

PSICOTERAPIA

Nº 01

WILHELM REICH

**O CORPO
FALA**

REICH

PSICANÁLISE

LOGOTERAPIA

PSICODRAMA

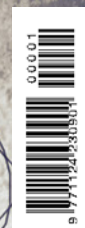
PSICANÁLISE
BREVE
FOCO EM UM
TEMA DURANTE
12 MESES

PSICODRAMA
QUAL O
SENTIDO
DA SUA
VIDA?

**O QUE AS PESSOAS
BUSCAM QUANDO
OLHAM PARA VOCÊ**

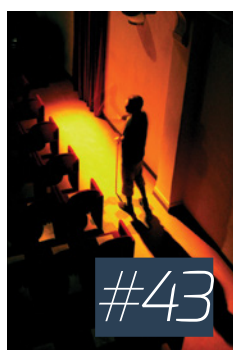
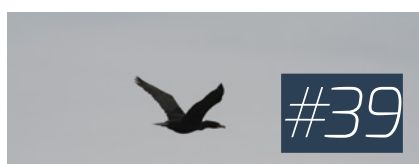
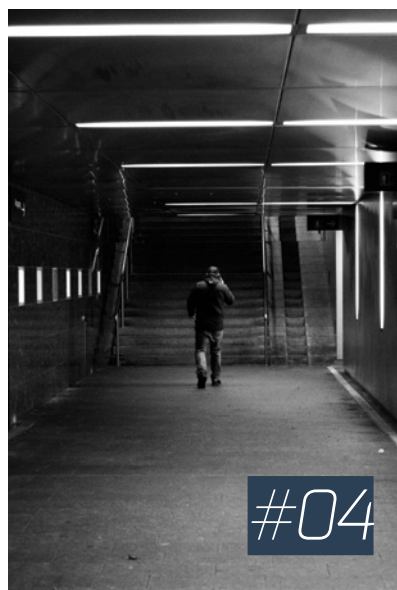
LOGOTERAPIA

JUNG
O PODER
DA BUSCA
INTERIOR



VERSÃO DIGITAL
ELABORADA POR
PACO'S AGÊNCIA
DIGITAL

ÍNDICE



#04 **TERAPIA ANALÍTICA**

#08 **PSICOTERAPIA
BREVE DE ORIENTA-
ÇÃO PSICANALÍTICA**

#15 **AS TERAPIAS
CORPORAIS**

#20 **PERSPECTIVA ES-
QUIZOANALÍTICA**

#29 **A PSICOLOGIA
HUMANISTA**

#32 **INTERRUPÇÃO NA
PSICOTERAPIA**

#39 **LOGOTERAPIA**

#43 **PSICODRAMA**

#48 **ANÁLISE
TRANSACIONAL**

FOTOINSPIRAÇÃO

#14

#28

#38



Mythos Editora

Diretor-Executivo:
Helcio de Carvalho

Diretor-Financeiro:
Dorival Vitor Lopes

Editor-Executivo:
Alex Alprim
(alprim@pacosagenciadigital.com.br)

Revisão:
Giacomo Leone Neto

Produtor Gráfico:
Ailton Alipio
(ailton@mythoseditora.com.br)

Colaboradores:
Alan da Silva Vêras, Ana Lúcia Suñé Cunha Palma, Cecília Zylberstajn, Cristine Giorgete Massoni, Daniel C. R. Gulassa, Domenico Uhng Hur, José Henrique Volpi, José Silveira Passos, Roberto Rosas Fernandes, Rodrigo Bastos Mello, Sandra Mara Volpi, Sílvia Franchetti e Simone Jung.

Gerente de Vendas/Livros:
Adriana Ferreira S. Costa

Coordenação de Consignação:
Mônica A. Silva

Números Atrasados:
Fabiana Dionísio

Circulação:
Antonia B. Coelho

Impressão:
Gráfica São Francisco

Distribuição Nacional:
Fernando Chinaglia

Sugestões, Reclamações, Dúvidas:
faleconosco@mythoseditora.com.br

**(PRODUÇÃO, PROJETO GRÁFICO,
DIAGRAMAÇÃO E PUBLICIDADE)**

Paco's Serviços Gráficos

Dir. Executivo/Projetos: Alex Alprim

Dir. Financeiro: Paula Francisquini

Designer-Chefe: Percila Souza

Designer-Júnior: Pedro Faria

Estagiária: Mayara Santos

Revista de Psicologia Especial Terapias é uma publicação da Mythos Editora. - **Redação e Administração:** Av. São Gualter, 1296, São Paulo - SP CEP. 05455-002 - Fone: 3024-6600 - Os artigos aqui publicados, quando não assinados, seguem a licença de CREATIVE COMMONS, sendo vedada no entanto, qualquer reprodução ou uso que se faça desse material para fins de lucro ou financeiros, no mais, quando o artigo for assinado, seu © Copyright pertence ao autor e é dele a total e completa responsabilidade jurídica e civil sobre o mesmo. Fica proibida a reprodução total ou parcial de qualquer foto ou artigo desta revista que tenha sido assinado por seus autores. A revista não se responsabiliza por conceitos emitidos em artigos assinados.

NÚMEROS ATRASADOS: temos estoque limitado de nossas publicações. Se deseja alguma edição anterior desta publicação, entre em contato com Fabiana Dionísio, pelo telefone (11) 3021-7039 ou enviando uma carta para NÚMEROS ATRASADOS: Av. São Gualter, 1296 - São Paulo - SP. **PROMOÇÃO ESPECIAL:** na compra de cinco ou mais revistas, a taxa de correio não será cobrada.

DINAP S.A. - Distribuidora Nacional de Publicações
Rua Dr. Kenkiti Shimomoto, 1678, CEP 06045-390 - Osasco - SP



Fotodivulgação: Flickr - Kevin D

TERAPIA ANALÍTICA

NA CORRENTE DA PSICANÁLISE CRIADA POR CARL JUNG, O CONCEITO DE INDIVIDUAÇÃO, OU SEJA, DA BUSCA DE SI MESMO, É CENTRAL.

ROBERTO ROSAS FERNANDES*

COM FREQUÊNCIA, QUANDO ALGUÉM PROCURA A ANÁLISE, NÃO ESTÁ EM CONEXÃO CONSIGO MESMO. GERALMENTE, ESTÁ IDENTIFICADO COM A PERSONA, OU A MÁSCARA SOCIAL, E DISTANTE DE SEU EU PROFUNDO. A PESSOA QUE SE SENTE ANGUSTIADA, DEPRIMIDA OU ANSIOSA, MUITAS VEZES ESTÁ ENVOLVIDA EM RELAÇÕES FUSIONAIS COM MEMBROS DA FAMÍLIA – PAI, MÃE, IRMÃOS – QUE DIFICULTAM O PROCESSO DE EXPANSÃO DE SUA CONSCIÊNCIA E A MANTÊM CATIVA DE PADRÕES FIXADOS DE COMPORTAMENTO. PODE, AINDA, ESTAR VIVENDO UM RELACIONAMENTO AFETIVO INSATISFATÓRIO, QUE A TORNA SUBMISSA A UMA DINÂMICA QUE REFORÇA SUA BAIXA AUTOESTIMA. MAS É CLARO QUE EXISTEM OUTROS SINTOMAS DE FIXAÇÃO QUE, PELO SOFRIMENTO QUE CAUSAM, LEVAM A PESSOA À PSICOTERAPIA.

Aquele que não acessa sua interioridade, invariavelmente, busca aprovação dos que o rodeiam. Assim, mantém vínculos de dependência afetiva que dificultam sua maioridade psicológica. Relações infantilizadas, quando não observadas em análise, tendem a perdurar no indivíduo neurótico, preso a ideias, valores e tradições que estruturam seu falso eu. Afinal, o que adoce a pessoa são seus vínculos patológicos. A análise procura promover um vínculo sadio entre analista e analisando, de modo a restaurar a autoestima deste, a fim de tratar as feridas narcísicas provocadas por vínculos primários insuficientes para a estruturação de um eu coeso e seguro. O processo analítico deve contribuir para que a criança interior, preterida e negada pelo próprio sujeito, pedinte de atenção, passe a ser vista, ouvida e cuidada por ele. Com isso, essa criança sai da condição de mendicância para ocupar posição de relevância.

Ao pensarmos na análise junguiana, um conceito salta à frente como o fundamento-guia da psicologia analítica: a individuação. Essa ideia norteia todo o arcabouço teórico dessa escola de psicologia e pode ser entendida como o “tornar-se si mesmo”, o que remete a uma pessoa íntegra, em contato com seu eu interior. Carl G. Jung, o fundador da psicologia analítica, denominou-o “Self”.

O processo de individuação exige a pessoa por inteiro. Não estamos, portanto, falando de uma terapia breve, que busca dar apoio a alguém em uma situação específica. Esse processo pode ser pensado

como religioso. Não no sentido de uma religião institucionalizada, como o cristianismo ou o budismo, mas na religação do eu com seu centro mantenedor, que Jung denomina Arquétipo Central.

A relação do eu com o Arquétipo Central se faz por intermédio dos símbolos que podem expressar-se tanto no corpo, como nos sonhos, sincronicidade e outros eventos da vida do sujeito. Até uma dor de cabeça pode ser simbólica. Sua ocorrência pode apontar para um conflito inconsciente que deve tornar-se consciente. Por essa perspectiva, todo sintoma esconde, em si, um símbolo que não foi para a consciência.

Antes do início da psicoterapia, as pessoas tendem a não dar importância aos símbolos. Contudo, na análise junguiana, o sujeito passa a ter nova atitude em relação ao inconsciente e aos símbolos que dele emanam. Passa, assim, a se preocupar com sua Sombra, isto é, com aspectos muitas vezes destrutivos, inconscientes, que estão projetados em outros. O estado de consciência reduzida caracteriza-se pela projeção maciça de conteúdos do próprio indivíduo em seus objetos, isto é, em outras pessoas ou até mesmo instituições.

Outro conceito de enorme relevância para o desenvolvimento do processo de individuação é o dos arquétipos da *anima* e do *animus*. Para a psicologia analítica, o homem possui, em si, um princípio feminino, ao qual Jung deu o nome de *anima*. De igual maneira, a mulher possui um princípio masculino, o *animus*. O homem precisa, ao longo do processo analítico, tomar consciência de sua *anima*, que é projetada nas mulheres pelas quais ele se fascina. Analogamente, as mulheres tendem a projetar seu *animus* em homens pelos quais se apaixonam.

Não é trabalho fácil o reconhecimento da ação da *anima* e do *animus*. Somente com bom tempo de análise o indivíduo perceberá um padrão de comportamento que lhe é peculiar, isto é, um padrão repetitivo em suas buscas afetivas. Trata-se de algo que parte dele, e não do outro. Quando inconsciente de si mesmo, tende a considerar que a pessoa com quem se relaciona apresenta aspectos que nada dizem respeito à própria interioridade. No entanto, são seus complexos ativados pelos arquétipos da *anima* e do *animus* que lhe turvam a visão e o deixam emaranhado em relações de baixa qualidade afetiva.

Os complexos são partes autônomas da psique, são ideias inconscientes que se mantêm agrupadas porque são ligadas a experiências emocionais do sujeito e consomem muita energia psíquica. Derivam, portanto, de nossas primeiras relações, geralmente com mãe e pai. Se essas figuras, ou cuidadores substitutos, tiverem sido suficientemente bons, os complexos serão positivos e determinarão o bom destino das relações futuras. Porém, se forem negativos ou patológicos, serão mais autônomos em relação à consciência e surgirão constelados em relações pouco estruturantes. O indivíduo estará, então, às voltas com suas dores primárias – até que sejam reconhecidas e transformadas.

A ANÁLISE JUNGUIANA

Por esses motivos, uma análise leva anos. Do mesmo modo como não é fácil a pessoa reconhecer sua identificação com a persona, é difícil reconhecer a própria sombra e os complexos e transformar aspectos infantis em um estar no mundo mais adaptado e maduro.

A relação analítica pode ser entendida como um grande caldeirão alquímico em que analista e analisando deverão envolver-se em profundo vínculo de descobertas – a essa relação, dá-se o nome de transferência e contratransferência. O sujeito em análise projetará, no analista, seus complexos, suas carências, suas distorções de realidade. Espera-se que o terapeuta, por sua vez, já tenha feito um percurso de auto-observação, de conhecimento de seus complexos materno e paterno, e que sua sombra e sua relação com a *anima* já estejam mais conscientes. Somente assim ele poderá ajudar seu paciente. Se este reconhecer sua sombra na relação com o analista, será beneficiado com um possível aumento do autoconhecimento – isso, se o caldeirão alquímico suportar as tensões típicas desse processo.

A psicoterapia de orientação junguiana tem algumas características peculiares. Elas fazem alusão a seu criador, Jung, psiquiatra suíço que viveu entre 1875 e 1961. Desde muito jovem, a vida simbólica fez sentido para ele. A biblioteca de seu pai, pastor protestante, continha livros de teologia, filosofia e literatura sobre os quais se debruçava com afinco. Sua mãe, filha de pastor e menos letrada, era muito intuitiva e exerceu forte influência na psique do filho. Jung teve na religião um tema que chamou sua atenção durante toda a vida. Os fenômenos parapsicológicos também não passavam despercebidos, tanto que sua tese de doutorado, de 1902, era intitulada *Sobre a psicologia e a patologia dos fenômenos ditos ocultos*.

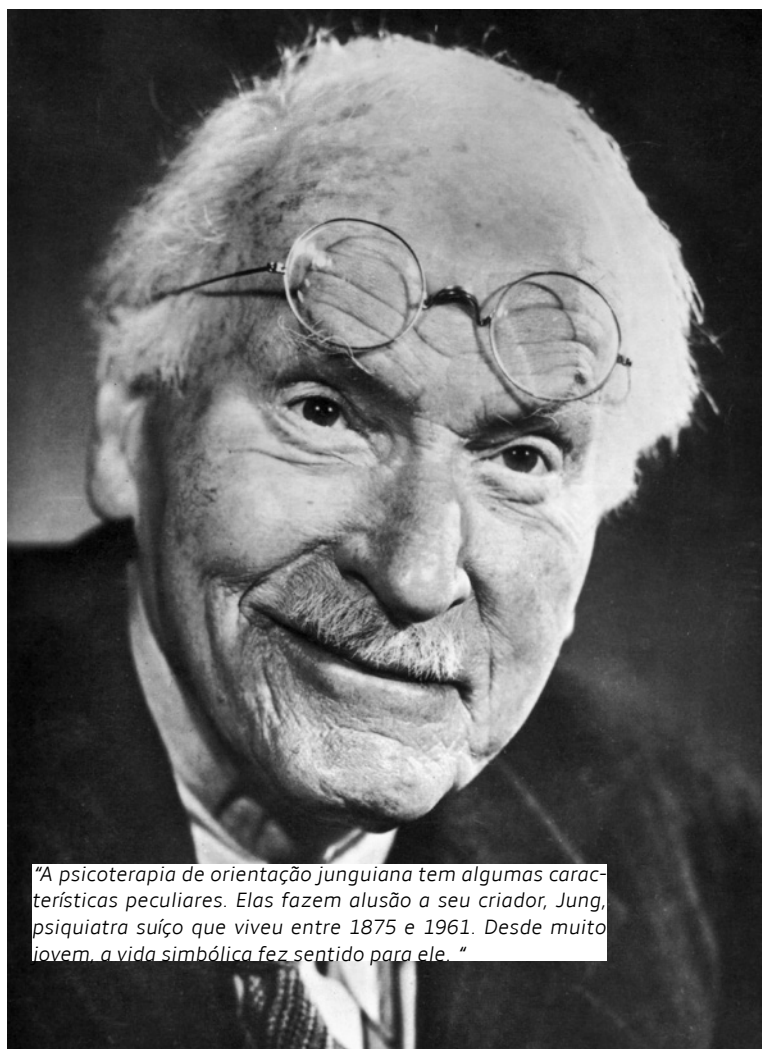
Apesar de toda a influência religiosa oriunda de sua tradição familiar, Jung escolheu a medicina e se respaldou na filosofia de Emmanuel Kant, filósofo que pode ser considerado o pai das ciências naturais. Devido a seu rigor científico, Jung adentrou pelo universo do espírito e do símbolo como poucos, mas não se perdeu no esoterismo sem bases empíricas. Pode-se dizer que seu objeto de estudo sempre foi a psique. Portanto, atinha-se somente a ela. Jung não fez, portanto, afirmações metafísicas, e é considerado um dos grandes precursores da psicologia da pós-modernidade, tendo aberto as portas

para a psicologia transpessoal.

A quebra de Jung com a ortodoxia freudiana, de certa maneira, inaugurou a psicoterapia moderna. Ele propôs uma terapia na qual analista e analisando se encontram cara a cara, numa dialética em que os dois inconscientes estarão ativados. A dupla analítica, em geral, encontra-se uma ou duas vezes por semana, em horários marcados e com duração pré-definida. A partir daí, a parceria se estabelece com a finalidade de manter um encontro que deve propiciar a individuação, à medida que os símbolos que estavam impedidos de ser integrados pela consciência transformem a energia psíquica que estava estagnada em energia disponível para buscas mais verdadeiras da pessoa em análise.

OS SONHOS

Os sonhos, pela perspectiva simbólica, são de grande interesse para a análise junguiana, pois são a voz do inconsciente desejoso de entrar em contato com a consciência. De algum modo, os sonhos procuram reparar a unilateralidade da consciência. Logo, se a pessoa tende a ser muito racional e distante do próprio corpo, os sonhos buscarão apontar esse desequilíbrio. Por exemplo, se alguém sonha com animais doentes ou em risco de vida, pode simbolizar os instintos reprimidos pelo excesso de racionalidade. Da mesma maneira, alguém que seja muito impulsivo, pouco reflexivo, regido mais pelos instintos do que pela razão, poderá sonhar que está num carro sem freios.



"A psicoterapia de orientação junguiana tem algumas características peculiares. Elas fazem alusão a seu criador, Jung, psiquiatra suíço que viveu entre 1875 e 1961. Desde muito jovem, a vida simbólica fez sentido para ele."



Os sonhos, porém, não se resumem a compensar a unilateralidade da consciência. Também podem ser premonitórios ou reforçar positivamente uma atitude do sonhador. Lembro-me de um analisando que estava em dúvida sobre cursar ou não filosofia. Na noite de sua primeira aula, sonhou que se encontrava com sua querida avó que lhe levava empadinhas, as quais comiam na porta da faculdade com muito prazer e alegria. O sonho parecia reforçar a escolha de meu analisando, mostran-

"ESPERA-SE QUE O TERAPEUTA, POR SUA VEZ, JÁ TENHA FEITO UM PERCURSO DE AUTO-OBSERVAÇÃO, DE CONHECIMENTO DE SEUS COMPLEXOS MATERNO E PATERNO, E QUE SUA SOMBRA E SUA RELAÇÃO COM A ANIMA JÁ ESTEJAM MAIS CONSCIENTES. SOMENTE ASSIM ELE PODERÁ AJUDAR SEU PACIENTE."

do que ele poderia alimentar-se espiritualmente com o estudo da filosofia.

As imagens dos sonhos não provêm unicamente do inconsciente pessoal, mas também do inconsciente coletivo, que estrutura o psiquismo independentemente de época, lugar ou cultura. Jung postulou esse conceito, afirmando que essa camada mais profunda da vida psíquica é comum a toda humanidade. Portanto, o inconsciente não se resume, para Jung, a conflitos recalçados de um indivíduo.

O inconsciente coletivo é estruturado por arquétipos. Eles não são estruturas visíveis, mas padronizam comportamentos e, por meio de símbolos, viabilizam o desenvolvimento da consciência. A mitologia grega, por exemplo, com seus deuses, conflitos, tragédias e sacrifícios, expressa tendências arquetípicas de comportamento humano que permanecem, em potência, na interioridade psíquica.

Podemos concluir esse breve resumo do que é uma

análise junguiana afirmando que o arquétipo da criança divina, que aparece na cultura ocidental como o Menino Jesus na Família Sagrada, é uma representação religiosa do que ocorre na interioridade humana, e um aspecto significativo tanto na análise como no processo de individuação. Pode, ao mesmo tempo, representar o Self e a semente que deve ser cultivada e protegida pelo sujeito.

Como exemplo, recorro uma analisanda que passou anos de análise sonhando que sua criança era maltrapilha e descuidada. Após intensa elaboração simbólica, passou a sonhar com uma criança alegre, bem-vestida e iluminada. Ela aprendeu a ser mãe e pai de si mesma e deixou de se machucar em vínculos em que depositava as carências da criança para que outros cuidassem dela. Colocou-se, assim, na direção de uma consciência mais diferenciada, deixando de ter expectativas ilusórias sobre vínculos que só a frustravam e diminuían sua autoestima.

