

ESTUDO DE CASO

Paciente Laura, psicoterapeuta biodinâmica. agosto de 2000

Este processo terapêutico estendeu-se por cinco anos, de 1993 a 1997, com um ano de intervalo em 1995. Nos dois primeiros anos, a paciente basicamente recebeu massagem biodinâmica. Em meados do segundo ano iniciou-se o trabalho de descongelamento do trauma. No terceiro, o atendimento foi interrompido. No quarto e no quinto ano houve um aumento crescente em direção à psicoterapia verbal.

À época do início do tratamento Laura tinha 30 anos, era casada havia cinco e tinha uma filha de dois. Era formada em Pedagogia mas não exercia a profissão, dedicando-se a cuidar da casa e da filha. Com 25 anos fora morar com Alexandre, comerciante de classe média, sem a aprovação de sua família, que é de origem tradicional e abastada. Em 1996 separou-se do companheiro.

Laura procurou terapia queixando-se de depressão e por sentir-se muito mal como mulher por estar gorda (estava 10 kg acima do peso). Tomava, diariamente, doze comprimidos de anti-depressivo (cloridrato de amitriptilina, 25mg.).

No relato de sua história, Laura comenta que, segundo sua mãe, foi um bebê e uma criança “muito boazinha”, que deu muito pouco trabalho. O único problema foi a relação com a irmã, Celina, um ano e meio mais velha que a paciente. Quando Laura nasceu, Celina teve muitos ciúmes; ficou agressiva, batia no bebê. Por isso, a mãe a protegia escondendo-a da irmã. Enquanto ela amamentava o bebê, trancada no quarto, Celina esmurrava a porta e gritava sem cessar. Laura ficava longas horas sozinha no berço, sem chorar pois, como dizia, era muito boazinha.

Laura era uma menina desligada, distraída, de perfil longilíneo e ectomorfo (ver mais sobre biopsicopatologia no artigo de Ricardo Rego, 1994). Vivia “no mundo da Lua”, ia mal nos estudos.

Laura: Eu vivia no meu mundo de fantasia.

Segundo D. W. Winnicott (1971) em O Brincar e a Realidade, o fantasiar é uma defesa contra a depressão. Sonhar e viver pertencem à mesma ordem, enquanto o fantasiar pertence a outra ordem de fenômenos. O sonho ajusta o relacionamento da pessoa com objetos no mundo real. A fantasia, por sua vez, promove isolamento, absorve energia, e não contribui quer para o sonhar quer para o viver. O sonho está ligado à repressão enquanto a fantasia está ligada à inacessibilidade e à dissociação. Gradativamente, à medida que o paciente começa a tornar-se uma pessoa total e a perder suas dissociações rigidamente organizadas, o fantasiar começa a transformar-se numa imaginação relacionada com o sonho e a realidade, enriquecendo a vida.

Nota: ao final do processo terapêutico de Laura, o fantasiar transformou-se em atividade criativa, como escrever poemas e fotografar.

L: Era muito doído ser considerada a loura burra, linda mas sem nada na cabeça. Sou frequentemente comparada com Celina, que é feia mas muito inteligente.

Na adolescência, Laura passou por um período de rebeldia; vestia-se como hippie e andava em companhia de outros jovens que seus pais desaprovavam. Depois de casada (não

oficialmente) passou dois anos tentando engravidar, e chegou a sofrer um aborto espontâneo. Na segunda gestação teve ameaças de aborto, e seu médico (que era amigo do marido) recomendou-lhe repouso absoluto. A paciente ficou seis meses de cama, levantava-se apenas para ir ao banheiro, com medo de que isso provocasse a interrupção da gravidez. Alimentava-se no quarto. O início de sua depressão data dessa época. Desses seis meses, passou cinco na casa da mãe, sentindo-se rejeitada e abandonada pelo marido, que, a pretexto de estar com muito trabalho, vinha visitá-la apenas nos finais de semana.

A hipótese diagnóstica da terapeuta foi a de depressão exógena (do ponto de vista da Psiquiatria), desencadeada pelo abandono do marido e pela imobilidade do repouso absoluto.

L: Além do pânico de perder o bebê e o marido, eu sentia muita angústia no peito.

