

## *Sumário*

- APRESENTAÇÃO, 7
1. A PSIQUIATRIA CLÍNICA E A PSICOTERAPIA, 9  
*Victor R. C. S. Dias*
  2. DISTÚRBIOS FUNCIONAIS, 31  
*Virgínia de Araújo Silva*
  3. DEFESAS DE SOMATIZAÇÃO, 69  
*Celso Azevedo Augusto*
  4. MANEJO DOS SENTIMENTOS NA ANÁLISE PSICODRAMÁTICA, 121  
*Victor R. C. S. Dias*
  5. AS TÉCNICAS DE ESPELHO NA ANÁLISE PSICODRAMÁTICA, 133  
*Cristiane Aparecida da Silva*
  6. CENAS DE DESCARGA, 155  
*Elza Maria Medeiros*

7. A TÉCNICA DA TRIBUNA, 167

*Fábio Goffi Jr.*

*Mai Ferreira Magacho*

8. RESUMOS DA ANÁLISE PSICODRAMÁTICA, 189

*Victor R. C. S. Dias*

## *Apresentação*

Caro leitor,

Este terceiro volume da *Psicopatologia e Psicodinâmica na Análise Psicodramática* foi escrito por mim e por alguns colaboradores.

No Capítulo 1 abordo a eterna discussão entre os diagnósticos sintomáticos da psiquiatria clínica e os diagnósticos psicodinâmicos das escolas psicoterápicas. Aproveitei para sistematizar as condutas, que adotamos na análise psicodramática, tanto na síndrome do pânico quanto nas depressões neuróticas e depressões de constatação. Cunhei o termo Psiquiatra Terapeuta para identificar os procedimentos psiquiátricos aplicados a um cliente em processo de psicoterapia.

No segundo capítulo, a Virgínia escreveu, de forma brilhante, toda a sistematização dos Distúrbios Funcionais, cujo conceito já tinha sido publicado no primeiro volume dessa coleção.

Com uma paciência infinita, Celso reúne, no Capítulo 3, as principais doenças psicossomáticas, encaixando-as no conceito de

Defesas Somáticas e suas três divisões. Esse conceito também foi apresentado no primeiro volume dessa coleção.

No capítulo 4, sistematizo as condutas, na análise psicodramática, em relação aos sentimentos, tanto em relação aos seus valores morais como em relação aos seus valores essenciais. Escrevi, também, sobre os sentimentos reativos e os sentimentos neuróticos.

Cristiane descreve, no Capítulo 5, de maneira clara e didática, os oito tipos da técnica de espelho que foram desenvolvidos dentro da análise psicodramática, a partir da técnica do espelho moreniano.

No Capítulo 6, Elza expõe, de modo objetivo e conciso, a sistematização do uso das cenas de descarga, que utilizamos na análise psicodramática, para compensar a falta de aquecimento na psicoterapia bipessoal.

Fábio e Mai explicam, de forma pioneira, no Capítulo 7, as utilizações da técnica da tribuna dentro da análise psicodramática. Fábio discorre sobre a técnica nos grupos e nos grandes grupos, e Mai na psicoterapia de casais e famílias.

No oitavo capítulo, resumo, com auxílio da Cristiane, os principais temas da análise psicodramática para facilitar a pesquisa do leitor.

Aproveito para agradecer a minha secretária, Karla Chiaradia, pela ajuda na digitação, além da infinita paciência, com que mediou minhas constantes desavenças com essa máquina infernal chamada de computador.

Um cordial abraço e votos de uma boa leitura.

**Victor**

## *1. A psiquiatria clínica e a psicoterapia*

VICTOR R. C. S. DIAS

Poderíamos até dizer *psiquiatria versus psicoterapia* tal o clima de hostilidade reinante entre psiquiatras clínicos e psicoterapeutas, pois cada um tenta demonstrar que sua fundamentação teórica e sua postura terapêutica são melhores do que as do outro.

