descendente forçado para os genitais com pouca carga (uma perversão do ritmo normal) tinha sido a sua única forma de funcionar, ele agora recaía no seu mecanismo esquizoide apenas em alturas de stress. Ele foi-se dando cada vez mais conta que era possível masturbar-se com prazer, com a sua cabeça presente na experiência. A sensação de pressão abandonou-o, à medida que a energia foi sendo capaz de se descarregar de forma saudável, as suas pernas fortaleceram-se com o fluxo de energia agora forte, e o seu corpo perdeu a tendência de colapsar.

O maior problema que se mantinha era a questão social. Apesar das suas tentativas mais extrovertidas de estabelecer um relacionamento sexual, ele não conseguia encontrar uma parceira adequada. Durante um tempo ele sentiu que se esperava que ele se deixasse levar compulsivamente por atividades para procurar parceiras, embora se sentisse relutante, por exemplo em ir a bailes ou encontros sociais. Depois de um tempo, a sua ansiedade relativamente a nunca encontrar uma parceira diminuiu, e ele sentia bastante prazer e satisfação nas suas atividades enquanto homem solteiro. De facto, seria verdade afirmar que todas as funções normais da sua vida tinham-se tornado prazerosas, e a maior parte das tensões que ainda se faziam sentir estavam relacionadas com as pressões externas da sua vida profissional.

Ele estava agora em terapia comigo há cerca de 250 sessões. Durante esse período de tempo, ele tinha avançado muito mais do que eu tinha, a certa altura, esperado ser possível. Senti que todas as suas maiores dificuldades tinham sido trabalhadas. Restava-lhe apenas testar a sua nova coordenação na realidade de uma relação sexual. Senti que não havia muito mais a alcançar em terapia, e concordámos mutuamente em encerrar o processo.

Desenvolvimentos após o terminar da terapia

Muitos estudos de caso acabam aqui, e deixam-nos a pensar sobre como é que o paciente experienciou o regresso à vida fora das sessões terapêuticas. Com a pessoa esquizoide, devido à noção distorcida da realidade, é particularmente importante que nos asseguremos que o que foi alcançado em terapia se mantém depois, se quisermos realmente ter uma perceção verdadeira do que foi conquistado. Foi por isso que adiei escrever o que quer que fosse sobre este caso até se terem passado quatro anos.

Pouco depois de finalizarmos a terapia, James apaixonou-se por uma mulher uns anos mais nova que ele, que parecia igualmente atraída por ele. Desenvolveu-se entre eles um relacionamento intenso muito rapidamente. Infelizmente, esta mulher revelou ter um carácter conflituoso e basicamente histérico, e o seu comportamento era encorajar carinhosamente um homem por quem se sentisse atraída, mas tornar-se fria, hostil, e difícil quando se encontrava com uma atração forte em retorno. Eu conheci esta mulher independentemente. Embora ele se sentisse fortemente atraído por ela, apesar dos seus problemas, ela assustou-se com as mudanças na sua vida que implicaria um relacionamento sério, e estava, adicionalmente, sob muita pressão por parte da sua mãe. Por entre cenas tempestuosas, ela terminou conseqüentemente o relacionamento após alguns meses.

Para alguém que tinha demorado tanto tempo a sentir-se suficientemente confiante para estabelecer uma ligação forte com uma mulher, isto foi uma rejeição devastadora que partiu o coração a James, e ele demorou algum tempo a recuperar. No entanto, ele reagiu de uma forma relativamente saudável, com raiva justificada e tristeza. Algum tempo depois desta experiência, ele encontrou um novo alento na vida ao ser promovido no seu trabalho, o que o levou para uma nova cidade, onde conheceu novos grupos de pessoas. Não demorou muito até ele estabelecer contacto com várias mulheres, através de grupos de teatro e grupos humanitários dos quais era membro. Uma destas, uma professora de arte divorciada, com dois filhos, sentiu-se muito atraída por ele.

Aí desenvolveu-se então um relacionamento caracterizado por uma atração mútua e pela descoberta de muitos prazeres que podiam ser partilhados; mas marcada pelo medo pelos dois lados de se comprometerem muito fundo sexualmente. O provérbio “gato escaldado

de água fria tem medo”, aplicava-se aqui aos dois. Ela, por um lado, não se conseguia relaxar sexualmente por culpa, num contexto extraconjugal. Ele, por outro lado, estava secretamente aterrorizado de ter que se forçar a avançar e focar a sua vida num casamento que era esperado por toda a gente.

Esta situação da aproximação do compromisso tornou-se uma situação de stress máximo, em que todos os mecanismos esquizoides se ativaram temporariamente. Ele sentiu-se preso numa situação de expectativa social em que ele era obrigado pelo dever a avançar, de uma forma que o deixou num estado de ambivalência e incerteza totais relativamente aos seus sentimentos. Ele oscilava de dia para dia entre uma forte atração e uma forte repulsa em relação à mulher com quem ia casar, e sentia-se no entanto incapaz de descobrir o que era genuíno no seu comportamento e o que era neurótico e induzido pelo medo. Sensações de pico e de colapso e outros sintomas antigos voltaram com uma nova força. Ele começou a duvidar da sua sanidade, e pouco antes do casamento, veio ter comigo para uma sessão de emergência.

