

Rematernagem: uma experiência de simbiose construtiva

O presente trabalho consiste em:

Descrição de uma sessão em Biossintese, utilizando o método de linguagem da Biossistêmica, Sessão entre Dora como terapeuta, e Anita, como paciente. As falas são sinalizadas por dois pontos. As explicações, descrições e a experiência interna da terapeuta estão em letra itálica.

Fundamentos teóricos que embasam a sessão realizada:

O trabalho está baseado no modelo relacional de D. W. Winnicott, na comparação entre o conceito de simbiose mutualista em ecologia e a relação terapeuta-paciente em Psicologia, no método de identificação da linguagem terapêutica e nos processos de auto-regulação do organismo de Jerome Liss, no modelo embriológico, no diagnóstico da defesa de caráter esquizo-histérica e na atuação sobre os campos motores de David Boadella.

I - Descrição da sessão

Sessão entre a terapeuta e Anita

Realizada num grupo de treinamento terapêutico.

Sentadas face a face .

Dora: gostaria de tocá-la. Isto está OK para você?

Anita: OK!

Dora delicadamente segura as mãos de Anita

D: (Suspira)...

A: (Suspira)...

Neste momento sinto a paciente desvitalizada, sem movimentos, esvaziada e hipotônica.

A: (Funga com o nariz).

D: (Também funga com o nariz).

Estou buscando empatia somática e a sintonização da onda emocional (tristeza) da paciente.

D: Anita, este nariz... (*método de identificação da linguagem terapêutica – ver descrição na parte II, item 3*)

A: Não quer parar de escorrer, porque estou triste.

D: A tristeza e as lágrimas saem para fora pelo nariz ?

A: Desde que cheguei no curso, há três dias, não me sinto bem. Como se eu estivesse fora daqui; os meus pensamentos estão fugindo...

D: Sim! Seus pensamentos estão fugindo, mas a sua tristeza está aqui.

Toco o peito de Anita na altura do coração. Sinto a paciente desfocada da sessão. Então procuro trazê-la para a realidade do aqui e agora.

Além disso, toco seu peito na tentativa de que ela localize corporalmente sua emoção, uma vez que a tristeza nitidamente afeta o ritmo respiratório...

A: Desde ontem, eu sinto ser impossível estar com outras pessoas. Quando isso acontece, eu me sinto sozinha e fico triste. Eu não consigo encontrar as pessoas aqui no curso.

D: Você se lembra de um momento antigo em que você precisava ?...

Neste momento, sinto uma tristeza muito profunda e tenho contato com a imagem arquetípica do sofrimento escravo: uma mulher negra, velha e gorda, sentada na senzala sentindo banzo (saudades da sua África natal).

Anita fica em silêncio.

Sinto em minha mão o seu coração bater mais forte e acelerado. Talvez seja uma reação desencadeada pela minha pergunta e pelos toques corporais anteriores.

D: Eu sinto na minha mão seu coração batendo, com bastante tristeza e vida.

A: Eu me sinto desesperada.

D (ecoando): Eu, Anita, me sinto tão desesperada... *(num tom de voz que organicamente expressa desespero) – método de identificação.*

Anita toma minhas mãos como se estivesse segurando-se ou agarrando-se na corda da vida. Mostra seu desespero com tal gesto.

Essa é uma vivência corporal da emoção, do encontro entre o desespero da paciente com o acolhimento tranquilo da terapeuta.

Então, ambas entram num ritmo lento e suave de pequenos movimentos com todo o corpo, num balanço, num embalo....

D: Você se lembra de uma experiência, algo muito antigo ?

Essa pergunta é feita num tom muito suave e eu me sinto em profunda ressonância com a paciente.

Neste momento insisto na pergunta, com a intenção de que a paciente resgate uma imagem que simbolize sua tristeza.

A energia de Anita está à flor da pele (ectodérmica). Seu sentimento de isolamento leva-me a pensar em experiências traumáticas muito antigas, em fase pré-verbal, vividas ainda no útero ou logo após o nascimento. Isso pode ter gerado defesas de caráter esquizo-histéricas.

Neste momento, o que aparece é a defesa do tipo esquizo, em que o medo de contato é intenso (ver descrição na parte II, item 6)...

