

O SOPRO DA VIDA E O SUSPIRO DA MORTE (*)

*Amadeu de Oliveira Weinmann (**)*

*Uma vela acesa respira e o resultado é a chama.
O corpo respira e o resultado é a vida.
Nem a chama nem a vida são substâncias, mas processos.
A chama é tão diferente do pavio e da cera
quanto a vida, do corpo,
a gravidade, da maçã em queda
ou o amor, dos hormônios.
(John W. Severinghaus, citado em Gaiarsa, 1990: p. 8)*

INTRODUÇÃO

Este é um artigo eminentemente clínico, ou, melhor dizendo, teórico-clínico. Inspirou-se em um caso clínico particular e procurou produzir reflexões teóricas que abarcassem este caso em sua singularidade. Ao mesmo tempo – e como haveria de ser diferente? –, transitou por temas tão gerais – e cruciais – como respiração, vida, morte, modalidades de articulação entre o psíquico e o somático, dentre outros. Através desta costura entre o geral da teoria e o específico de um caso clínico, espero estar contribuindo para o aprimoramento da psicoterapia de inspiração reichiana.

VIDA, MORTE E RESPIRAÇÃO

Alexander Lowen, em sua monografia *A vontade de viver e o desejo de morrer*, propõe algumas reflexões interessantes. Comenta que, muitas vezes, as resistências de um paciente ao tratamento são de tal ordem, que parece que renunciar ao caráter neurótico constitui-se em uma experiência tão ameaçadora como a de entregar-se à morte. Entre as resistências mais típicas, Lowen examina uma em particular: a *vontade de viver*.

Lowen questiona-se acerca de como pode a vontade de viver ser considerada uma resistência ao tratamento. Em resposta, afirma que a vontade é um instrumento do ego, que só é posto em ação quando há um obstáculo a ser transposto. Que obstáculo, então, seria este? E a quem estaria se opondo? De acordo com Lowen, a vontade de viver somente é mobilizada se, paralelamente ao *desejo de viver* – e em conflito com este –,

(*) Artigo publicado na *Revista reichiana do Instituto Sedes Sapientiae*, São Paulo, ano XI, n. 11, p. 21-32, 2002.

(**) Psicoterapeuta Reichiano (CRP: 07/09371), especialista em Clínica Psicanalítica e doutor em Educação.

existe um forte *desejo de morrer*. Assim, a vontade de viver consistiria em uma formação de compromisso entre estes dois desejos contraditórios e estaria a serviço da defesa do ego contra o desejo de morte.

Em relação à origem destas duas correntes de desejo, Lowen (s/d: p. 5) postula o seguinte: “no mais profundo nível da personalidade em todos os organismos há um desejo de viver que é expressão da força vital positiva do indivíduo. O desejo de viver é o fenômeno biológico que motiva o instinto de auto-preservação” (prefiro pensar que o desejo de viver é a *expressão subjetiva* desta força vital). Em contrapartida, o desejo de morrer decorreria de experiências de *dor intolerável* – pois a morte é o alívio definitivo de toda dor – e resultaria em um rebaixamento da potência das funções vitais, especialmente da respiração¹.

Em termos orgonômicos, poderíamos expressar esta questão da seguinte forma. Reconhecemos operando em toda a natureza – e, portanto, também no organismo humano – uma tendência desagregadora (entrópica), a qual Freud (1996 [1920]) denominou *Thanatos*². Por outro lado, Reich sustentou que o *orgone* contraria o princípio de entropia, reunindo matéria e energia em unidades cada vez maiores e mais complexas – tal como Freud sugeriu atuar *Eros*. Penso ser possível afirmar que, no organismo infantil, estas duas tendências intervêm simultaneamente, inicialmente sem mediação psíquica. Dada a sua fragilidade, o sistema orgonótico do bebê necessitaria receber um investimento suplementar de energia de um outro ser, já estruturado (função orgonômica de *intencionalidade*), de modo a potencializar suas forças vitais no embate contra a tendência desagregadora. Em termos psicanalíticos, denominaríamos a este processo de investimento libidinal primário, desejo materno, ou, simplesmente, *amor*.

