



## COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

AMARAL, Henrique Uva; RIBEIRO, Diana Pancini de Sá Antunes; ABRÃO, Jorge Luís Ferreira. Contribuições winnicottianas à prática da vegetoterapia caracterooanalítica. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais. 20º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS.** Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2015. [ISBN – 978-85-69218-00-5]. Acesso em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

## CONTRIBUIÇÕES WINNICOTTIANAS À PRÁTICA DA VEGETOTERAPIA CARACTEROOANALÍTICA

Henrique Uva do Amaral  
Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro  
Jorge Luís Ferreira Abrão

### RESUMO

Ao entrar em contato com pacientes psicóticos e com câncer, Reich observa que mesmo quando a couraça é dissolvida, não aparecem fortes excitações como no sujeito neurótico. Ele conclui que o bloqueio de energia não está tanto na periferia, mas no cerne do organismo, dando o nome de anorgonia. Ainda que tentasse expandir o organismo por meio de um acumulador de orgone, a sua postura em relação às defesas do paciente se manteve a mesma que para neuróticos – ativa e consistente. É aqui que podemos introduzir algumas contribuições da clínica winnicottiana à prática da Vegetoterapia Caracterooanalítica, pois notamos que os sujeitos com anorgonia são similares aos pacientes com falso *self*, descritos por Winnicott. Nosso objetivo é, portanto, trazer alguns questionamentos acerca de como Winnicott pode contribuir para repensar a postura do terapeuta reichiano quanto ao manejo, principalmente, de sujeitos psicóticos.

**Palavras-chave:** Reich; Winnicott; Vegetoterapia Caracterooanalítica; Anorgonia; Falso *Self*.

---

Ao estudarmos a obra de Reich e Winnicott, percebemos o quão rico pode ser o diálogo entre os dois, tanto do ponto de vista teórico quanto prático. O artigo “*Se Reich Tivesse Encontrado Winnicott: O Gesto Interrompido*”, escrito por Cornell (1998), é um bom exemplo disso. Na visão do autor, um pode ajudar a pensar o outro:

[...] Winnicott permaneceu fixo numa dependência da linguagem e da relação, distante demais – evitando – a paixão e o corpo, os domínios do erótico. Reich permaneceu fechado numa teoria libidinal (em última instância, o orgone) e das pulsões classicamente freudiana, distante demais dos aspectos relacionais, vulneráveis, ternos e transferenciais tanto da vida adulta quanto de suas raízes infantis. *Reich trabalhava brilhantemente com as defesas do cliente, com o corpo do cliente, mas não com o cliente.* A linguagem de Winnicott perdia seu senso poético do evocativo conforme ele tentava escrever sobre o corpo (a psique- soma); ela se tornava desajeitada, tímida (Cornell, 1998, p. 88, grifo nosso).

Dentre tantos temas que poderíamos analisar entre os dois, gostaríamos de trazer as contribuições de Winnicott principalmente às questões relacionais que estão menos presentes no trabalho reichiano e, ainda, mostrar o quanto uma postura mais ativa pode até



## COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

AMARAL, Henrique Uva; RIBEIRO, Diana Pancini de Sá Antunes; ABRÃO, Jorge Luís Ferreira. Contribuições winnicottianas à prática da vegetoterapia caracterooanalítica. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais**. 20º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2015. [ISBN – 978-85-69218-00-5]. Acesso em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

mesmo ser prejudicial para certos pacientes. Com isso, é claro, não queremos dizer que não houve um trabalho de Winnicott sobre o corpo, ou de Reich sobre os aspectos relacionais, mas falamos da tendência de ambos os autores.

Para isso, é necessário apresentarmos de uma forma geral como se desenvolveu o trabalho de Reich e Winnicott com relação à técnica; diferenciar o sujeito neurótico do psicótico nos dois modelos teóricos; estudar as relações entre os conceitos de anorgonia e de falso *self*, bem como as implicações que estes podem trazer para a prática reichiana; e, por último, mostramos como é o manejo de Winnicott para com sujeitos psicóticos – introduzindo conceitos como *holding*, *handling*, regressão à dependência e integração – comparando com o manejo de Reich – enfatizando principalmente as concepções de análise de resistências, couraça e anorgonia.

### **Análise de resistências, Couraça e Anorgonia**

Reich (1975) observa que para muitos pacientes neuróticos a simples fórmula de “tornar consciente o que é inconsciente” não é o bastante em termos de efeitos terapêuticos, sendo que o que dificulta esse processo são as resistências. Considera que as resistências não estão apenas na forma pela qual o paciente fala, mas, também, como fala, ou seja, que as resistências estão incrustadas na personalidade total do indivíduo, o caráter.

Visto que, no caráter neurótico, essas defesas estão enrijecidas e não são eliminadas facilmente, ele mantém uma postura ativa e consistente em relação a elas, a fim de possibilitar a irrupção de afetos e, conseqüentemente, a revivência de uma situação traumática do paciente diretamente na transferência.

