

Sumário

Prefácio	
<i>Antonio Carlos Cesarino</i>	7
Introdução	
<i>Marina da Costa Manso Vasconcellos</i>	17
1. Reflexões de uma terapeuta sobre o cliente travado	
<i>Marina da Costa Manso Vasconcellos</i>	19
2. Eu e o outro, psicodramaticamente falando	
<i>Alexandre Saadeh</i>	31
3. O paciente cala e o corpo fala	
<i>Christina Freire</i>	37
4. As turbulências no mundo interno do cliente travado	
<i>Heloisa Junqueira Fleury</i>	57
5. O paciente perfeito	
<i>Marcia Almeida Batista</i>	69
6. O sentimento de vergonha na terapia com casais e famílias	
<i>Maria Amalia Faller Vitale</i>	77

7. Clínica de casos difíceis	
<i>Mário Costa Carezzato</i>	95
8. No dorso do tigre: a vontade de potência e o medo do desconhecido no psicodrama	
<i>Milene De Stefano Féo</i>	109
9. O mal-estar do terapeuta	
<i>Moysés Aguiar</i>	131
10. Para uma dramatização bem-sucedida	
<i>Rosa Cukier</i>	157
11. Mr. Multilock	
<i>Sergio Perazzo</i>	179
12. O silêncio no diálogo terapêutico	
<i>Wilson Castello de Almeida</i>	197

Prefácio

No ano passado participei de um congresso de acompanhantes terapêuticos. Quando situamos essa forma difícil e exigente de trabalho entre os diferentes manejos terapêuticos, uma característica que salta aos olhos é a maior horizontalidade da relação terapêutica. Aí se inverte uma das questões importantes da psicoterapia: o território em que se trabalha não é o território do terapeuta (seu consultório, sua clínica). Inicialmente, na maior parte das vezes, o contato começa na casa do paciente. Daí pode-se partir para um trabalho “peripatético” na rua, no parque, na lanchonete. Nenhum desses lugares “pertence” ao terapeuta. Ou o paciente está em “seu terreno” ou ambos estão em um terreno que não lhes pertence, onde, pelo menos em parte, estão mais próximos de uma igualdade de condições.

Historicamente, o caminho de humanização e de modernização do atendimento ao paciente psíquico vem sendo pensado na linha antimanicomial, ou seja, na linha da desinstitucionalização, isto é, ir para “fora” dos limites (geográficos e mentais) da instituição psiquiátrica. Se voltarmos a pensar nessa história, ultimamente tão debatida, lembraremos que uma das razões básicas da existência do manicômio é a “proteção” da sociedade por meio de exclusão e confinamento. Aprenderemos também que o manicômio não é apenas um prédio, mas uma atitude interna da sociedade e dos psis (o manicômio está dentro de nós).

Quem trabalha, portanto, mais distante dessa “proteção” institucional é o AT (acompanhante terapêutico). Quando se pensa em proteção para o trabalho psi, a pergunta que segue é: proteção por quê? A proteção pressupõe um risco, e a preocupação com esse “risco” na convivência com o cliente traz o grande conteúdo ideológico que justifica a segregação do paciente. O risco maior é o contato com nossa própria desrazão, sempre presente, que deve ser cuidadosamente ocultada ou ignorada. Ora, a relação entre a posse de um território e o poder do possuidor transmite-se automaticamente à situação da psicoterapia.

Claro que todos temos clareza de que a situação psicoterápica é, por definição, assimétrica. Mas, se pensarmos, por exemplo, na relação entre um de nós e o jardineiro ou a empregada doméstica ou o mecânico, verificamos que ela é também assimétrica. Entretanto, nessa situação, quem “vende” o serviço não é sentido como superior, embora receba pagamento para estar aí. Por que essa assimetria então se coloca com tanta nitidez na relação terapêutica? Não será porque de alguma maneira está presente no imaginário dos participantes que a posição de “doente” (como sempre se leu nos escritos sobre psiquiatria) coloca automaticamente uma conotação de valor? O “doente” é menos, é inferior ao terapeuta, o que justifica, canoniza, uma situação de poder. É óbvio que tudo isso passa despercebido, porque as marcas ideológicas não são vistas à luz da consciência.