A internalização deste investimento primordial constituiria o núcleo do *narcisismo* do sujeito – a centelha do desejo de viver³ – e tornaria possível a realização das integrações necessárias não apenas à constituição psíquica, como à organização somática. Lacan (1998) demonstra como a *imagem unificada de si*, recebida pelo bebê da mãe, é importante para a superação da angústia de fragmentação, pois antecipa a integração neurofisiológica, que só se consoma por volta dos dois anos de idade. É pertinente supor, inclusive, que esta assimilação amorosa da imagem unificada de si (tal como Lacan sugere ocorrer no *estágio do espelho*, na vigência do desejo materno),

¹ “(...) a inibição da respiração nos neuróticos tem a função de reduzir a produção de energia no organismo e de reduzir assim a produção de angústia” (Reich, 1994: p. 262).

² Lembro que aquilo que Reich (2001 [1932]) rejeitou com veemência foi a utilização clínica desta hipótese, ou seja, o postulado freudiano de um *masoquismo primário*.

³ Espero ter deixado claro que entendo o *desejo de viver* como resultando da confluência de dois fatores: da *força vital* do organismo do sujeito e do *investimento libidinal* que nele é feito por aqueles que o acolhem no mundo.

favoreça o desenvolvimento neurofisiológico. O problema da fragmentação corpórea também aflige a Reich, que se pergunta: “Como é possível que um organismo que constitui um todo unificado possa ‘despedaçar-se’ na sua percepção?” (Reich, 1994: p. 292). Toda a ênfase atribuída por Reich ao *reflexo do orgasmo* refere-se, precisamente, a esta preocupação com a integração das funções psíquicas e somáticas do sujeito.

Deste modo, podemos afirmar que o amor primordial é fundamental para que se dêem as integrações somáticas e psíquicas que constituem um sujeito⁴. Por outro lado, falhas significativas neste processo deixariam como resíduo – ou até mesmo como tendência dominante⁵ – precariedades no processo de constituição subjetiva, brechas pelas quais o sujeito vê-se como que tragado em direção à morte – quer esta se apresente como morte simbólica, ou real. À expressão subjetiva desta tendência, Lowen denomina desejo de morrer, o qual infundiria tamanho terror no sujeito que o faria agarrar-se, tenazmente, à vida (vontade de viver), crispar-se, rigidamente, em uma atitude (defesa caracterológica), impedindo-o de entregar-se ao desejo de viver. Afinal, viver sempre envolve riscos, a possibilidade de um encontro surpreendente com a morte a qualquer momento. Disto decorreria o caráter resistencial da vontade de viver: transformar-se é, em uma certa medida, deixar-se morrer.

Lowen assinala que a vontade de viver extrai sua energia do desejo de viver, enfraquecendo-o, e que o indivíduo em quem a vontade de viver é forte se encontra em um estado de luta constante contra o desejo de morrer, o que acaba por exaurir suas forças, predispondo-o à doença (o que não deixa de ser uma forma de retorno do desejo de morte). No enfrentamento desta condição, o paciente precisaria renunciar à vontade de viver e experimentar, no espaço protegido do tratamento, seu desejo de morrer. Uma das formas como a *análise bioenergética* aborda esta situação é através de um exercício respiratório específico. Lowen considera que o desejo de viver manifesta-se em todas as funções vitais (embora enfatize as funções somáticas, negligenciando às psíquicas); no entanto, aponta que a respiração é a mais visível destas funções, podendo servir como indicador da intensidade da força vital disponível ao sujeito.

O exercício respiratório é o seguinte: com o paciente deitado, o terapeuta solicita que este expire tão profundamente quanto possa e que, ao final da expiração, contenha a inspiração pelo tempo que lhe for possível. Lowen destaca algumas reações habituais: alguns pacientes suportam esta situação por um tempo curtíssimo, entrando em pânico

⁴ Na complexa dialética da constituição subjetiva, outro importante momento é aquele que se circunscreve em torno do *conflito edípico*, em sua relação com a *castração*. Embora não pretenda aprofundar este tópico, quero deixar consignado que o modo como cada sujeito enfrenta esta questão não é menos determinante de sua (des)estruturação do que a forma como constituiu o seu narcisismo primário.