O objetivo deste capítulo é discutir, propor e explicitar uma postura profissional que dentro da Análise Psicodramática chamamos Psiquiatra Terapeuta.

Essa proposta visa uma diferenciação entre as posturas do *Psiquiatra Clínico*, do *Psicoterapeuta* e do *Psiquiatra Terapeuta*.

Entendemos como Psiquiatra Clínico o profissional médico que trabalha com medicações psiquiátricas e se fundamenta nos quadros diagnósticos e nos procedimentos da psiquiatria clínica. Ele opera basicamente com os Diagnósticos Sintomáticos, descritos atualmente no CID-10 da Classificação Internacional das Doenças.

Como Psicoterapeuta, entendemos o profissional com formação em medicina, psicologia ou outra formação básica, e que tenha reali-

zado algum tipo de especialização para trabalhar com os processos de psicoterapia. Essas especializações podem estar ligadas às escolas psicodinâmicas (psicanálise, psicoterapia analítica, gestalt-terapia, análise transacional, psicoterapia Rogeriana, bioenergética, psicoterapia Reichiana, psicoterapia Lacaniana, psicodrama Moreniano, análise psicodramática e muitas outras; ou as de origem comportamental (psicoterapia comportamental, neurolinguística e outras tantas) ou ainda as de origem fenomenológica (psicoterapia existencial e outras).

Esses profissionais utilizam pouco as drogas psiquiátricas e ocasionalmente as drogas fitoterápicas. Quando o cliente necessita de medicação psiquiátrica, o profissional o encaminha para um médico clínico ou para um psiquiatra clínico.

Entendemos e propomos a terminologia Psiquiatra Terapeuta para o profissional médico que, tendo se especializado nos processos psicodinâmicos, passa a fazer psicoterapia e ao mesmo tempo medicar seus clientes, como também medicar clientes de outros psicoterapeutas não médicos. A grande diferença entre o psiquiatra terapeuta e o psiquiatra clínico é que o critério da medicação do psiquiatra terapeuta é baseado nos diagnósticos psicodinâmicos e não nos diagnósticos sintomáticas da psiquiatria clínica.

### *A PSIQUIATRIA CLÍNICA* *– UNIVERSO PSIQUIÁTRICO*

O universo da psiquiatria clínica é muito extenso e diversificado. Abrange as doenças mentais, os distúrbios de comportamento e os distúrbios de personalidade. Essas classificações são baseadas no estudo sintomático e orgânico que, como o próprio nome já diz, é calcado no conjunto de sintomas causados pela doença e nas possíveis causas orgânicas a ela associadas.

Esse universo está contido na Classificação Internacional das Doenças, atualmente na sua 10ª revisão, o CID-10. Nela, encontramos, no seu capítulo V, a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10.

Nessa classificação, encontram-se: doenças psiquiátricas com grande comprometimento orgânico, como as degenerações, encefalopatias e lesões cerebrais; doenças com componentes eminentemente psicogênicos e psicológicos, como as neuroses e algumas psicoses; e as doenças mistas, que mesclam fatores psicogênicos e fatores orgânicos, como as doenças psicossomáticas, as resultantes de uso de tóxicos e outras substâncias psicoativas, traumas cerebrais e outras. Nesse capítulo, nossa referência é a postura do psiquiatra e do terapeuta no que diz respeito às doenças psicológicas e às mistas.

É grande a confusão que se estabelece quando se tenta discriminar as fronteiras entre o tratamento psiquiátrico e o tratamento psicoterápico. Essa confusão ocorre não só entre os clientes, mas também com os próprios profissionais que atuam na área. Fica maior ainda quando envolvem quadros mistos, como os distúrbios psicossomáticos e transtornos psíquicos em que existe algum tipo de comprometimento orgânico associado.