* Roberto Rosas Fernandes é psicólogo, analista junguiano pela Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica (SBPA), filiado à International Association for Analytical Psychology (IAAP). É mestre e doutor em Ciências da Religião pela PUC-SP e pós-doutorando pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP). É diretor de publicações da SBPA e autor de *Narcisismo e espiritualidade: o desenvolvimento da consciência pela elaboração simbólica* (Escuta) e *A psicologia profunda no Novo Testamento* (Vetor).

e-mail: betorofer@uol.com.br

PSICOTERAPIA BREVE de orientação psicanalítica

COM ATÉ 12 MESES DE DURAÇÃO, ESSE TIPO DE TERAPIA
ELEGE UM FOCO ESPECÍFICO PARA SER TRABALHADO.

SÍLVIA FRANCHETTI*

FOCADA

Desde os primórdios do movimento psicanalítico, os analistas se esforçaram para encontrar meios eficazes de atender as pessoas que buscavam ajuda para minimizar seu sofrimento psíquico. Esse esforço levou ao desenvolvimento de diversas técnicas de atendimento, que visavam favorecer o acesso ao inconsciente, para assim tornar possível a superação das dificuldades emocionais. Dentre as diferentes formas de trabalho clínico desenvolvidas, algumas tinham a preocupação de acelerar o ritmo dos tratamentos e propunham modificações técnicas com o objetivo de obter, em um menor prazo de tempo, resultados igualmente profundos e duradouros.

A psicoterapia breve (PB) tem, portanto, suas raízes no movimento psicanalítico, e foi desenvolvida por diversos autores, que lhe atribuíram diferentes denominações, sublinhando aspectos da especificidade dos modelos por eles propostos: psicoterapia focal, de tempo limitado, de tempo e objetivos limitados etc. No entanto, a brevidade pode ser considerada sua característica mais distintiva se comparada com o processo psicanalítico clássico, que costuma se estender por muitos anos. Apesar de ter nascido da psicanálise, a PB evoluiu também em outras direções, de forma que atualmente existem diversas abordagens breves, mas que partem de diferentes referenciais teóricos, como o cognitivo-comportamental, o psicodramático, o junguiano e o sistêmico, entre outros. Conclui-se a partir disso, portanto, que existe tanta diversidade no campo das chamadas “psicoterapias breves” quanto no campo das psicoterapias que não têm, a princípio, a preocupação com a abreviação do processo. Sendo assim, não é possível generalizar aspectos pertencentes a um ou a outro modelo.

Este artigo se baseia em um tipo específico de PB de orientação psicanalítica, que foi desenvolvido por Edmond Gilliéron, um psicanalista que dirigiu por muitos anos a clínica de psiquiatria de um hospital universitário em Lausanne (Suíça). As conclusões a que ele chegou o levaram a postular alguns princípios que podem ser uti-

lizados por psicoterapeutas de diferentes abordagens. Estudando as interações entre pacientes e psicoterapeutas, ele concluiu que algumas alterações na situação terapêutica são suficientes para influenciar a relação entre os participantes e para acelerar o processo que ali se desenvolve.

Gilliéron (1996) aponta que as práticas psicoterapêuticas são baseadas em teorias, que definem seus objetivos e as maneiras de procurar atingi-los. Ou seja, cada abordagem tem seus próprios pressupostos a respeito do desenvolvimento emocional do ser humano, das perturbações que podem acometê-lo e dos meios de restabelecer o equilíbrio psíquico, quando este é rompido. Para o bom desenvolvimento de uma psicoterapia, é necessário que haja um “enquadre”, ou seja, que se estabeleçam parâmetros de tempo e espaço, além de alguns “códigos relacionais” que definirão o encontro entre as pessoas envolvidas. Os parâmetros temporo-espaciais dizem respeito à duração de cada sessão, à duração total do processo terapêutico, ao número de sessões semanais, à posição frente a frente ou divã-poltrona e ao número de participantes da terapia (se se trata de uma terapia individual, grupal, de casal ou de família). Já os códigos relacionais dizem respeito às “regras” que os participantes se comprometem a respeitar. Esses códigos são diferentes dos códigos sociais: algumas coisas são permitidas nas relações sociais, mas não na relação terapêutica e vice-versa. Por exemplo, é esperado que o paciente fale dos mais variados aspectos de sua vida com o terapeuta, mas este último deve manter reserva sobre sua vida pessoal no contexto terapêutico. Da mesma forma, contatos físicos, que fazem parte do contato social, devem ser evitados quando se tratar de uma abordagem que seja essencialmente baseada na fala, como é o caso da psicoterapia de orientação psicanalítica. Em terapias corporais, no entanto, o toque faz parte dos recursos terapêuticos e terá um sentido diferente do toque que, porventura, viesse a acontecer durante uma sessão de psicanálise. Gilliéron (1996) recorre a uma metáfora ao abordar esse aspecto, dizendo que o gesto de brandir



uma faca num açougue adquire significação distinta do mesmo gesto praticado numa rua sombria. A visão desse gesto nesses dois contextos incitaria diferentes reações em um observador.

Gilliéron (1996, 1998) assinala, então, que as coordenadas presentes no campo terapêutico influenciam aquilo que se desenvolve em seu interior e que certas alterações dessas coordenadas produzem um efeito de aceleração do processo. Tais alterações dizem respeito à posição face a face e ao tempo limitado. Sendo assim, não é necessário haver alteração nas “regras” da relação, como se verá mais adiante.

Na disposição face a face, terapeuta e paciente tendem a se tornar mais ativos, mais participativos, falando mais do que quando o divã é utilizado. As trocas se tornam naturalmente intensificadas quando há contato visual, pois a observação das expressões faciais influencia a comunicação; é mais difícil sustentar o silêncio por muito tempo sob o olhar do outro. Da mesma forma, há um incremento da tensão emocional tanto para o terapeuta quanto para o paciente com a delimitação do tempo. Em diversas áreas de nossas vidas, percebemos como nos sentimos diferentes quando temos que realizar algo com ou sem prazo definido. Por exemplo, quando temos que entregar um trabalho ou pegar um ônibus ou avião com hora marcada tendemos a nos acelerar quando o

tempo está-se esgotando. A ausência de prazos aumenta a tendência à procrastinação.

Com relação aos códigos relacionais, no contexto da psicoterapia, muitas regras sociais são suspensas, ao passo que outras são instauradas, o que faz com que ocorra um tipo específico de interação, em que a própria relação passa a ter efeitos terapêuticos. A postura de neutralidade, de não julgamento, de sigilo, de receptividade, e ao mesmo tempo de reserva do terapeuta, contribui para que o paciente possa se revelar da forma mais completa e verdadeira possível. O clima de intimidade e confiança possibilita que ele fique à vontade para falar livremente sobre o que lhe vier à mente (por associações livres), expondo suas angústias e fantasias. Ao terapeuta cabe acompanhar essas associações, pois elas conduzem aos principais conflitos existentes no inconsciente.

A abordagem psicanalítica, além de considerar a existência do inconsciente como determinante de nossas atitudes e sentimentos, considera que a relação entre paciente e terapeuta reproduz, em grande parte, as relações estabelecidas na infância e que tendem a se repetir também com outras pessoas ao longo da vida. Esse fenômeno, denominado transferência, tem um importante papel no trabalho terapêutico, pois, a partir das observações que realiza, o psicoterapeuta pode ajudar o paciente a se tornar consciente de aspectos até então não percebidos por ele e a se dar conta dos padrões que tende a repetir. Essa conscientização minimiza a tendência à repetição, contribuindo para promover mudanças internas, que se manifestarão também em

“Dependendo de sua estrutura psíquica, e dos recursos internos e/ou externos de que disponha, poderá atravessar esse momento sem grandes prejuízos emocionais.”



Fotodivulgação: Flickr - Francisco Gonzalez

mudanças nas relações com o mundo exterior e consigo mesmo.

Um ponto importante a ser levado em conta é que, em geral, as pessoas procuram a ajuda de um profissional em momentos de crise, após terem tentado alternativas que não resultaram em alívio para seu desconforto emocional. A crise pode ser intensa, representando um momento de perda do sentido de continuidade da existência, como nos diz Moffatt (1987), ou simplesmente uma ruptura mais sutil do equilíbrio psíquico. Em geral, as crises são desencadeadas por algum abalo nas relações interpessoais ou na relação do indivíduo consigo mesmo. Por exemplo, um estudante acostumado a ter sucesso em sua vida escolar, estando sempre entre os primeiros alunos da sala e que, ao entrar para a universidade, se depara com dificuldades de aprendizado ou de adaptação à vida acadêmica, pode sentir-se abalado em sua autoconfiança e autoestima. Dependendo de sua estrutura psíquica, e dos recursos internos e/ou externos de que disponha, poderá atravessar esse momento sem grandes prejuízos emocionais. Se não contar com recursos suficientes, poderá desenvolver sintomas que vão requerer ajuda especializada. É importante, então, que se tente compreender por que houve a procura de ajuda naquele momento específico, para identificar os fatores que levaram à crise. Essa compreensão permitirá formular hipóteses bastante aproximadas sobre a organização da personalidade do indivíduo. As pessoas reagem de formas diferentes às situações; o que é bem tolerado por uma pode ser traumático para outra.

Para compreender melhor os motivos que levam o paciente a buscar ajuda, assim como para definir se haverá ou não engajamento num processo terapêutico, Gilliéron aconselha que sejam realizadas quatro sessões iniciais, que ele define como sendo uma “técnica de intervenção psicoterápica que visa estruturar melhor o tratamento inicial dos pacientes e elucidar melhor as indicações para psicoterapias psicanalíticas de curta ou longa duração. Essa técnica pode ser considerada a um só tempo um método de avaliação das motivações do paciente e um primeiro passo terapêutico.” (Gilliéron, 1989)

Se ao final dessas sessões for decidido que haverá continuidade em PB, será definido o tempo (que será no máximo de 12 meses) e será marcada a data exata do término. Caso contrário, o contato poderá encerrar-se nesse momento ou, ainda, prosseguir com outro tipo de psicoterapia. O trabalho com PB requer planejamento, considerando por exemplo os períodos de férias que possam interferir na estimativa do tempo total do processo. Muitos profissionais trabalham com número fixo de horas de atendimento, outros delimitam objetivos a serem atingidos, mas é necessário que os limites sejam claramente delineados.

Um conceito frequentemente vinculado às psicoterapias breves é o de “foco”, que constitui o eixo central do trabalho, os aspectos da conflitiva que serão o tema principal abordado ao longo do processo. Diferentemente de outros autores, Gilliéron diz que não é necessário definir um acordo de focalização, nem utilizar técnicas específicas para manter o foco, pois isso tende a ocorrer de modo espontâneo, bastando que o terapeuta perceba essa tendência e trabalhe o



“Um conceito frequentemente vinculado às psicoterapias breves é o de “foco”, que constitui o eixo central do trabalho, os aspectos da conflitiva que serão o tema principal abordado ao longo do processo.”

material que surge com as associações livres.

Na PB, as fases do processo têm algumas especificidades. No início, em geral, terapeuta e paciente estão tranquilos e o tempo parece não contar, mesmo que a duração da terapia já tenha sido combinada. O paciente pode apresentar um certo receio de entrar em contato com seu mundo interno, porém está esperançoso e acre-

"NÃO EXISTE UM TIPO DE TERAPIA QUE SEJA BOM PARA TODOS OS PACIENTES, NEM UMA LINHA DE TRABALHO QUE SEJA INVARIavelmente SUPERIOR ÀS OUTRAS."

ditado que poderá resolver todas as suas dificuldades em pouco tempo e com pouco sofrimento. O tempo limitado só passa a pressionar na fase final, que é de extrema importância, pois o clima terapêutico se modifica. Se no início existia o medo do mundo interno, o medo agora passa a ser o de terminar a psicoterapia e enfrentar o mundo externo, especialmente quando o paciente percebe que algumas de suas esperanças de transformação não se realizaram. É claro que nem todos os pacientes reagem da mesma forma à separação ocasionada pelo término. Alguns se sentirão abandonados e inseguros, outros se sentirão confiantes e "autorizados" por seu terapeuta a exercitar sua autonomia; outros, ainda, se sentirão aliviados com o encerramento das sessões.

As possibilidades de reação são inúmeras, pois o modo de viver o término está diretamente relacionado à organização da personalidade do paciente, assim como à forma como a relação terapêutica se desenvolveu. Se a terapia começou bem, é bastante provável que termine bem. Se começou de uma forma difícil, tumultuada, insegura, é provável que termine assim também, a menos que o terapeuta perceba isso a tempo de trabalhar esses aspectos e de ajudar o paciente a elaborar o luto pelo final da relação terapêutica. Algumas angústias e sintomas podem reaparecer, tornando terapeuta e paciente inseguros quanto ao momento de encerrar.

Além de considerar as reações dos pacientes quando a despedida se aproxima, é importante considerar também as do terapeuta. Cada profissional tem sua própria personalidade, com suas peculiaridades e limitações. Alguns tendem a se sentir bem, tendo a sensação de que puderam acompanhar o crescimento emocional do paciente e confiam que esse desenvolvimento continuará a ocorrer após o término das sessões. Outros tendem a sentir-se mal, como se estivessem abandonando os pacientes. Outros podem sentir-se abandonados, como muitas vezes os pais se sentem, quando os filhos deixam a casa paterna. Por isso, é importante que o psicoterapeuta se submeta a uma terapia pessoal, para se conhecer melhor e conseguir discriminar suas próprias angústias das de seus pacientes.



Como as emoções ficam acentuadas com a proximidade do término, alguns conteúdos que permaneceram intocados podem aparecer, como uma última chance de serem abordados. Isso faz com que a dupla terapêutica lastime o final, considerando que agora é que o trabalho iria começar a render. A tentação de adiar o término, em geral, se mostra infrutífera e é desaconselhada pela grande maioria dos autores da PB. A fervura, que estava chegando ao ponto máximo, rapidamente perde o seu calor quando postergamos o fim. Exceções são feitas nos casos em que há alguma perda significativa (morte, separação, perda de emprego, doenças etc.). É importante lembrar que o processo de autoconhecimento iniciado com a psicoterapia não será interrompido com o final das sessões; o paciente dará continuidade sozinho a ele.

Algum tempo após o encerramento (em torno de seis meses), é interessante realizar uma entrevista de acompanhamento (*follow up*), em que haverá a oportunidade de observar a evolução do paciente. Quando necessário, podem ser agendadas outras entrevistas para dali a alguns meses, ou mesmo nas semanas seguintes, para trabalhar alguns pontos específicos.

Não existe um tipo de terapia que seja bom para todos os pacientes, nem uma linha de trabalho que seja invariavelmente superior às outras. Cada ser humano é único em sua forma de ser e em sua forma de se desestabilizar e de sofrer perturbações psíquicas. Assim sendo, não podemos pretender que haja um tipo de atendimento universalmente adequado para todos os indivíduos. Da mesma forma, temos que considerar que os terapeutas são diferentes e se identificam mais com um tipo de abordagem do que com outro. A confiança que ele tem no tipo de psicoterapia que pratica é fundamental. Se ele trabalha com PB achando que está fazendo um trabalho falho, de menor valor, por fatores alheios à sua vontade, apenas para obedecer às determinações de um plano de saúde ou de uma instituição, ele se sentirá aviltado e resistirá a qualquer adaptação técnica que necessite fazer. Estudos aprofundados e experiência de atendimento em PB podem contribuir para desfazer preconceitos e para reconhecer realisticamente as limitações e as possibilidades desse trabalho.

Embora muitas vezes o terapeuta possa ter a incômoda sensação de que não ter conseguido ajudar o paciente tanto quanto gostaria, é importante considerar que, se este teve uma boa experiência com o trabalho desenvolvido, voltará a buscar esse tipo de ajuda outras vezes em sua vida, com o mesmo terapeuta ou com outro. Para trabalhar com psicoterapia breve, além de confiar nas possibilidades da técnica, o terapeuta tem que ser capaz de lidar com angústia de separação e também de acreditar nas possibilidades de autonomia e crescimento emocional de seu paciente.

Os critérios de indicação para a psicoterapia breve variam muito de um autor para outro. Para avaliarmos se uma forma de tratamento será ou não conveniente para um paciente, temos que levar em conta não só o quadro clínico apresentado por ele, mas também seus recursos internos, sua rede de apoio social e familiar, além da qualidade da relação que estabelece com o terapeuta.

Quanto aos alcances e limites das psicoterapias, sejam elas de longa, sejam de curta duração, sabemos que



fotodivulgação: Flickr - Vinoth Chandar

"Se a terapia começou bem, é bastante provável que termine bem. Se começou de uma forma difícil, tumultuada, insegura, é provável que termine assim também, a menos que o terapeuta perceba isso a tempo de trabalhar esses aspectos."

nenhuma é completa e definitiva. No entanto, se for possível ajudar o paciente a entender e enfrentar aquilo que não consegue perceber sozinho, haverá a esperança de transformar angústias não compreendidas e sem nome em representações que deem sentido ao que é experimentado como destituído de sentido.

* Sílvia Franchetti (CRP 06/6841) é psicóloga do Serviço de Assistência Psicológica e Psiquiátrica ao Estudante (SAPPE) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); professora e supervisora do Curso de Extensão "Treinamento em Psicoterapia Breve Psicanalítica" (EXTECAMP/UNICAMP); psicanalista; especialista em Psicologia Clínica e; mestre em Saúde Mental.

Referências bibliográficas:

GILLIÉRON, E. *A primeira entrevista em psicoterapia*. São Paulo: Unimarco/Loyola, 1996.

GILLIÉRON, E. *Manual de psicoterapias breves*. Lisboa: Climepsi Editores, 1998.

MOFFATT, A. *Terapia de crise*. São Paulo: Cortez, 1987.

FOTOINSPIRAÇÃO

"Tudo o que um sonho precisa para ser realizado é alguém que acredite que ele possa ser realizado."

Roberto Shinyashiki



AS TERAPIAS CORPORAIS

INTEGRAÇÃO

TENDO COMO PREMISA QUE O CORPO E A MENTE SÃO TOTALMENTE INTEGRADOS, WILHELM REICH E SEUS SEGUIDORES INAUGURARAM UM CAMPO PSICOTERAPÊUTICO NO QUAL O TRABALHO CORPORAL É CENTRAL.

JOSÉ HENRIQUE VOLPI* E SANDRA MARA VOLPI**

As Psicoterapias Corporais tiveram seu início com Wilhelm Reich (1897-1957), médico austríaco que fazia parte do seletivo grupo de psicanalistas seguidores de Freud. Durante muitos anos, Reich trabalhou em prol da Psicanálise, até desviar seus objetivos do tratamento tradicional no divã para o trabalho preventivo das neuroses nas massas, chegando até mesmo a apontar caminhos para uma educação mais saudável, à qual poderia direcionar ao que ele chamou de genitalidade, contemplando o mais equilibrado funcionamento em termos de caráter. Desenvolveu as técnicas da Análise do Caráter, da Vegetoterapia e da Orgonoterapia, que deram suporte para a construção da escola por ele denominada Orgonomia.

A Orgonomia, também conhecida por Análise Reichiana, propõe uma visão que conecta a mente ao corpo através da investigação do caminho percorrido pela energia, bem como dos bloqueios dessa energia que se formam como defesas ao longo dos períodos gestacional, da infância e da adolescência, e que atingem igualmente a mente e o corpo. Influenciada inicialmente pela Psicanálise, a técnica da Análise do Caráter sugere uma estrutura para o desenvolvimento emocional em que todos os seres humanos passam pelas mesmas etapas durante seu desenvolvimento psicoafetivo, independentemente de tempo e lugar em que se encontrem. Tais etapas foram delimitadas com base no corpo, apoiando-se no desenvolvimento físico e nas funções vitais do organismo, às

"SE A CRIANÇA PASSAR POR TODAS AS ETAPAS SEM SOFRER COMPROMETIMENTOS EMOCIONAIS ENTRE SEUS IMPULSOS NATURAIS E AS FRUSTRAÇÕES IMPOSTAS A ELA POR UMA EDUCAÇÃO MORALISTA E REPRESSIVA, SERÁ CAPAZ DE CHEGAR AO QUE REICH (1995) DENOMINOU DE CARÁTER GENITAL, AUTORREGULADO, SEM BLOQUEIOS."

quais não podem ser consideradas sem que se leve em conta sua conexão íntima com a vida emocional.