A (extremamente emocionada): Eu me lembro de mim como se eu fosse um bebê. Estou sozinha no berço, não escuto nenhum som e só vejo o teto branco do quarto.

D: (diz suavemente): Posso ser o seu berço ?

Peço permissão à paciente para entrar na sua vivência regredida para trazer à tona uma memória dolorosa (ou fantasia significativa do seu padrão emocional) guardada no inconsciente.

Coloco-me, então, atrás da cadeira de Anita, tocando com o corpo as suas costas e com as mãos, os ombros, criando com isso um berço vivo para contato. Assim, ela pode suportar a situação emocional da lembrança dolorosa.

D (ecoando Anita): Eu sou Anita, eu sou tão pequena, eu só vejo o teto branco do quarto e não escuto nenhum som.

Anita chora profundamente.

Toco o ventre de Anita na intenção de facilitar a liberação visceral da emoção e para localizar a origem dessa emoção no corpo.

A: Eu acho que eu vou morrer aqui.

D (identificando-se): O silêncio me traz a sensação de que eu posso morrer.

Entro na experiência existencial, em que a falta de contato e afeto é vivida como ameaça de morte.

Falta de amor é morte; amor é vida. É o que dá sentido à existência.

Estou em contato profundo com a minha necessidade existencial, e também com a necessidade da paciente.

A: Eu sou um bebê. Eu me sinto paralisada.

D: Você quer experimentar algo novo?

A: Sim! Eu sinto meus pés gelados, eu quero sentir meus pés.

O pedido e a sensação da paciente deixam claros para mim, como conduzir o trabalho corporal. Ocorre uma interação criativa com contato afetivo.

Então, procuro ajudar Anita a deitar-se no chão, de barriga para cima. Coloco os pés da paciente em minha barriga e, delicadamente, tomo as mãos dela nas minhas. As pernas de Anita se esticam e se encolhem, empurrando minha barriga. Nossas mãos e braços fazem um movimento circular.

Começa um lento movimento de balanço, embalo, bastante harmônico, ritmado, pulsado. Esse movimento de pulsação (quando o corpo da paciente abre e fecha, estica e encolhe) é a ação mesodérmica que recarrega e revitaliza Anita e a mim.

Neste ponto da sessão são trabalhados os diversos campos motores (ver descrição na parte II, item 7).

No momento em que há contato endodérmico pés-barriga, obtemos um processo de afeto umbilical, enraizando a área central do corpo de Anita, através de suas próprias pernas, que agora tem um grounding, minha barriga.

O balanço continua...; emerge um profundo e tranquilo choro de alívio.

D: Esse bebê não escuta um som externo, mas será que ele pode ter um som interno?

Anita vocaliza um som "A" prolongado, melodioso e repetido, como fazem

muitos bebês. Dora ecoa. Neste momento se dá um contato, a comunicação ectodérmica.

Esta etapa da sessão é para mim, terapeuta, um momento chave, de healing. É quando temos a integração do Ser nas correntes da vida, ecto, meso e endoderma fluindo em harmonia.

É só no oceano livre e solto que o peixe vive aquilo para que foi criado; a fluidez da vida.

Anita, agora, está centrada, recarregada energeticamente, enraizada e num contato tranquilo e profundo com a terapeuta.

D (identificando-se): Eu sou Anita e agora me sinto...

A: Muito melhor.

A: Dora você está cansada?

D: Não. Eu sinto muita energia.

Essa fala tem a intenção de dar segurança à paciente, servir como antídoto para o sentimento de Anita de que suas necessidades produzem dificuldades ou incômodos para os outros.

A fala de Anita é sinal de que ela não recebeu contato complementar positivo na infância, quando mãe e filha deveriam estar preenchidas pela satisfação das necessidades do bebê. Tal fala pode também estar relacionada com o medo do processo de separação.

Deito-me próximo a Anita, toco meu próprio coração e delicadamente convido Anita a colocar também a mão sobre o meu coração.

D: Você pode sentir meu coração batendo? Você quer ouvir esse som?

Anita coloca suavemente sua cabeça sobre o coração de Dora .

Anita emociona-se; uma lágrima calma e tranqüila forma um pequeno lago, pérola d'água sob seu olho. (Os ritmos corporais da mãe acalmam o bebê).

(Ruído externo...)

A: Com esse ruído o bebê ficou com vontade de se levantar do berço.