⁵ Leia-se, a este respeito, as pesquisas de Spitz (1991) com crianças hospitalizadas.

com a experiência e necessitando inspirar rapidamente; outros contêm a inspiração por um tempo bastante longo e, ao retomá-la, não parecem carecer muito de ar, respirando normalmente; um terceiro grupo toleraria por um tempo significativo e, ao tornar a inspirar, o faria através de uma arfada vigorosa, seguida de um aprofundamento da respiração.

Lowen postula que o primeiro grupo de pacientes é assaltado por um forte medo de seu desejo de morrer e que, por isto, estes pacientes mobilizam imediatamente sua vontade de viver, respirando; poder-se-ia dizer que seus reflexos respiratórios (Guyton, 1973) encontram-se em um estado de prontidão máxima. Já o segundo grupo, revelaria um débil desejo de viver; a solicitação de conter a inspiração imobilizaria sua vontade de viver, deixando transparecer seu desejo de morte (nestes, os reflexos respiratórios apresentar-se-iam como que entorpecidos, permitindo que os pacientes se envenenem com gás carbônico). Por sua vez, o comportamento do terceiro grupo de pacientes denotaria a intensidade de seu desejo de viver; eles podem conter a inspiração por um tempo longo o suficiente para excitar um poderoso impulso respiratório, que, com relativa freqüência, se faria acompanhar da liberação de emoções até então contidas. Do ponto de vista terapêutico, a repetição desta experiência, associada a outras atividades corporais, possibilitaria a ab-reação do afeto relacionado ao desejo de morrer e, conseqüentemente, a resolução da situação neurótica⁶.

Gaiarsa (1990) aporta importantes contribuições a este tema. Para este autor, a constituição dos mais remotos rudimentos do ego ocorre em torno da consolidação do mecanismo respiratório. Neste sentido, a hipóxia que sucede ao corte do cordão umbilical consistiria no protótipo de toda forma de angústia⁷ e mobilizaria músculos potencialmente voluntários (estriados), de forma reflexa, em resposta a comandos emitidos pelos centros respiratórios. A repetição desta condição de angústia⁸ – em torno de 30 mil vezes por dia, ou 20 por minuto, ainda segundo Gaiarsa (1990: p. 30) – engendraria a mais arcaica manifestação de um *eu*, sob a forma de um automatismo que evita a hipóxia⁹, antecipando-se a ela (Gaiarsa lembra que, para Freud, perceber e eliminar a angústia é a função primordial do ego, que, para isto, detém o controle da motricidade).

Nesta perspectiva, como explicar o fenômeno da *morte no berço*, por apnéia, que, segundo Mona Lisa Boyesen (1983: p. 72), provoca “(...) cerca de 7000 mortes infantis

⁶ Uma consistente crítica da ausência da palavra e dos processos de resolução simbólica dos conflitos, em Análise Bioenergética, encontra-se em Cipullo (2000).

⁷ Hipótese semelhante a do *trauma do nascimento*, de Rank (citado em Freud, 1996 [1926]).

⁸ Que Freud (1996 [1926]) classificaria como *angústia automática* (em oposição ao *signal de angústia*), decorrente de uma invasão do aparelho psíquico por quantidades de excitação superiores a sua capacidade de dar-lhes um destino.

⁹ Torna-se claro, agora, que o exercício respiratório que Lowen propõe a seus pacientes visa a reeditar esta hipóxia originária, neutralizando o automatismo respiratório, com o intuito de identificar o modo como cada sujeito lida com esta condição na atualidade.

por ano só nos Estados Unidos, ou perto de um bebê morto entre cada 500”, consistindo na causa mais freqüente (aproximadamente 50%) de óbito na idade entre um mês e um ano? Este dado alarmante sugere que a consolidação do mecanismo respiratório é uma conquista que nem todos os seres humanos alcançam (talvez não seja tão descabida a preocupação que algumas mães têm de verificar se seus bebês respiram enquanto dormem). Para além de possíveis causas orgânicas – que nunca podem ser inteiramente descartadas –, podemos pensar que fatores relacionados ao processo de constituição subjetiva estejam envolvidos com a morte no berço. Boyesen (1983) enfatiza a qualidade do vínculo primordial mãe-bebê como fator determinante na aquisição e consolidação dos processos reguladores do funcionamento do organismo (auto-regulação). De acordo com Gaiarsa (1990), a organização do ego ocorre contra este fundo de angústia respiratória – elemento nuclear e sempre presente em toda forma de angústia, mesmo na vida adulta; entretanto, este autor não discute em que condições este processo é bem-sucedido, ou não.