Podemos considerar o corpo como um diário que vai recebendo, ao longo das etapas do desenvolvimento psicoafetivo, as impressões vividas no dia a dia, às quais aos poucos vão alterando nosso movimento, nossa postura, nosso comportamento e, por consequência, nossas emoções. Essas etapas representam momentos de passagem que induzem à incorporação de experiências vividas pela criança e são caracterizadas por fenômenos específicos, que desde o início trazem consigo, na bagagem genética da célula, valores biofisiológicos, emocionais-afetivos e intelectivos, os quais serão transmitidos para todas as demais células do corpo durante todo o processo de desenvolvimento. Ao se completarem as etapas do desenvolvimento emocional, na adolescência, o que sucede é o

estabelecimento definitivo do caráter, que é a forma do indivíduo agir e reagir perante todas as situações que o mundo lhe impõe. (VOLPI & VOLPI, 2008).

O trabalho com a técnica da Análise do Caráter levou Reich (1995) a descobrir que o trauma fica congelado psíquica e corporalmente, trazendo uma estagnação energética, e gerando os traços de caráter e a couraça muscular. O caráter e a couraça funcionam como defesa do eu, mas impedem ao mesmo tempo a livre circulação da energia pelo corpo, refletida na qualidade de um bom tônus muscular, expressões faciais, ritmo respiratório e pulsação de todo o organismo. A expansão conduz ao prazer, ao passo que a contração conduz à estagnação





da energia e, conseqüentemente, à doença.

Isso faz sentido se lembrarmos novamente que na base de tudo está a energia. No início da vida de um bebê, a energia está inteiramente voltada para o seu crescimento físico, crescimento este que é próximo-distal (do interno para o externo) e cefalocaudal (da cabeça em direção aos pés). O desenvolvimento físico – que jamais pode ser visto em separado do desenvolvimento psíquico, do social ou do cognitivo – direciona a energia para pontos no corpo que, sucessivamente, carregam-se, encontram-se com as respectivas funções vitais, assumem componentes afetivos e finalmente, podem se descarregar. Basta lembrar as relações descritas por Freud (1987) entre as funções vitais, o caminho da erogeneidade e o desenvolvimento da sexualidade: amamentação – boca – prazer no chuchar; controle esfinteriano – esfínteres anal e vesical – prazer na retenção e no controle da urina e das fezes; genitalidade – órgãos sexuais – descoberta das diferenças e particularidades sexuais anatômicas associadas ao prazer na masturbação e, mais tarde, na relação genital.

Ainda antes, na fase fetal, há uma prevalência do cérebro límbico e do sistema neurovegetativo, simpático e parassimpático. O feto, ao se deparar com uma situação de estresse, de medo, responde com a contração de todo o organismo, decorrente de uma hipersecreção de adrenalina, bloqueando sua circulação plasmática-energética e impedindo sua livre pulsação. O cordão umbilical também se contrai pela simpaticotonia e passa a bombear menos sangue e energia desde a placenta, que fica também num estado de baixa energia, chamado de hipo-orgonia. Sendo assim, o feto perde o “contato” com o útero, reduzindo seu campo energético e formando uma marca, um *imprinting*, que afeta diretamente sua mente e seu corpo no primeiro segmento de couraça (ocular).

A compreensão da couraça muscular fez com que

Reich (1995) propusesse um mapeamento do corpo em sete níveis – segmentos de couraça –, que estão ligados entre si e articulados funcionalmente como anéis de um organismo primitivo segmentado. Esses anéis (ocular, oral, cervical, peitoral, disfragmático, abdominal e pélvico) encontram-se dispostos de forma horizontal e perpendiculares à coluna vertebral e contêm a história de cada pessoa. O excesso ou a deficiência energética em um desses anéis irá comprometer o funcionamento do organismo em sua totalidade e provocar perturbações funcionais de ordem física e/ou psíquica.

O processo de encorajamento desenvolve-se enquanto tradução somática da repressão. Segundo Reich (1986), todo neurótico é muscularmente distônico e cada tipo de caráter possui traços musculares diferentes, o que nos dá diferentes posturas corporais.

Se a criança passar por todas as etapas sem sofrer comprometimentos emocionais entre seus impulsos naturais e as frustrações impostas a ela por uma educação moralista e repressiva, será capaz de chegar ao que Reich (1995) denominou de caráter genital, autorregulado, sem bloqueios. No entanto, se os impulsos dessa criança forem frustrados, reprimidos de forma constante e severa, sua energia permanecerá fixada, propiciando o aparecimento de um caráter neurótico e de suas couraças. Ela irá se defender agindo e reagindo de forma peculiar, em conformidade com a etapa em que o bloqueio ocorreu.

Reich sempre foi muito esperançoso, e acreditava que era possível mudar a humanidade, desde que nos preparássemos e nos investíssemos de coragem e determinação para encarar nosso miserável fracasso. Dizia que não podemos dizer às crianças o tipo de mundo que devem construir, mas promover as circunstâncias necessárias para o desenvolvimento de uma estrutura de caráter saudável, cujo vigor biológico as tornaria capacitadas a tomar suas próprias decisões, encontrar seus próprios caminhos, dirigir seu próprio futuro, contribuindo dessa forma para a criação de um mundo mais saudável. Considerava que a saúde infantil era um problema da educação e por isso criou o chamado Centro Orgonômico para a pesquisa sobre a infância (OIRC), uma organização exclusivamente de pesquisa para esse fim, cuja premissa básica encontrava-se no crescimento infantil, tanto no aspecto físico quanto no emocional, de modo saudável e autorregulado, sem obstáculos e imposições que iam contra seus desejos. Criar crianças saudáveis não era, e nem é hoje, uma tarefa simples ou fácil; porém, também está longe de ser impossível (REICH, 1983).

Tratando-se da autorregulação, Baker (1980, p. 47), afirmava que: “[...] o recém-nascido é capaz de regular seu próprio organismo segundo suas necessidades e só deve ser ensinado a não pôr sua vida em risco, a distinguir e a respeitar os direitos dos outros além dos seus”. Assim, ao longo do desenvolvimento e com base em processos energéticos, corpo, intelecto, emoção e psiquismo, encontram os recursos necessários para promover a integração intrapessoal no indivíduo e deste, com o ambiente em que vive, sendo que o caráter final de um indivíduo é determinado pela fixação da energia em uma ou mais etapas do desenvolvimento emocional (REICH, 1995).

Segundo Reich (1983), as crianças nascem sem cou-

“Segundo Reich (1983), as crianças nascem sem couraças, mas se tornam emocionalmente bloqueadas em sua bioenergia e em suas emoções porque são restritas por pais e educadores encorajados que desenvolvem ideias errôneas sobre como a criança deveria ser ou o que deveria fazer.”



raças, mas se tornam emocionalmente bloqueadas em sua bioenergia e em suas emoções porque são restritas por pais e educadores encorajados que desenvolvem ideias errôneas sobre como a criança deveria ser ou o que deveria fazer. Reich (1983, p. 75) sempre afirmou que: “[...] quase toda mãe sabe profundamente o que a criança é e do que ela precisa, mas a maioria das mães segue teorias falsas e perigosas, de teóricos superficiais, em vez de ouvir seus próprios instintos naturais”. Por isso, é importante reconhecer a tempo nossos erros e ideias equivocadas sobre a educação das crianças e considerar que a cada nova geração é necessário um ajustamento das medidas educacionais, de modo que sejam mais condizentes com os ideais políticos, religiosos, morais e outros da época em que se vive, mas sempre levando sempre em conta as necessidades das crianças.

Em sua trajetória, Reich foi aos poucos se afastando da Psicologia e partindo para o campo da Biologia e do estudo das principais leis físicas. Seus interesses estavam não mais na psicanálise, mas em como a energia vital estava dentro e fora do indivíduo, como funcionava dentro e através dele, bem como sobre o mundo. A convite de um de seus colegas, Theodore Wolfe, em 1939 Reich imigrou para os Estados Unidos onde passou a trabalhar como professor e aprofundar suas pesquisas biofísicas. Descobriu por acaso numa cultura de bions (vesícula de energia), um tipo de energia diferente de todas as formas até então conhecidas, a qual chamou de energia vital ou orgônio, configurando assim um novo campo de estudo: a biofísica e a energia orgônica (REICH, 1981). No ano seguinte, descobriu que essa energia – orgônio –, não estava presente somente nos organismos vivos, mas

também podia ser encontrada na atmosfera e que poderia ser acumulada. Construiu então um aparelho muito simples composto de material orgânico e inorgânico que chamou de acumulador de orgônio. Como a liberação da energia dos organismos era o objetivo constante desse seu novo método terapêutico, chamou sua técnica terapêutica de terapia orgônica ou Orgonoterapia, e o estudo da Orgonoterapia de Orgonomia. (REICH, 1985).

Reich passou a pesquisar a energia principalmente para o combate do câncer, tendo sido alvo de inúmeras matérias jornalísticas que o consideravam charlatão. Isso fez com que o Food and Drug Administration (FDA) iniciasse uma investigação sobre o uso do acumulador de orgônio, que Reich alegava ter utilidade na terapia do câncer, mas não na sua cura. Um inquérito foi aberto contra ele e se prolongou por vários anos, dando a entender que havia uma proveitosa exploração da população. Em 1954, o FDA declarou a inexistência da energia orgônica e proibiu a continuidade de suas pesquisas, além de queimar grande parte de suas obras. Reich enfrentou o governo americano, e seu não comparecimento aos tribunais, levou-o à condenação por desacato à autoridade. Foi então sentenciado a dois anos de encarceramento. Em 3 de novembro de 1957, Reich apareceu morto em sua cela, vítima de um ataque do coração (SHARAFF, 1994).

Infelizmente, as ideias de Reich não foram compreendidas nem aceitas pela comunidade científica da época, mas seus discípulos nunca deixaram sua história cair no esquecimento, história essa que a cada dia desponta com força maior, ocupando lugar de destaque no Brasil e em vários outros países e assim, abrindo

do um leque de escolas que tiveram seus constructos teóricos e práticos baseados nos ensinamentos de Reich, e que ficaram conhecidas como reichianas, pós-reichianas e neorreichianas.

O analista reichiano ou pós-reichiano, segue rigorosamente os ensinamentos de Reich, utilizando em sua prática profissional as técnicas da Análise do Caráter e da Vegetoterapia a fim de desbloquear os sete segmentos de couraça, e ao mesmo tempo analisar os conteúdos emocionais contidos em cada um deles. Isso significa que, além do trabalho verbal que permite a Análise do Caráter, o analista propõe ao paciente que execute movimentos específicos (*actings*), e depois de determinado tempo investiga, de forma verbal, as sensações, os conteúdos emocionais e as lembranças que o movimento desencadeou. Dentre os vários analistas reichianos ou pós-reichianos, chamamos a atenção para os méritos do neuropsiquiatra



"Reich foi aos poucos se afastando da Psicologia e partindo para o campo da Biologia e do estudo das principais leis físicas. Seus interesses estavam não mais na psicanálise, mas em como a energia vital estava dentro e fora do indivíduo."

italiano Federico Navarro, que a pedido de Reich, por intermédio de Ola Raknes, fez uma releitura, revisão e atualização das técnicas da Análise do Caráter, e também desenvolveu uma metodologia específica para a Vegetoterapia, objetivando o desbloqueio da couraça de cada um dos sete segmentos (*actings*).

Já os chamados neorreichianos desenvolveram suas próprias escolas com metodologias e técnicas diferenciadas, sendo a Análise Bioenergética, criada pelo americano Alexander Lowen, a escola que mais se destaca dentre todas. Tomando por base os trabalhos de Reich, Lowen complementou, acrescentou e modificou as técnicas iniciais, até encontrar seu jeito próprio de trabalhar. A Bioenergética une expressão do corpo e caráter psíquico, propondo um resgate da história pessoal do paciente, levando-o a compreender a função de sobrevivência de seus bloqueios e padrões de comportamento, numa viagem ao inconsciente ancorado no corpo, na energia e na personalidade, ao mesmo tempo em que busca progressão, integração e crescimento com prazer e satisfação. Baseia-se na ideia de que somos nosso corpo e de que nossa saúde é regulada pela possibilidade de, por meio das emoções nele contidas, expressarmos a totalidade de nosso ser. Em termos práticos, a Análise Bioenergética prioriza os trabalhos analítico e somático, compreendendo o entrelaçamento do corpo à emoção, e a função de sobrevivência das defesas estabelecidas em ambos os campos. Propõe a reedição das experiências emocionais, no ambiente psicoterapêutico, de forma a elaborar as restrições à expressividade e, portanto, à personalidade.

* José Henrique Volpi, diretor do Centro Reichiano (Curitiba-PR), é psicólogo, especialista em Psicologia Clínica, Psicologia Corporal, Anatomofisiologia, Psicodrama e Análise Reichiana (Vegetoterapia e Orgonoterapia). Também é mestre em Psicologia da Saúde e doutor em Meio Ambiente e Desenvolvimento.

Site: www.centroreichiano.com.br

e-mail: volpi@centroreichiano.com.br

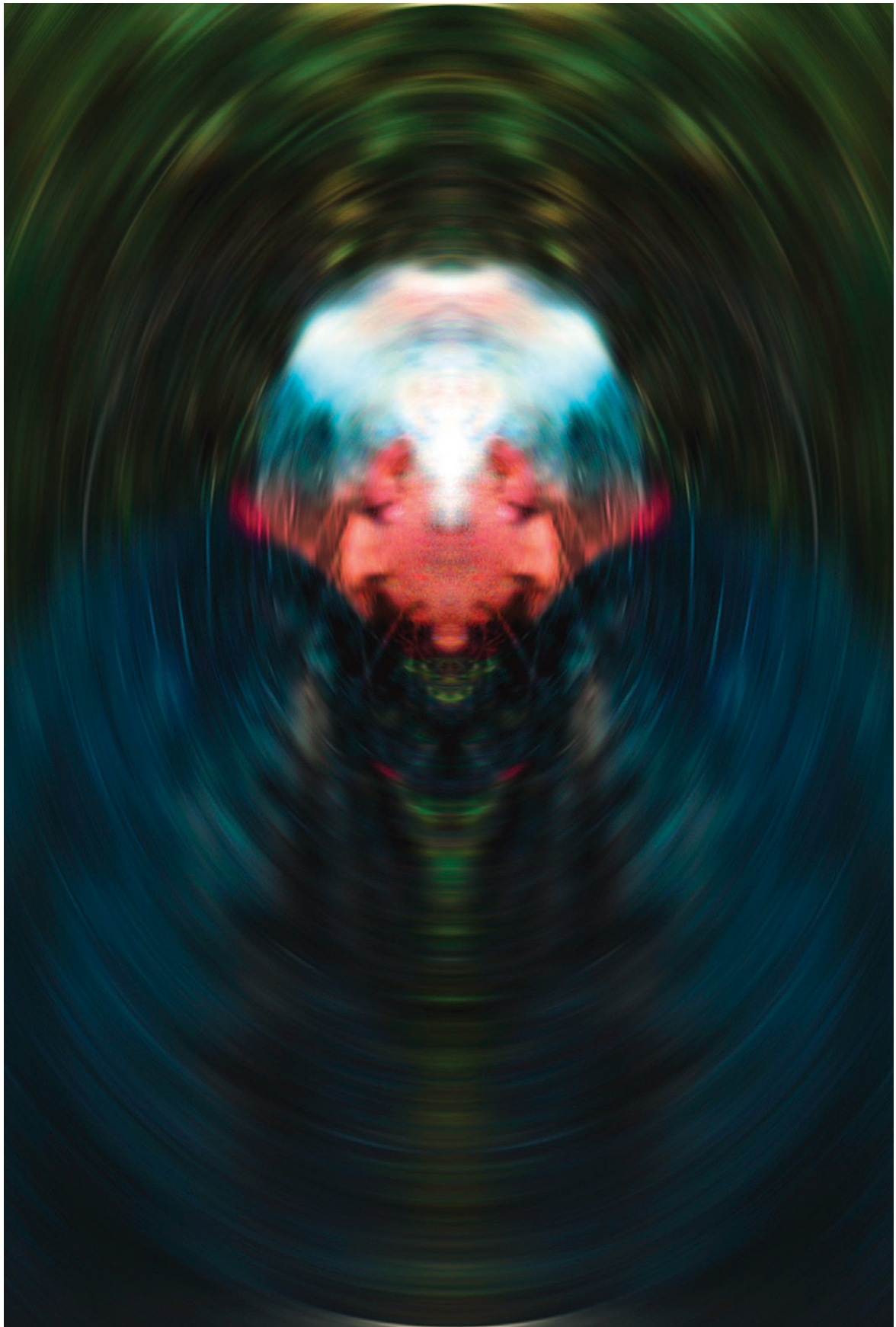
** Sandra Mara Dall'Igna Volpi, diretora do Centro Reichiano (Curitiba-PR), é psicóloga, especialista em Psicologia Clínica, Psicopedagogia, Psicoterapia Infantil e Psicologia Corporal. Também é analista (CBT) e supervisora em Análise Bioenergética e mestra em Tecnologia.

Site: www.centroreichiano.com.br

e-mail: sandra@centroreichiano.com.br

Referências bibliográficas:

- BAKER, E. O labirinto humano. Causas do bloqueio da energia sexual. São Paulo: Summus, 1980.
REICH, W. Experimenti Bionici. Milano: SugarCo, 1981
REICH, W. Children of the future. On the prevention of sexual pathology. 1ª ed. Nova York: Farrar, Straus Giroux, 1983.
REICH, W. La biopatía del cáncer. Buenos Aires: Nueva Visión, 1985
Reich, W. A função do orgasmo. São Paulo: Brasiliense, 1986.
REICH, W. Análise do caráter. São Paulo: Martins Fontes, 1995.
SHARAFF, M. Fury on earth: A biography of Wilhelm Reich. Nova York, Da Capo Press, 1994
VOLPI, J. H.; VOLPI, S. M. Crescer é uma aventura! Desenvolvimento emocional segundo a Psicologia Corporal. 2ª ed. Curitiba: Centro Reichiano, 2008.



A PERSPECTIVA ESQUIZOANALÍTICA

*CONHEÇA A INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA
INSPIRADA NA FILOSOFIA DE GILLES DELEUZE E
FÉLIX GUATTARI.*

DOMENICO UHNG HUR*

INTERFACES

Uma das vantagens da Psicologia praticada no Brasil, um país com fortes influências da Europa e dos Estados Unidos, é a variedade de correntes teóricas com que temos contato. Portanto, em um país com diversas referências, há um hibridismo nas práticas e no pensamento psicológico, que nos faz defrontar com perspectivas inusitadas e insólitas. A Esquizoanálise e o Esquizodrama são correntes teórico-práticas bastante recentes na Psicologia, ainda não sendo de conhecimento do público geral. São pouco lecionados nos cursos de Psicologia no Brasil e na América Latina e seguramente pode-se dizer que a maior parte dos psicólogos ainda não os conhece.

Tal desconhecimento provém de ser uma teoria e prática bastante nova, da dificuldade de seus conceitos teóricos, bem como da diversidade de dispositivos (ou técnicas) de intervenção psicoterápica. Esquizoanálise e Esquizodrama funcionam mais como uma "caixa de ferramentas" (Deleuze, 1979) para a intervenção clínica e social, tendo uma variação nas modalidades de atendimento, bem como de suas definições:

Uma teoria é uma caixa de ferramentas. Nada tem a ver com o significante. É preciso que sirva, é preciso que funcione. E não para si mesma. Se não há pessoas para utilizá-la, a começar pelo próprio teórico que deixa então de ser teórico, é que ela não vale nada ou que o momento ainda não chegou. Não se refaz uma teoria, fazem-se outras; há outras



a serem feitas. É curioso que seja um autor que é considerado um puro intelectual, Proust, que o tenha dito tão claramente: tratem meus livros como óculos dirigidos para fora e se eles não lhe servem, consigam outros, encontrem vocês mesmos seu instrumento, que é forçosamente um instrumento de combate. A teoria não totaliza; a teoria se multiplica e multiplica.

Gilles Deleuze (1979, p.71)

Historicamente, a Esquizoanálise tem origem na década de 1970, após as manifestações estudantis e trabalhistas do épico maio de 1968 na França, com o encontro do filósofo Gilles Deleuze e do psicanalista e militante Pierre-Félix Guattari. A dupla escreveu a obra "Capitalismo e Esquizofrenia", dividida em dois tomos: O Anti-Édipo (Deleuze & Guattari, 1972) e Mil Platôs (Deleuze & Guattari, 1980). Ressalta-se que o segundo tomo foi publicado em cinco volumes no Brasil. Nessa obra houve a constituição do campo chamado Esquizoanálise.

Vale ressaltar a importância desses dois intelec-

tuais no campo francês. Gilles Deleuze é considerado um dos principais filósofos ocidentais do século XX, sendo autor de vasta obra de dezenas de livros e artigos, que aborda inúmeros temas, como Arte, História da Filosofia, Psicanálise, Política, Antropologia, Linguística, etc. O grande filósofo Michel Foucault, companheiro e admirador de Deleuze, chegou a dizer que "O século XX será deleuziano" (Foucault,

1995). Esta frase profética não se realizou, pois considera-se que o século XX não conse-

guiu entender a complexidade do pensamento de Deleuze. Mas tudo nos leva a crer que o século XXI está sendo deleuziano, no sentido do quanto suas teorias realizam uma leitura acertada acerca da sociedade e dos indivíduos que a compõem, bem como a grande procura de estudiosos e pesquisadores para entender e produzir sobre seu pensamento.