As defesas rígidas incrustadas no caráter formam uma espécie de couraça, a qual denominou inicialmente como couraça de caráter. Posteriormente, Reich (2001) postula que essa couraça se encontra também no corpo, na forma de tensões musculares, chamando-a de couraça muscular. A partir disso, além de analisar o caráter, ele também intervém diretamente no corpo, percebendo que as excitações do paciente ficavam mais fortes à medida que a couraça ia se afrouxando.

Essa prática que interligava intervenções verbais e corporais foi denominada, inicialmente, como Vegetoterapia Caracterooanalítica, pois atuava tanto no plano diretamente somático (vegetativo), quanto pela análise do caráter; sendo que, na concepção do autor, a



## COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

AMARAL, Henrique Uva; RIBEIRO, Diana Pancini de Sá Antunes; ABRÃO, Jorge Luís Ferreira. Contribuições winnicottianas à prática da vegetoterapia caracterooanalítica. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais**. 20º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2015. [ISBN – 978-85-69218-00-5]. Acesso em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

couraça de caráter equivaleria à couraça muscular – soma e psique formariam uma unidade funcional e dialética.

Mais importante do que dissolver as tensões musculares, Reich (1975) buscava para seus pacientes o estabelecimento da potência orgástica. Para o autor, potência orgástica é sinônimo de entrega afetiva e sexual, definindo-a como “a capacidade de abandonar-se livre de quaisquer inibições, ao fluxo de energia biológica; a capacidade de descarregar completamente a excitação sexual reprimida, por meio de involuntárias e agradáveis convulsões do corpo” (p. 92).

É por meio deste orgasmo (e também pela capacidade sublimatória) que o sujeito evita enrijecer as defesas ou solucionar uma tensão convertendo-a em sintoma, em que o corpo se mantém em um estado mais ou menos equilibrado, numa espécie de autorregulação. Segundo ele, “as probabilidades de cura e o sucesso da cura dependem diretamente da possibilidade de estabelecer a capacidade para a satisfação genital plena” (Reich, 1975, p. 88). Por isso, as intervenções corporais no trabalho reichiano devem ser feitas sempre de cima para baixo, isto é, visando a genitalização.

No entanto, a situação se torna mais complexa quando Reich (2009) passa a tratar de pacientes psicóticos e com câncer. Nestes últimos, observava que mesmo quando se dissolvia a rigidez da couraça, apareciam fracas excitações e estes não melhoravam. O bloqueio não estava mais tanto na periferia do organismo, mas em seu cerne. Esse bloqueio foi chamado de anorgonia.

A anorgonia é entendida por ele como “um bloqueio na mobilidade do plasma” (Reich, 2009, p. 353), isto é, representada como uma falta de energia no organismo. Ela ocorre na forma de uma contração súbita do aparelho vital, em um período em que “as funções orgonóticas do corpo adquirem sua individualidade provavelmente durante o desenvolvimento fetal... ou imeditamente depois do nascimento” (p. 392).

O autor percebe invariavelmente nos sujeitos com anorgonia uma angústia de cair, que difere totalmente dos sujeitos neuróticos, na medida em que, enquanto nos últimos esse fenômeno indica que estão caminhando em direção à saúde, nos primeiros isso “pode aparecer como sintoma de um processo mortífero. É então indicativa de um colapso total da função plasmática no cerne biológico do organismo” (Reich, 2009, p. 355).

No tópico “*Angústia de Cair em um Bebê de Três Semanas*” do livro “*A Biopatologia do Câncer*”, Reich (2009) mostra um processo de encorajamento do bebê devido a uma



## COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

AMARAL, Henrique Uva; RIBEIRO, Diana Pancini de Sá Antunes; ABRÃO, Jorge Luís Ferreira. Contribuições winnicottianas à prática da vegetoterapia caracteroanalítica. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais. 20º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS**. Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2015. [ISBN – 978-85-69218-00-5]. Acesso em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

angústia de cair, o que sugere um encouraçamento diferente do sujeito neurótico já que “não há algo como um ego moral nessa idade e, de acordo com a teoria psicanalítica, quando não há defesa moral, também não pode haver angústia instintiva” (p. 397).

A psicose, então, como é reforçado em “*A Cisão Esquizofrênica*”, de “*Análise do Caráter*” (Reich, 2001), ocorre em estágios primitivos da vida, podendo se agravar em esquizofrenia quando o ego não consegue conter os impulsos internos, o que fragmenta a couraça. Segundo o autor, a sua etiologia decorre da não-satisfação pulsional e da falta de contato (orgonótico) ou da hostilidade, em geral, da mãe. Isso impediria que o sujeito mantivesse seus processos naturais de autorregulação.