O objetivo deste capítulo é lançar algumas referências que utilizamos na análise psicodramática para essa discriminação. A primeira delas é compararmos o enfoque dado pela psiquiatria clínica e pela psicodinâmica em relação aos transtornos psíquicos e o comportamento do indivíduo.

### *Enfoque da psiquiatria clínica*

É um enfoque eminentemente sintomático. Isto é, classificam-se os transtornos psíquicos e de comportamento com base em uma

série de sintomas que, agrupados ou até mesmo isolados, acabam por definir um *diagnóstico sintomático*.

Esses diagnósticos sintomáticos da psiquiatria são frequentemente embaralhados entre si, conflitantes e até mesmo ambivalentes, causando, muitas vezes, confusões e até múltiplos entendimentos. Uma evidência dessas confusões é a necessidade crescente de aumentar o número de quadros clínicos e suas intermináveis subdivisões. Para se ter uma ideia do que isso representa basta atentar para o fato de que a Classificação Internacional de Doenças Mentais (CID-9) que apresentava 30 categorias passou para 100 categorias na sua atualização (CID-10).

Verificamos isso também nos debates infundáveis de qualquer reunião clínica para discussão de casos, com resultados frequentemente inconclusivos. Podemos dizer que isso está virando um verdadeiro "balaio de gatos".

*Essa confusão, na maior parte das vezes, está no fato de que o diagnóstico sintomático valoriza demais o sintoma em detrimento das causas que geram esses sintomas. Valoriza o sintoma ou a manifestação orgânica e despreza a psicodinâmica envolvida que muitas vezes é a verdadeira causa.*

A valorização exagerada dos sintomas e conseqüentemente do diagnóstico sintomático acaba gerando um problema de identidade do próprio cliente, o qual se autodefine pelo seu sintoma, no que muitas vezes é encorajado pelo próprio psiquiatra clínico.

*Essa autodefinição é um rótulo, que se sobrepõe e até substitui a verdadeira identidade do cliente.*

Dessa maneira, tanto o cliente como o psiquiatra acabam valorizando um rótulo em detrimento da identidade.

É bastante comum vermos clientes se autodefinindo como: eu tenho Toc, eu sou Bipolar, eu sou Dependente Químico, eu sou Compulsivo Sexual, eu tenho Síndrome do Pânico, eu sou Depres-

sivo etc. Como se pertencessem a algum tipo de confraria! Esses clientes estão utilizando um rótulo em vez de se preocuparem com a sua identidade.

Como psiquiatra, também observo com frequência falas do tipo: ele é alcoólatra, ele é bipolar, você tem Toc, você tem Síndrome do Pânico, você é compulsivo sexual, você é depressivo e assim por diante. Essa forma de encaixar o cliente em um diagnóstico sintomático desestimula qualquer tentativa de procurar as causas que o levaram a essa situação.

É óbvio que o questionamento que se impõe seja: O que ocorre no psiquismo desse cliente para que tenha necessidade de beber dessa forma? Esse sintoma obsessivo compulsivo está encobrindo que tipo de dinâmica psicológica? O que pode estar gerando uma crise de pânico sem razão aparente nesse cliente? Por que uma alternância tão forte de humor na vida dessa pessoa, mesmo que possa ter algum componente orgânico?

Esse tipo de questionamento demandaria uma procura das causas e da própria identidade do indivíduo. O que quero salientar é que acho imprescindível uma vinculação entre os sintomas e pelo menos um vislumbre das causas psíquicas que levam a eles.

A medicação dos sintomas sem que os vincule com suas causas psíquicas ou agravadoras leva invariavelmente às seguintes situações:

- ◆ Rotulação e posteriormente autorrotulação do cliente;
- ◆ Maximização do poder do remédio como agente curativo;
- ◆ Vinculação de dependência com o remédio e com o psiquiatra.