"A ESQUIZOANÁLISE PODE SER ENTENDIDA, GROSSO MODO, COMO O CAMPO QUE ANALISA OS AGENCIAMENTOS PSICOSSOCIAIS, NÃO FICANDO APENAS REDUZID AO FENÔMENOS PSICOLÓGICO."

Já Guattari é a contraparte insurgente, criativo-caótica e inusitada da dupla. Com formação em inúmeras áreas, Farmácia, Música, Filosofia, mas sem ter concluído nenhum curso de graduação, costumava ser o grande *"bricoleur"*, aquele que conectava conhecimentos de campos distintos sempre produzindo o novo, transitando entre diferentes campos de conhecimentos, tal como um "contrabandista teórico". Foi um dos atores principais do movimento internacional da Reforma Psiquiátrica, sendo um dos protagonistas da Clínica La Borda (tradução: A Borda), Estabelecimento psiquiátrico que ao invés de focar a cura apenas na "enfermidade" dos pacientes, ou na "má-formação" dos profissionais de saúde, passou a analisar a própria relação instituída no processo de cura da saúde mental, em que a própria noção de cura foi questionada e desconstruída. Passou a utilizar práticas alternativas psicoterápicas que tinham inspiração na arte, na política e em diversos outros campos. A partir dos preceitos da autoanálise e autogestão houve uma radicalização

das práticas democráticas institucionais, tornando-se assim fonte de inspiração para os movimentos de Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial de todo o mundo. Mantendo esse tipo de foco de análise, na intersecção entre clínica e política, fundou a Psicoterapia Institucional e a Análise Institucional.

Tanto Deleuze, como Guattari, tinham proximidade com Jacques Lacan, o psicanalista *mainstream* da época. Deleuze foi convidado a ser o filósofo da Escola Freudiana de Paris, capitaneada por Lacan, e Guattari era um dos três principais psicanalistas da Associação. Deleuze declinou o convite por não querer seu saber subjugado a um "mestre", e Guattari "abandonou seu posto" após publicação de Capitalismo e Esquizofrenia, que foi uma grande crítica à psicanálise de matriz estruturalista lacaniana (Dosse, 2010).

A Esquizoanálise pode ser entendida, grosso modo, como o campo que analisa os agenciamentos psicossociais, não ficando apenas reduzida ao fenômeno psicológico, mas trabalhando na articulação

"Estabelecimento psiquiátrico que ao invés de focar a cura apenas na "enfermidade" dos pacientes, ou na "má-formação" dos profissionais de saúde, passou a analisar a própria relação instituída no processo de cura da saúde mental."



entre investimentos desejantes e formações coletivas e sociais, ou seja, entre psiquismo e estrutura social. Tem como finalidade a compreensão das conexões entre pessoas, coletivos e instituições, não ficando restrita na relação entre humano e humano, mas também na relação humano e inumano. Pois os fenômenos psicossociais abrangem uma série de materialidades, em que objetos “inanimados”, ou mesmo animais, podem assumir importante função psíquica, por exemplo, a relação contemporânea das pessoas com os aparatos tecnológicos, ou com o mundo virtual, que são depositários de grande investimento desejante. Portanto, o psicológico não pode ser pensado sem uma compreensão do social, em que esse psiquismo extrapola o “envelope corporal” de uma pessoa, estando localizado nas relações e agenciamentos que este indivíduo realiza com os objetos e pessoas de seu meio. Dessa forma, já não há uma separação clara entre interno e externo, pois este externo é constituinte da “internalidade” de uma pessoa, em que a subjetividade pode ser entendida como a “externalidade internalizada” (Rolnik, 1997). Nessa articulação entre sujeito e campo, Deleuze e Guattari (1995) passam a referir-se então a “agenciamentos, articulações, máquinas e multiplicidades, em que os processos de subjetivação resultam dessas múltiplas conexões” (Hur, 2012, p.20), ou seja, da relação entre Caos e cosmos.

Sua obra é denominada de Capitalismo e esquizofrenia, por entender que o processo social fundante são as relações capitalistas e o processo psíquico fundante do sujeito é a esquizofrenia, em contraposição ao clássico par psicanalítico família e neurose. Tanto o capitalismo é anterior à família no ponto de vista social, como a esquizofrenia é anterior à neurose, de um ponto de vista de uma genealogia. Dessa nova relação, desdobram-se inúmeros conceitos e concepções. Deleuze e Guattari (1972) traçam três diferenças gerais com a psicanálise. Primeiro, o desejo não parte de uma falta constitutiva, originária, mas é a própria potência da vida, sendo positividade, produção, movimento e auto-alteração. Segundo, as fantasias e delírios não ficam restritos ao conjunto familiar, ao pai ou ao complexo de Édipo, mas é histórico-universal, deliram-se tribos, raças, continentes e galáxias, e não apenas os problemas familiares-conjugais. Terceiro, o inconsciente não funciona enquanto uma figuração, representação, restituição de um teatro familiar, mas se assemelha muito mais a uma usina intensiva, a uma fábrica, com um funcionamento pragmático-produtivo que maquina e produz energias, afecções, pensamentos e vida tal como uma usina de intensidades. Para Baremlitt (1998) “o Inconsciente Esquizoanalítico estará pensado como um processo produtivo puro, não formado de representações nem de forças econômico-dinâmicas que mobilizam as representações ou papéis, seja de um Teatro ou de uma Linguagem, sendo como um incessante produzir caótico que, ademais, se produz a si mesmo e produz a realidade como renovados Todos” (p.114). Então, nesse campo “o inconsciente



Fotodivulgação: Flickr - A kue

“Para Baremlitt (1998) “o Inconsciente Esquizoanalítico estará pensado como um processo produtivo puro, não formado de representações nem de forças econômico-dinâmicas que mobilizam as representações ou papéis, seja de um Teatro, seja de uma Linguagem.”



"Historicamente, a Esquizoanálise tem origem na década de 1970, após as manifestações estudantis e trabalhistas do épico maio de 1968 na França, com o encontro do filósofo Gilles Deleuze e do psicanalista e militante Pierre-Félix Guattari."

extravasa, não cessa de se desterritorializar e não partilha da lógica da negatividade, mas sim das multiplicidades positivas e contínuas" (Hur, 2012a, p.20). Discussão mais detalhada pode ser encontrada no livro "Psicoanálisis y esquizoanálisis: un ensayo de comparación crítica" (Baremlitt, 2004).

No campo da intervenção a Esquizoanálise busca potencializar os pensamentos e afetos dos indivíduos e coletivos. Para tanto, possui três tarefas principais: a negativa e as positivas. A primeira, de caráter destrutivo, visa a raspar e desconstruir as estruturas coercitivas e bloqueadoras do desejo, seja na instância psíquica ou social. Visa-se a desbloquear e suprimir as barreiras que causam algum tipo de sofrimento psíquico aos sujeitos num exercício de desterritorialização das condutas instituídas. A segunda, positiva, tem um caráter "diagnóstico", de compreender o funcionamento dos agenciamentos e das "máquinas" envolvidas no processo, sejam as máquinas sociais, técnicas e psíquicas, sempre apreendendo assim os fatores psicológicos e sociais. Finalmente, a terceira, ao se realizar a raspagem do que bloqueia, e ao apreender-se como os mecanismos biopsicotecnossociais funcionam e estão articulados, busca-se conectar os investimentos libidinais aos agenciamentos sociais, ou seja, ligar o desejo ao meio, o "dentro" ao "fora", possibi-

litando a fluidez entre interno e externo, mitigando a alienação do indivíduo sobre seu desejo, seu corpo e sobre o próprio ambiente em que está inserido.

Tendo em vista esta perspectiva, as práticas psicoterápicas esquizoanalíticas adotam grande variação em solo brasileiro. Dentre as diversas práticas citaremos a que consideramos a mais criativa e potente, criada pelo psiquiatra argentino-brasileiro Gregório Baremlitt (2002) e chamada de Esquizo-drama. É um conjunto de práticas, estratégias, táticas e técnicas "que busca atuar sobre os aspectos subjetivos, sociais, semióticos e tecnológicos de seus dispositivos para proporcionar experiências de desterritorialização dos agenciamentos instituídos, para dar circulação e trânsito aos fluxos (psíquicos, corporais, grupais, sociais) codificados, fomentar processos de criação e estéticos, efetuando assim acontecimentos, novos regimes de signos e processos de singularização" (Hur, 2013, p.271). Tem como finalidade performatizar as tarefas preconizadas pela Esquizoanálise, incitando os processos de desterritorialização para a potencialização dos pensamentos, afetos e corpos dos que sofrem a intervenção.

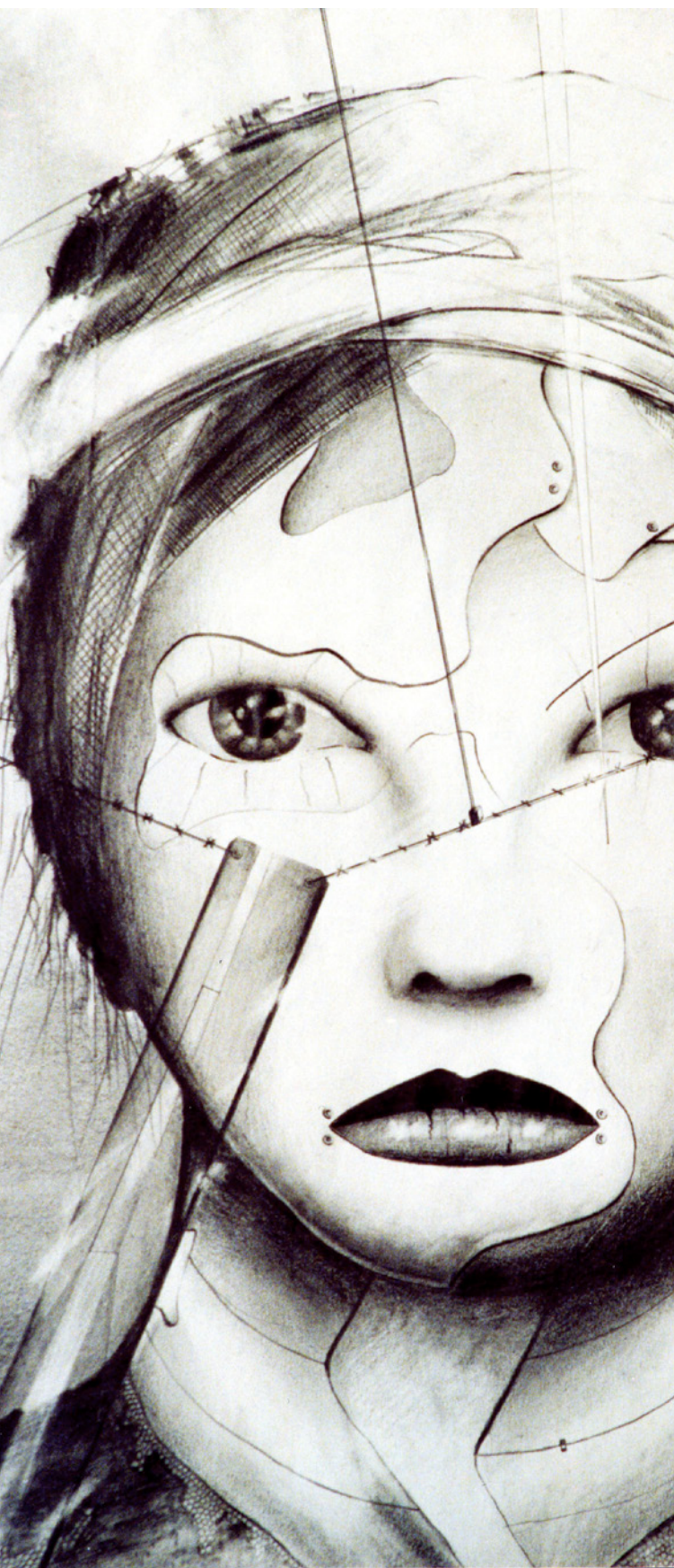
Há variados dispositivos de intervenção psicoterápicos, com consignas e enquadres móveis, que utilizam recursos verbais e ou artísticos, dramáti-



cos e corporais, que têm as mais distintas referências, como do psicodrama, psicanálise, bioenergética, respiração holotrófica e até da umbanda! Tal referência inusitada inspira-se na experiência de G. Lapassade (1980) na África e no Brasil, “em que a partir de sua participação em rituais de Vodun e Umbanda, levou as experiências de transe para a clínica, criando a Transeanálise” (Hur, 2014, p.10). Deste modo há diferentes dimensões nos distintos dispositivos, “em que pode haver a situação face a face grupal, ou da performance psicodramática dos atores em cena, ou até de uma dança com tambores tribais, que aparentemente pode parecer ser uma experiência caótica” (Hur, 2012, p.23). Tais dispositivos produzem linhas de fuga frente aos processos codificados e instituídos que bloqueiam os investimentos desejantes. Baremlitt buscou corporificar diversos conceitos da Esquizoanálise em dispositivos. Cita-se um exemplo:

Deleuze e Guattari realizam uma discussão sobre a “Rostidade” (1980), criticando a “codificação” do rosto, de como se torna a identidade do corpo, reduzindo assim sua multiplicidade de afecções e possibilidades à face. Do ponto de vista social, também criticam a constituição de um rosto padrão, que se torna norma, que é a representação pictórica de Jesus Cristo, face que expressa o homem macho ariano civilizado de traços finos. Devido a tal discussão, Baremlitt criou um dispositivo clínico

que visa a desterritorialização do rosto codificado e instituído, a partir de um jogo com imagens e luminosidades: o dispositivo da “Rostridade”. “Utiliza um espelho especial que ao mesmo tempo reflete e refrata a imagem. Coloca assim duplas de pessoas face a face com o espelho entre elas. Em um ambiente semicerrado e de acordo com as variações de iluminação sobre o espelho, resulta-se no assombroso fenômeno imagético de conjunção das faces. De tal forma que Gregório busca intensificar os distintos afetos de estranheza que emergem da configuração imagética facial mais bizarra para a dupla, trazendo assim à tona um afeto ainda não significado, ou melhor, um aspecto assignificante. A consigna é que tal aspecto deve ser ainda mais intensificado e objeto de um processo de figuração, seja por via de uma dramatização, um jogo de palavras, uma poesia, um desenho, etc. Emergem assim múltiplos sentidos para a experiência, que às vezes são verbalizados, outras vezes não, sempre abrindo para o campo da indeterminação e novidade em que há uma produção intensiva de sentidos para a experiência vivida” (Hur, 2014, p.11). Portanto, nesses dispositivos, busca-se incitar o processo de desterritorialização, para que se fomente a produção de fluxos e o movimento desejante. Fantasias, delírios e afetos são produzidos, a princípio de forma não significada, mas que no seu experienciar passam por um processo de produção de sentidos. A propa-



"A consigna é que tal aspecto deve ser ainda mais intensificado e objeto de um processo de figuração, seja por via de uma dramatização, um jogo de palavras, uma poesia, um desenho, etc."

gação desses fluxos resulta na intensificação da potência desejante dos sujeitos, consequentemente na potencialização dos seus pensamentos, afetos, corpos e possibilidades existenciais.

Deste modo compreende-se que a Esquizoanálise e o Esquizodrama têm como objetivo incitar um trabalho psíquico no processo psicoterápico com fins de transformação do sofrimento psíquico vivenciado para modalidades de vida mais potencializadas e produtivas. A partir de processos de desterritorialização, fomenta a afirmação dos investimentos desejantes dos sujeitos e coletivos sociais. Utiliza distintos conceitos e dispositivos de intervenção para a consecução de seus objetivos, não tendo uma única fórmula pressuposta, mas sendo um convite à inventividade de novas formas de agir, ser e existir.

* **Domenico Uhng Hur** é psicólogo, mestre e doutor em Psicologia Social pelo Instituto de Psicologia da USP, com estágio doutoral na Universitat Autònoma de Barcelona/Catalunha. Professor-adjunto da Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Goiás (UFG). Coordenador do curso de Psicologia (graduação) da UFG e membro do CRISE - Núcleo de Estudos e Pesquisas - Crítica, Insurgência, Subjetividade e Emancipação.
e-mail: domenico@ufg.br

Referências bibliográficas:

- Barembliitt, G. F. (1998). *Introdução à Esquizoanálise*. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari.
- Barembliitt, G. F. (2002). *Dez proposições descartáveis acerca do esquizodrama* (mimeo.). Disponível em <http://artigosgregorio.blogspot.com.br/2008/02/dez-proposies-descartveis-acerca-do.html>. Acesso em 08/08/2012.
- Barembliitt, G. F. (2004). *Psicoanálisis y esquizoanálisis (un ensayo de comparación crítica)*. Buenos Aires: Asociación Madres de Plaza de Mayo.
- Deleuze, G. (1979). *Os intelectuais e o poder – diálogo entre M. Foucault e G. Deleuze*. Em: M. Foucault. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Deleuze, G.; Guattari, F. (1972/1976). *O Anti-Édipo*. Rio de Janeiro: Imago.
- Deleuze, G.; Guattari, F. (1980/1995). *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*, Vol. 1 a 5. São Paulo, 34.
- Dosse, F. (2010). *Gilles Deleuze & Félix Guattari: Biografia cruzada*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Foucault, M. (1995). *Theatrum philosophicum*. Barcelona: Anagrama.
- Hur, D.U. (2012). *O dispositivo de grupo na Esquizoanálise: tetralência e esquizodrama*. *Vínculo*. vol. 9, n. 1. p.51-69. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v9n1/a04.pdf>. Acesso em 14/10/2013.
- Hur, D.U. (2013). *Esquizoanálise e política: proposições para a Psicologia Crítica no Brasil*. *Teoría y crítica de la psicología*, vol. 3, p. 264-280.
- Hur, D.U. (2014). *Esquizoanálisis y Esquizodrama, clínica y política: presentación de la obra de Gregorio Barembliitt*. *Teoría y crítica de la psicología*, vol. 4, p. 1-16.
- Lapassade, G. (1980). *Socioanálisis y potencial humano*. Barcelona: Gedisa.
- Rolnik, S. (1997). *Psicologia: subjetividade, ética e cultura*. Em: *Saúdeloucura* nº 6, subjetividade. São Paulo: Hucitec.

FOTOINSPIRAÇÃO

*"Não espere por uma
crise para descobrir o
que é importante em
sua vida."*

Platão

A Psicologia HUMANISTA

UMA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA.

ANA LÚCIA SUÑÉ CUNHA PALMA*



HUMANISMO

A Psicologia Humanista surgiu no final da década de 1950 e início dos anos 1960 e se firmou como metodologia teórica e prática de psicoterapia graças ao trabalho de Abraham Maslow que, com outros profissionais da época, ficou reconhecida como a *Terceira Força* da Psicologia. Uma das principais características da Psicologia Humanista, apontada por Maslow em seu livro “Introdução à Psicologia do Ser” (1957), é o afastamento da visão clínica de privilegiar o estudo das doenças psicológicas, para enfatizar a saúde, o bem-estar e o potencial

humano de crescimento e autorrealização. Assim, é objetivo da Psicologia Humanista ajudar o Ser Humano a desenvolver condições internas para que possa viver da forma mais saudável, plena e livre quanto possível, e em relação com outras pessoas.

Neste sentido, a “Psicoterapia Humanista privilegia as capacidades e potencialidades que são características da espécie humana por excelência, como valores, criatividade, sentimentos, identidade, coragem, liberdade, responsabilidade, autorrealização, intencionalidade, subjetividade, transcendência, etc”. Considera que todo ser humano traz consigo uma tendência natural à autorrealização, e que o homem é muito mais do que todas as suas partes somadas, de forma que há que se trabalhar em terapia com o foco na reorganização global deste ser, e não apenas com facetas da sua personalidade. (Boainain, 1998)

Para os Humanistas, os desajustes e doenças psicológicas são fruto de formas inautênticas de viver de forma que, para adaptar-se às vicissitudes do mundo, o ser humano vai se afastando de quem realmente é. Assim, o objetivo da psicoterapia humanista é ajudar a pessoa a voltar a ser ela mesma, a retomar as rédeas de sua própria vida; proporcionar ao cliente a possibilidade de uma existência autêntica, verdadeira e espontânea, onde se reduza a pressão psicológica interna e a necessidade de máscaras e jogos psicológicos.