Em relação à intervenção com sujeitos psicóticos, ou com anorgonia, Reich se utiliza do que ele nomeia de acumulador de orgone, a fim de “carregá-los” de energia orgone. Ao mesmo tempo em que vai havendo uma excitação maior, ele incentiva seus pacientes a expressarem suas emoções até certo limite, para que seja suportável e não haja cisão. No entanto, a sua postura com relação à defesa destes pacientes se manteve a mesma que para neuróticos, ativa e consistente; além disso, o seu objetivo principal continuou sendo o estabelecimento da potência orgástica.

### ***Holding, Handling, Regressão à Dependência e Integração***

Baseado em suas experiências clínicas, Winnicott (1945/2000) mostra situações em que seus pacientes se sentiam tanto em falta de contato com o mundo externo quanto consigo mesmos, os quais, muitas vezes, não eram considerados adequados para análise; e, ainda, afirma que nunca o serão realmente, “se não soubermos lidar com as dificuldades surgidas na transferência em razão da falta essencial de uma verdadeira relação com a realidade externa” (p. 279).

No artigo denominado “*A mente e sua relação com o psique-soma*” (1949/1988), o autor continua descrevendo casos em que a mente se afasta da relação com o psicossoma a tal ponto, que é como se o sujeito não se sentisse localizado em seu corpo e, ao mesmo tempo, como se sua vida e tudo ao seu redor fosse falso. A partir dessa constatação, Winnicott observa que este tipo de paciente se desenvolve de uma forma muito intelectualizada, mas que pouco se envolve com seu corpo e com suas emoções.

Ele considera que esta patologia surge nos estágios primitivos da vida, particularmente,



## COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

AMARAL, Henrique Uva; RIBEIRO, Diana Pancini de Sá Antunes; ABRÃO, Jorge Luís Ferreira. Contribuições winnicottianas à prática da vegetoterapia caracterooanalítica. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais. 20º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS.** Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2015. [ISBN – 978-85-69218-00-5]. Acesso em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

a partir da relação entre o bebê e a mãe. Neste estágio, o bebê ainda não possui um *self* formado, ou seja, não há uma totalidade, nem consciência sobre si e sobre o outro e nem, portanto, a capacidade de cuidar de si mesmo, sendo que ele e o ambiente se encontram num estado de total fusão. Ele dependeria, então, totalmente do meio externo para sua sobrevivência e também para a constituição de seu ser.

Para que o bebê possa atingir um estado integrado é necessário que haja uma mãe suficientemente boa, isto é, uma mãe que se adapte ativamente às necessidades do bebê, diminuindo essa adaptação gradativamente a partir da capacidade deste em suportar as falhas do ambiente.

Esse processo é facilitado pelo que Winnicott (1990) chama de *holding* (sustentação) e *handling* (manejo). O *holding* diz respeito a todos os aspectos do cuidado, sendo que além de levar em conta as necessidades puramente fisiológicas, deve-se levar também as afetivas, ou seja, a mãe, além de oferecer o alimento, atenta-se também à forma como olha, toca e segura o bebê. Já o *handling* seria a manipulação do bebê enquanto este é cuidado.

O *holding* possuiria aqui um papel de proporcionar relaxamento e segurança ao sujeito, sendo a partir dele que ele começaria a sair de seu estado de não-integração, e fusão com o meio externo, para um estado integrado e mais individualizado; a integração “praticamente significa o começo de uma psicologia humana” (Winnicott, 1990, p. 140). O *handling* também teria importância para a integração, mas principalmente para a personalização, sendo esta a sensação de que o *self* se localiza no próprio corpo. Para o autor, “a pele é de importância óbvia no processo de localização da psique exatamente no e dentro do corpo” (p. 143), além de significar uma membrana limitante, que, posteriormente, separará realidade interna da externa.

Entretanto, quando não ocorre essa adaptação, o bebê pode tomar o ambiente como invasivo e seguir reagindo a ele. Após uma série de reações à invasão, pode ocorrer uma ruptura em seu continuar a ser, provocada por um mecanismo de defesa que Winnicott se refere como desintegração, que faz com que o bebê tenha uma espécie de psicose – visto que ainda não se encontra integrado, personalizado e nem mesmo com senso de realidade – dividindo o *self* em verdadeiro e falso.

Assim, o falso *self*, a parte superficial e aparente do indivíduo, protegeria a existência do verdadeiro *self*, a parte profunda e oculta, se adaptando aos padrões ambientais. Porém, o falso *self* não consegue experimentar a vida ou se sentir real, já que apenas o verdadeiro *self*



## COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

AMARAL, Henrique Uva; RIBEIRO, Diana Pancini de Sá Antunes; ABRÃO, Jorge Luís Ferreira. Contribuições winnicottianas à prática da vegetoterapia caracterooanalítica. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais. 20º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS.** Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2015. [ISBN – 978-85-69218-00-5]. Acesso em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

pode ser criativo, espontâneo e integrado ao psicossoma; e, ao mesmo tempo, o verdadeiro *self* se torna empobrecido devido à falta de experiências.