No início do tratamento, a paciente apresentava defesa de caráter esquizóide e mostrava-se cindida, desconectada tanto de problemas externos (nada era problema) quanto do seu sofrimento interno. Os relatos de sua história eram escassos, verbalizados sem afeto, sem a emoção correspondente.

Segundo David Boadella (1974) em seu artigo “*Stress e estrutura de caráter*”, a defesa esquizóide histórica desenvolve-se como uma resposta ao stress crônico gerado pelo terror de aniquilamento, o não ter direito à existência. Em pacientes com esse perfil, as questões principais a serem trabalhadas são a confiança básica, a formação de identidade, o direito a um lugar no mundo, e a fobia de contato e de intimidade.

Durante o primeiro ano da terapia, Laura mantinha-se desconfiada arredia e distante afetivamente da terapeuta; a qualidade do vínculo parecia ser frágil durante as sessões, embora ela nunca tenha faltado ou chegado atrasada. Corporalmente, ela apresentava olhar retraído, desfocado, e forte tensão muscular no segmento oral (masseteres, região occipital), mas os músculos em torno da boca eram hipotônicos. Mostrava também hipertonia na parte posterior do pescoço e o músculo esternocleidomastóideo bastante espástico. Queixava-se de não sentir direito o seu corpo. Durante a respiração, o peito permanecia praticamente imóvel e congelado, e o abdômen apresentava pequenos movimentos, com muita tensão diafragmática. Braços e costas eram hipotônicos, exceto pela grande tensão na musculatura paravertebral da região torácica (mais ou menos da quarta à décima vértebra torácica). A pelve era retraída e as pernas tinham um bom tônus.

Por intermédio da descrição corporal é possível formular a hipótese de defesa de caráter esquizo-oral da paciente: retração ocular e no contato visual, hipertonia do occipital e hipotonia da boca e dos braços, mostrando perturbações na fase de suporte e nutrição. Sua amamentação e sua existência foram afetadas pelos ciúmes da irmã e pela atitude da mãe.

Basicamente, os recursos terapêuticos utilizados nessa fase foram:

- a) massagem biodinâmica de escoamento (André Samson, 1995) sobre a couraça tissular, pois Laura estava bastante inchada por causa da retenção de líquidos nos tecidos do corpo em geral, como efeito colateral da medicação anti-depressiva;
- b) massagem colônica (Mona-Lisa Boyesen, 1996), pois o abdômen estava espástico e havia grande tensão diafragmática e obstipação intestinal crônica, também efeito colateral do anti-depressivo;

- c) massagem de contorno - um toque firme e suave sobre a pele, por todo o corpo, na intenção de fortalecer os limites corporais, o “eu pele” que diferencia o eu e o outro em direção à construção de identidade somática. Obs.: a pele da paciente estava ressecada, desvitalizada, com sinais de psoríase;
- d) postura terapêutica de acolhimento e ausência de interpretações.

Com essa conduta a paciente sentia-se bem, relaxava, ficava mais vitalizada, mas apresentava poucos ruídos peristálticos. Após três meses do início do tratamento a paciente foi encaminhada a um psiquiatra, amigo da terapeuta, para reavaliação medicamentosa. Passou a tomar um comprimido do anti-depressivo (cloridrato de fluoxetina 20mg.).

No final do primeiro ano, Laura havia desinchado, emagrecera 12 kg e sentia-se melhor como mulher. Parou de tomar qualquer medicação. Apresentava sinais de auto-regulação psico-orgânica com a peristalse bastante aberta, com um grande número de ruídos de pedras e fluidos. Estava muito mais vitalizada tanto organicamente quanto em relação à disponibilidade para o contato humano. Segundo Gerda Boyesen (1983) em Cadernos de Biodinâmica, a terapia biodinâmica visa à harmonização e à restauração das forças vitais para que a personalidade primária possa se manifestar.

Durante o segundo ano da terapia permaneciam as queixas de tensão muscular no segmento oral, de angústia no peito e de dificuldade em se relacionar com o marido e a irmã. A paciente dizia estar magoada com ambos, relatando comentários feitos por eles no ano anterior.