Como Freud (1996 [1923]) e toda a tradição derivada de Wilhelm Reich, penso que o ego é, antes de tudo, um *ego corporal*, isto é, calcado em funções corpóreas vitais. Gaiarsa (1990) acrescenta novas reflexões a este respeito, especialmente no que concerne à respiração. De acordo com este autor, todo o embate entre a vida e a morte, no recém-nascido (que não nasceu doente), é jogado no terreno da respiração (neste contexto, a morte no berço, por apnéia, consistiria em um dos resultados possíveis do jogo); não por acaso, *expirar* é sinônimo de morrer e *inspiração* diz respeito não apenas ao que se inaugura com o primeiro corte no vínculo primordial com a mãe, mas a tudo o que insufla vida ao sujeito – uma boa idéia, um afeto quente, um encontro marcante, etc. No entanto, é sempre na relação com o *outro* (família, sociedade, cultura) que este *eu* se constitui e, juntamente, toda a organização somática, de cuja plasticidade não podemos duvidar. Assim, corpo e subjetividade constituem uma unidade¹⁰ – *corpo subjetivado* – e disto dá testemunho o fato de que todo abalo, real ou imaginário, no vínculo com o outro incide diretamente sobre o corpo: perturbação do ritmo e da profundidade respiratória, alterações no tônus muscular e nas secreções humorais, etc.

Por fim, um último ponto importante. Faz uma enorme diferença se a morte, no sentido da tendência desagregadora, impacta o corpo com, ou sem, mediação

¹⁰ É importante que se tenha presente que o conceito de *unidade funcional entre o psíquico e o somático*, proposto por Reich (2001 [1935]), implica não apenas em identidade e em complementaridade entre os processos que ocorrem nestas duas instâncias, mas, também, em antítese e em contradição, numa perspectiva dialética. Esta postura implica o reconhecimento das especificidades de cada esfera e possibilita que não se incorra em reducionismos de qualquer espécie.

simbólica¹¹. Refiro-me à possibilidade de *representação* dos processos que se movimentam nas fronteiras entre o psíquico e o somático – pulsionais, portanto – e de sua substituição uns pelos outros, de sua simbolização. Uma coisa é o sujeito ver-se acorrentado a um desejo proibido e, em decorrência disto, ter parte de seu tecido psíquico (e somático) constantemente corroído, regenerado e novamente corroído, num processo interminável, que alude a uma castração mal elaborada; outra, bem diferente, é haver ramos na rede de representações que dá sustentação ao sujeito e a morte incidir diretamente no orgânico. Talvez a morte no berço possa ser explicada por aí. Na tenra infância, é o desejo de vida dos pais, ou daqueles que os substituem, que dá sustentação psíquica ao bebê. Na ausência deste desejo, ou na vigência de um desejo de morte, o bebê passa a correr sérios riscos (mas que não se tome esta argumentação como regra geral para todos os casos de morte no berço, ou similares).

UM FRAGMENTO CLÍNICO

Quando Norberto me procurou, há pouco mais de dois anos, tinha em torno de 30 anos e estava casado há 6. Havia passado um ano no Rio de Janeiro, sem a esposa, em função de um emprego que obtivera através de concurso público e que lhe parecera interessante, pois estava trabalhando há pouco tempo em sua área profissional. Neste ínterim, procurara uma psicoterapia de abordagem reichiana. Uma vez por mês, aproximadamente, vinha a Porto Alegre para encontrar-se com a esposa. Tendo sido aprovado em um outro concurso, que lhe possibilitaria trabalhar em Porto Alegre, retornou. Interessado em dar continuidade ao seu tratamento, me procurou.

Nas primeiras sessões, Norberto me falou dos motivos pelos quais sentia necessidade de se tratar: tinha dificuldade em permanecer trabalhando em uma mesma empresa, pois sempre acabava se indispondo com seus chefes, e estava em dúvida se dava continuidade ao seu casamento, porque, embora gostasse de sua esposa, a vida sexual do casal era problemática, uma vez que ela apresentava enormes dificuldades para se excitar e gozar. Além disso, lhe incomodava o fato de não conseguir deixar de consumir cocaína. Falou, também, de sua dificuldade de chorar, da grande irritação que sentia por seu pai e que, às vezes, tinha vontade de morrer.