Winnicott (1945/2000) observa que estes pacientes com falso *self*, ao contrário dos sujeitos neuróticos, traziam mais problemas relacionados à própria existência e não à vida pulsional (instintiva), além de não terem um ego integrado. Na verdade, uma excitação pulsional muito intensa lhes trazia frequentemente a sensação de irrealidade e inutilidade. Além disso, eles apresentavam defesas contra agonias primitivas, como cair para sempre, se despedaçar etc.; e não defesas contra ansiedade de castração, como ocorre no neurótico.

Segundo o autor, também o tratamento difere de um para o outro. Enquanto no paciente neurótico o que vai predominar é a interpretação, no sujeito psicótico a importância maior recai sobre um *setting* acolhedor, preocupando-se mais com os detalhes do manejo e na adaptação às suas necessidades.

Em relação à prática com pacientes psicóticos, no artigo “*Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão no Contexto Analítico*”, Winnicott (1954/2000) mostra que essa organização de falso *self* é também uma forma de congelamento da situação de fracasso, na esperança de que “em algum momento futuro haverá a oportunidade para uma nova experiência, na qual a situação de falha poderá ser descongelada e revivida, com o indivíduo num estado de regressão dentro de um ambiente capaz de prover a adaptação adequada” (p. 378).

Nesse sentido, como o falso *self* desenvolve uma atitude cuidadora em relação ao verdadeiro *self*, o autor defende que o paciente só se sentirá seguro e deixará de se utilizar do falso *self* quando o terapeuta lhe fornecer um *holding*, adaptando-se às suas necessidades. É a partir dessa adaptação que o sujeito poderá caminhar para um processo de regressão.

Regressão é entendida por Winnicott (1954/2000) não como regressão à pontos de fixação, mas, sim, de regressão à dependência. É um retorno à dependência absoluta, em que o sujeito e o terapeuta (*setting*) entram em um estado de fusão na tentativa de corrigir as falhas iniciais do ambiente. Nele, o paciente entra em contato com seu verdadeiro *self* e pode progredir em seu desenvolvimento emocional a partir de onde havia parado.

Em “*Formas Clínicas da Transferência*”, Winnicott (1955/2000) aponta para alguns cuidados técnicos que o terapeuta deve tomar ao lidar com a regressão:

- Não se deve confundir desejo com necessidade. Nos pacientes regredidos, quando uma necessidade não é satisfeita, a consequência não é raiva, mas uma reprodução da





## COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

AMARAL, Henrique Uva; RIBEIRO, Diana Pancini de Sá Antunes; ABRÃO, Jorge Luís Ferreira. Contribuições winnicottianas à prática da vegetoterapia caracterológica. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais. 20º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS.** Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2015. [ISBN – 978-85-69218-00-5]. Acesso em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

situação original de falha em que o desenvolvimento emocional foi interrompido. Neste caso, o falso *self* ressurgiria junto com o sentimento de inutilidade do paciente;

- Não há um ego intacto como com o sujeito neurótico, portanto, segundo o autor, não há transferência em seu sentido estrito. Assim, o paciente vivenciaria pela primeira vez os seus próprios impulsos, que não puderam ser experienciados inicialmente porque não havia um ego constituído e forte o bastante para isso. Aqui, o terapeuta não representa a mãe, ele é a mãe;

- Quando o paciente está profundamente regredido, a intervenção verbal pode ser muitas vezes extremamente dolorosa e invasiva, já que ele e o ambiente estão em um estado indiferenciado. Logo, assim como ocorre com o bebê, nessa fase predominaria uma forma não-verbal de comunicação; e

- Deve-se permitir que o paciente use as falhas do terapeuta. Quando o paciente tem uma resistência nessa situação, “indica sempre que o analista cometeu um erro ou agiu mal a respeito de algum detalhe” (Winnicott, 1955/2000, p. 397). Por isso, o terapeuta não deve se defender e nem analisar a resistência do paciente, mas, sim, admitir e se responsabilizar por sua falha, permitindo a este último a oportunidade de sentir raiva pela primeira vez. Posteriormente, a falha atual poderá ser utilizada e ligada à falha original.

Após sucessivas regressões (mantidas e facilitadas pelos processos de *holding* e *handling*), Winnicott (1955/2000) observa que seus pacientes podem progredir novamente no amadurecimento pessoal, seguindo de forma integrada e em união com o psicossoma, dando início a uma relação com o mundo e com o próprio corpo. Além do que, começam a constituir um ego que pode vivenciar os próprios impulsos sem que haja uma perda no sentido de identidade e realidade. Assim, nas palavras do autor, “a partir desse momento, pode afinal ocorrer a análise normal das defesas do ego contra a ansiedade” (p. 396).