Celina: Nossa, Laura! Seu marido é tão legal em aceitar uma mulher deprimida e gorda! (num bar, diante de Alexandre)

L: Eu não respondi nada, apenas chorei, porque era verdade. Meu marido paquera outras mulheres na minha frente, reclama que sou pesada, que não ganho dinheiro e que está cansado de sustentar a casa. Sexualmente está ruim, ele me agride e depois quer transar como se nada tivesse acontecido. Não me dá carinho, só quer sexo, me sinto uma boneca, não uma mulher amada.

Essas questões foram trabalhadas na psicoterapia.

L: Quero deixar de ser boazinha, mas sinto muita culpa quando reajo agressivamente.

Laura contou que o marido se acha o máximo, cognominando-se Alexandre, o Grande, desde sua adolescência. Sedutor, amável, muito querido socialmente, ele construiu uma casa na praia com dinheiro de tráfico de drogas. Lá, deixava-a muito tempo sozinha com a filha para ir velejar com os amigos.

Durante esse segundo ano, os recursos terapêuticos utilizados foram:

- a) acolhimento das queixas; a paciente agora chorava com frequência nas sessões;
- b) massagem sobre a couraça muscular, para desbloquear tensões e aumentar o fluxo energético. Toques sobre regiões hipotônicas, usando a técnica *palming*, que dá suporte e continência para que as vibrações energéticas possam acontecer

- no corpo do paciente e serem experimentadas em segurança, visando restabelecer a circulação libidinal e fortalecer o ego motor corporal;
- c) trabalho verbal do direito de sentir raiva e de reagir com raiva, e a culpa por tal reação.

Numa das sessões, ao massagear o peito de Laura usando a técnica de relaxamento dinâmico (descrita em 1970 por Gerda Boyesen em um artigo que tem o mesmo nome), ela entrou em contato com sua queixa de profunda angústia e aperto no peito, ao lembrar-se da seguinte cena:

L: Sou pequenina, estou sentada no berço, sozinha, muito quieta, ao meu redor nada, nenhum brinquedo, nenhum som, nada... Só o que percebo são fracos raios de sol acariciando minha face; sinto um vazio no peito e uma tristeza sem fim, sem lágrimas.

Neste momento ela chora profunda e convulsivamente, encolhe-se, toma as mãos da terapeuta e as segura junto ao coração. A possibilidade de expressar a tristeza, no contato, parece reparadora da dor de abandono.

Segundo Winnicott (1983) em O Ambiente e os Processos de Maturação, o que traumatiza é a repetição da falha ambiental. Talvez a paciente tenha vivido essa cena repetidas vezes, já que era um bebê muito sozinho, que não chorava. Aqui encontramos a formação de um *self* adaptativo, um falso *self* -- a criança que não pode brincar, que não pode criar sua forma própria, e tem que se adaptar ao ambiente para sobreviver e proteger o verdadeiro *self*.

Este foi o início do descongelamento do trauma, localizado corporalmente no peito, e do processo de reparação. A massagem é um poderoso instrumento terapêutico, que permite ao paciente experimentar diversas sensações - ser ninado, embalado, protegido, nutrido, contido, acolhido, vinculado -, reparando aspectos da falha materna e transformando padrões de abandono. Laura passou a expressar suas emoções de tristeza e raiva mais frequentemente nas sessões. Dizia ter vontade de se separar do marido, mas muito medo de fazê-lo. Brigava amiúde não só com ele mas também com sua irmã. Por outro lado, fez um curso de fotografia, na intenção de buscar uma nova profissão, passou a escrever poemas românticos (dos quais tinha vergonha), e voltou a correr e a fazer longas caminhadas.

Cerca de três meses após a sessão descrita acima, a paciente pediu alta da terapia, dizendo estar se sentindo muito melhor e mais forte. Queria andar com as próprias pernas para se sentir independente. A terapeuta concordou e ficou combinado que caso sentisse necessidade Laura voltaria a procurá-la.

Nesta etapa do processo terapêutico ficou estabelecido o elo de ligação entre o trauma original da história passada (abandono da criança no berço pela mãe) e o sofrimento da história atual (atitude de abandono do marido). É notável como Laura aceitava resignadamente os abandonos: a criança boazinha que não chorava, e a mulher submissa que não reclamava nem brigava com o marido. Este era o aspecto passivo da personalidade da paciente, que criava a contrapartida da raiva e do ódio inexprimíveis.