D: Esse bebê sai sozinho ou quer ajuda ?

A terapeuta pede feedback (resposta), para não interferir no grau de autonomia deste momento do bebê (não superproteger).

A: Sim! Quer ajuda, quer companhia.

Neste momento a terapeuta está em simbiose construtiva com a paciente, sem se perder de si mesma, mas usando costas e pernas para sair da simbiose em direção à diferenciação e ao "nascimento psicológico do ego". (Mahler,)

Com delicadeza coloco os braços de Anita em torno de mim mesma, de meu pescoço e ombros.

Começo a levantar Anita; deitamo-nos de barriga para baixo. Mantenho os braços em torno dela. Contato endodérmico, suporte do tórax e ventre no solo (grounding) para nos recarregar energeticamente

A: A minha coluna dói.

D: Anita, antes de andar, a criança engatinha.

Engatinhamos juntas, produzindo um momento lúdico.

Ocorre então a reprodução das etapas do desenvolvimento da criança até ficar ereta.

Ficamos em pé.

A 'mãe Dora' está ajudando a criança a caminhar com suporte, pois segura Anita por trás pelas axilas.

Ao refazer as etapas do desenvolvimento neurológico da criança, busco uma construção gradativa do grounding, com centralização em si, contato e suporte afetivo da mãe, sem stress, afrouxando a defesa do caráter esquizo-histérico.

D: A mãe dá apoio nos primeiros passos para que a criança possa ir aonde quiser ou com quem quiser...

Depois da minha frase, Anita escolhe e se dirige para a pessoa de sua maior referência afetiva no grupo e a abraça. Nos três compartilhamos esse momento abraçadas.

Isto demonstra o comportamento de uma mãe não-possessiva que pode compartilhar a experiência, pois permite a amiga participar do contato regenerador.

Naquele momento, busco "reparentar"; ser a mãe presente, afetiva e capaz de permitir a liberdade do ir e vir da criança, sem retirar o afeto.

Assim, Anita poderá fazer uma nova ponte, isto é, desenvolver a capacidade e a iniciativa de buscar o contato com as pessoas, ir para o mundo externo, saindo do seu antigo e ineficaz padrão de paralisia.

A minha hipótese de trabalho, a minha expectativa, é de que essa sessão deixará em Anita uma memória corporal de um novo padrão. Quando ela se encontrar em uma situação de

paralisia, de dificuldade de contato, ela poderá abandonar o padrão velho e utilizar sua nova capacidade de busca do contato com as pessoas do mundo.

O coordenador do grupo em treinamento pergunta: “Anita, do que você gostou nesse trabalho?”

A: Essa experiência me transforma. Eu preciso de companhia. Eu sou capaz de buscar companhia e não quero mais viver sozinha. Eu comumente não confio nas pessoas, mas agora a companhia me traz conforto, para que eu possa fechar os meus olhos...

Ela fecha seus olhos num profundo estado de entrega, preenchimento e nutrição. Emerge um som melódico de Anita e o grupo entra em ressonância.

II – Fundamentos teóricos que embasam a sessão realizada

O presente trabalho está baseado em:

1. Rematernagem: o modelo relacional de Winnicott

Neste modelo a ênfase da relação terapêutica é colocada na qualidade do vínculo.

Para Winnicott, a mãe suficientemente boa é aquela que é previsível e adapta-se ativamente às necessidades e ritmos do bebê, permitindo o desenvolvimento de seu potencial. O terapeuta propicia ao paciente a construção de experiências positivas, abrindo espaço para o seu crescimento e para o desenvolvimento do seu potencial criativo. Este modelo é particularmente interessante quando se trabalha com o paciente questões pré-edípicas.

Cada vez mais tem sido reconhecida a importância de se reparar o paciente. O terapeuta ocupa o lugar da figura parental, de um modo muito diferente da dos pais originais, para poder reparar a dor da criança ferida.

A criança ferida do paciente é aquela cujos direitos básicos foram violados: de existir (ser e ver), de estar seguro, nutrido (ter e provar), de ser autônomo (livre e independente), de ter amor, dar e receber (querer).

Quando esses direitos são violados, a criança desenvolve defesas de caráter para se proteger do *stress* proveniente do mundo.