O trabalho psicoterápico é uma ação de saúde mental. Mesmo numa situação de contrato liberal de trabalho, é, como ação de saúde, uma tarefa de alcance público e, portanto, algo que não pode ignorar honestamente um vínculo político.

Observa-se que as posturas referentes a preconceitos, diferenças de classe, hierarquização ou valoração diferente das pessoas tendem a ser “naturalizadas” pelo uso e passam despercebidas.

Nos últimos anos, com a preocupação crescente pela democratização do cuidado com o sofrimento mental, têm sido frequentes discussões e escritos sobre a “psiquiatria democrática”, a antipsiquiatria e todas as suas conseqüências no pensar e executar o trabalho psi. Uma das mais óbvias é considerar que, se existem estratos sociais diferentes, que vivem e sofrem dentro de diferentes situações, a qualidade e o peso dos problemas emergentes serão também diversos. Grande parte dos terapeutas é recrutada das classes médias e altas e terá naturalmente

maior facilidade de compreensão dos pacientes que vivem no mesmo mundo e falam a mesma língua – e, portanto, terá maior empatia por eles também. Por outro lado, a experiência de trabalho com diferentes estratos sociais mostra que a classe média tem fraco poder relacional.

Aqui se colocaria outra ordem de discussões se o tema fosse de saúde mental no sistema público de atenção. Isto é, se fôssemos discutir aqui problemas referentes às questões de atendimento na rede pública – Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Centros de Convivência etc.

A relação de “cura”, de tratamento, de ajuda, é desde tempos imemoriais uma relação vertical. Um dos envolvidos tem algo que será ensinado ou transmitido ao outro. Isso confere a ele uma relação de poder relativo àquele momento. O paciente é objeto de observação, avaliação, sujeito a correções. Naturalmente, nessa situação seu poder “negocial” é menor. Não tem muito que sugerir ou exigir. É o outro quem sabe mais dele do que ele mesmo.

Entretanto, na medida em que essa situação seja “ideologizada”, o “poder” do terapeuta parece muito maior. Isso por necessidade de ambos. As duas inseguranças em presença podem necessitar fazer dessa situação um momento de indiscutível dominação. Diante do terapeuta o paciente vive uma situação regressiva. A situação é comparável à de uma criança observada criticamente pelo professor. Quase um panóptico¹, simbolicamente.

Tanto a situação de trabalho do AT como a de um grupo de psicodrama diminuem essa possibilidade, seja pela mudança do território, seja pela possibilidade de serem multiplicados os olhares, dividida a responsabilidade e a focalização–expectativa–exigência que pode ser sentida pelo paciente.

O fazer psicoterápico, em suas diversas modalidades, é parte importante dos recursos que certa parcela da população pode utilizar como busca de solução ou, pelo menos, de diminuição de um sofrimento. Todos os estudos psiquiátricos mostram que no mundo ocidental a incidência de depressão e de outros tipos de transtornos de ordem emocional vem crescendo. É evidente para todos os estudiosos dessa questão que isso se relaciona com as progressivas modificações da ma-

1 Vide Michel Foucault. *Vigiar e punir*, 33. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

neira de viver atual. Não cabe aqui entrar em detalhes sobre essa discussão. Mas o que vai ficando cada vez mais corriqueiro em certos estratos sociais de nosso mundo é a busca de ajuda por meio da psicoterapia. Assim, a instituição psiquiátrica vai se enriquecendo com mais essa procura: como é de esperar, a sofisticação de seus métodos serve, de preferência, aos grupos de maior poder aquisitivo. Mas estamos diante de uma instituição que traz, por sua própria natureza, variadas contradições e características desfavoráveis. Um dos riscos mais frequentes é o de que ela se fixe no “instituído” (isto é, “cristalizado”) e se distancie da razão original de sua existência. Daí algumas estereotípicas que funcionam como a burocracia de um sistema – perderam a memória de sua necessidade e passaram a ser uma coisa “em si”. O fato de a psicoterapia aproximar-se com certa frequência de um hábito de consumo pode influenciar sua prática, colocando expectativas (de ambos os lados) inadequadas por serem padronizadas.