Quando Laura pede alta, o que aparece é sua resistência em relação à terapia. O tema é dependência versus independência. Em sua transferência negativa ela abandona a terapeuta, que nesse momento talvez simbolize a mãe e/ou o marido. É provável que para

Laura, neste momento de vida, fosse muito difícil lidar com os conteúdos emergentes. O aspecto positivo do seu pedido de alta é um ensaio de independência e autonomia.

Laura ficou um ano sem terapia. Voltou no início de 1996, queixando-se de estar novamente deprimida. Permaneceu por mais dois anos em psicoterapia corporal.

Nesse período foram utilizados basicamente:

- a) massagem colônica (Mona-Lisa Boyesen, 1996), para liberar a tensão diafragmática, couraça visceral, e permitir um fluxo mais livre das expressões emocionais: medo, raiva, tristeza e alegria;
- b) massagem de distribuição de energia (Ebba Boyesen, 1977). Ebba desenvolveu esta técnica, entre 1974 e 1975, como uma forma potente de se entrar em contato com os sentimentos e fluxos energéticos internos de uma pessoa, algumas vezes descritos como “onda oceânica”. Tal técnica é detalhadamente descrita por Clover Southwell em seu artigo “*The Energy Distribution Treatment*” (1978);
- c) massagem no periósteo, para lidar com aspectos de tensões estruturais;
- d) psicoterapia verbal, para a elaboração dos conflitos psíquicos que surgiram a partir da massagem;
- e) interpretações oferecidas com muita suavidade e pouca frequência;
- f) técnicas de psicoterapia corporal em Biossíntese, trabalhando os campos motores, trabalho este que guarda bastante semelhança com o processo de livre associação de movimentos descrito pela Psicologia Biodinâmica como vegetoterapia;
- g) exercícios orgonômicos, para trabalhar questões de sexualidade, e de *temper tantrums*, para lidar com questões de auto-afirmação e expressão de raiva.

Qualquer técnica terapêutica (toques, massagens, exercícios corporais, interpretações) deve ser utilizada com cuidado, respeitando o contexto da situação e o momento transferencial e contratransferencial da relação terapeuta-paciente (para maiores detalhes, ver o artigo “*Transferência e Contratransferência em Psicoterapia Corporal*”, de André Samson, 2000).

Todo o processo se encaminhou no sentido de abrir as possibilidades para que Laura pudesse vivenciar sua personalidade primária. Para tal, ela precisava entrar em contato com sua personalidade secundária.

Segundo Gerda Boyesen (1983), em Cadernos de Biodinâmica, e (1986) em Psiquê e Soma, a pessoa que vive sua personalidade primária está em contato com sua circulação libidinal. As correntes energéticas do corpo estão fluindo livremente, permitindo a manifestação dos impulsos internos originais e promovendo a atualização dos potenciais humanos individuais. A personalidade primária é espontânea, criativa, confiante, auto-afirmativa, não tem dificuldades para dizer sim ou não, e tende para a auto-regulação, a auto-realização, a satisfação e a plenitude. É independente e possui a capacidade de estar só quando necessário e desejado. É capaz de expressar suas emoções sem culpa, de dar e receber, de amar, e de viver sua sexualidade de forma integrada. Vive em contato com seu eu instintual e espiritual. Tem prazer em viver, sentindo-se pertencente ao seu meio ambiente.

Quando a personalidade primária da pessoa é impedida de se manifestar, de se auto-realizar, surge a personalidade secundária. É o lado escuro do caráter, neurótico e encouraçado. Corporalmente seu padrão é de contração, experimentando culpa ao expressar seus sentimentos. Sua circulação libidinal está bloqueada, o impulso interno real não pode emergir. É dependente dos outros para sua satisfação e bem-estar. Com tendência a ser oral, questiona o seu direito de existir e é moldável pelo ambiente. A auto-afirmação de sua vontade está prejudicada. A pessoa desenvolve a personalidade secundária para ajustar seu ambiente e para proteger-se de ameaças externas e sobreviver. Ela é fruto de uma educação repressora e distorcida.