*Rotulação e autorrotulação do cliente:* Como mencionado anteriormente, o cliente rotulado passa a não se interessar em procurar as causas psíquicas e intrapsíquicas causadoras de seus sintomas. Passa

a creditar esses sintomas a uma enfermidade orgânica que na maioria das vezes é inexistente (doenças basicamente psíquicas) ou pouco significativa (doenças mistas, orgânicas e psíquicas). Isso só é mais verdadeiro para as doenças claramente comprovadas como orgânicas.

Se o cliente não procura as causas geradoras de seus sintomas, ele passa a tentar outro tipo de explicação, que normalmente resvala para o místico ou as mais absurdas racionalizações e justificativas, gerando assim uma Defesa de Racionalização ou de Evitação.

*Maximização do poder curativo do remédio:* Sabemos que somos seres basicamente bioquímicos e que a maioria de nossas funções psíquicas (pensamentos, sentimentos, percepções e intenções) são mediadas por impulsos elétricos e esses por transformações bioquímicas via transmissores. Podemos alterar essas mesmas funções psíquicas por meio de uma abordagem direta nas alterações bioquímicas, como na administração de drogas psicoativas e medicamentos psiquiátricos. Podemos, ainda, conseguir os mesmos resultados quando identificamos um conflito intrapsíquico, quando o indivíduo sonha, numa técnica de relaxamento profundo, num psicodrama interno ou até mesmo em uma simples conversa; sem nenhuma medicação ou droga.

*Acreditamos que uma mudança psicológica pode mobilizar drogas internas, sintetizadas pelo próprio indivíduo, e com isso modificar suas funções psicológicas, assim como a administração de drogas externas podem alterar essas mesmas funções. A grande e vital diferença é que, no primeiro caso, a Consciência e o Eu do indivíduo tiveram (parcial ou total) participação, e no segundo caso não.*

A grande importância da Consciência e do Eu do cliente participar do processo é que ele terá uma noção da vinculação entre os sintomas e suas causas. Do contrário, ele pode ter uma melhora, normalmente transitória, mas não houve nenhum acréscimo em sua identidade.

Por outro lado, o grande benefício da medicação é *a diminuição imediata dos sintomas e da angústia atrelada a eles.*

Esse alívio imediato dos sintomas, causado pela medicação, dificilmente pode ser adotado pela psicoterapia nos seus estágios iniciais.

Então surge a interminável discussão: O que é melhor, medicar ou fazer psicoterapia?

A resposta também é complexa, pois os "xiitas" da medicação vão entender que o único caminho é medicar e os "xiitas" da psicodinâmica vão dizer o contrário. Isso sem contar com as inúmeras linhas e abordagens ditas como psicoterápicas, como as esotéricas, naturalistas e existenciais.

No enfoque da psiquiatria clínica, é confiado ao remédio um poder curativo que ele não tem, principalmente nos quadros com maior componente psicológico. Sabemos que na maioria das vezes o remédio apenas tampona os sintomas permitindo que o cliente tenha um tempo livre das angústias para reorganizar suas defesas intrapsíquicas, ou mesmo para mobilizar de maneira mais adequada suas defesas egoicas, ou ainda suportar e ultrapassar os possíveis estímulos geradores da crise. Dessa forma, acabam acreditando que o "remédio o curou", supervalorizando assim o poder do remédio.

Entendemos que não há condições de oferecermos um acompanhamento psicodinâmico para toda a população com sintomas neuróticos, psicóticos ou psicossomáticos, no sentido de pesquisar as causas geradoras desses sintomas. Por outro lado, sabemos que algo poderia ser feito além da simples administração medicamentosa se os psiquiatras clínicos tivessem uma formação mais adequada em psicodinâmica, para que pudessem, pelo menos, vincular os sintomas com as possíveis causas psicológicas, como pretendo sugerir no fim desse capítulo.

*Vinculação de dependência do cliente com o remédio e com o psiquiatra:* Como já exposto, o psiquiatra clínico, uma vez feito