Aos direitos básicos violados correlacionam-se as seguintes defesas: esquizo-histérica, oral-paranóica, masoquista-psicopata e passiva-fálica, segundo a descrição de polaridades dinâmicas da defesa de caráter feita por David Boadella (1974) no artigo “*Stress* e Estrutura de Caráter”.

Assim, na sessão descrita, a terapeuta Dora busca rematernar com calor e presença a paciente Anita, colocando-se no lugar da mãe ausente. A sessão inicia-se com contato de mãos entre a terapeuta e a paciente. A terapeuta acolhe a tristeza da paciente, sua dificuldade de contato e de estar no aqui e agora.

A paciente traz a memória dolorosa de estar sozinha no berço e o medo de morrer (direito básico violado, o de existir). Neste momento a terapeuta ocupa o lugar do berço, encostando seu corpo nas costas da paciente, que está sentada. Este berço vivo traz um pequeno movimento de embalo e pode ser visto como a reparação do útero frio da mãe. Além disso, a mão da terapeuta toca o ventre da paciente, numa analogia ao cordão umbilical, trazendo a sensação de afeto e conexão calorosas.

Nesta situação de contato, apoio e segurança, a paciente pode expressar a sua emoção, num choro visceral e desesperado, conseqüência do terror do isolamento e do medo de morrer. Agora ela tem o direito de ser e de existir.

No momento em que a paciente relata a sensação de pés gelados, a terapeuta propõe experimentar algo novo. A partir daí, ocorre uma interação criativa, com contato afetivo e alegre, em que ambas (terapeuta e paciente, mãe e bebê) nutrem-se e se recarregam energeticamente (direito à nutrição).

O feto escuta os batimentos cardíacos da mãe (afetos umbilicais), o bebê acalma-se ou se perturba com o ritmo da mãe. Assim, a paciente é convidada a ouvir o coração da terapeuta, numa experiência tranquilizadora de simbiose construtiva.

A partir desse momento, é iniciada a diferenciação entre terapeuta e paciente. A terapeuta revive, com a paciente, as fases posturais motoras do desenvolvimento infantil: virar de barriga para baixo, ficar de quatro, engatinhar, ficar de pé, caminhar apoiada pelas axilas (direito de autonomia).

Com a paciente em pé, a terapeuta diz: a mãe dá apoio nos primeiros passos para que a criança possa ir aonde e com quem quiser (direito de querer, direito ao amor). A paciente, então, se dirige e abraça uma amiga que está no grupo. Termina a sessão com essa amiga, a paciente e a terapeuta abraçadas, e todo o grupo em volta.

Esta sessão é o início de um processo de rematernagem para a reparação da “criança ferida” da paciente, com grande gratificação para a terapeuta e talvez com algum resgate da sua própria “criança ferida” através do outro.

2. Comparação entre o conceito de simbiose mutualista em ecologia e a relação terapeuta-paciente em psicologia

Simbiose construtiva ou mutualismo é a relação na qual dois ou mais organismos vivem juntos, com interdependência metabólica, gerando uma nova unidade relacional com benefícios para os organismos envolvidos.

Um exemplo de simbiose mutualista é o da relação entre a planta de jardim *yucca* e uma espécie de borboleta: se, por um lado, o inseto é o único polinizador da *yucca*, por outro tem na sua flor um ninho para seus ovos, protegido contra predadores.

Nas relações humanas, é freqüente observarmos - por exemplo, no processo de gravidez - a melhora de doenças alérgicas, imuno-depressivas, de depressão psíquica, e o aumento de vitalidade da mãe enquanto o feto se desenvolve. Muitas mulheres descrevem a sensação de preenchimento do vazio existencial trazida pela gravidez, que as leva do estado de solidão para o de plenitude.

Tanto na relação terapeuta-paciente como na mãe-bebê é importante que essa interdependência (simbiose mutualista construtiva) ocorra em algum momento. Isto para que depois, aos poucos, com tranquilidade, possa ser construído o processo de diferenciação, de independência e de individuação dos dois organismos. Este momento de interdependência é o de uma profunda experiência de troca, de doação e recebimento, de acolhimento, confiança e conhecimento mútuos, num contato de *self* para *self*, de essência para essência. O coração vital do processo terapêutico é a qualidade do vínculo e a capacidade de ressonância (capacidade de sintonia entre terapeuta e paciente, indo além da transferência e da contra-transferência).