Sob a denominação da Psicologia Humanista, e congregando os mesmos conceitos quanto à noção de homem, diversas metodologias e técnicas se desenvolveram, dentre as quais a Abordagem Centrada na Pessoa, do psicólogo norte-americano Carl Ransom Rogers. Esta abordagem enfatiza uma forma específica de relação na qual uma pessoa se dispõe a facilitar o crescimento psicológico de outra. Pode ser aplicada nas relações entre pais e filhos, alunos e professores, nas relações de trabalho e, como é o nosso objetivo neste artigo, para a relação psicoterapêutica.

Seguindo a ênfase humanista na liberdade e na singularidade de cada ser, a psicoterapia segundo os preceitos da Abordagem Centrada na Pessoa não utiliza planejamentos, nem determina objetivos específicos a serem alcançados, nem estratégias, como “dever de casa”, e propõe uma atitude de atenção incondicional por parte do terapeuta em relação ao cliente em seu processo de desenvolvimento e percepção de mundo.

Neste modelo de psicoterapia, o objetivo central é devolver à pessoa a liberdade psicológica para transitar e lidar com as questões práticas e existenciais que a vida apresenta a cada momento, bem como ajudar a sair de perturbações psíquicas e a se fortalecer diante das dificuldades.

Ela consiste em uma sequência de encontros, na maioria das vezes semanais, em que um psicoterapeuta com treinamento específico em Abordagem Centrada na Pessoa e o cliente podem se relacionar em um nível profundo de contato psicológico, no qual o cliente é convidado a explorar o seu mundo interno levando o psicólogo como parceiro e mostrando a ele, calma e cuidadosamente, cada cantinho da sua experiência vivencial. Por sua vez, através de atitudes terapêuticas sobre as quais falaremos adiante, o psi-

cólogo facilita o afloramento de novos conteúdos.

Na medida em que o cliente vai tomando contato com suas questões de forma livre, acontece geralmente um reconhecimento de si e do seu modo de pensar e sentir. Incentivado pelo clima facilitador proporcionado pelo seu psicoterapeuta, o cliente começa a se abrir para suas experiências, expressando sentimentos que podem ir da extrema alegria à extrema tristeza, passando por sentimentos de medo, vergonha, raiva ou qualquer outro. Aos poucos, ele vai modificando seus conceitos e valores com relação a si próprio. Desenvolve uma consideração mais positiva das diferenças pessoais e mais respeito ao outro e a si mesmo. Aceita melhor as escolhas alheias e passa a fazer escolhas mais de acordo com suas vontades e necessidades quanto a sua vida e quanto às relações com as outras pessoas, (Palma, 2009).

Este não é um caminho fácil, nem acontece sem sofrimento. Muitas vezes, as novas atitudes não são aceitas pelas pessoas que têm como referência, fazendo com que eventualmente se sinta desanimado quanto a si mesmo e suas possibilidades. Entretanto, ao ser acolhido verdadeiramente pelo terapeuta e aceito em seu sofrimento, se fortalece no seu desejo de mudanças para um Ser mais autêntico e pleno, e a incluir as pessoas que lhe são caras no seu plano de vida.

É necessário lembrar que a terapia humanista não tem por objetivo provocar mudanças de forma inconsciente. Ao contrário, implica em um profundo conhecimento de si, o que impõe ao indivíduo fazer escolhas, momento a momento, quanto a sua atuação no mundo, e quanto a sua aceitação das pessoas, além dos atributos que elas trazem consigo.

Os resultados esperados de um processo terapêutico centrado na pessoa aparecem às vezes de forma sutil, com pequenas mudanças na vida cotidiana, e às vezes de forma mais evidente. Os resultados mais relatados pelos clientes consistem em uma tendência a afastar-se daquilo que ele não é, e das imagens de fachada; tomada de atitudes mais consistentes com seus desejos e vontades, e não em função apenas das expectativas alheias; maior autonomia e independência; aceitação de si mesmo como um processo em construção, e não como algo estático, pronto, de contorno e formas imutáveis, e maior aceitação dos outros, como um igual; uma tendência a desfrutar mais do ser que realmente é; maior abertura à experiência e autoconfiança.

Uma vez que a Abordagem Centrada na Pessoa tem como foco o desenvolvimento global do ser humano, qualquer pessoa pode se beneficiar desta prática psicológica, independentemente do “problema” que tenha, desde que deseje estar em processo de mudança. Para alguns transtornos psíquicos, as práticas atuais demonstram que a interface com a medicina psiquiátrica traz excelentes resultados, de forma que a ACP hoje possui bastante aceitação nos meios médicos como importante coadjuvante no tratamento dos transtornos ansiosos e depressivos, entre outros.

Outra modalidade de atenção psicológica centrada na pessoa, e que vem sendo desenvolvida com ótimos resultados, é o Plantão Psicológico. É um tipo de atendimento psicológico que consiste em atender



"O Plantão Psicológico é um tipo de atendimento psicológico que consiste em atender a pessoa no momento da sua urgência para ajudá-la a compreender melhor a sua necessidade."

a pessoa no momento da sua urgência para ajudá-la a compreender melhor a sua necessidade e, se for o caso, encaminhá-la para outro serviço que pode ou não ser um processo psicoterapêutico. Nesses atendimentos, que podem ter uma ou mais sessões, as decisões quanto ao tempo de consulta e a necessidade de outras sessões são feitas em conjunto, por terapeuta e cliente durante o próprio atendimento.

Saliente-se que: "o atendimento em Plantão não visa somente uma catarse, ainda que a inclua, mas objetiva facilitar uma maior compreensão da pessoa e de sua situação imediata. O plantonista e o cliente procuram juntos, no momento-já, as potencialidades inerentes do cliente, que podem estar adormecidas ou que precisem ser deflagradas. Para este intuito é imprescindível uma relação calorosa, sem julgamentos, onde a escuta seja sensível e empática, assim como a expressividade do plantonista e seu genuíno interesse em ajudar. Por esses aspectos, podemos formular que um processo de mudança pode ser deflagrado nessa(s) consulta(s)", (Tassinari, 2013).

A duração do processo psicoterapêutico, portanto, é muito variável. Há casos em que a pessoa leva alguns anos para se sentir satisfeita com as mudanças pessoais e há também casos de pessoas que se sentem bem e satisfeitas com poucos encontros.

Seja qual for a forma do atendimento, processo terapêutico ou plantão psicológico, o papel do psicólogo como pessoa, como parte da relação, é fundamental. Rogers descreveu algumas atitudes básicas a serem desenvolvidas e praticadas pelo psicoterapeuta, como condições necessárias e suficientes para que ocorra uma mudança de personalidade no cliente. Congruência, consideração positiva incondicional

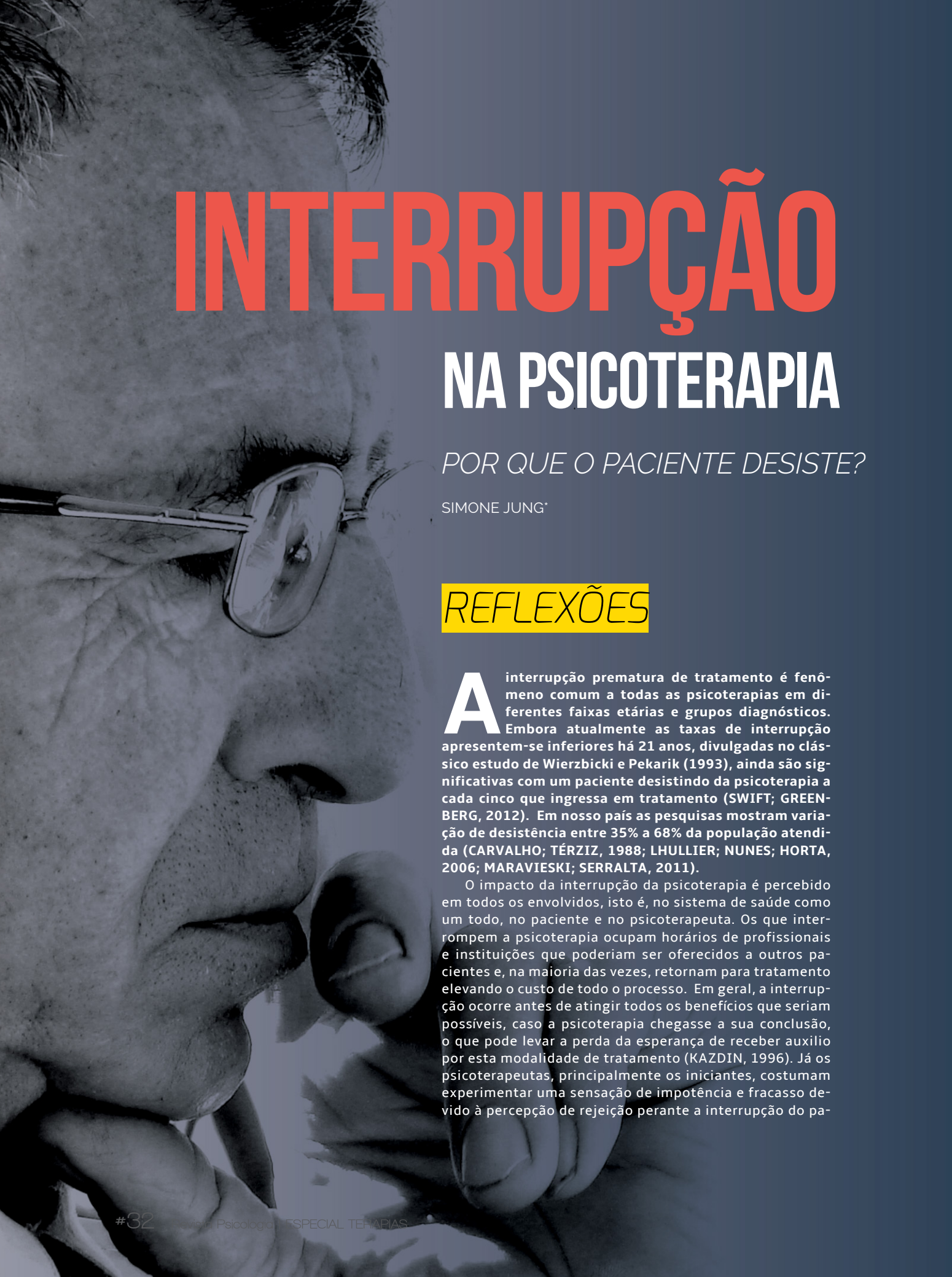
e compreensão empática são qualidades que devem ser desenvolvidas no terapeuta que deseja ajudar pessoas pelos princípios da Abordagem Centrada na Pessoa. É justamente por meio dessas atitudes que se dá a apreensão do mundo vivencial do cliente.

É no contato com esse psicólogo que a mudança terapêutica da personalidade ocorre. Portanto, a escolha de um psicólogo centrado na pessoa deve ser criteriosa. O treinamento em Abordagem Centrada na Pessoa, além da formação universitária, leva em média três anos nos Centros de Formação espalhados pelo Brasil e pelo mundo.

* Ana Lúcia Suñé Cunha Palma é psicóloga (CRP-01/6287), psicoterapeuta Centrada na Pessoa e especialista em Psicologia Clínica. É fundadora e Coordenadora do Centro de Psicologia Humanista de Brasília (CPHB) e formadora de Psicoterapeutas Centrados na Pessoa. Coautora do Projeto Comemorações dos 70 Anos da ACP e do livro *A Psicologia Humanista na Prática – reflexões sobre a Abordagem Centrada* e-mail: cphb@cphb.com.br

Referências bibliográficas:

- BOAINAIN Jr., Elias. *Tornar-se Transpessoal - Transcendência e espiritualidade na obra de Carl Rogers*. São Paulo: Summus Editora, 1998
- MASLOW, Abraham, *Introdução à Psicologia do Ser*. 2. Ed. Eldorado.
- PALMA, Ana Lúcia S. C. *Um Jeito de Ser Centrado na Pessoa*. In: BACELLAR, Anita (Org.). *A psicologia humanista na prática. Reflexões sobre a Abordagem Centrada na Pessoa*. 2.ed. Florianópolis: Unisul, 2010
- ROGERS, Carl R. *Tornar-se pessoa*. 6. ed. São Paulo : Martins Fontes, 2009
- ROGERS, Carl R. *As Condições Necessárias e Suficientes para a Mudança Terapêutica de Personalidade*. In WOOD, J. et al. (1994) *Abordagem Centrada na Pessoa*. 5 ed. Espírito Santo: EDUFES, 2010
- TASSINARI, Marcia. In TASSINARI, M. et al. *Revisitando o Plantão Psicológico Centrado na Pessoa*. Curitiba: CRV, 2013.



INTERRUPÇÃO

NA PSICOTERAPIA

POR QUE O PACIENTE DESISTE?

SIMONE JUNG*

REFLEXÕES

A interrupção prematura de tratamento é fenômeno comum a todas as psicoterapias em diferentes faixas etárias e grupos diagnósticos. Embora atualmente as taxas de interrupção apresentem-se inferiores há 21 anos, divulgadas no clássico estudo de Wierzbicki e Pekarik (1993), ainda são significativas com um paciente desistindo da psicoterapia a cada cinco que ingressa em tratamento (SWIFT; GREENBERG, 2012). Em nosso país as pesquisas mostram variação de desistência entre 35% a 68% da população atendida (CARVALHO; TÉRZIZ, 1988; LHULLIER; NUNES; HORTA, 2006; MARAVIESKI; SERRALTA, 2011).

O impacto da interrupção da psicoterapia é percebido em todos os envolvidos, isto é, no sistema de saúde como um todo, no paciente e no psicoterapeuta. Os que interrompem a psicoterapia ocupam horários de profissionais e instituições que poderiam ser oferecidos a outros pacientes e, na maioria das vezes, retornam para tratamento elevando o custo de todo o processo. Em geral, a interrupção ocorre antes de atingir todos os benefícios que seriam possíveis, caso a psicoterapia chegasse a sua conclusão, o que pode levar a perda da esperança de receber auxílio por esta modalidade de tratamento (KAZDIN, 1996). Já os psicoterapeutas, principalmente os iniciantes, costumam experimentar uma sensação de impotência e fracasso devido à percepção de rejeição perante a interrupção do pa-



ciente (BARRETT et al., 2008).

A relevância de pesquisar sobre a interrupção em psicoterapia é indiscutível. No entanto, encontramos obstáculos para estudá-la. Primeiramente, é necessário considerar que diferentes abordagens psicoterápicas apresentam variações em termos de objetivos, duração, definição de interrupção e critérios para o sucesso dos tratamentos (OGRODNICZUK; JOYCE; PIPER, 2005). Além disso, interrupção em psicoterapia recebe uma série de denominações e tem sido definida de diferentes formas nas publicações científicas. Portanto, tais aspectos dificultam a generalização dos resultados dos estudos.

Ross (2011) apontou que a maioria das definições de interrupção gira em torno de duas categorias: o não comparecimento à última sessão agendada e *"median-split procedure"*, onde o paciente desiste antes de um determinado número de sessões. Referindo-se exclusivamente a psicoterapia psicanalítica Gastaud e Nunes (2010) propuseram

definição padronizada de interrupção inserida em três categorias de término de tratamento: 1) Não aderência - interrupção na fase de avaliação e antes que os objetivos de tratamento tenham sido definidos pela dupla paciente/psicoterapeuta ou em casos não indicados para atendimento; 2) Abandono: interrupção antes que os objetivos tenham sido atingidos, independentemente dos motivos da interrupção e ser uni ou bilateral e 3) Alta: término quando os objetivos são atingidos. Isso significa que para investigar interrupção da psicoterapia o pesquisador tem o desafio de escolher uma ou outra definição do fenômeno.

Independentemente da definição adotada os questionamentos permanecem: Quem são os pacientes que interrompem a psicoterapia? É possível identificá-los? Quais são as suas características? Pesquisas têm apontado algumas evidências sobre tais características em uma variedade de abordagens como na Terapia Cognitivo-Comportamental,

na *counselling therapy*, na terapia comportamental dialética, no tratamento psicossocial e nas terapias experiencial e interpessoal, entre outras. São descritos como pacientes com: baixa motivação (DARKER et al., 2012; MALERBI; SAVOIA; BERNIK, 2000); expectativas limitadas de resultados (MARTINO et al., 2012; MEYER et al., 2002); resistências significativas ao tratamento (TAYLOR; ABRAMOWITZ; MCKAY, 2012; WESTMACOTT et al., 2010); baixos níveis socioeconômicos e educacionais (WIERZBICK; PERARIK, 1993) e capacidades cognitivas (AHARONOVICH et al., 2006) e de aliança terapêutica limitadas (MARTINO et al., 2012, WESTMACOTT et al., 2010).

Considerando especificamente a psicoterapia psicanalítica, as investigações descrevem além da baixa disposição para iniciar a psicoterapia (ACKERMAN et al., 2005; VALBACK, 2004) e níveis inferiores de aliança terapêutica (PIPER et al., 1999; SAMSTAG et al., 1998; TRYON; KANE, 1995), características específicas nessa modalidade como: a) divergências

com os terapeutas sobre o conceito de “cura” (PHILLIPS; WENNBERG; WERBART, 2007); b) expectativas irrealistas (OGRODNICZUK; JOYCE; PIPER, 2005; JUNG et al., 2013); c) menor capacidade de insight (HOGLEND et al., 1994; HAUCK et al., 2007; JUNG et al., 2014); d) *deficits* na capacidade de introspecção (FRAYN, 1992) e de pensamento psicológico (VALBACK, 2004); e) defesas imaturas, especialmente as narcisistas (HAUCK et al., 2007h); f) relações de objeto pobres (ACKERMAN et al., 2005; VALBACK, 2004), g) baixa autoestima (ACKERMAN et al., 2005; HILSENROTH et al., 1995); h) alto nível de agressividade (ACKERMAN et al., 2005; HILSENROTH et al., 1995); i) significativa transferência negativa (OGRODNICZUK; JOYCE; PIPER, 2005; JUNG et al., 2014) e experiências negativas com tratamentos anteriores (JUNG et al., 2014).

O questionamento sobre as razões expressas para a interrupção nas psicoterapias também está sempre presente. A razão mais frequentemente mencionada pelos pacientes em diferentes abordagens é a sensa-



“Interrupção em psicoterapia recebe uma série de denominações e tem sido definida de diferentes formas nas publicações científicas. Portanto, tais aspectos dificultam a generalização dos resultados dos estudos.”

Fotodivulgação: Flickr - THX0477



"A razão mais frequentemente mencionada pelos pacientes em diferentes abordagens é a sensação de melhora, ou seja, a satisfação com os resultados alcançados."

ção de melhora, ou seja, a satisfação com os resultados alcançados (WESTMACOTT; HUNSLEY, 2010; BADOS; BALAGUER; SALDANA, 2007; ROE et al., 2006; TODD; DEANE; BRAGDON, 2003; RENK; DINGER, 2002). Isso reforça a ideia de que nem todas as interrupções prematuras representam fracasso de tratamento.

Muitos pacientes também decidem interromper a psicoterapia por insatisfação com o tratamento ou com o terapeuta (WESTMACOTT; HUNSLEY, 2010; BADOS; BALAGUER; SALDANA, 2007; TODD; DEANE; BRAGDON, 2003; HUNSLEY et al., 1999). Outros pacientes mencionam barreiras circunstanciais, por exemplo, logística nos cuidados com filhos, dificuldades de locomoção, mudança de casa ou de emprego (BADOS; BALAGUER; SALDANA, 2007; ROE et al., 2006; WELLS, 2013), problemas financeiros (HUNSLEY et al., 1999; WELLS, 2013), e o desejo de resolver os conflitos de forma independente (WESTMACOTT; HUNSLEY, 2010). Em pesquisa brasileira

(VARGAS; NUNES, 2003) a dificuldade financeira foi a razão de interrupção mais referida pelos pacientes. A desmotivação, motivos de saúde, troca de terapeuta, encerramento por terceiros e outras prioridades foram as demais razões mencionadas.

Estudos que abordaram exclusivamente a psicoterapia psicanalítica destacaram como motivos mais expressos o cumprimento de metas, sendo a satisfação do paciente positivamente relacionada com razões positivas para a rescisão, e resistências no processo psicoterápico (JUNG et al., 2013; JUNG et al., 2014; ROE et al., 2006). Insatisfação com o tratamento (ROE et al., 2006; JUNG et al., 2013; JUNG et al., 2014), limitações circunstanciais, transferência negativa, necessidade de independência e envolvimento do paciente em novas relações significativas (ROE et al., 2006) também são referidas.