Essa abordagem inicial apenas tenta traçar algumas possíveis linhas de pensamento sobre o vasto mundo das psicoterapias.

O livro que temos em mãos, fruto do esforço e da simpática insistência de sua jovem organizadora e também autora, traz uma variedade de posturas em relação a um dos aspectos problemáticos dessa prática: o paciente que não consegue “colaborar”. Como já pode ter sido notado, chamo o sujeito, ou cliente – em saúde pública se diria usuário –, de paciente. Apesar da origem médica do termo, penso que minha postura pode, até onde consigo perceber, estar livre dos preconceitos tradicionais. Pelo menos tenho presente a possibilidade de inconscientemente ser autoritário em alguma situação mais difícil.

Todos os autores são psicodramatistas (ou psicodramistas, como diria Moysés Aguiar). Em princípio, a prática do psicodrama, de acordo com seu fundador, Moreno, alcança a plenitude de sua efetividade e sentido quando realizada em grupo. Mas nem todos os artigos referem-se a práticas grupais. Há formas de terapia derivadas do psicodrama (às vezes até praticadas por Moreno, como se vê em seus protocolos) que se dirigem a trabalhos individuais. Alguns dos autores criaram e/ou sistematizaram interessantes formas de trabalho individual. Algumas delas já foram objeto de artigos ou livros (como são muitos, não vou citar nenhum deles para não ser injusto).

Embora todos os autores pertençam à mesma constelação psicodramática, temos uma variada coleção de posicionamentos. A diferença

do tipo de formação, de anos e lugares de prática, de posturas teóricas e até mesmo do exercício de refletir e pesquisar sobre a prática e seus desdobramentos teóricos, e até filosóficos, se reflete em cada capítulo de maneira singular.

Não seria possível fazer um apanhado crítico suficiente de todos eles. Por isso, farei uma escolha de momentos a meu ver significativos, sem a preocupação de ser completo, mas apenas para despertar no leitor a curiosidade de acompanhar as exposições, muitas vezes brilhantes.

Moysés Aguiar discute com propriedade e mais detalhe o que foi esboçado neste prefácio: considerações sobre a assimetria da relação terapêutica, o sistema já organizado, talvez institucionalizado, de mútuas expectativas entre paciente e terapeuta, colocando a necessidade de uma “cidadanização” da terapêutica. Discute o fato de o paciente já chegar com um modelo relacional de seu ambiente original, o que poderia fazer da resistência ao tratamento uma recusa legítima. Daí a necessidade de uma reconstrução freqüente. Fala do fato de o terapeuta ser membro de uma “tribo” psicoterápica, e isso colocá-lo em situação de ansiedade diante de seus pares (como eles comentarão meu trabalho?). A referência externa pode interferir na tarefa terapêutica. Daí a necessidade de não se manter rígido e “fiel” a uma postura – uma mudança na forma de trabalhar pode criativamente facilitar o processo de mútuo desenvolvimento.

Milene Féo reconhece que se transita sempre em um terreno desconhecido e que é importante saber aceitar o transitório, o incompleto, e procurar transformar a experiência relacional como uma espécie de mergulho em uma experiência conjunta em que o terapeuta se percebe, raciocina e escolhe o caminho, ao mesmo tempo em que “viaja” intensamente com o paciente. O trabalho deve escapar do senso comum e buscar novos e múltiplos sentidos. A “trava” pode ser também ligada à dificuldade do terapeuta de ficar conectado com as próprias sensações e fantasias. Valente e otimista, Milene afirma que é possível evoluir da condição de suportar o caos para a de amar o caos, sentir amor à vida tal qual ela é: experiência prazerosa, possível e desejada, mas sempre incompleta... Pensar a vida instante a instante, abdicar do sonho de exercer controle absoluto sobre todas as coisas.