José Alberto Cotta (1997), em seu artigo “O *setting* fetal ou terapia uterina”, descreve um trabalho de profunda simbiose com pacientes limítrofes:

“Os pacientes precisam da confiança e segurança do útero terapêutico (cheio de vida, continente, com limites flexíveis) para reparar sentimentos assustadores.

À medida em que o terapeuta é capaz de assumir o papel da figura parental (de fato sendo e sendo sentido como) de maneira bastante diferente da dos pais do paciente e à medida em que constrói um *setting* fetal de apoio com segurança, calor, afeição e relaxamento, em direção ao crescimento,

então o *self* ferido do paciente pode ser curado. O útero terapêutico gera e reedita a matriz do verdadeiro *self*.”

Na sessão, terapeuta e paciente vão gradualmente construindo o processo de aproximação e simbiose mutualista, até o ponto em que a paciente coloca sua cabeça sobre o coração da terapeuta. Ambas fruem o prazer e a nutrição do contato num profundo estado de relaxamento e tranqüilidade, formando uma nova unidade relacional.

Segundo Winnicott (1988) em “Os bebês e suas mães”, “talvez o essencial constitua a mais simples de todas as experiências, a que se baseia no contato sem atividade e que cria as condições necessárias para que se manifeste o sentimento de unidade entre duas pessoas que, de fato, são duas e não apenas uma. Estas coisas dão ao bebê a oportunidade de ser”.

A partir do ruído externo, a paciente Anita diz: “Com este ruído, o bebê ficou com vontade de se levantar do berço”.

Baseado nesta nova necessidade da paciente, ocorre o início do processo de separação, quando ambas deitam-se de barriga para baixo no solo. Gradualmente são reproduzidas as etapas do desenvolvimento neurológico da criança, com o apoio da mãe-terapeuta, em direção à independência e à individuação.

3. Método de identificação da linguagem terapêutica de Jerome Liss

Seu método é uma inovação na linguagem terapêutica, que favorece o impulso em crescimento diminuindo as defesas interpessoais.

Segundo as pesquisas de Jerome Liss, pacientes relatam que, ao ouvir interpretações, sentiram-se por vezes insultados, acusados, desvalorizados, criticados, desrespeitados, aumentando suas defesas na relação com o terapeuta. Portanto, algumas interpretações, embora possam ser verdadeiras para o observador, nem sempre servem para curar o paciente. A respeito de interpretações, Winnicott (1971) em seu livro *O brincar e a realidade* diz:

“Só recentemente tornei-me capaz de esperar; e esperar, ainda, pela evolução natural da transferência que surge da confiança crescente do paciente na técnica e no cenário psicanalítico, e evitar romper esse processo natural, pela produção de interpretações e não às interpretações como tais. Estarrece-me pensar quanta mudança profunda impedi, ou retardei, em pacientes *de certa categoria de classificação* pela minha necessidade pessoal de interpretar. Se pudermos esperar, o paciente chegará à compreensão criativamente, e com imensa alegria; hoje posso fruir mais prazer nessa alegria do que costumava com o sentimento de ter sido arguto. Ao interpretar, acredito que o faço principalmente no intuito de deixar o paciente conhecer os limites de minha compreensão. Trata-se de partir do princípio de que é o paciente, e apenas ele, que tem as respostas.”

Para lidar com esta questão, Jerome Liss sugere o uso do método de identificação ao invés de interpretações tradicionais. Neste método, o terapeuta fala a partir do Eu do paciente como alguém que pode sentir o que o outro sente, compartilhando o sentimento ao invés da fala do Tu, que vê e observa o que se passa de fora.

Para isso, o terapeuta utiliza-se da voz orgânica, isto é, o terapeuta repete a fala do paciente no seu conteúdo e modula o tom conforme a emoção emergente. Isto ocorre na sessão do modo seguinte:

Anita diz: Eu me sinto desesperada

Dora ecoa, dizendo: Eu sou Anita e neste momento me sinto desesperada

(com um tom orgânico que expressa desespero).

Outro exemplo do método de identificação:

Dora diz: Eu sou Anita e agora me sinto...

Anita diz: Muito melhor...

Essa forma é preferível a uma pergunta direta, pois pode dar ao paciente uma sensação de maior empatia, facilitando a auto-expressão.