De sua família, me contou que é o quarto e último filho, todos homens. Seu pai é um personagem marcante nesta família. Tendo sido vitimado pela paralisia infantil, com

¹¹ Freud (1996 [1926]) enfatizou que a *morte* não é psiquicamente representável, pois nunca fez parte, diretamente, das vivências do sujeito. O que se encontra no inconsciente é sua associação a experiências de perda de um objeto amado e/ou de partes altamente significativas do corpo (que fazem a ligação com o objeto), ou seja, à idéia de *castração*.

muito esforço conseguiu estudar e profissionalizar-se, tornando-se funcionário público e cidadão respeitado em sua pequena cidade do interior. Comunista de carteirinha, o pai de Norberto dera aos filhos uma educação espartana, sempre enfatizando que eles, não sendo doentes como ele, deveriam atingir melhores condições de vida do que as suas. Na casa de Norberto, toda despesa tida como supérflua era proibida – hábito burguês – e o estudo era considerado o bem maior. Apesar disto, Norberto e seus irmãos estudaram em uma escola pública, que era freqüentada por alunos bastante carentes, mesmo tendo condições financeiras de usufruir de uma escola melhor.

Apesar dos ensinamentos paternos, os irmãos de Norberto tiveram dificuldade em estudar e em estruturar-se profissionalmente. O mais velho tornou-se auxiliar de enfermagem e adventista; os outros dois, não por acaso denominados Carlos e Marcos – em homenagem ao criador do marxismo –, tornaram-se drogaditos e viviam às custas do pai. De sua mãe, Norberto pouco me falou. Era uma pessoa simples, criada na zona rural, sem estudo e bastante submissa ao marido. Norberto diz ter sido bastante ligado à mãe, até a puberdade; após, aproximara-se do pai, sendo seu companheiro nas longas jornadas de trabalho – que, às vezes, duravam dias – pelo interior do estado, ocasião em que aprendeu aquela que viria a ser a sua primeira profissão. Por volta dos 19 anos, Norberto sentiu necessidade de emancipar-se – não suportava mais o pai. Empregou-se na prefeitura da cidade onde moravam, exercendo a mesma profissão que o pai, e alugou uma casa para si.

Ainda nas primeiras sessões, e interessado em avaliar como Norberto responderia aos trabalhos de desencouraçamento biofísico, solicitei a ele que deitasse no colchão e que aprofundasse a respiração. De sua terapia anterior, Norberto havia referido que os trabalhos corporais eram propostos repetitivamente, sempre os mesmos por várias sessões, e que isto lhe parecera “uma tortura”. Entendendo que a constituição da transferência não deveria repetir, rigorosamente, a relação paterna, evitei assumir uma atitude rígida, demasiado disciplinadora, a fim de que Norberto não se sentisse como tendo de escolher entre confrontar-se, diretamente, com seu terapeuta, ou abandonar o tratamento¹². De uma maneira geral, posicionei-me de uma forma tolerante e compreensiva, o que, creio, possibilitou que algo de diferente se produzisse na subjetividade de Norberto.

Enquanto Norberto, deitado no colchão, procurava aprofundar sua respiração, ocorreu-me trabalhar, simultaneamente, com seus olhos, com o intuito de avaliar o grau

¹² Sendo que a primeira opção muito provavelmente implicaria a segunda: Norberto abandonaria a terapia, assim como deixou a casa do pai; brigaria com seu terapeuta, como brigava com todos os seus chefes.

de encouraçamento do segmento ocular, que o uso de cocaína (de álcool e de maconha, também) parecia indicar. Propus a Norberto que abrisse os olhos e que acompanhasse a luz de uma pequena lanterna, que eu moveria a sua frente. Conforme o esperado, Norberto suportou por muito pouco tempo acompanhar o movimento da luz. Aos poucos, seus olhos fugiram-lhe ao controle e foram-se fechando; Norberto relaxou profundamente. Neste momento, um fenômeno intrigante ocorreu: Norberto parou de respirar, teve uma apnéia. Após algum tempo, aspirou profundamente, abrindo os olhos em uma expressão de desespero. Sua respiração tornou-se muito mais ampla do que o habitual e sentia todo o seu corpo vibrar. Sentou-se, angustiado com o que lhe acontecera, e disse que nunca podia deitar em decúbito dorsal (barriga para cima), pois se sentia mal; se dormia nesta posição, freqüentemente tinha pesadelos, preferindo sempre deitar-se em posição fetal.