Esta deu-se a um puro nível de aconselhamento. Havia apenas uma coisa que estava a provocar a recaída, que era a sensação de pressão intensa à volta do casamento, uma pressão muito ligada às convenções sociais que acompanham o mesmo. A única forma de ultrapassar a recaída, e restaurar o estado de bem-estar e de estar em contacto com os sentimentos e a capacidade de funcionar de uma forma minimamente prazerosa, era eliminar a sensação de pressão. O único conselho apropriado era de adiar o casamento indefinidamente até ele se sentir atraído com prazer pela ideia. Este conselho simples que

lhe dei funcionou maravilhosamente. Qualquer outra influência do seu ambiente se juntava para lhe dizer “cerra os dentes e vai em frente; já não podes recuar agora”. Ele deu-se conta de que ao adiar o casamento podia correr o risco de alienar a sua parceira para sempre. Ao mesmo tempo, ele sentiu que se ela não tivesse capacidade suficiente para compreender que no estado em que ele estava esta era a única decisão sábia, ela era provavelmente a pessoa errada para ele. O casamento foi então cancelado, consternando amigos e família, mas a sua futura mulher não se alienou, e sentiu quase que um sentimento de alívio, e ambos se sentiram livres para explorar os seus sentimentos em relação um ao outro com mais tempo.

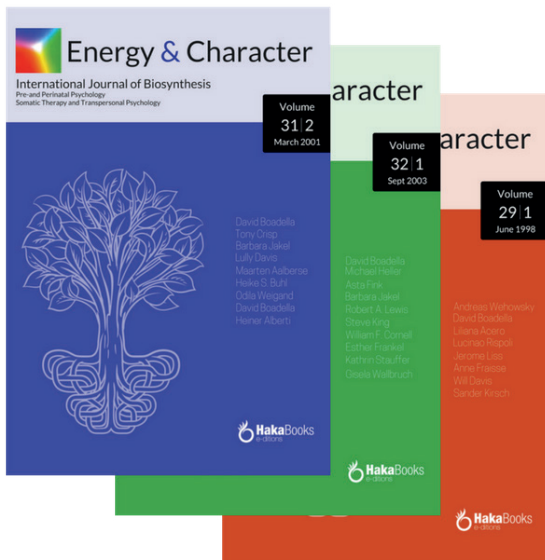
Uns meses mais tarde, da forma mais pacífica possível de imaginar, e quase como uma consideração a posteriori e sem nenhuma sensação de pressão, eles de facto casaram-se, e a relação ainda existe hoje em dia e é muito viva.

Aquilo que importa salientar aqui é que, com exceção desta única sessão de emergência, e de algumas cartas de apoio e discussões, que tiveram lugar com intervalos irregulares entre elas, o processo de adaptação à sua mulher se fez sem qualquer interpretação terapêutica ou comentários da minha parte. Muitas dificuldades relativas à adaptação pessoal continuaram por resolver, e pela informação que recebi deste período a seu tempo, foi um tempo muito hético e explosivo. Muitas pessoas comuns que se deixaram levar, sem uma consciência total, para um casamento convencional, afundaram-se na rapidez de uma convivência íntima para a qual não estavam prontas pessoalmente. O facto de uma pessoa com uma perturbação esquizoide prévia que tendo trabalhado tão honestamente as suas dificuldades, conseguiu um relacionamento tão feliz como resultado disso, revela-nos uma vez mais que dentro do corpo dividido e da mente dissociada jazem poderes de vitalidade e vida criativa.


Referências

1. **Waal, Nic, M.D.**
Private Communication. Fevereiro 1952
2. **Braatoy, Trygve**
Fundamentals of Psychoanalytic Teaching, Nova Iorque, 1954 3- Feldenkrais, Moshe, Body and Mature Behaviour, Londres, 1949
3. **Lowen, Alexander, M.D.**
Physical Dynamics of Character Structure. Nova Iorque e Londres, 1958
4. **Reich, Wilhelm, M.D.**
The Schizophrenic Split, Character Analysis, 3rd ed. Nova Iorque, 1949
5. **Nicoll, Maurice**
Psychological Commentaries, Londres, 1954
6. **Lowen, Alexander, M.D.**
Love and Orgasm. Nova Iorque e Londres, 1965
7. **Reich, Wilhelm, M.D.**
The expressive Language of the Living, Character Analysis, 3rd ed. Nova Iorque, 1949
8. **Fromm-Reichman, Frieda**
Some Aspects of Psycho-Analytic Psychotherapy with Schizophrenics, ed. Brody and Redlich, Nova Iorque, 1952
9. **Rosen, John, M.D.**
Direct Analysis, Nova Iorque, 1953
10. **Gold, Philip, M.D.**
Orgonomic Functions in a Manic Depressive Case, Orgone Energy Bulletin, Vol. 3. Nova Iorque, 1951

Free Article



If you wish to receive more information about the reissue of the journal, we invite you to visit our website www.energyandcharacter.com, where you can get information about how and where to buy them.

 www.energyandcharacter.com
 journal@energyandcharacter.com
 +34 680 457 788 - 620 012 111