Esse método tem sido pesquisado longamente por Jerome Liss, e mostra, por parte do paciente, diminuição das defesas, aprofundamento na experiência emocional, sensação de ser aceito e compreendido, e maior desenvolvimento da auto-afirmação e auto-expressão.

4. Trabalho de Jerome Liss sobre os processos de auto-regulação do sistema nervoso autônomo

O terapeuta ajuda o paciente a aumentar seu nível de carga energética, estimulando o sistema nervoso simpático. Isto ocorre na sessão quando Anita, a paciente, entra em contato com imagens dolorosas que desencadeiam um aumento de batimentos cardíacos. Ao tocar o peito da paciente na altura do coração, a terapeuta sente isso.

O terapeuta dá continência para que a paciente, em segurança, possa entrar em descarga emocional, propiciando um aprofundamento no sistema nervoso para-simpático. Isso ocorre na sessão quando Anita chora com desespero no berço.

Finalmente, há o recarregar do sistema nervoso simpático de forma harmoniosa a partir de movimentos coordenados com a respiração. Isso ocorre na sessão no momento chamado de interação criativa com contato afetivo. Estas etapas levam à auto-regulação do organismo, do sistema nervoso autônomo.

5. Modelo embriológico de David Boadella - baseado no artigo de José Alberto Cotta (1997) “O setting fetal ou terapia uterina”

O terapeuta propicia ao paciente um espaço vital onde a essência do ser possa desabrochar e as correntes vitais de pensamento, ação e sentimento estejam integradas, formando um ser único na sua individualidade espiritual. Isto acontece na sessão quando Anita está deitada no solo, com os pés na barriga de Dora (enraizamento endodérmico), e suas mãos seguram as de Dora. Então, flui uma interação criativa na qual ambas se embalam e se recarregam energeticamente (atividade mesodérmica). Além disso, Dora pergunta se Anita tem um som interno, Anita emite um som “A” prolongado, que os bebês costumam vocalizar. Dora ecoa esse som (contato ectodérmico). A mudança da paciente neste ponto da sessão é notável e o que aparece é um bebê tranquilo e apaziguado em suas necessidades básicas. O contato dos pés da paciente no ventre da terapeuta é uma analogia pós-natal do enraizamento umbilical na placenta materna (*grounding* endodérmico).

Este modelo embriológico refere-se ao processo formativo, que precisa de um campo organizacional para se desenvolver. Tal processo formativo tem a ver com auto-organização e auto-regulação.

David Boadella define auto-organização como “capacidade endógena de se movimentar do menos para o mais desenvolvido, o impulso evolutivo em direção à plenitude e à auto-regulação como a capacidade natural de se equilibrar onde quer que se esteja”. Se o campo organizacional estiver em ressonância com as necessidades de crescimento da pessoa, o crescimento expressará a essência. De outro modo, há uma deformação em que a essência e a existência estarão cindidas.

No desenvolvimento do feto dentro do útero, a embriogênese é o processo formativo do corpo, e o útero é o campo organizacional para o desenvolvimento embriológico.

Na terapia há a tendência de o paciente curar-se a si mesmo, descobrir suas necessidades emergentes e equilibrar suas energias. Este é o processo formativo. O contato com o terapeuta com sua habilidade para entrar em ressonância com as necessidades do paciente respeitando sua essência, é o campo organizacional.

O ser humano, quando aberto às oportunidades da vida, está em contato com as suas intenções essenciais. Estas conduzem à realização do seu verdadeiro *self* em relação à programação cósmica, por meio da qual o crescimento de uma pessoa segue leis exteriores e interiores, tendendo à auto-organização e auto-regulação, como supramencionado.

“A função da terapia é religar as pessoas à sua profundidade interior, à sua intenção essencial” (Frank Lake, 1992)

6. O diagnóstico da defesa de caráter esquizo-histérica descrito por David Boadella (1974) no artigo “Stress e Estrutura de Caráter”

Defesas de caráter são padrões universais de resposta ao *stress* crônico.

Na sessão relatada, a paciente apresentou defesa de caráter esquizo-histérica, pois as questões e memórias dolorosas que emergiram estavam relacionadas a grande *stress* vivido em fase precoce de seu desenvolvimento (uterino e pós-natal). A experiência lembrada é: a paciente sozinha no berço, privada de contato e ligação afetiva (*attachment*), que a fez reviver o terror de morrer, de paralisar, de não existir.