Ao longo da terapia de Norberto, este fenômeno ocorreria inúmeras vezes. Toda vez que entrava em um estado de relaxamento profundo, sobrevinha a apnéia. Aos poucos, fui conhecendo-a melhor e aprendendo a trabalhar com ela. Percebi que a apnéia era, geralmente, precedida de alguma imagem onírica relativa à infância de Norberto: pessoas, paisagens, etc. O trabalho sobre estas imagens revelou-se um dos instrumentos mais fecundos de seu tratamento. Em uma determinada sessão, Norberto chegou bastante agitado, falando muito e rapidamente. Estava empolgado com um acampamento que fizera com a esposa e alguns amigos, onde se exercitara bastante, em longas caminhadas no mato, mas também bebera muita cachaça. Não me pareceu que, com o trabalho verbal, fosse conseguir atingir o que subjazia a sua excitação. Propus-lhe um trabalho corporal, que lhe induziu um estado de relaxamento profundo, ao qual sucedeu a apnéia. As imagens que trouxe foram muito significativas: referiam-se à mãe e as associações que produziu remeteram-lhe a sua dificuldade em assumir à esposa como sua mulher, inclusive dando-lhe um filho (não há de ser coincidência o fato do final de semana em que acampou ter sido o do dia das mães).

Desta forma, foi sendo conduzido o tratamento de Norberto. Trabalhava verbalmente e com intervenções corporais sobre os olhos, a boca (especialmente com o impulso succional), relaxando seu pescoço e amaciando seu peito para que pudesse respirar cada vez mais profundamente. A apnéia deixou de lhe assustar, tornou-se sua companheira de viagem.

Em meio ao processo terapêutico, sua mãe veio a falecer de câncer de pulmão. Norberto abalou-se bastante, embora já esperasse que isto acontecesse. Mesmo assim, só pôde chorar esta morte um mês após ela ter ocorrido, em uma sessão terapêutica. Desde então, sua relação com o pai melhorou bastante; o modo como este tratava à

esposa era um dos principais motivos de conflito entre ambos. Aos poucos, Norberto foi compreendendo alguns aspectos de sua relação com a mãe. Incomodava-lhe muito o fato de ela sempre querer oferecer-lhe comida; parecia-lhe que esta era a única forma como ela sabia oferecer afeto. Disto, concluí¹³ que sua inclinação para a drogadição derivava da pressão exercida por partes de seu impulso succional, que não haviam sido simbolizadas e que permaneciam exclusivamente no circuito pulsional. Além disto, sua dificuldade em retirar a esposa de uma condição de frigidez que suponho histérica, expressa uma visão do sexo como necessidade¹⁴, não inscrita sob as formas do desejo. Gradativamente, Norberto foi percebendo que, sempre que conversavam – independente do que era falado –, acabava “pintando um clima” e eles mantinham relações sexuais, que foram se tornando cada vez mais satisfatórias. Apontei-lhe que o problema deles não era de ordem sexual, *strictu sensu*, mas de construção da intimidade do casal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A apnéia de Norberto acabou se tornando o traço mais marcante deste caso, o que parece inscrever sua singularidade (ao menos para o seu terapeuta). No esforço de compreendê-la, fui construindo algumas hipóteses. Em primeiro lugar, interroguei-me acerca dos motivos pelos quais o mecanismo respiratório, em Norberto, é desativado quando este se encontra em um estado de relaxamento profundo. Tendência ao *nirvana* (Freud, 1996 [1920])? Anseio de *retorno ao útero* (Ferenczi, 1990), como parece indicar sua predileção pela posição fetal (embora nesta posição Norberto respire normalmente)? Em seguida, chamou-me a atenção o vigor com que a respiração é retomada, após o organismo entrar em hipóxia.