Interessante observar é que em diversos estudos há limitada correspondência entre as razões men-



cionadas pelos psicoterapeutas e as referidas pelos pacientes (TODD; DEANE; BRAGDON, 2003; HUNSLEY et al., 1999; PEKARIK; FINNEYOWEN, 1987; JUNG; TIELLET; EIZIRIK, 2007). Este aspecto, aliado ao fato que em um tratamento há dois envolvidos: o paciente e o psicoterapeuta, obrigatoriamente tem-se que considerar a dupla terapêutica quando se busca respostas sobre a interrupção. A relação terapêutica envolve a subjetividade de ambos os envolvidos, principalmente, quando a abordagem psicoterápica é psicanalítica. Entretanto, estudos de interrupção que envolva paciente e psicoterapeuta ainda são raros, principalmente em nosso país.

Roos (2011) em estudo de revisão sobre as variáveis do terapeuta associados à interrupção encontrou que as capacidades do terapeuta, grau de escolaridade e experiência; bem como a qualidade de aliança e relacionamento tem um grande impacto sobre as taxas de interrupção. Portanto, presume-se que psicoterapeutas competentes possam usar a técnica psicanalítica a serviço do paciente. Por exemplo, sabe-se desde Freud (1912/1989) que a resistência faz parte de todo o tratamento, ou seja, pacientes podem ser mais ou menos resistentes ou estarem ou não preparados para empreender um processo psicoterápico. Entretanto, é tarefa do psicoterapeuta identificar, demonstrar e auxiliar o paciente na compreensão da sua resistência. Assim como propiciar condições para o desenvolvimento da introspecção e do "pensar psicológico". Espera-se ainda que os psicoterapeutas realizem exame exaustivo das expectativas e objetivos do paciente estabelecendo em conjunto metas de tratamento, o que poderá prevenir o desenvolvimento de intensa transferência negativa e resistência e, conseqüentemente, a desistência da psicoterapia (JUNG et al., 2013).

Levando em consideração a experiência do psicoterapeuta como um fator relevante para a interrupção ou não de tratamento, é imperativo que psicoterapeutas psicanalíticos (principalmente os mais experientes) deixem de lado as resistências e a percepção da pesquisa como interferência negativa no processo psicoterapêutico. Claro que, interligar a objetividade da pesquisa científica e a intersubjetividade do processo psicanalítico, não é tarefa fácil. Porém, resistir às evidências dos conhecimentos trazidos pelas pesquisas impede o progresso da psicoterapia psicanalítica como teoria e técnica (JUNG, 2013).

Para finalizar cabe assinalar a importância de empreender estudos que visem esclarecer a associação dos fatores do paciente e do psicoterapeuta para a interrupção como, por exemplo, estudos que utilizem psicoterapias videogravadas para analisar as interações da dupla. Certamente a interrupção do tratamento ainda precisa ser melhor explicada, principalmente na psicoterapia psicanalítica: modalidade menos estudada do que outras, não só no Brasil, como no mundo.

* Simone Jung é psicóloga, especialista em Psicoterapia Psicanalítica (ESIPP), e doutora em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
Tel.: 51 9917-1261



"SABE-SE DESDE FREUD (1912/1989) QUE A RESISTÊNCIA FAZ PARTE DE TODO O TRATAMENTO, OU SEJA, PACIENTES PODEM SER MAIS OU MENOS RESISTENTES OU ESTAREM OU NÃO PREPARADOS PARA EMPREENDER UM PROCESSO PSICOTERÁPICO."

Referências bibliográficas:

- AHARONOVICH, E. et al. Cognitive deficits predict low treatment retention in cocaine dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, v. 81, n. 3, p. 313-322, 2006.
- ACKERMAN, S. J. et al. The effects of social cognition and object representation on psychotherapy continuation. *Bulletin of The Menninger Clinic*, v. 64, n.3, p. 386-408, 2005.
- BADOS, A.; BALAGUER, G.; SALDANA, C. The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology*, v. 63, p. 585-592, 2007.
- BARRETT, M. S. et al. Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 247-267, 2008.
- CARVALHO, R. M. L. L.; TÉRZIZ, A. Caracterização da população atendida na clínica-escola do Instituto de Psicologia - PUCCAMP. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, n. 1, p. 112-125, 1988.
- DARKER, C. et al. Non-attendance at counselling therapy in cocaine-using methadone-maintained patients: lessons learnt from an abandoned randomised controlled trial. *Irish Journal of Medicine Sciences*, v.181, n. 4, p. 483-489, 2012.
- FREUD, S. *Dinâmica da transferência* (1912). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1989.
- GASTAUD, M.; NUNES, M.L. Abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica: em busca de definição. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.59, n.3, p. 247-254, 2010.
- HAUCK, S. et al. Fatores associados a abandono precoce do tratamento em psicoterapia de orientação analítica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 29, n. 3, p. 265-73, 2007.
- HILSENROTH, M. et al. Rorschach and MMPI-2 Indices of early psychotherapy termination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 63, p. 956-965, 1995.
- HOGLEND, P et al. The role of insight in exploratory psychodynamic psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology*, v. 67, n. 4, p. 305-317, 1994.
- HUNSLEY, J. et al. Comparing therapist and client perspectives on reasons for psychotherapy termination. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training*, n. 4, 380-388, 1999.
- JUNG, S. I. Abandono da Psicoterapia Psicanalítica: estudo qualitativo (2013). Tese (Doutorado em Ciências Médicas: Psiquiatria). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2013.
- JUNG, S. I.; NUNES, M. L. T.; EIZIRIK, C. L. Avaliação de resultados da psicoterapia psicanalítica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 29, n. 2, p. 184-196, 2007.
- JUNG, S. I. et al. Beginning and end of treatment of patients who dropped out of psychoanalytic therapy. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, v. 35, n. 1, p. 181-190, 2013.
- JUNG, S.I. et al. Momentos distintos no abandono da psicoterapia psicanalítica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.63, n.2, p.133-141, 2014.
- KAZDIN, A. Dropping out of child psychotherapy: issues for research and implications for practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, v. 1, n.1, p.133-156, 1996.
- LHULLIER, A.; NUNES, M. L. T.; HORTA, B. Preditores de abandono de psicoterapia em pacientes de clínica-escola. In: SILVARES, E (org.). *Atendimento psicológico em clínicas escola*. Campinas: Alínea, 2006, p. 229-256.
- MALERBI, F. K.; SAVOIA, M.G.; BERNIK, M.A. Aderência ao tratamento em fóruns sociais: um estudo qualitativo. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 2, n. 2, p. 147-156, 2000.
- MARAVIESKI, S.; SERRALTA, FB. Características clínicas e sociodemográficas da clientela atendida em uma clínica-escola de psicologia. *Temas Psicológicos*, v. 19, n. 2, p. 481-490, 2011.
- MARTINO, F. et al.. Predictors of dropout among personality disorders in a specialist outpatients psychosocial treatment: A preliminary study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, v. 66, n. 3, p. 180-186, 2012.
- MEYER, B. et al. Treatment expectancies, patient alliance and outcome: Further analyses from the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 70, n. 4, p. 1051-1055, 2002.
- OGRODNICZUK, J. S.; JOYCE, A. S.; PIPER, W. E. Strategies for reducing patient-initiated premature termination of psychotherapy. *Harvard Review of Psychiatry*, v.13, p. 57-70, 2005.
- PHILIPS, B.; WENNBERG, P.; WERBART, A. Ideas of cure as a predictor of premature termination, early alliance and outcome in psychoanalytic psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, v. 80, n.2, p.229-45, 2007.
- PIPER, W. et al. Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*, v. 36, n. 2, p.114-122, 1999.
- RENK, K; DINGER, T. M. Reasons for therapy termination in a university psychology clinic. *Journal of Clinical Psychology*, v. 58, p.1173-1181, 2002.
- ROE, D. et al. Clients' reasons for terminating psychotherapy: A quantitative and qualitative inquiry. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, v. 79, n.4, p. 529-538, 2006.
- ROOS, J. Left behind: A review of therapist and process variables influencing dropout from individual psychotherapy. (Student paper). *Stockholms universitet*, 2011.
- SAMSTAG, L. W. et al. Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy. *Journal Psychotherapy Practice Research*, v. 7, n. 7, p. 126-143, 1998.
- SWIFT, J. K.; GREENBERG, R. G. Premature Discontinuation in Adult Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 80, n. 4, p. 547-559, 2012.
- TAYLOR, S.; ABRAMOWITZ, J. S.; MCKAY, D. Non-adherence and non-response in the treatment of anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, v. 26, n. 5, p.583-589, 2012.
- TODD, D. M.; DEANE, F. P.; BRAGDON, R. A. Client and therapist reasons for termination: A conceptualization and preliminary validation. *Journal of Clinical Psychology*, v. 59, n. 1, p. 133-147, 2003.
- TRYON, G. S.; KANE, A. S. Client involvement, working alliance, and type of therapy termination. *Psychotherapy Research*, 1995, v.5, n. 3, 189-198, 1995.
- VALBAK, K. Suitability for psychoanalytic psychotherapy: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 109, n.3, p. 164-178, 2004.
- VARGAS, F.; NUNES, M. L. T. Razões expressas para o abandono de tratamento psicoterápico. *Aletheia*, v. 17, p.155-158, 2003.
- WELLS, A. A. et al. Low-Income Cancer Patients in Depression Treatment: Dropouts and Completers. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 2013.
- WIERZBICKI, M.; PERARIK, G. A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional psychology: research and practice*, v. 24, n. 2, p. 190-195, 1993.
- WESTMACOTT, R.; HUNSLEY, J. Reasons for terminating psychotherapy: a general population study. *Journal of Clinical Psychology*, v. 66, n. 9, p. 965-977, 2010.
- WESTMACOTT, R. et al. Client and therapist views of contextual factors related to termination from psychotherapy: A comparison between unilateral and mutual terminators. *Psychotherapy Research*, v. 20, n. 4, p.423-435, 2010.

FOTOINSPIRAÇÃO

“Pensamentos valem e vivem pela observação exata ou nova, pela reflexão aguda ou profunda; não menos querem a originalidade, a simplicidade e a graça do dizer.”

Machado de Assis





LO- GO- TE- RA- PIA

A TERAPIA DO SENTIDO DA VIDA.

ALAN DA SILVA VÉRAS*
E RODRIGO BASTOS MELLO**

ALTERNATIVA

Ter um sentido para viver é uma boa maneira de prevenir o adoecimento psíquico. Essa é uma das teses fundamentais da escola existencialista de psicoterapia conhecida como Logoterapia. Para Viktor Emil Frankl (1905-1997), criador dessa forma de psicoterapia, o ser humano carrega consigo um desejo por sentido que, ao ser ignorado, tende a levar à frustração existencial, que por sua vez pode se exacerbar em agressividade, adicção às drogas, depressão e tentativas de suicídio (FRANKL, 2011). Por esse motivo a Logoterapia, além de ajudar na superação de traumas e condicionamentos, visa a levar o paciente a encontrar sentido para viver.

Falar sobre sentido, contudo, é encarar o fato de que esses apresentam duas faces: uma relativa e outra absoluta. A face relativa mostra que aquilo que tem sentido para alguém pode não ter para outrem e que essa relatividade tem a ver com a forma como cada pessoa prioriza determinados valores. Imaginemos



"O homem está imerso em uma liberdade que caminha lateralmente com a responsabilidade de responder ao mundo, de modo que é possível dizer que não é a vida que escreve ao homem o que fazer."

que duas garotas foram convidadas para uma reunião com alguns amigos, porém, no outro dia tinham prova na faculdade. Para a primeira garota, naquele momento, o valor que envolvia o estudo estava sobre o da amizade: ela decidiu ficar em casa e estudar, pois para ela, isso tinha mais sentido do que ir ao encontro com os amigos – passado o fato não se arrependeu. A outra garota já dominava o assunto, e o valor de compartilhar uns instantes com os amigos era mais forte do que estudar, porém, pela mera competição de saber, decidiu ficar em casa e lançar-se aos livros – depois se arrependeu por não ter feito o que tinha mais sentido para ela naquele momento. Esse exemplo nos mostra que, naquela situação, o valor de estudar tinha pesos diferentes para as garotas, logo, era relativo.

O mesmo exemplo serve para falar da face absoluta do sentido. Esta mostra que o que é relativo no geral é absoluto no particular. Naquela circunstância, para a segunda garota, ir ao encontro dos amigos era um valor que se sobrepunha ao de estudar. Nesse caso, um chamado exclusivo para vivenciar a alegria do companheirismo, uma oportunidade que não retornaria e na qual ela não poderia pedir que outra pessoa lhe substituísse. Porém ela não atendeu ao chamado dos valores, colocando na frente aquele que era menos importante no momento. Portanto, se no geral o sentido apresenta uma face relativa, no particular mostra outra absoluta. É tarefa da Logoterapia ajudar pessoas a estarem mais sensíveis aos seus valores, para poder vivenciá-los nas mais diversas circunstâncias. Desta forma elas enxergarão sentido na vida, passando a ter uma postura mais assertiva diante dela.

No processo de ajuda na busca de sentido, dois elementos são de extrema importância: o valor e o contexto, pois, o sentido (que é uma potência) é a realização de um valor em um contexto (PEREIRA, 2012). O sentido pode

ser realizado ou não, conforme a atitude de cada um. Por exemplo: uma flor ou obra de arte pode ser encarada apenas como um amontoado de carbono. Por outro lado, uma pessoa pode enxergar algo além da composição química ou bioquímica e admirar-se com a beleza de um buquê, chegando inclusive a emocionar-se ao receber um desses em uma data especial. Outra pessoa pode deter-se durante minutos frente a uma imagem barroca buscando os significados das linhas esculpidas pelo artista. Isso significa dizer que além de despertar para valores como o amor, a gratidão ou o respeito, é necessário direcioná-los a algo concreto na vida, pois, é no encontro do valor com o objeto que o sentido ganha contorno. Assim, diz-se que o sentido é algo em potencial e que, para ser realizado, precisa de um esforço em sua direção. Ou seja, o homem está imerso em uma liberdade que caminha lateralmente com a responsabilidade de responder ao mundo, de modo que é possível dizer que não é a vida que escreve ao homem o que fazer. Antes, o fustiga a responder criativamente conforme seus valores pessoais.

A VISÃO DE HOMEM E O DIAGNÓSTICO DIMENSIONAL

Começamos a notar a importância psicoterapêutica que subjaz em um tratamento psicológico focado nos valores. Contudo uma questão já se apresenta: o que capacita o ser humano a captar valores? Antes de darmos nossa resposta convém ressaltar que ela está em conformidade com a antropologia filosófica de uma escola de psicoterapia e que outras escolas apresentam visões de homem diferentes, portanto terão outras respostas.

Para a Logoterapia, o ser humano é uma unidade apesar da multiplicidade, ou seja, uma síntese biopsíco-social

e noológica. Só é possível compreendê-lo parcialmente, motivo esse que deve levar o estudioso do homem a uma abertura para o diálogo interdisciplinar. Também em relação ao diagnóstico psiquiátrico, a Logoterapia defende que não se deve considerar apenas exclusivamente a dimensão biológica, psicológica ou social do paciente. Antes, deve existir um esforço para olhar o homem em sua integralidade, em um diagnóstico dimensional. Neste, busca distinguir entre origens e manifestações das doenças. O *Quadro 1* ilustrar o parâmetro para o diagnóstico dimensional:

No *Quadro 1* (abaixo) vemos que as doenças variam conforme a etiologia e a sintomatologia, as “doenças comuns” são as origens e manifestações somáticas. As de origens e manifestações psíquicas são as neuroses propriamente ditas. A pseudoneurose trata-se do adoecimento orgânico desencadeado por fatores psíquicos. Neurose reativa, funcional ou psicose são tipos de doenças de origem somática e sintomatologia psíquica. Convém esclarecer que, conforme a Logoterapia, há no homem uma conexão entre o psíquico e o físico, de modo que todo fenômeno psíquico se dá de forma paralela a um fenômeno psíquico, e vice-versa.

Para Frankl (2003) a sociedade também tem um papel importante no processo de adoecimento. Condições

de vida degradantes afetariam diretamente o psicofísico favorecendo o aparecimento de doenças. Além disso, aspectos culturais com estilos de vida despojados de valores comunitários, ou que impedem a expressão da liberdade pessoal, seriam causadores de doenças. Tais estilos de vida violentariam diretamente a liberdade e a responsabilidade das pessoas, tendendo à imposição ao modismo ou ao totalitarismo. No modismo as pessoas simplesmente seguem o que os outros fazem, e no totalitarismo, o que os outros ditam. No pensamento de Frankl (1990) o ideal seria um modelo de vida social que equilibrasse a liberdade com a responsabilidade. Esse estilo de vida disseminaria o valor da convivência comunitária ao mesmo tempo em que incentivaria a participação criativa e voluntária nela.

O desequilíbrio social entre liberdade e responsabilidade, quando encarado em nível pessoal, aponta para a crise em relação aos valores. Nessa, o sujeito se encontra com sérias dificuldades para estabelecer prioridades, para distinguir aquilo que é significativo para si. E isso pode ser potencializado de duas maneiras: a primeira, é pela imposição de valores, quando a voz do outro é calada em prol da uniformidade (o que seria uma característica comum de regimes ditatoriais). A segunda, é pelo esvaziamento da fala, que desconstrói qualquer valor que uma pessoa sustente

ETIOLOGIA	SINTOMATOLOGIA SOMÁTICA	SINTOMATOLOGIA PSÍQUICA
ETIOLOGIA SOMÁTICA	DOENÇA EM SENTIDO BANAL	PSICOSE. NEUROSES REATIVAS E NEUROSES FUNCIONAIS
ETIOLOGIA PSÍQUICA	NEUROSES ORGÂNICAS OU PSEUDONEUROSES	NEUROSES VERDADEIRAS OU PSICONEUROSES

Quadro 1 – Extraído de: Guberman; Soto, 2006.



"NO MODISMO AS PESSOAS SIMPLESMENTE SEGUEM O QUE OS OUTROS FAZEM, E NO TOTALITARISMO, O QUE OS OUTROS DITAM. NO PENSAMENTO DE FRANKL (1990) O IDEAL SERIA UM MODELO DE VIDA SOCIAL QUE EQUILIBRASSE A LIBERDADE COM A RESPONSABILIDADE."

(característica da cultura permeada de uma filosofia *niilista*). A pessoa em crise de valores encontra-se diante do vazio existencial, pelo que se diz estar vivenciando uma neurose noogênica, de cunho espiritual, pois é pela dimensão da espiritualidade que o homem é capaz de captar valores e hierarquizá-los dentro de um sistema de relevância individual (FRANKL, 2012). Assim, também a espiritualidade é afetada por estilos de vida social.

Diante do quadro apresentado, e tendo em conta que na atualidade há um crescente grito por sentido (FRANKL, 2012), aquele que se interessa pela Logoterapia não pode se dar ao direito de alienar-se da situação política que envolve sua sociedade. Não pode se furtar ao conhecimento sócio-histórico de constituição de seu povo. Antes, deve atuar na direção de desenvolver pessoas com senso crítico aguçado sobre as questões sociais, de forma que elas se percebam como corresponsáveis pela construção da realidade. Nota-se com isso que, apesar de ter sua gênese em ambiente clínico individual, a Logoterapia traz uma teoria que aponta para uma espécie de Psicologia Social. Portanto não seria de admirar se encontrássemos logoterapeutas atuando em trabalhos comunitários e projetos educacionais.

A LOGOTERAPIA NO BRASIL

Estudos recentes apontam que, nos últimos anos, vem aumentando o número de publicações sobre Logoterapia no Brasil (VÉRAS; ROCHA, 2014). Isso pode indicar um despertamento de interesse pela escola existencialista. Alguns fatores podem estar interligados: cursos de especialização oferecidos pela Associação de Logoterapia Viktor Emil Frankl em Curitiba-PR e pela Sociedade Brasileira de Logoterapia em São Paulo-SP; oferta de estágio curricular (há mais de 20, no curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba); linha de pesquisa em Logoterapia dentro do mestrado em Ciências da Religião da Universidade Federal da Paraíba; o Centro Viktor Frankl, em Porto Alegre-RS e o Núcleo de Logoterapia em Saúde, Educação e Trabalho (Agir 3) em São Paulo-SP, oferecendo supervisão a logoterapeutas; cursos de especialização em Ribeirão Preto-SP e Quixadá-CE; cursos de extensão em Salvador

-BA, São Luís-MA e Recife-PE; grupos de estudos em Belo Horizonte-MG e Rio de Janeiro-RJ.

No intuito de fazer a Logoterapia se expandir pelo Brasil, desde 2010, a Associação Brasileira de Logoterapia (ABLAE) vem tomando uma série de medidas. Deve se destacar o fato de, em 2012, ela ter lançado a revista eletrônica Logos & Existência. Esse periódico, que tem duas edições anuais, é destinado a publicações acadêmicas de teor exclusivo em Logoterapia e pode ser acessado livremente pela Internet. A ABLAE também vem realizando, a cada dois anos, o Congresso Brasileiro de Logoterapia. Este o congresso entrará na sua sétima edição e terá como palco a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre-RS, entre os dias 07 e 09 de novembro. Essa será uma boa oportunidade para conhecer melhor o que é a Logoterapia e o que ela vem desempenhando em nosso país.