David Boadella descreve as defesas de caráter de forma dinâmica e polarizada:

“A defesa esquizo-histérica aparece na primeira fase de maturação, que é a de aproximação e separação, a luta por identidade. O bebê necessita de reconhecimento, de ser tocado e olhado para que experimente um sentimento de identidade.

Os contatos alegres da mãe com o bebê são a base da personalização, gerando, posteriormente, a capacidade de relacionar-se amorosamente como adulto. A partir do contato com a mãe a criança aprende a definir seus próprios limites, encarando a si e aos outros, obtendo seu sentimento de pertencer ao mundo.

A ameaça básica à aproximação é o medo do aniquilamento através do desligamento e da separação.

A criança que é privada dessas experiências essenciais de contato vive um sentimento básico e intolerável de medo e desespero. Essa é a agonia da posição esquizóide fundamental de abandono e a desolação de ser eliminada deste mundo. Apesar das diferenças aparentes entre as defesas esquizóide e histérica, ambas são tentativas de lidar com o mesmo tipo de ameaça à aproximação, o medo do aniquilamento.

A pessoa esquizóide experimenta o medo de ‘não ser’ como um terror agudo contra o qual congela-se, paralisa-se e se fragmenta.

A pessoa histérica experimenta o medo de não ser como uma fonte de pânico agudo do qual ela foge (defesa fóbica).

A experiência básica, tanto da posição esquizo quanto da histérica, é de despersonalização, cisão ou fragmentação, mas a resposta esquizo atinge um nível mais profundo de *stress*.

A pessoa esquizóide foi cindida como que por gelo, sua mãe é tipicamente fria e detestável, com o ódio disfarçado e profundamente reprimido.

A pessoa histérica foi cindida como que por raio, relâmpago, a mãe é tipicamente quente e zangada, com a raiva freqüentemente manifesta.

As defesas esquizóides e históricas são o interior e o exterior respectivamente. A pessoa esquizóide é como gelo: ela tem uma periferia congelada, que age como uma barreira atrás da qual ela pode alimentar o calor interior. Frequentemente ela tem uma natureza ardente e apaixonada.

A pessoa histérica é como o fogo, ela tem uma defesa ardente de caráter para neutralizar o gelo que está em seu útero e em seu coração. As questões de pânico no contato reaparecem na fase edípica. A histérica tem um duplo sofrimento: rejeitada pelo pai, no nível da sexualidade genital, e pela mãe, que não lhe permitiu intimidade.

O progresso, para a histérica, é ajudá-la a encarar o medo da morte, da solidão e do abandono do qual ela constantemente foge. Já o progresso, para o esquizóide, significa ajudá-lo a construir os canais de contato através dos quais sua força vital ardente possa fluir.

Para ambos, esquizo e histérico, terapia torna-se um assunto existencial, pois o trauma básico ataca as raízes da existência”. (David Boadella, no texto *Stress e Estrutura de Caráter*).

7. O trabalho sobre campos motores (Baseado em palestra de David Boadella – Fluxo da forma e posturas da alma - adaptada por Rubens Kignel para o Congresso de Wilhelm Reich em São Paulo, 1997)

A atuação do terapeuta sobre os diversos campos motores do paciente é a pedra básica do trabalho de terapia em Biossíntese. A partir de um movimento espontâneo ou de uma necessidade emergente do paciente, o terapeuta desenvolve uma interação criativa, com contato afetivo, envolvendo os diversos campos motores. Resulta disto a pulsação do organismo com movimentos fluidos que expressam a alma do músculo e a essência do ser vivo em sua originalidade.

Boadella descreve os seguintes campos motores: flexão-extensão, tração-oposição, rotação-canalização, ativação-absorção. Estes campos polarizados vão formar o nono campo motor, que é o da pulsação.

Assim, na sessão descrita, a terapeuta inicia o trabalho sobre os campos motores a partir dos pés gelados da paciente, que necessitavam de contato, calor, e *grounding*.

No momento da interação criativa com contato afetivo, a paciente Anita está deitada com as costas no solo; a terapeuta Dora está em pé. Os pés da paciente, na barriga da terapeuta, fazem uma leve oposição. As pernas da paciente fazem um movimento de flexão e extensão. Simultaneamente, a terapeuta inclina-se sobre a paciente, tomando as mãos dela nas suas, provocando uma ligeira tração. Mãos e braços de ambas fazem um movimento de rotação.