### **Falso Self e Anorgonia**

Podemos agora fazer algumas aproximações entre o conceito de anorgonia e o de falso *self*, visando ampliar a nossa compreensão acerca da psicose e, também, de oferecer contribuições de Winnicott à prática do terapeuta reichiano, principalmente no que diz respeito à intervenção com pacientes psicóticos.

Logo de início, parece haver um consenso entre os dois autores de que a psicose surge



## COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

AMARAL, Henrique Uva; RIBEIRO, Diana Pancini de Sá Antunes; ABRÃO, Jorge Luís Ferreira. Contribuições winnicottianas à prática da vegetoterapia caracteroanalítica. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais**. 20º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2015. [ISBN – 978-85-69218-00-5]. Acesso em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

em estados primitivos do desenvolvimento, particularmente a partir da relação entre mãe e bebê. Além disso, tanto a anorgonia quanto a organização de falso *self* podem ocorrer mais facilmente nos primeiros meses de vida e também na vida intrauterina.

Winnicott (1990) compreende que o bebê pode reagir às invasões dentro do útero quando há “rigidez ou inaptabilidade da mãe (devidas à ansiedade ou a um estado depressivo)” (p. 149), o que pode provocar uma tendência dele a se retrair, fugindo do mundo, em vez de ir em busca de experiências, antes mesmo de nascer. Neste sentido, podemos ver isso mais claramente nos casos de autismo.

Reich (2009) concorda com essa mesma posição e, partindo da sua compreensão acerca do sistema nervoso autônomo e de tensões musculares, vai um pouco além, afirmando que “é preciso supor que um útero livremente contrátil oferece um ambiente muito mais favorável para o embrião que um útero espástico e anorgonótico” (p. 406). Um útero contraído seria sufocante e frio para o feto, o que impediria um desenvolvimento orgonótico (energético) e, conseqüentemente, emocional, além do sujeito se sentir sem vida e sem esperança no futuro. Isso vai depender da rigidez corporal e caracterial da mãe.

Outro paralelo inegável entre os dois conceitos é que, tanto no sujeito que sofreu anorgonia quanto no que organizou defesas do tipo falso *self*, existe uma angústia de cair que é essencialmente diferente daquela que ocorre em neuróticos. Ela é representada, nas palavras de Reich, como um processo mortífero e um colapso total do organismo. Em Winnicott, essa angústia de cair diz respeito à ansiedade de aniquilamento, ou melhor, às agonias impensáveis e também ao medo do colapso; o que é bem diferente da ansiedade de castração do sujeito neurótico.

Além disso, Winnicott (1954/2000) escreve sobre um congelamento da situação de fracasso do ambiente quando há falso *self*, sendo que essa linguagem não é estranha à clínica reichiana, já que as situações traumáticas se encontram congeladas ou solidificadas na couraça. No entanto, cabe lembrar que nos casos com anorgonia o bloqueio da mobilidade ocorre menos na periferia do organismo (couraça) e mais em seu cerne, o que indica um congelamento diferente do que ocorre em neuróticos.

O processo de encouraçamento é correspondente entre neuróticos e psicóticos apenas até certo momento, que é, de modo geral, o de evitar a ansiedade decorrente tanto dos perigos internos quanto dos perigos externos. Porém, como já foi mencionado, essa correspondência se distancia à medida que no bebê não há um ego moral, portanto, sua couraça não surge





## COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

AMARAL, Henrique Uva; RIBEIRO, Diana Pancini de Sá Antunes; ABRÃO, Jorge Luís Ferreira. Contribuições winnicottianas à prática da vegetoterapia caracterooanalítica. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais. 20º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS.** Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2015. [ISBN – 978-85-69218-00-5]. Acesso em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

tanto a partir de uma angústia instintiva, mas da angústia de cair.

O sujeito que se encourça por conta da angústia instintiva (neurótico), consegue manter sua continuidade de ser, ainda que lhe ocorra uma série de formações reativas, pois possui um ego forte e integrado. O sujeito que se encourça por conta da anorgonia (psicótico), perde seu senso de existência e identidade, não conseguindo reagir e manter sua continuidade de ser ao mesmo tempo, o que compromete o organismo total.

Aqui, Reich reconhece, assim como Winnicott, que o ego do psicótico é frágil demais para suportar excitações pulsionais muito intensas. Entretanto, ainda que provavelmente estejamos falando do mesmo fenômeno, é preciso apontar também para a diferença entre os dois autores, sendo ela paradigmática: Reich ainda se mantém muito ligado ao paradigma pulsional freudiano; e Winnicott, ainda que não descarte o modelo pulsional, dá mais valor ao ambiente, relacionando-se ao paradigma das relações objetais.