* Alan da Silva Vêras tem formação em Teologia (2008) e em Psicologia (2013). Atualmente é aluno da Pós-graduação em Logoterapia pela Faculdade de Ciências Sociais e Aplicadas do Paraná, atende em consultório clínico em Salvador-BA, faz parte da equipe do Setor de Qualidade de Vida no Trabalho e Telemática da 82ª CIPM e do Núcleo de Estudos Interdisciplinar em Saúde Integral da Universidade do Estado da Bahia.

* Rodrigo Bastos Mello possui graduação em Psicologia (2007) e especialização em Psicoterapia Analítica (2009). Atua como psicólogo clínico em Salvador-BA.

Referências bibliográficas:

- GUBERMAN, Marta; SOTO, Eugenio Pérez. *Dicionário de Logoterapia*. Lisboa: Paulus, 2006.
- FRANKL, Viktor Emil. *A vontade de sentido*. São Paulo: Paulus, 2011.
- _____. *Psicoterapia e sentido da vida*. São Paulo: Quadrante, 2003.
- _____. *Psicoterapia para todos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1990.
- Pereira, Ivo Studart. *A ética do sentido da vida: fundamentos filosóficos da Logoterapia*. Aparecida: Ideias & Letras, 2012.
- VÉRAS, Alan da Silva; ROCHA, Nádia Maria Dourado. *Produção de artigos sobre Logoterapia no Brasil de 1983 a 2012. Estudos e Pesquisa em Psicologia*. v. 14, n. 1, p. 335-374. Rio de Janeiro: 2014. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/10483/8326>> Recuperado em 09 de setembro de 2014.

PSICODRAMA

COM INSPIRAÇÃO NO TEATRO, JACOB LEVY-MORENO CRIOU UM TIPO DE PSICOTERAPIA EM GRUPO QUE VALORIZA A SAÚDE E A CRIATIVIDADE.

CRISTINE GIORGETE MASSONI*, DANIEL C. R. GULASSA**
E CECÍLIA ZYLBERSTAJN***

GRUPO

Engana-se quem pensa que a pessoa que busca psicoterapia individual vem sozinha ao encontro do terapeuta. Ela traz consigo suas relações, mesmo que as pessoas com quem ela se relaciona não estejam presentes. Nós deixamos nossa marca no outro e o outro deixa marcas em nós. As queixas comuns nos consultórios são, em sua maioria, queixas relacionais: autoestima, solidão, luto e perda, crises de períodos de vida, problemas sexuais e de relacionamento, carreira, a lista é imensa. Percebemos o que precisamos mudar em nós mesmos por que as nossas relações entram em crise: casamento, namoro, filhos, pais, amigos, empregados, vizinhos. O que não está bem em nós se reflete em nossos vínculos e, da mesma forma, o que não está bem nos nossos vínculos nos afeta.

Assim pensava Jacob Levy-Moreno (1889–1974), o médico romeno criado em Viena que dedicou sua vida a estudar e tratar o homem enfatizando suas relações. Moreno foi o primeiro a utilizar o termo “psicoterapia de grupo” e acreditava estar nas relações a origem das patologias mentais, bem como os mecanismos de cura e o desenvolvimento da saúde mental do indivíduo e dos grupos.

O “psicodrama” é um termo que enfatiza a ação e tem origem no Teatro Espontâneo. Moreno se deu conta pela primeira vez que dramatizar podia ter efeito terapêutico quando um dos atores de sua companhia de teatro lhe pediu ajuda. Sua mulher, também atriz da companhia, se portava de forma excessivamente chata na vida real. Esta, que sempre assumia papéis de donzela bondosa nas encenações, passou a receber papéis de mulheres más. Na vida real, quando a atriz voltou a se portar de maneira chata, passou a perceber que era parecida com as per-

sonagens más que encenava, o que a fez rir e mudar de atitude.

Claro que desde lá muita coisa foi modificada e aprimorada nos recursos psicoterapêuticos envolvendo o psicodrama. Nem tudo se assemelha ao teatro. Algumas marcas, no entanto, se fazem presentes até hoje como, por exemplo, a importância da experiência vivencial como agente revelador. Isso significa que a teorização sucede a experiência, e não ao contrário. As emoções, numa sessão psicoterapêutica, ao invés de meramente descritas, podem ser perseguidas, experienciadas, nomeadas e integradas a uma compreensão durante o processo.

Além da ênfase no aspecto relacional – alguns psicodramatistas até defendem a existência da “inteligência relacional” – existem outras características que tornam o método psicodramático tão original. A começar pela crença no encontro verdadeiro entre as pessoas. É isto mesmo, nem tudo é projeção ou transferência! Mas para que este encontro aconteça é necessário que alguns quesitos sejam preenchidos. Existem técnicas para facilitar sua ocorrência, como veremos mais adiante.

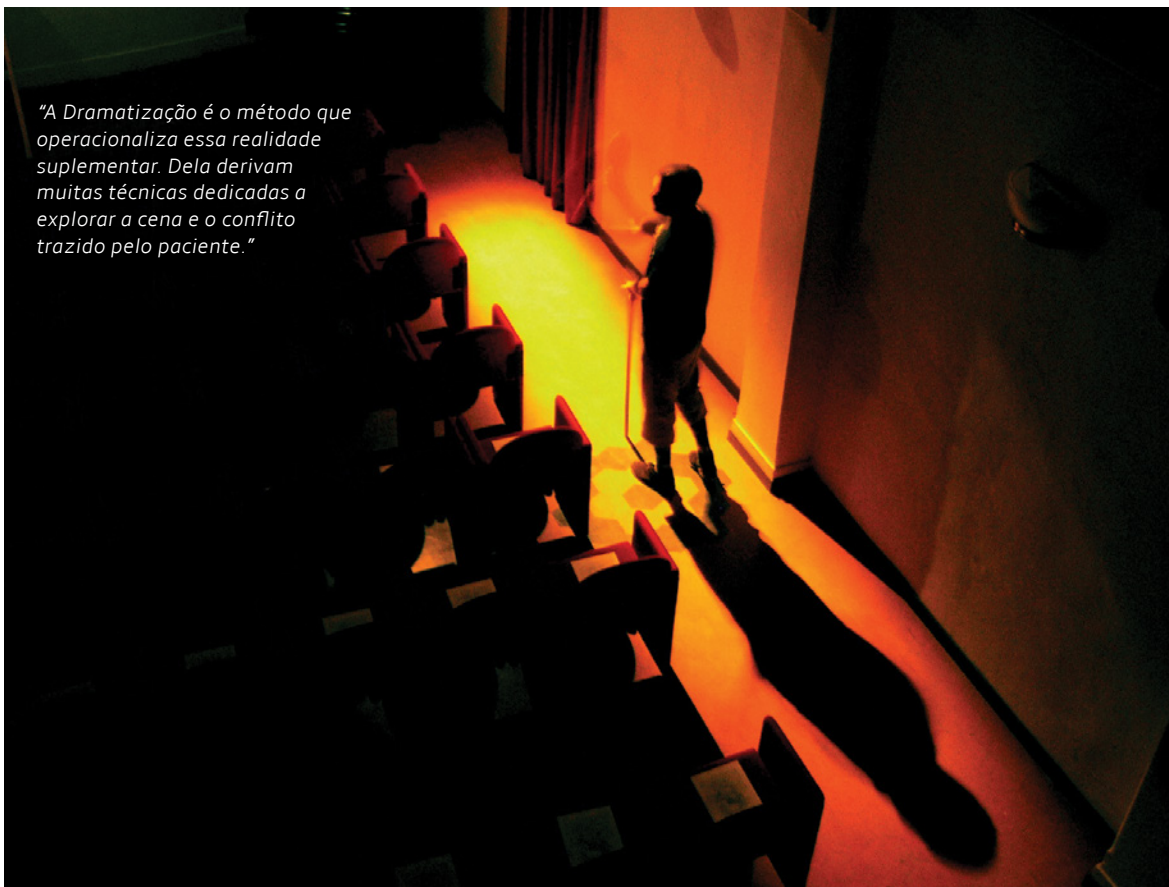
Outra característica desta abordagem é a valorização do que se chama de criatividade-espontânea do indivíduo. Veja bem, não é só criatividade nem só espontaneidade – são as duas juntas. O homem criativo-espontâneo é aquele capaz de oferecer respostas novas para problemas antigos e respostas adequadas para problemas novos. Ele cria soluções satisfatórias para o cotidiano e as implementa. A criatividade-espontânea é o sinal supremo de saúde

e pode ser treinada e desenvolvida, sendo este o objetivo último da psicoterapia psicodramática. O homem criativo-espontâneo tem facilidade em adaptar-se aos mais diversos contextos da vida.

Outro diferencial do psicodrama é a crença de que todo indivíduo ou grupo é um agente terapêutico em potencial. Isto é particularmente útil se formos pensar num processo de psicoterapia de grupo, casal ou família, pois não se trata de indivíduos disputando a atenção de um terapeuta detentor do conhecimento e da solução. O terapeuta facilita um processo, mas todos do grupo têm a possibilidade de serem terapêuticos e de usufruir de influências terapêuticas dos colegas. Aliás, trabalhar questões coletivamente catalisa um processo de transformação, pois o grupo amplia a intensidade emocional, e não existe transformação sem o elemento emocional envolvido.

Vejamos um pouco melhor como tudo isto pode ser feito na prática. Para evocar as emoções, o psicodrama utiliza recursos para presentificar o drama dos indivíduos. Ou seja, quando o paciente traz uma cena do passado, uma expectativa sobre o futuro, ou um conflito com alguém importante, busca-se explorar a questão no aqui-agora, explorando a cena como se esta estivesse ocorrendo no tempo presente. Não tenha dúvida de que, por exemplo, a experiência de relatar “eu fiquei com muita raiva dela” se torna emocionalmente mais intensa quando expressa no aqui e agora, e quando se fala *para* o outro e não *sobre* o outro: “eu estou com muita raiva de você”.

Moreno dizia que, ao invés de pensarmos que vários





Fotodiculção: Flickr - Playing Futures: Applied Nomadology

momentos estão contidos na história, são as várias histórias que estão contidas no momento – ou seja, passado e futuro só são acessíveis no momento do agora. Logo, numa dramatização, todas as suas relações são convidadas a participar: passado, presente, futuro, ou até partes de seu *self* (diferentes “lados” seus). As possibilidades ansiadas ou temidas também, mesmo que nunca vividas, podem ser acessadas, adquirir forma, para que se compreenda seu significado.

Este mundo paralelo, de realidades múltiplas e infinitas é o que Moreno chamou de “Realidade Suplementar”. É como o próprio nome diz, uma realidade acessória na qual o indivíduo pode se descobrir, se entender e testar suas possibilidades. O mundo interno do paciente é externalizado no consultório, explorado, compreendido e transformado, para que ele possa integrá-lo e internalizá-lo modificado. A mudança se dá de dentro para fora e para dentro de novo. Para o terapeuta, é uma oportunidade rica, como se pudesse mergulhar na mente do paciente, participando ativamente de sua imaginação.

A Dramatização é o método que operacionaliza essa realidade suplementar. Dela derivam muitas técnicas dedicadas a explorar a cena e o conflito trazido pelo paciente. Para o paciente, não é preciso treino em teatro e nem nenhuma habilidade específica. Todos nós temos imaginação e já brincamos de faz de conta um dia – esta é a magia. Moreno criou um método baseado no que temos de mais mágico e intuitivo. Aquilo que nos diferencia dos

outros animais. Todos somos capazes de imaginar e criar. Para o terapeuta, entretanto, é necessário sim estudo, treino e formação. É preciso conhecer a teoria para poder aplicar as técnicas e guiar o paciente por esta vereda para que possa ser proveitosa e produtiva.

Este conjunto de técnicas e recursos está a serviço de incrementar a percepção do indivíduo de seu drama pessoal, sua vida. Isto pode ser feito, por exemplo, através da concretização ou formação de imagens que representam conteúdos emocionais ou relacionais. Uma imagem pode revelar não só a imaginação, mas a realidade de maneira mais explícita do que a mesma aparece no dia a dia, gerando percepções do tipo: “não havia me dado conta do quão

distante estou dos meus amigos”, “minha avó falecida ainda exerce uma influência tremenda na minha vida!” ou “senti pena quando vi esta imagem da minha família”.

Durante uma sessão típica de Psicodrama, seja de grupo, casal, família ou de um atendimento individual, o diretor/terapeuta encoraja os participantes a refletir sobre como estão e qual situação ou tema gostariam de expor no momento presente com o objetivo de transformar. Isto pode ser feito com diversos jogos e atividades corporais, sensoriais e/ou mentais.

No grupo, um participante se torna o protagonista, ou seja, o porta-voz do drama (conflito) a ser aprofundado. O protagonista é aquele que expõe uma questão que mobiliza o grupo todo e o representa de alguma maneira. Ele concentra-se em uma situação

“O ÚLTIMO MOMENTO DA SESSÃO PSICODRAMÁTICA, O COMPAR-TILHAR, RESGATA A PERCEÇÃO PESSOAL DE CADA MEMBRO DO GRUPO, POR MEIO DA EXPERIÊNCIA VIVIDA OU OBSERVADA. UM MOMENTO EM QUE TODOS PODEM SE EXPRESSAR, SEM CRÍTICAS OU CONSELHOS DE COMO CADA UM DEVERIA AGIR, MAS POSSIBILITANDO A EXPOSIÇÃO DE DRAMAS SEMELHANTES E INTEGRANDO O PROTAGONISTA AO GRUPO NOVAMENTE.”

específica para levar ao palco. Monta o cenário onde se passa a cena e convida outros participantes do grupo para assumir os papéis dos demais personagens que pertencem a ela. Esses participantes deixam de ser observadores participativos e passam a ocupar o status de ego-auxiliar da dramatização.

Durante a dramatização, os participantes atuam como se fossem os personagens escolhidos e com a orientação do protagonista e do diretor-terapeuta, improvisam diálogos e ações novas utilizando técnicas como espelho, duplo, solilóquio, inversão de papéis, entre outras.

Solilóquio: popularmente conhecido como “dar voz ao pensamento”, é considerado como um monólogo do protagonista, utilizado em situações onde sentimentos e pensamentos ficam escondidos na ação dramática e como num parêntese, ele congela de cena e se expressa livremente.

Duplo: consiste em “dobrar” o personagem que está em ação. Um integrante do grupo ou o terapeuta, posiciona-se ao lado do protagonista, explorando sentimentos ocultos como culpa, vergonha, medo, raiva, etc. Este age como ego, copiando seus gestos e algumas falas e acrescentando suas impressões. O protagonista duplicado pode concordar ou não com seu duplo, o corrigindo se for necessário. Desta maneira, o duplo não se faz equivocado, apenas confere outras impressões da cena apresentada.

Espelho: o protagonista apresenta sua cena e em seguida, se afasta do seu lugar. De fora, observa outro participante desempenhar seu papel, observando e refletindo sobre seu comportamento por outro ângulo.

Inversão de papéis: o protagonista troca de lugar com o ego-auxiliar que representa um personagem do drama, tomando sua posição. Por sua vez, o ego-auxiliar toma o

PARA ILUSTRAR A IDEIA E UMA EXPERIÊNCIA COM O PSICODRAMA, PROPOMOS UMA BREVE INTERAÇÃO COM O LEITOR EM FORMATO DE EXERCÍCIO:

Pense em alguém que lhe deixou aborrecido ultimamente. Relembre o último encontro com essa pessoa. Agora, visualize em detalhes de onde se deu esse encontro. Que horas eram?

Quem mais estava presente? O que estava acontecendo? Como você se sentia? Olhe bem essa pessoa que o chateou e troque de lugar com ela, repetindo pra você o que ela fez para lhe aborrecer. Observe deste lugar sua reação. Troque novamente de lugar e responda a ela, da mesma forma que você respondeu.

Como isso o faz sentir?

Continue o diálogo, invertendo a posição até que a cena acabe. Em seguida, afaste-se da cena, reveja a cena de fora como se você fosse apenas um mero observador. O que você, olhando essa cena a distância, acha que está acontecendo ali? Que sensação lhe dá? O que você acha que aquela pessoa precisa?

Se despeça de sua cena.

Esse é um exemplo do que pode ser o início de uma intervenção pelo Psicodrama.



O POEMA ABAIXO FOI FEITO POR MORENO, INTITULA-SE CONVITE PARA O ENCONTRO E TRADUZ MUITO SOBRE O PSICODRAMA:

Um encontro entre dois:
olho no olho, cara a cara.
E quando estiveres próximo,
tomarei teus olhos e os colocarei
no lugar dos meus
e tu tomaras meus olhos e os
colocarás no lugar dos teus,
então, eu te olharei com teus olhos
e tu me olharás com os meus.
Assim nosso silêncio se serve até
das coisas mais comuns
e o nosso encontro é meta livre:
o lugar indeterminado, em um
momento indefinido,
a palavra ilimitada para o homem
não cerceado [1]

J.L. Moreno

papel do protagonista. Além de expor o diálogo entre os dois, proporciona a mudança na percepção do protagonista quando ele observa o drama da perspectiva do outro. (Lembra que dissemos sobre o verdadeiro encontro entre duas pessoas? Conseguir inverter de papéis com o outro é um dos quesitos principais para o encontro verdadeiro).

Quando se chega a uma resolução satisfatória e possível, encerra-se a cena e todos voltam a fazer parte novamente do grupo.

O último momento da sessão psicodramática, o compartilhar, resgata a percepção pessoal de cada membro do grupo, através da experiência vivida ou observada. Um momento em que todos podem se expressar, sem críticas ou conselhos de como cada um deveria agir, mas possibilitando a exposição de dramas semelhantes e integrando o protagonista ao grupo novamente. Retoma a ideia de o drama ser de todos e o protagonista, apenas o representante dele no determinado momento.

É importante enfatizar que o psicodrama é um recurso bastante abrangente, utilizado, desde sua criação até os dias atuais, para finalidade socioeducacional, treinamento de papéis em empresas, manejo de conflitos, orientação profissional, etc. Quase não há limites para a utilização do método. Onde há indivíduos, existe a possibilidade de utilização do psicodrama. Para a finalidade psicoterapêutica, nosso foco aqui, o psicodrama foi originalmente desenvolvido para trabalho com grupos, ainda que o próprio Moreno tenha atendido casais, famílias e, ainda menos frequentemente, indivíduos. Desde então, método evoluiu e desenvolveu-se, possibilitando aos psicodramatistas atenderem grupos, famílias, casais e, principalmente, indivíduos.

O método psicodramático foi totalmente adaptado à psicoterapia individual. As técnicas são as mesmas das usadas em grupo. O terapeuta usa como recursos a imaginação ativa do paciente e objetos para presentificar as relações. As pessoas se surpreendem com o poder de sua própria imaginação. É de conhecimento da ciência que o cérebro humano não diferencia tão bem realidade de imaginação. Diversos estudos mostram que as respostas cerebrais de uma pessoa que faz ou vê algo é similar a de alguém que se imagina fazendo algo. Aí está a chave para a transformação: ao se imaginar ativamente fazendo diferente, você está provocando uma mudança verdadeira!

* Cristine G. Massoni é psicóloga (Mackenzie-SP), psicoterapeuta, psicodramatista-didata, professora-supervisora em formação e membro da Sociedade de Psicodrama de São Paulo (SOPSP).

e-mail: massoni.cda@uol.com.br

** Daniel C. R. Gulassa é psicólogo (PUC-SP), psicoterapeuta, colaborador no Ipq-HC-FMUSP, psicodramatista-didata, professor-supervisor em formação e membro da Sociedade de Psicodrama de São Paulo (SOPSP).

e-mail: danielgulassa@hotmail.com

Site: www.psicodramaemsp.com

*** Cecília Zylberstajn é psicóloga (PUC-SP), especialista em Psicologia Hospitalar (HCFMUSP), pós-graduada em Educação Comunitária (Univ. Hebraica de Jerusalém, Israel), psicoterapeuta, psicodramatista-didata, professora-supervisora em formação e membro da Sociedade de Psicodrama de São Paulo (SOPSP) e do Instituto J. L. Moreno.

E-mail: cecilia@ceciliaz.com.br

Site: www.ceciliaz.com.br

Referências bibliográficas:

Bustos, D. M. e col., *O Psicodrama – Aplicações da técnica psicodramática*, São Paulo, Ágora, 2005.