Sergio Perazzo afirma que o paciente travado carrega estereótipos para diferentes relações, isto é, não tem a espontaneidade de se relacio-

nar de outra forma com outra pessoa. Tem um comportamento “conservado”. Tem em si o “equivalente transferencial”: dentro dele há um papel já pronto que atua em todas as diferentes situações, esperando que, ao manter o mesmo comportamento, possa não ser castigado e talvez até amado. Lembra que o desejo de fazer sempre dramatizações brilhantes pode ser um fator de dificuldade, principalmente com o paciente resistente – pequenas dramatizações simples podem ser possíveis e mais eficientes. De passagem, discute o teatro de reprise, a importância a seu ver exagerada que se dá à matriz de identidade, e faz a defesa do papel do ego-auxiliar profissional, infelizmente figura há muito ausente da prática psicodramática.

Heloisa Fleury, ao lembrar que o cliente travado está numa situação de distanciamento de seu próprio mundo, coloca como causas principais dessa situação a vergonha e o medo. Com frequência o cliente só é capaz de apresentar-se em um estado empobrecido e de estabelecer relações passivas, estratégia com a qual tenta evitar qualquer ordem de sofrimento, “deixando barato” uma resposta pronta, mesmo que insuficiente. A experiência emocional vem vazia, sem nada de mais verdadeiro, sem reflexão. Isso será uma resposta à postura pós-moderna de evitar o sofrimento e buscar respostas prontas e indolores. Heloisa propõe técnicas simples para o trabalho, salientando que, atualmente, na maioria dos consultórios psicodramáticos, o atendimento é com pacientes individuais.

Marina Vasconcellos, a jovem organizadora deste volume, exprime a ansiedade que os terapeutas mais novos sentem diante dos pacientes difíceis (Perazzo lembra que o paciente-problema o é também para os profissionais experientes). Conta que, ao revelar a uma cliente particularmente desinteressada seu próprio sentimento, a relação transformou-se em algo mais rico e pessoal. Fala do medo de levantar da cadeira e propor uma cena (e se não der em nada?). Não será essa também a dificuldade com a tribo, como disse Moisés? Se não der em nada é um problema dos dois, e não só do terapeuta. Fala de manejos em que procura “ligar” o sujeito à sua própria vida, estimulando-o a trazer fotos e relatos de seu passado e utilizando psicodrama interno (aí não existe o risco de “não dar em nada”).

Maria Amalia Faller Vitale coloca a vergonha como causa principal do “travamento”, falando de sua grande experiência com terapia de casais e famílias. Lembra de algumas das características psicológicas do

sentimento de vergonha: há uma inundação do “eu”, um restringir da ação, a sensação de que o tempo se alonga, de que o presente parece intransponível. A cultura da vergonha é a da culpa – há uma estreita ligação entre esses dois sentimentos. No que tange à terapia, a vergonha está presente, inclusive no terapeuta, cujo papel é proteger os sujeitos na relação. A postura ideal é mostrar uma empatia que acolhe sem ser intrusiva. Há famílias que guardam segredos “vergonhosos” que desvitalizam a relação entre as pessoas.

Rosa Cukier, proverbialmente organizada e clara, coloca em pauta um verdadeiro roteiro, claro e organizado, da prática do psicodrama bipessoal: realiza o desejo de qualquer jovem psicodramatista ao detalhar passo a passo como conseguir uma dramatização bem-sucedida. Extremamente didática em seu artigo, produz esquemas e sintetiza discussões teóricas. Parece não precisar se preocupar com o cliente resistente. Mesmo nessa situação, deixa a impressão de ter extrema segurança em sua maneira de trabalhar: lida com cenas regressivas, focando a criança interna do adulto, de onde emanam algumas das defesas atuais. Mostra extrema confiança em seu método, criando uma sensação de otimismo e curiosidade.