O campo de canalização aparece através do olhar da paciente, que está focado no rosto da terapeuta, que, usa sua voz, ecoando o som “A” prolongado, que a paciente está vocalizando, para prover e garantir segurança no contato.

O campo de ativação acontece, pois ambas se recarregam energeticamente. O campo de absorção se dá quando a paciente está com a cabeça sobre o coração da terapeuta.

Todos esses campos motores trabalhados na interação criativa geram o nono campo motor, que é o da pulsação.

“O coração do feto começa a bater 21 dias após a concepção. O corpo tem várias pulsações. Uma pulsação-chave relacionada à emocionalidade é o ritmo da respiração, que inicia imediatamente após o parto. As circunstâncias do parto têm uma poderosa influência nos nossos hábitos de respirar. A primeira inspiração começa no parto, e a expiração significa a morte.

Existe uma relação entre pulsação da respiração e cada um dos pares de campos motores precedentes, particularmente com os quatro primeiros acima descritos. Se os movimentos de flexão e extensão forem alternados, abrindo e fechando em qualquer articulação do corpo, com sincronização no ritmo da respiração, teremos um processo de coordenação. Esta é visível em micro movimentos da espinha, que acontecem na respiração relaxada. Se a pessoa está tensa ou preguiçosa, esta coordenação pode interromper-se.

Se o terapeuta encoraja ou induz um ritmo de abrir e fechar as pernas e braços, por exemplo, em sincronia com a respiração, existem duas maneiras de criar esta coordenação: chamamos isto de ação de contenção e ação de alívio.

Na ação de contenção, nos movimentamos para fora, inspiramos, estendendo os braços ou pernas na inspiração. Na ação de alívio, nos movimentamos para fora, expiramos, estendendo os membros na expiração. O primeiro constrói limites e contém carga: é útil em estados de medo e fraqueza. O segundo padrão é útil em estados de tensão ou bloqueio: ajuda a abrir espaços, expressões emocionais e carga.

Os campos motores trabalham com a alma do músculo. Eles expressam padrões de intencionalidade latente. Formam a pedra básica dos esquemas afeto-motores tão básicos ao desenvolvimento. Eles unem movimento à respiração e movimento a sentimento e podem ser usados para construir uma nova imagem corporal refletindo a potencialidade de resposta adaptável ao *stress* do meio e para sentir a alegria de viver”.

Bibliografia:

BOADELLA, David , “*Fluxos da forma e posturas da alma*”, artigo baseado em palestra feita durante o 12o.

Congresso Mundial de Medicina Psicossomática Universidade de Basiléia, setembro 1993, traduzida por Karim Sachs e adaptada por Rubens Kignel para o Congresso de Wilhelm Reich em São Paulo, 1997, no site <http://www.ax.apc.org/-jgco/orgoniza/artigos/9campos.htm>.

BOADELLA, David, Correntes da vida, São Paulo, Editora Summus, 1985.

BOADELLA, David & Smith, D.L. Maps of character, London, Abbotsbury Publications BCM – Chesil, 1974.

COTTA, José Alberto, “*O setting fetal ou terapia uterina (Uma forma de trabalho com as estruturas limítrofes em psicoterapia corporal)*”, in Energia e Caráter, no. 1., São Paulo, Editora Summus, 1997.

LISS, Jerome, “The Philosophy of Science and the clinical researcher: a proposal for a new Scientific Psychology”, São Paulo, Editora Astrolábio, 1986.

LISS, Jerome, “Vertical and inner grounding deepened by the sympathetic-parasympathetic rebound”, in Energy & Character, 4, vol. 20, nr. 1, April 1989.

PRESCOTT, L. M., Harley, J. P. & Klein, D. A. “Microbiology”, London, W. C. B. Publishers, 1996.

WINNICOTT, D. W., O brincar e a realidade, Rio de Janeiro, Editora Imago, 1971.

WINNICOTT, D. W, Textos selecionados da Pediatria à Psicanálise, Rio de Janeiro, Editora Francisco Alves, 1978.

WINNICOTT, D. W, Os bebês e suas mães, São Paulo, Editora Martins Fontes, 1988.