Neste trabalho com as personalidades primária e secundária, Laura trazia falas como:

L: Desde criança, nas representações teatrais da escola, escolhiam-me para fazer o papel de anjo ou o de sol. Na relação com o meu marido, era sempre ele a sombra, o agressivo, o violento. Sempre tive medo dele.

Aos poucos a paciente pôde assumir seu ódio e sua destrutividade:

L: Durante uma viagem de avião, enquanto eu estava muito angustiada, ele iniciou uma conversa com outra mulher, falando sobre minha depressão. Chorei muito, é um absurdo, ele me expõe, me ridiculariza e me humilha na frente dos outros. Não quero mais agüentar isso, não quero mais ser boazinha (traço masoquista de sua personalidade).

Corporalmente, o que mais se ressaltava na paciente era uma forte tensão no segmento oral, que produzia intensas dores nos masseteres e desgaste dos dentes. Sua dentista queria pôr aparelho para corrigir isso. A terapeuta discordou desta conduta, pois tal tensão era um sintoma decorrente do processo terapêutico e significava a raiva, o ódio que ainda não podiam ser inteiramente expressos. Iniciou-se então um trabalho que alternava massagem distributiva, feita no corpo em geral, massagem colônica, feita no abdômen, e massagem no perióstio. Esta última foi feita na cabeça, principalmente na base do crânio (osso occipital, processo mastóide) e na face (nos zigomáticos, nos maxilares superior e inferior, e na gengiva, por dentro da boca). Além disso, foi massageada toda a estrutura muscular envolvida, e mais intensamente os masseteres.

É provável que tal tensão oral tenha tido origem na época da amamentação de Laura, que era perturbada pelos ciúmes de Celina. A irmã batendo e gritando do lado de fora do quarto onde estavam a mãe e o bebê pode ter gerado grande ansiedade em ambas. Se Laura pudesse se expressar verbalmente então talvez dissesse: tenho pânico de perder o seio, tenho ódio por não ter direito a um seio tranqüilo. A hipótese é de que a massagem no perióstio pudesse liberar medos e raivas estruturais do ponto de vista corporal. A dor na região oral perdurou ao longo do quarto ano do atendimento, durante o qual a paciente viveu o processo de separação do marido. Laura pôde sustentar as brigas e suportar a culpa, embora isso fosse difícil. Também se defendia verbalmente muito melhor das agressões da irmã.

L: Não tenho culpa de ter nascido mais bonita do que ela, nem me acho atualmente mais burra.

Nas sessões aparecia o desejo de morder e cuspir. Ela mordida uma toalha, que simbolizava provavelmente o seio, vivendo o direito de expressar raiva. O ponto de contato da boca do bebê com o seio da mãe é uma forma de *grounding* e *attachment* (a importância destes conceitos no desenvolvimento emocional do ser humano foi descrita por David Boadella, 1974, em seu artigo “*Stress e estrutura de caráter*”).

L: Quando me sinto insegura a tensão na boca aumenta. Quero cuspir, pois nunca mais desejo engolir sapos ou permitir que me tratem de qualquer jeito.

Finalmente, numa dada sessão, durante praticamente cinquenta minutos Laura conseguiu expressar verbalmente sua transferência negativa, dizendo à terapeuta frases como:

L: Estou pagando, quero ser atendida exatamente na hora combinada.

L: Muitas vezes, quando eu peço orientação de como tratar minha filha, você fica mais preocupada com ela do que comigo. Isso me deixa com muita raiva de você.

L: Não gostei quando...

L: Não quero mais que...

A terapeuta procurou acolher e suportar as críticas, embora tenha ficado sensibilizada e impactada por elas (tantas críticas feitas de uma só vez! Será que foi tudo tão ruim?). Durante a sessão, a terapeuta perguntava:

Glória: Tem mais?...

Algumas horas depois da sessão, Laura telefonou pedindo desculpas e perguntando se tinha sido muito dura. A terapeuta respondeu que isso fazia parte da evolução positiva do processo terapêutico, embora, sim, tenha ficado incomodada.