Marcia Batista fala do “paciente perfeito”: aquele que não dá trabalho, diz o que deve ser dito, melhora sem dificuldades etc. Mas diz que discutir como se deve atender a este ou àquele paciente soa contraditório a seus ouvidos. Para ela, a psicoterapia é o momento do não-possível, da ruptura. Deve abrir espaço para uma resposta à situação única daquela sessão. O terapeuta deve, como criança, permitir a chegada do novo, do não-pensado, do inusitado. O “paciente difícil” é bem-vindo porque cria movimento, obriga o terapeuta a pensar, a estudar, a deixar-se supervisionar. Fala do paciente “camaleão”, que aprendeu na vida a mimetizar-se, atuar de acordo com o esperado. Não o faz para enganar, mas apenas porque não sabe atuar de outra forma. É tranquilizante para o terapeuta, mas depois de certo tempo percebe-se que não se está fazendo terapia. É necessário haver o “sobressalto” da descoberta para que algo aconteça.

Mário Carezzato lembra que na situação terapêutica duas subjetividades estão em jogo dinâmico, buscando caminhos para se expressar. O trabalho dirige-se à decodificação do que está inconsciente na relação, daquilo que é não dito. Comenta que dificuldades na relação em psicoterapia não são obstáculos: são os próprios objetos da psicoterapia.

Traz diversas “vinhetas” (relatos de trechos de terapias) em que discute o sujeito e a própria atuação, utilizando referenciais teóricos variados.

Christina Freire, que trabalha com o “somatodrama”, começa seu trabalho dizendo que a vivência psicossomática se dá no real do corpo, mostrando um fracasso na comunicação entre o imaginário e o simbólico. O corpo está subjetivado. A pessoa que tem seu desenvolvimento incompleto terá uma perda parcial de sua identidade corporal: uma parte de si mesma não será conhecida nem controlada. Há dificuldade em comunicar emoções, pois elas são reveladas sob a forma de sintomas corporais. O cliente tende a assumir um pseudopapel: define-se como um doente, e não como uma pessoa. “Sou asmático”, em vez de “Sou João”. Cita alguns casos, como o de uma mulher que ao se comunicar tem uma história na qual as palavras têm pouca importância. A sensação corporal é o que domina, e o corpo comporta-se como que delirante: um delírio corporal. Christina trabalha na linha de aquisição de consciência corporal. Para isso usa não só técnicas próprias do psicodrama, mas também uma vasta gama de referenciais de outras posturas psicoterápicas.

Sucinto, Alexandre Saadeh fala da tênue fronteira entre pessoal e humano de um lado e profissional e técnico de outro. Fala da arte de relacionar-se em contraposição ao avanço tecnológico e acredita que mais importante do que a história revelada é a vivência que surge na relação terapêutica.

Wilson Castello de Almeida é, como os outros, de origem psicodramática – dos mais antigos desse movimento. Atualmente trabalha com o que chama de “diálogo terapêutico”, com a visão fenomenológico-existencial da relação de ajuda psicológica. Em seu artigo toca em questões básicas para muitas formas de terapia, inclusive a psicodramática. Fala do contato inicial, quando se deve ter uma preocupação “pedagógica”: dizer ao paciente o que se espera dele nesse jogo que está por se iniciar. Para Wilson, é fundamental que ele saiba que melhor caminhará o processo se ele se esforçar por dizer o máximo que puder sobre seus sentimentos, experiências, questões e problemas. Fala do silêncio – forma pela qual, em uma relação verbal, manifesta-se a resistência, tecendo considerações sobre seu significado em diversas situações, mesmo não terapêuticas. Lembra que pode ser de espanto pela outorga de uma liberdade de se expor (que pode ser uma grande novidade), mas que pode também significar medo, orgulho, amor-próprio,

arrogância. Pode querer dizer que o desejo é de um acompanhamento (uma escuta?) sem intromissão. Nesse caso poderia ser, como cita: “Não posso aceitar a idéia de ser libertado por outro que não seja eu mesmo”. Fala da gênese possível dessa atitude: a situação atual de um adulto que foi uma criança abandonada, fragilizada, e hoje se vê incompetente para o mundo social. Cita diversas interpretações, inclusive psicanalíticas, antes de entrar no manejo dessa situação.