Cukier, R., *Palavras de Jacob Levi Moreno – Vocabulário de citações do Psicodrama, da Psicoterapia de grupo, do Sociodrama e da Sociometria*, São Paulo, Ágora, 2002

Fonseca Filho, J. *Psicoterapia da relação – Elementos do psicodrama contemporâneo*. São Paulo, Ágora, 2000.

Moreno, J. L. *Psicodrama*, São Paulo, Cultrix, 1997.

Moreno, Z. T., Blomkvist, L. D. e Rützel, T. *A realidade suplementar e a arte de curar*. São Paulo, Ágora, 2001.

[1] Moreno, J. L. *Psicodrama*, p. 9, São Paulo, Cultrix, 1997.

ANÁLISE TRANSACIONAL



*E A HISTÓRIA DO
SEU CRIADOR,
ERIC BERNE*

JOSÉ SILVEIRA PASSOS*

Eric Berne nasceu em 10 de maio de 1910, na cidade de Quebec, no Canadá, filho de médico, David Hiller Bernstein e da escritora e editora Sarah Gordon Bernstein. A sua família era natural da Rússia e da Polônia, que imigraram para o Canadá. Ambos os pais se graduaram na Universidade de McGill.

Eric era muito ligado ao pai e gostava de acompanhá-lo em suas visitas médicas aos pacientes das redondezas. O seu pai morreu de tuberculose aos 38 anos, deixando a sua mãe com a tarefa de educá-lo e sustentá-lo juntamente com sua única irmã Grace, cinco anos mais jovem.

Sua mãe o apoiou em seus estudos, onde seguiu a carreira do pai como médico. Formou-se em medicina pela Universidade de McGill em 1935, mesma universidade onde também haviam se diplomado seus pais.

Antes da guerra, Berne iniciou o seu trabalho como estagiário interno no Hospital Eglanwood, em Nova Jersey (EUA). Mais tarde trabalhou como residente na clínica de psiquiatria da Escola de Medicina da Universidade de Yale, durante dois anos. Por volta de 1938/39, Berne naturalizou-se americano e mudou o seu nome de Eric Bernstein para Eric Berne.

Seu primeiro emprego foi como assistente-clínico em psiquiatria no Mt. Sion Hospital, na cidade de Nova York até 1943, quando foi trabalhar no Exército americano como médico. Por volta de 1940, Berne casou-se pela primeira vez e teve dois filhos. Em 1941 começou seus estudos de Psicanálise no Instituto de Psicanálise de Nova York e, nesse mesmo ano, iniciou a sua análise pessoal com Paul Federn.

Durante a II Guerra Mundial, o exército americano estava com deficiência de médicos psiquiatras, então Berne permaneceu em serviço para suprir essa necessidade, de 1943 até 1946, quando foi promovido de primeiro-tenente para major. Em seus assentamentos no Exército, consta que serviu em diversos lugares, dentre eles: Spokane, Washington, Ft. Ord, Califórnia, Bingham City (Utah). Durante os últimos dois anos no Exército, praticou terapia de grupo no Hospital Psiquiátrico de Bushnell.

Quando Berne deixou o exército, em 1946, recém-divorciado, decidiu estabelecer-se em Carmell, na Califórnia, numa área que havia conhecido quando servia em Fort Ord, que ficava nas proximidades. Antes do término daquele ano, já havia concluído o seu artigo intitulado *The mind in action* e assinado um contrato com a Simon and Schuster, de Nova York, para a sua publicação. Nesse mesmo ano, decidiu retomar o seu treinamento em Psicanálise no Instituto de Psicanálise de São Francisco. Em 1947, retomou a sua análise pessoal, agora com Erik Erickson, com quem trabalhou durante dois anos.

Logo após iniciar a sua análise com Erickson, Berne encontrou uma jovem divorciada com quem pretendia se casar novamente. Erickson o preveniu de que não poderia se casar novamente, enquanto não terminasse a sua formação em psicanálise e isso não ocorreria antes de 1949. Berne e Dorothy se casaram e fixaram residência em Carmell, não obedecendo à recomendação de seu analista. Dorothy tinha três filhos de seu primeiro casamento e teve mais dois com Berne.

Berne era excelente pai de família, ficava apreciando a sua vasta prole e atendia prontamente naquilo que eles necessitavam; era bastante permissor; educava de maneira nutritiva ao invés de ser autoritário. Entretanto, administrava o seu tempo de tal sorte que encontrava tempo o suficiente para escrever as suas ideias. Construiu a sua biblioteca no final do jardim, onde podia ficar distante do barulho dos filhos. Nesse local, ele produziu a maior parte de seus escritos de 1949 até 1964, quando se divorciou amigavelmente de Dorothy.

Durante esses anos em Carmell, Eric manteve-se em paz e muito tranquilo

consigo mesmo. Ele foi nomeado, em 1950, assistente de Psiquiatria do Hospital Zion em São Francisco; simultaneamente iniciou um trabalho como Consultor Cirurgião Geral do Exército dos EUA. Em 1951, agregou o trabalho de Adjunto e Atendimento Psiquiátrico da *Veterans Administration and Mental Hygiene Clinic*, de São Francisco. Estas três funções eram adicionais ao seu trabalho de clínica particular em Carmell e em São Francisco.

Provavelmente os traços mais significativos da Análise Transacional estão contidos nos cinco primeiros, dos seis artigos sobre intuição, que Berne começou a escrever em 1949. Muito cedo, ainda quando estudava para concluir a sua formação em Psicanálise, ele já demonstrava a sua audácia, desafiando os rígidos conceitos Freudianos: “a palavra subconsciente é aceitável desde que seja incluída também pré-consciente e inconsciente”, (Berne, 1947).

Berne iniciou o seu treinamento em 1941, no Instituto de Psicanálise de Nova York e mais tarde, concentrou seu treinamento no Instituto de Psicanálise de São Francisco. Berne teve o seu ambicionado título de psicanalista negado em 1956, com a alegação de que ainda não estava pronto, mas que talvez dentro de mais três ou quatro anos de análise pessoal e treinamento poderia ser aprovado e aceito como membro da sociedade Psicanalítica.

Esta rejeição como membro da sociedade Psicanalítica foi devastadora, porém catártica. Inconformado com a sua não aceitação no meio acadêmico psicanalítico, intensificou ainda mais a ambição que sempre existiu em sua mente e acrescentou alguma coisa nova à Psicanálise. Ele iniciou seus trabalhos determinado a desenvolver uma nova visão própria para a sua psicoterapia, sem necessitar aprovação da sociedade Psicanalítica.

Antes de 1956, Berne havia escrito dois seminários baseados em material de sua autoria, quando estava na Clínica Psiquiátrica do Hospital de Monte Sion em São Francisco e na Clínica de Neuropsiquiatria *Langle Porter* da Escola de Medicina U. C.: “*Intuition V: The Ego Image*”; e “*Ego States in Psychotherapy*”. Usando referências de P. Federn, E. Kann, e H. Silberer, no primeiro artigo, Berne dizia como havia chegado ao conceito de estados de Ego e onde encontrou a ideia de separar o “adulto” da “criança”. No artigo seguinte ele desenvolveu o esquema tripartido usado hoje em dia (Pai, Adulto e Criança), introduziu os três círculos do método, diagramando-o e mostrou como esquematizar as contaminações; desenvolveu a teoria da “análise estrutural” e concluiu “a nova visão terapêutica”. (Berne, 2008 edição brasileira).

O terceiro artigo, intitulado “Análise Transacional: Um Novo e Eficiente Método de Terapia de Grupo”, foi escrito poucos meses mais tarde e apresentado como convite, em 1957, para o “*Western Regional Meeting of the American Group Psychotherapy Association of Los Angeles*”. Com a publicação deste artigo, em 1958 no “*American Journal of Psychotherapy*”, a Análise Transacional, o nome de Berne e o seu novo método de diagnóstico e tratamento, tornaram-se um ponto permanente da literatura psicoterapêutica. Somados aos demais conceitos, já publicados em 1957, de Pai-Adulto-Criança, Análise Estrutural e os Estados de Ego o artigo acrescentou importantes visões novas de Jogos Psicológicos e de Script de Vida, (Berne, 1961).

Fotodivulgação: Flickr - Wrote



“Berne iniciou o seu treinamento em 1941, no Instituto de Psicanálise de Nova York e mais tarde, concentrou seu treinamento no Instituto de Psicanálise de São Francisco.”

No início, Berne usou as quintas-feiras, à tarde, para os seus seminários clínicos em Monterey como uma espécie de campo de prova para testar sua nova teoria e métodos. Em 1950-51 começou às terças-feiras, um seminário em São Francisco, incorporando-se, em 1958, os seminários de Psiquiatria Social em São Francisco com a finalidade de ter fundos para a publicação do Boletim de Análise Transacional, que teve a sua primeira publicação em 1962, tendo o próprio Berne como editor.

Em 1964, Berne, com seus amigos dos seminários de São Francisco e de Monterey, decidiu criar a Associação de Análise Transacional, chamando-a de Associação Internacional de Análise Transacional (*International Transactional Analysis Association - ITAA*) em sinal de reconhecimento ao grande número de Analistas Transacionais de fora dos EUA. Esta nova organização foi designada sucessora do Seminário Social de São Francisco e este mudou o seu nome para Seminário de Análise Transacional de São Francisco, em sinal de reconhecimento do fato de que era somente um dos muitos ramos da ITAA.

A vida profissional de Eric Berne tornou-se caótica e ele tentou trilhar outros caminhos. Sua frustração nesta área deixou-o livre para trabalhar mais horas em seus escritos, nem mesmo quando veio a se casar novamente em 1967, diminuiu o seu ritmo e interesse em continuar a escrever e aperfeiçoar a sua teoria. Veio a divorciar-se novamente em 1970.

Também em 1970, Berne sofreu dois ataques cardíacos. Duas semanas antes do primeiro ataque, ele havia dito aos seus amigos que estava se sentindo muito bem.

Ele havia terminado de escrever dois livros, “*Sexy in Human Loving*”, lançado em português pela Editora José Olympio com o título de “Sexo e Amor” e “*What do You Say After You Say Hello?*”, lançado em português pela Editora Nobel, com o título de “O Que Você Diz Depois de Dizer Olá?”. Berne estava particularmente contente com o desfecho que havia dado a estes dois livros. Ficou algumas semanas livre para descansar, sem a preocupação de escrever.

Em junho de 1970, ele sofreu o primeiro ataque repentinamente, chegou inclusive, a cair de costas. Dias depois, sofreu novamente outro ataque do coração, desta vez muito mais forte do que o primeiro e não resistiu vindo a falecer em 15 de julho de 1970.

Podemos descrever a Análise Transacional como uma teoria da personalidade e um método de psicoterapia que possibilita combinação de abordagem comportamental, cognitiva e psicodinâmica.

A AT utiliza dos contratos terapêuticos como uma ferramenta importante para o processo terapêutico levando à responsabilidade do cliente ele mesmo e com as mudanças que deseja realizar em sua vida. Os trabalhos terapêuticos com as ferramentas da Análise Transacional, propiciam contato com o que Franz Alexander chamou de “experiências emocionais corretivas” (Alexander e French, 1946, pp. 66-70).

A AT teve a sua criação no contexto da psicoterapia, entretanto outras áreas estão cada vez mais se beneficiando de sua teoria e prática, seja no contexto educacional, organizacional, aconselhamento e qualquer outra área em que as interações humanas se façam presente. Outra área em que a AT está dia a dia ganhando espaço tem sido na carreira de coaching nas mais diversas áreas de atuação.

O ramo de consultoria empresarial, usando a abordagem transacional, vem sendo, cada vez mais, reconhecida e requisitada em nosso país. A AT tem sido utilizada e estudada em muitas universidades brasileiras em diversos cursos de graduação e pós-graduação Lato Sensu. No Brasil temos a UNAT-Brasil (União Nacional de Analistas Transacionais do Brasil) como a instituição que cuida da formação e certificação dos analistas transacionais nas diversas áreas do conhecimento, sendo atualmente as principais: as áreas clínica, organizacional, educacional e direito.

A pedra angular da AT está consolidada no conceito de Estados de Ego (ou Estados do Eu), que podem ser descritos como um sistema constituído por instâncias psíquicas denominadas respectivamente de Exteropsique (Pai), Neopsique (Adulto) e Arqueopsique (Criança). Cada uma dessas instâncias constitui um sistema coerente de pensamentos, sentimentos e comportamentos que permite a interação entre outras pessoas e com o próprio indivíduo, (Berne, 1961).

Descrevendo de outra maneira: os Estados de Ego podem ser descritos como um sistema coerente de pensamentos, sentimentos e comportamentos relacionados a um dado sujeito. Um *dado sujeito* aqui significa que todos possuem os seus Estados de Ego, mas nenhum é igual ao outro. Encontraremos semelhanças entre os Estados de Ego de outras pessoas, porém igual jamais. É como se fosse uma “impressão digital da personalidade” do indivíduo.

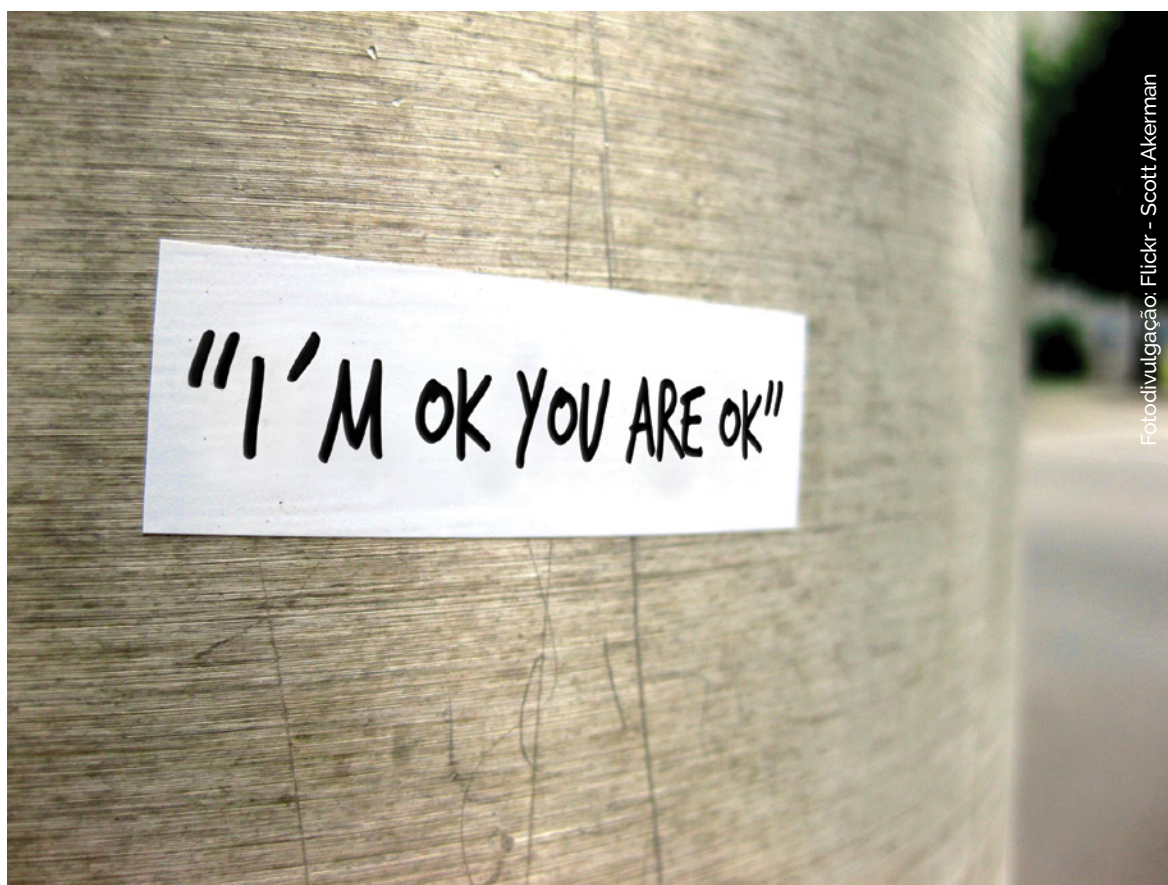
O Estado de *Ego Pai* pode ser definido como sendo um sistema coerente de pensamentos, sentimentos e comportamentos *introjetados* das figuras parentais (pai, mãe, avós, irmão mais velho, etc.). O Estado de *Ego Adulto* pode ser descrito como um sistema coerente de pensamentos, sentimentos e comportamentos *adaptados* ao aqui e agora. O Estado de *Ego Criança* pode ser descrito como um sistema coerente de pensamentos, sentimentos e comportamentos *fixados* da infância precoce.

Os Estados de Ego podem ser identificados no indivíduo através da observação de seus comportamentos, postura corporal, tom de voz, palavras usadas, expressão facial, etc.

Além dos Estados de Ego, Berne sistematizou o conceito de comunicação em AT, usando os Estados de Ego: Análise das Transações. Uma Transação envolve um estímulo e uma resposta. Uma Transação é definida como a unidade básica da comunicação. Portanto, com os conceitos da AT fica fácil reconhecer qual o Estado de Ego que está operando no início da Transação, de tal modo que se consegue intervir e interrompendo uma conversa desgastante, desenvolvendo a qualidade da *comunicação*, (Berne, 1961).

Outra contribuição de Berne para a Psicologia foi o desenvolvimento do conceito de *Jogos Psicológicos* (Berne, 1964). Um Jogo Psicológico pode ser definido como uma série de Transações repetitivas (padrões disfuncio-





nais de comportamentos), tendo um início, uma “cilada” no meio e um final previsível. (Berne, 1964).

Finalmente, e não menos importante, o conceito de *Script de Vida*, veio coroar a teoria da AT, dando uma visão científica dos termos usados até então, como *destino*, *profecia*, etc. Script de Vida é definido por Berne como um programa em marcha, formado na infância precoce, sob as influências parentais e que irá comandar a vida do indivíduo nas decisões mais importante de sua vida (Berne, 1984). Decisões importantes aqui se referem, por exemplo: qual a carreira seguir, com quem irá casar, quantos filhos terá, onde morar, aquisição de um imóvel, quando e como irá terminar os seus dias, etc.

A expressão “*I’m OK You are OK*” criada por Berne (Berne, 1961), ficou imortalizada na obra de Thomas Harris (Harris, T., 1963). Uma frase antológica de Berne diz: “todos nós nascemos príncipes e princesas, mas por circunstâncias da vida fomos transformados em sapos acomodados” (Berne, 1961). Ou seja, por mais patológico que esteja o indivíduo, devemos sempre lembrar que existe um príncipe ou uma princesa em seu interior. A habilidade do analista transacional está em despertar esse príncipe ou essa princesa para a vida. Ou seja, levar o indivíduo a ser cada vez mais o que verdadeiramente ele é.

* José Silveira Passos é psicólogo CRP-05/18.842, engenheiro (CREA-RJ 39.313-D), professor, psicoterapeuta, arte-terapeuta, hipnólogo, consultor organizacional, analista transacional, membro didata clínico e atual presidente da União

Nacional de Analistas Transacionais do Brasil (UNAT-BRASIL), membro didata clínico da Asociación Latino-americana de Análisis Transaccional (ALAT); membro associado da International Transactional Analysis Association (ITAA – USA); editor do PortalBrAT (Portal Brasileiro de Análise Transaccional – www.josesilveira.com) e diretor-presidente do Instituto Pharos (www.institutopharos.com.br).

Tel.: 21 2225-6383

e-mail: silveira@josesilveira.com

Referências bibliográficas:

- 1 – Berne, E. *The Mind in Action*. New York: Simon & Schuster, 1947.
- 2 – Berne, E. *Intuição e Estados de Ego* – Coletânea de artigos traduzidos pela UNAT- Brasil – 2008 edição brasileira.
- 3 – Berne, E. *Group attendance: Clinical and theoretical considerations*. *Interntional Journal of Group Psychotherapy*, 1955, 5, 392-403.
- 4 – Berne, E. *Transactional Analysis in Psychotherapy*. NY: Grover. 1961.
- 5 – Berne, E. *Games People Play: The Basic Handbook of Transactional Analysis* – *The Psychology of Human Relationships* – A Ballantine Book, 1964.
- 6 – Berne, E. *What do you say after you say hello*, Press Market Paperback, Bantam october 1, 1984.
- 7 – Harris, T. *I’m OK-You’reOK: The Transactional Analysis Breakthrough That’s Changing the Consciousness and Behavior of People Who Never Before Felt OK about Themselves*, Publishers. Inc. 1963.
- 8 – Steiner, C. *Script People Live: Transactional Analysis of Life Scripts* – Paperback, January 26, 1994.
- 9 – Stewart, I. and Joines, V. *TA Today: A New Introduction to Transactional Analysis (second edition)* – Paperback march 1, 2012.
- 10 – Alexandre, F. and French, T. M. *Psychoanalytic Therapy* – New York – Roland Press, 1946.