Para Reich (2009), o que não faz com que o bebê tenha um ataque anorgonótico, é o contato orgonótico com a mãe. O autor afirma que quando o bebê tenta um contato com a mãe, mas não é recebido de uma forma calorosa, este se retrai. Aqui vemos um aspecto relacional na teoria reichiana. Porém, embora “contato orgonótico” implique que a mãe se identifica com as necessidades do bebê, a necessidade de contato a que Reich se refere é predominantemente entendida como ligada à satisfação pulsional, inicialmente, oral. Ao que parece, caso a mãe responda com reciprocidade a esse impulso, o bebê pode manter seus processos de autorregulação e, posteriormente, constituir um ego.

Já Winnicott (1990) entende que não se pode falar de desenvolvimento pulsional, sem antes falar do desenvolvimento do ego. Para ele, as necessidades de cuidado são mais importantes para o bebê do que a satisfação pulsional. É a partir do cuidado, facilitado pelos processos de *holding* e *handling*, que o ego pode se constituir. Neste sentido, o tratamento não deveria ser entendido em termos de que houve uma frustração da satisfação pulsional, mas da total falha do ambiente em se adaptar às necessidades egóicas do bebê. Vejamos como essa diferença paradigmática pode influenciar na prática clínica.

### ***Contribuições Winnicottianas à Prática da Vegetoterapia Caracterooanalítica***

Após essa breve discussão, sem pretender esgotar o assunto, podemos destacar algumas reflexões e possibilidades que o diálogo entre os autores pode gerar para a prática



## COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

AMARAL, Henrique Uva; RIBEIRO, Diana Pancini de Sá Antunes; ABRÃO, Jorge Luís Ferreira. Contribuições winnicottianas à prática da vegetoterapia caracterológica. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais. 20º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS**. Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2015. [ISBN – 978-85-69218-00-5]. Acesso em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

clínica. Essas reflexões dizem respeito principalmente à postura do terapeuta quanto ao manejo de sujeitos psicóticos.

Primeiramente, é importante ressaltar que Reich (2001) reconhece que os pacientes psicóticos possuem um ego fragilizado demais para suportar excitações corporais muito intensas. Por isso, ele tenta sugerir a esses pacientes que não excedam certo limite quando se expressam emocionalmente, para que não haja cisão. Porém, ele continua mantendo uma postura ativa e consistente, como aquela que mantinha para pacientes neuróticos.

Mas devemos nos perguntar, a organização defensiva do psicótico é a mesma que para o neurótico, mesmo dentro da perspectiva reichiana? Se o encorajamento do bebê tem mais relação com a angústia de cair do que com a angústia instintiva, então veremos que a couraça não se forma apenas do choque entre impulso e defesa, mas também da falta de contato do ambiente para com o bebê. Citemos um trecho importante em que Reich mostra como se desencadeou a angústia de cair do bebê e, conseqüentemente, se manteve uma tensão muscular. A partir disso, podemos também oferecer uma interpretação winnicottiana, a fim de ampliar o nosso olhar para o mesmo problema.

Ao término de sua terceira semana de vida, o bebê experimentou um ataque agudo de angústia de cair quando era tirado do banho e colocado sobre uma mesa de costas. Não ficou claro imediatamente se o movimento de deitá-lo teria sido muito rápido ou se o esfriamento da pele desencadeou a angústia de cair. Seja qual causa for, o bebê começou a gritar violentamente, esticou os braços para trás como que para obter apoio, tentou trazer a cabeça para frente, mostrou um pânico absoluto nos olhos e não pôde ser acalmado. Teve que ser tomado nos braços. Tão logo foi feita nova tentativa de deitá-lo, a angústia de cair reapareceu com a mesma violência. Só foi possível acalmá-lo tomando-o nos braços.

[...] Durante o ataque de angústia, a criança puxou os dois ombros para trás como que se protegendo da queda. Essa atitude se manteve; não conseguiu relaxar mesmo durante os períodos livres de angústia (Reich, 2009, p. 396).

Na linguagem reichiana, o ataque anorgonótico ocorreu devido ao pouco contato orgonótico que a mãe manteve com o seu bebê durante as duas primeiras semanas de vida. Segundo o autor, após ter um orgasmo oral, a criança buscou mais intensamente o contato com a mãe, o qual não foi respondido. Assim, “a ausência do contato levou a uma contração, um retraimento da energia biológica, como consequência dos vãos esforços para estabelecer contato” (Reich, 2009, p. 399). Porém, ele ainda parece estar se referindo a uma frustração pulsional.

Em Winnicott, embora a questão da falta de contato com a mãe possa ser de fato um



## COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

AMARAL, Henrique Uva; RIBEIRO, Diana Pancini de Sá Antunes; ABRÃO, Jorge Luís Ferreira. Contribuições winnicottianas à prática da vegetoterapia caracterológica. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais. 20º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS.** Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2015. [ISBN – 978-85-69218-00-5]. Acesso em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

precipitador da angústia de cair, o que impulsionaria o bebê ao contato com a mãe não seria tanto a satisfação pulsional, mas, sim, as necessidades egóicas e de cuidado. Além disso, a angústia de cair que observamos no trecho acima poderia ter ocorrido em decorrência de um cuidado não suficientemente bom da mãe, isto é, pelo não fornecimento de *holding* quando o bebê foi tirado do banho e colocado na mesa.