Aqui está o prefácio deste interessante livro. Achei que não cabia a mim maiores digressões doutrinárias ou questionamentos ideológicos sobre o tema. Essa é a tarefa dos diversos autores. A leitura dos textos apresentados pode instigar fecundas reflexões. Quero salientar a importância de esta obra ter sido organizada por uma jovem psicoterapeuta. É promissor que os mais jovens também se dediquem à tarefa de teorizar nossa prática. Daí surgem os avanços.

Antonio Carlos Cesarino
Março de 2007.

Doutor em Psiquiatria pela Universidade de Heidelberg (Alemanha). Foi membro do Conselho Regional de Medicina (1978-1988), presidente da Sociedade de Psicodrama de São Paulo e professor universitário (PUC, USP, Unesp e Santa Casa de São Paulo). É membro da Comissão Justiça e Paz e da Câmara Técnica de Saúde Mental do Conselho Regional de Medicina.

Introdução

O que se entende por *cliente travado* ou a que me refiro exatamente quando emprego o termo *cliente travado*?

Dizemos, entre os terapeutas, tratar-se daquele cliente silencioso, reticente, extremamente tímido, que depende do estímulo constante do terapeuta para que algo aconteça na sessão. Ele quer fazer terapia, mas não sabe como conduzi-la, percebe sua necessidade, mas depara com grande dificuldade de expressar-se, talvez por total falta de autoconehecimento ou noção do que trazer para trabalhar em uma terapia.

Ao procurar no dicionário a definição do termo *travado*, encontrei vários outros significados que, num primeiro momento, não pareciam estar ligados ao sentido empregado em psicoterapia: “fortemente unido; ligado, íntimo”; “ligado como por cadeias; encadeado, peado, agarado”; “que já começou; principiado, entabulado, encetado”; “que não está com a língua desembaraçada; tartamudo”; “disputado com furor; encarniçado, renhido”; “impedido com trava ou outro obstáculo; atravancado, embaraçado”. Essas definições foram encontradas em dois bons dicionários: *Houaiss* e *Aurélio*.¹

1 Instituto Antônio Houaiss, *Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa 1.0*. Aurélio Buarque de Holanda Ferreira, *Novo dicionário básico da língua portuguesa Folha/Aurélio*.

Um “problema” então se apresentou com o livro já quase pronto: todos escreveram com base no chamado inicial, cujo tema era enfocar o atendimento aos clientes *travados*...

Portanto, permitam-me a ousadia de criar uma nova definição para *travado*, quando a esse termo se referir a psicoterapia: “diz-se daquele que não fala, silencioso; reticente, resistente; extremamente tímido; que enfrenta grande dificuldade tanto de expressão quanto de entrar em contato com conteúdos internos; aquele cliente que espera sempre a iniciativa do terapeuta para realizar sua própria terapia; de difícil acesso, fechado”, e por aí afora. Cada terapeuta poderia ainda acrescentar algo diferente a partir de seu olhar.

O objetivo deste livro é explorar as diferentes situações de *travamento* do processo psicoterapêutico. Para tanto, convidei alguns amigos e colegas psicodramatistas, pelos quais tenho muito respeito e admiração, com o intuito de compartilhar nossas experiências (tanto as boas quanto as que deixaram a desejar), a fim de que, por meio delas, outros profissionais possam se beneficiar e enriquecer seu arsenal profissional. Agradeço a todos os que aceitaram meu convite e acreditaram na proposta, esforçando-se para produzir textos de ótima qualidade.

Agradeço da mesma forma a todos os meus clientes e ex-clientes que, ao dividirem comigo suas experiências mais profundas e seus sentimentos mais íntimos, possibilitaram também minha oportunidade de crescimento, tanto profissional como pessoal.

Espero que este livro contribua com você, leitor, instrumentalizando-o um pouco mais, assim como abrindo a possibilidade de novas reflexões. Afinal, “ninguém é tão grande que não possa aprender nem tão pequeno que não possa ensinar” (autor desconhecido).

Marina da Costa Manso Vasconcellos