Pareceu-me que a subjetividade de Norberto apresenta algumas precariedades em sua constituição, falhando em sua tarefa de sustentar o sujeito quando o ego relaxa. Isto me fez compreender o porquê de sua necessidade de drogar-se, especialmente com cocaína; Norberto precisa manter-se ligado, aditivado, não pode permitir-se relaxar (seu sono também é problemático). Por outro lado, Norberto tem uma verdadeira compulsão por atividade física: longas caminhadas, corridas, passeios de bicicleta, musculação, etc; desenvolveu-se de tal forma neste aspecto que, recentemente, constituiu uma equipe para participar de competições. Parece que Norberto tem necessidade de buscar

¹³ Espero que o leitor compreenda que não me é possível expor em detalhes todos os elementos que me conduziram a tais conclusões.

¹⁴ Neste caso, inverte-se a relação com a mãe: esta queria lhe impor comida; a esposa, ao contrário, se recusa a ser comida.

constantemente, nas profundezas do corpo, a energia para permanecer vivo, sua força vital¹⁵. Ora, se precisa tanto fazer isto, é porque é débil seu *desejo de viver*, Norberto não pode afrouxar sua *vontade de viver*. Sem sexo, drogas, atividade física e acampamentos – e, eventualmente, mesmo com eles – Norberto é assolado por um terrível vazio interior e, nestes momentos, tem vontade de morrer, ou, dito de outra forma, cede ao seu *desejo de morrer*.

No entanto, há algo de sábio na atitude de Norberto de buscar no corpo as fontes de sua vitalidade (e não há de ter sido por outro motivo que procurou uma psicoterapia de abordagem reichiana). Se, de um lado, as falhas em sua estruturação psíquica o tornam uma espécie de trapezista sem rede, por outro, toda vez que cai em apnéia (que pode ser tomada como emblemática das situações em que seu mundo interior não lhe oferece sustentação), ao invés de despedaçar-se subjetivamente, a potência de sua *força vital* o arremessa de volta à vida. Além disso, cabe salientar que, mesmo nos momentos em que Norberto despenca em queda livre, o simbólico não o abandona completamente (ao menos no *setting* terapêutico, seguramente em função do suporte transferencial). Como assinalei no relato do caso, as vivências de apnéia fazem-se acompanhar de imagens oníricas, a partir das quais Norberto – pressionado pela angústia experienciada e instigado por seu terapeuta – produz associações e processa elaborações, que vêm lhe permitindo enriquecer-se e fortalecer-se subjetivamente. Penso que esta possibilidade de convocar o corpo a participar, ativamente, do processo terapêutico e de ir estabelecendo um diálogo entre o somático e o simbólico é o que singulariza a *psicoterapia reichiana* e a configura como um poderoso instrumento no processo permanente de autoconstrução em que todos, de alguma forma, nos encontramos envolvidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOYESEN, Mona Lisa.** O bebê e a alfa. In: *Cadernos de psicologia biodinâmica*. São Paulo: Summus, 1983. v. 2.
- CIPULLO, Marcos.** *Falando do corpo: o papel do verbo na bioenergética*. São Paulo: Summus, 2000.
- FERENCZI, Sándor.** *Thalassa: ensaio sobre a teoria da genitalidade*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

¹⁵ Neste sentido, acampar em áreas selvagens e fazer sexo também contribuem para assegurar-lhe que está vivo. De toda forma, estes ainda são meios inofensivos de enfrentar o problema, se comparados com o caráter *mortífero* que pode assumir o uso de drogas (o que Norberto vem conseguindo controlar).

- FREUD, Sigmund.** *Além do princípio do prazer* (1920). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 18.
- _____. *O ego e o id* (1923). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 19.
- _____. *Inibições, sintomas e ansiedade* (1926). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 20.
- GAIARSA, José A.** *Respiração e circulação*. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1990.
- GUYTON, Arthur.** *Tratado de fisiologia médica*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1973.
- LACAN, Jacques.** O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.
- LOWEN, Alexander.** *A vontade de viver e o desejo de morrer*. Rio de Janeiro: s/d. 22 p. mimeografado.
- REICH, Wilhelm.** *A função do orgasmo*. 18. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- _____. O caráter masoquista (1932). In: *Análise do caráter*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- _____. Contato psíquico e corrente vegetativa (1935). In: *Análise do caráter*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- SPITZ, René.** *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.