Se levássemos em consideração que a anorgonia não ocorre apenas por causa da frustração pulsional, mas principalmente devido às falhas do ambiente, então o nosso enfoque clínico não deveria ser o de confrontar as defesas do paciente visando a expressão emocional, pois no caso do paciente psicótico o medo não é tanto dos próprios impulsos, mas da ausência do outro em um momento de extrema vulnerabilidade e desorganização.

Além disso, Winnicott (1949/2000) nos fala de pacientes que, após não precisarem mais de um falso *self*, se mostram ingênuos diante da vida, como se tivessem acabado de nascer. Reich (2001), ao contrário, ao dissolver a couraça dos sujeitos neuróticos e fazendo com que estes estabeleçam a potência orgástica, descreve pessoas autoconfiantes, racionalmente motivadas e com uma força egóica que permite que persigam seus objetivos.

Se admitirmos a hipótese de que o processo de autorregulação do bebê surge a partir da autorregulação da mãe e que a constituição do ego só acontece por meio de um cuidado suficientemente bom, então, devemos conceber a ideia de que quando o sujeito que sofreu anorgonia está sem defesas no *setting* é como se ele estivesse se relacionando com o mundo pela primeira vez. Se fosse o caso, manter uma postura ativa e consistente diante desse paciente seria como fazer isso com um bebê e, mais ainda, com um bebê que tem consciência dos riscos que corre, já que está no corpo de um adulto. A alternativa seria o terapeuta se adaptar às necessidades do paciente, agindo como um ego auxiliar, até que esse possa atingir uma maior maturidade egóica e ter a capacidade de cuidar de si mesmo.

A questão da constituição do ego nos leva para outro problema, o da integração. Em Reich (2001), este tema aparece, mas é escasso. Em “*A Cisão Esquizofrênica*”, o autor admite que “os movimentos de um recém-nascido ainda não estão coordenados em uma função total” (p. 407). Para ele, a consciência e a consciência de si vão se estabelecendo, progressivamente, a partir do momento em que surja “algum tipo de contato funcional entre os órgãos, e que a unidade começa a se desenvolver a medida que aumentam esses contatos” (p. 407). A desintegração se dá quando se interrompe esse processo. Nesse sentido, ele afirma que a anorgonia e a desintegração estão interligadas.



## COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

AMARAL, Henrique Uva; RIBEIRO, Diana Pancini de Sá Antunes; ABRÃO, Jorge Luís Ferreira. Contribuições winnicottianas à prática da vegetoterapia caracteroanalítica. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais. 20º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS**. Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2015. [ISBN – 978-85-69218-00-5]. Acesso em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

No entanto, ele não explica exatamente como essa “coordenação dos órgãos” se dá, o que parece decorrer da autorregulação, isto é, surge naturalmente, à menos que o fluxo energético do organismo seja interrompido. Além disso, quando ele fala sobre a perda da consciência e a consciência de si, está relacionando isso, por exemplo, a um surto esquizofrênico; o que deixa a dúvida se, em sua concepção, o sujeito se encontra desintegrado mesmo quando está mentalmente equilibrado. Na concepção de Winnicott (1949/2000), um bom funcionamento mental e cognitivo não quer dizer, necessariamente, que o sujeito percebe a si mesmo como integrado.

Se tomarmos como referência que o paciente com anorgonia não está integrado, então, a observação de Winnicott sobre os cuidados infantis nos estágios primitivos nos podem ser úteis também para a prática corporal, pois, no início da vida, o *holding* e o *handling* são principalmente intervenções corporais. Entretanto, essas intervenções devem ocorrer mais a partir da necessidade do paciente, como uma forma de cuidado, do que de uma forma ativa e arbitrariamente seguida pelo terapeuta.

Na verdade, Reich era bem cético quanto ao tratamento de psicóticos, considerando que sem um tratamento conjunto que se utilizasse da energia orgone não seria possível uma grande melhora do paciente. Navarro (1996) reforça ainda mais essa ideia, afirmando que “pode-se fazer um trabalho apenas se houver possibilidade de carregar energeticamente esses pacientes. Sem isso, as intenções terapêuticas são mera veleidade” (p. 25).

Portanto, considerando que estamos falando do mesmo tipo de patologia, percebemos que Winnicott pode contribuir muito para repensar à postura do terapeuta reichiano quanto ao manejo de sujeitos psicóticos. Isso não exclui a técnica reichiana, apenas acrescenta a ela outra perspectiva para lidar com pacientes que não possuem um ego forte o bastante para suportar os próprios impulsos ou que ainda não possuem a sensação de existir.