Winnicott (1990), quando fala sobre a posição depressiva em A Natureza Humana, descreve o “ciclo benigno”, no qual a criança ataca e fere a mãe (em fantasia ou na realidade), sente-se culpada, não sofre retaliação por parte dela, e então pode fazer um gesto, algo para reparar o dano causado.

A terapeuta considera que essa sessão foi muito importante para que Laura pudesse trabalhar o medo de seus próprios impulsos destrutivos. A relação entre a terapeuta e a paciente não só sobreviveu como o vínculo ficou mais forte, saudável e verdadeiro.

Após a liberação da tensão do segmento oral, a paciente mostrou-se muito mais alegre e confiante. Questões de sexualidade foram abordadas sem maiores complicações.

L: Sinto vontade de namorar e passear, quero ser feliz, sou jovem, bonita e acho que tenho direito de viver. Só quero desta vez fazer uma escolha melhor. Quero uma pessoa mais parecida comigo, que compartilhe os meus sonhos. Quero ter mais filhos.

No quinto ano da terapia a paciente estava bastante bem, voltou a namorar e passou a trabalhar como fotógrafa free-lancer. Começou a praticar capoeira, arte marcial que, segundo as pesquisas do somaterapeuta Roberto Freire (1988), é um excelente trabalho sobre a couraça muscular. Tinha medo de parar a terapia, de ficar independente e não conseguir sustentar sua independência, de voltar a se deprimir.

Isto foi elaborado em nível verbal, no sentido de reafirmar as conquistas e o crescimento emocional da paciente. Laura havia adquirido potência; a potência não estava na terapeuta. De fato, quando a relação terapêutica acontece de *self* para *self*, de essência para essência, pode ser curadora e transformadora para paciente e terapeuta. Tal relação é carregada de afetos positivos e negativos, permeada por interações vivas e criativas, que vão da transferência e contratransferência em direção à ressonância entre ambos.

Passados quase três anos, Laura às vezes dá notícias à terapeuta. Continua desenvolvendo seus projetos pessoais e vivendo mais perto de sua essência, de seus desejos e de sua personalidade primária. Como afirmou Winnicott (1971) em O Brincar e a Realidade, a vida é a terapia que faz sentido.

BIBLIOGRAFIA

Boadella, David, “*Stress e estrutura de caráter*”, artigo traduzido pelo Instituto Brasileiro de Biossíntese do livro de Boadella, David, e D. L. Smith, Maps of Character, London, England, Abbotsbury Publications BCM – Chesil, 1974.

Boyesen, Ebba, “*The Essence of Energy Distribution*”, Energy & Character, vol. 8, 1977.

Boyesen, Gerda, Entre Psiquê e Soma, São Paulo, Editora Summus, 1986.

_____, “*Experiences with Dynamic Relaxation and the Relationship of its Discovery to the Reichian Bioenergetic View of Vegetotherapy*”, Energy & Character, vol. 1, 1970.

_____ e colaboradores, Cadernos de Psicologia Biodinâmica, vols. 1, 2 e 3, São Paulo, Editora Summus, 1983.

Boyesen, Mona-Lisa, “*Massagem Colônica*”, artigo traduzido pelo Instituto Brasileiro de Psicologia Biodinâmica em 1996.

Freire, Roberto, “*Soma, uma terapia anarquista. A alma é o corpo*” Edit. Guanabara, Rio de Janeiro, 1988.

Rego, Ricardo Amaral, “*Psicoterapia e Corpo. I – Biopsicotipologias*”, Revista Reichiana, no. 3, Instituto Sedes Sapientiae, 1994.

Samson, André, “*Massagem de Escoamento*”, artigo do Instituto Brasileiro de Psicologia Biodinâmica, 1995.

_____, “*Transferência e Contratransferência em Psicoterapia Corporal*”, artigo do Instituto Brasileiro de Psicologia Biodinâmica, 2000.

Southwell, Clover, “*The Energy Distribution Treatment*”, Energy & Character, vol. 9, 1978.

Winnicott, D. W., Natureza Humana, Rio de Janeiro, Imago Editora, 1990.

_____, O Ambiente e os Processos de Maturação, Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1983.

_____, O Brincar e a Realidade, Rio de Janeiro, Imago Editora, 1971.