A partir da concepção winnicottiana, poderíamos ainda admitir que, seguindo o modelo de Navarro (1996), no psicótico existe um bloqueio no segmento ocular, ou no *borderline*, no segmento oral, pois Winnicott relata casos em que observa fenômenos semelhantes. Porém, o autor acrescentaria que este sujeito não se encontra integrado, e que essa integração dependeria de um ambiente que se adaptasse às suas necessidades e não que confrontasse suas defesas. Além do mais, o terapeuta deveria compreender que a defesa deste paciente tem mais relação com o medo de ser retaliado ou de um ambiente invasor, do que para com seus próprios impulsos.



## COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

AMARAL, Henrique Uva; RIBEIRO, Diana Pancini de Sá Antunes; ABRÃO, Jorge Luís Ferreira. Contribuições winnicottianas à prática da vegetoterapia caracterológica. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais. 20º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS**. Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2015. [ISBN – 978-85-69218-00-5]. Acesso em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Ao estudar Winnicott, talvez a questão que mais surja é se faz sentido um trabalho feito de cima para baixo, visando a genitalização, quando o sujeito ainda não está integrado. Junto a isso, caso o desbloqueio dos segmentos da couraça não seja o bastante para que ocorra a integração do paciente (no sentido winnicottiano), nos perguntamos se o objetivo de estabelecer a potência orgástica não deva esperar até que esse processo esteja firmemente conquistado, dando lugar às necessidades do paciente. Não é possível ter um orgasmo com o corpo em um corpo que não está integrado.

É claro que esta discussão só será mais bem compreendida a partir da prática clínica, mas consideramos que estes questionamentos são válidos para que não nos tornemos pragmáticos com relação à nossa prática. Além do que, permitir o diálogo entre os autores pode contribuir para ampliar nossa capacidade de solucionar problemas e, acima de tudo, de aliviar o sofrimento humano.

## REFERÊNCIAS

CORNELL, W. E. Se Reich Tivesse Encontrado Winnicott: O Gesto Interrompido. **Revista Reichiana**, São Paulo, 7: 80-97, 1998.

NAVARRO, F. **Metodologia da Vegetoterapia Carácter-Analítica: sistemática, semiótica, semiologia, semântica**. São Paulo: Summus, 1996.

REICH, W. **A Função do Orgasmo**. São Paulo: Círculo do Livro, 1975. REICH, W. **Análise do Caráter**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

REICH, W. **A Biopatia do Câncer**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

WINNICOTT, D. W. Desenvolvimento Emocional Primitivo. Em **Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000 (Trabalho original publicado em 1945).

WINNICOTT, D. W. A Mente e a sua Relação com o Psicossoma. Em **Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000 (Trabalho original publicado em 1949).

WINNICOTT, D. W. Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão no Contexto Psicanalítico. Em **Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000 (Trabalho original publicado em 1954).

WINNICOTT, D. W. Formas Clínicas da Transferência. Em **Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000 (Trabalho original publicado em 1955).

WINNICOTT, D. W. **Natureza Humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990



## COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

AMARAL, Henrique Uva; RIBEIRO, Diana Pancini de Sá Antunes; ABRÃO, Jorge Luís Ferreira. Contribuições winnicottianas à prática da vegetoterapia caracterooanalítica. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais**. 20º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2015. [ISBN – 978-85-69218-00-5]. Acesso em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

### AUTOR e APRESENTADOR



#### **Henrique Uva do Amaral / Assis / SP / Brasil**

Graduando do Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras da UNESP – Câmpus de Assis. Realiza estágios nas Ênfases de Processos Clínicos e Saúde Mental e de Desenvolvimento Humano e Processos Educativos. Atualmente, possui pesquisa que dialoga os trabalhos de Reich e Winnicott, sendo esta financiada pela Fapesp.

**E-mail:** [henrique.uvaa@gmail.com](mailto:henrique.uvaa@gmail.com)

### CO-AUTORES

#### **Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro / Assis / SP / Brasil**

Professora Assistente Doutora do Departamento de Psicologia Clínica do Curso de Psicologia da UNESP – Câmpus de Assis. Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo. Doutora em Psicologia como Profissão e Ciência pela PUC-Campinas. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa (CNPq) “Figuras e modos de Subjetivação no Contemporâneo”. Chefe do Departamento de Psicologia Clínica.

**E-mail:** [diana@assis.unesp.br](mailto:diana@assis.unesp.br)

#### **Jorge Luís Ferreira Abrão / Assis / SP / Brasil**

Psicólogo, doutor em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e Livre-docente em Psicologia Clínica pela UNESP de Assis. Professor Adjunto do Doutor do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Sociedade da UNESP de Assis.

**E-mail:** [abrao@assis.unesp.br](mailto:abrao@assis.unesp.br)