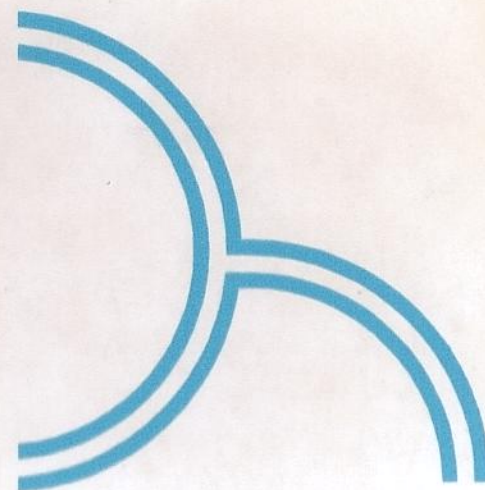


PSICOTERAPIA BREVE

UM MODELO INTEGRADO



PEDRO LAU RIBEIRO

PSICOTERAPIA BREVE

UM MODELO INTEGRADO

PEDRO LAU RIBEIRO

FICHA TÉCNICA

Psicoterapia breve - Um modelo integrado

Autor: Pedro Lau Ribeiro

Edição: Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Breve

Composição e Impressão: **Imprimevora**, *Estudio Gráfico, Lda*

Depósito Legal N.º 108742/97

Data: Março de 1997

Tiragem: 500 exemplares

Introdução	5
Pequena resenha histórica	7
Princípios em que se baseiam as psicoterapias breves	13
Indicações em psicoterapia breve	21
O foco	35
A aliança terapêutica	53
A lacuna básica	77
Um modelo de psicoterapia breve integrada	91

Introdução

Este livro não é manual de psicoterapia breve. É uma esperança de que um modelo científico leve a outros caminhos só pelo facto de ser usado com rigor. De que a postura assistencial conduza a interrogações existenciais que só de longe pairavam no espírito tanto do terapeuta como do cliente.

A história das psicoterapias breves tem duas vertentes que ainda hoje se fazem sentir nos vários modelos: um aspecto pragmático, com aceleração de processos por razões de ordem prática, como custos, listas de espera, etc., e outro, mais ideológico, que procurou sair do estrito estudo do aparelho metapsicológico, para estudar a interacção e o valor terapêutico da relação em si.

A primeira tendência, mais visível nos E.U.A., conduziu a uma proliferação de psicoterapias breves com tendências de escola por vezes díspares, mas também a um estatuto autónomo para as mesmas. A segunda tendência, mais europeia, sobretudo centrada na linha Ferenczi-Balint-Malan, trouxe talvez mais rigor, mais proximidade a uma certa ortodoxia, mas tardou em conferir à psicoterapia breve a popularidade de que goza além-atlântico.

Estas duas tendências continuam quais fantasmas pairando no espírito dos clínicos. Embora a nossa opção tenha claramente mais proximidade com a posição europeia, esta beneficia claramente dos conceitos de relação de objecto vistos pelo prisma americano, que não são exactamente os sobreponíveis aos europeus. A Psicologia do Self, de Kohut, não é relação objectal de Winnicott ou Balint, mas podemos considerá-las como pontos de vista ligeiramente diferentes dos mesmos factos. Quando nos queremos mover num terreno tão complexo, prenhe de subjectividade, como é o da teoria analítica, a história das ideias pode ser o primeiro passo a dar.

No entanto, e dado o carácter clínico do livro, as grandes questões teóricas são evitadas, sendo apenas nossa preocupação citá-las e situá-las sempre que possível, indicando uma bibliografia não demasiado extensa, mas suficiente para o leitor tomar partido, se o entender. Muitas das discussões teóricas não estão resolvidas, e, se atendermos a uma mudança de paradigma em marcha, veremos que nesta área das humanidades, qualquer resposta cabal é impossível.

Neste livro perpassa uma hipótese de trabalho: a de que, dum modo geral, as várias escolas têm a sua quota parte de “razão” científica. O que é necessário é enquadrar as teorias numa hierarquização em que os planos sejam visões complementares, por vezes da mesma realidade vivencial.

O ecletismo tem as suas vantagens, mas também os seus limites. Um deles é que exige um reforçado trabalho teórico. Não basta misturar conceitos e ver o que dá. Um pouco de Freud, uma pitada de Jung e 30% de existencialismo podem conduzir a uma manta de retalhos, completamente inútil para o fim em vista, que é o terapêutico. As teorias “de cima”, como as existenciais ou a de Jung, são excelentes como caminho de auto-conhecimento, mas estão mais perto de uma certa sabedoria de vida do que de uma atitude de ajuda a conflitos da patologia psíquica. As teorias “de baixo”, na perspectiva da Antropologia Filosófica, fundamentais para o trabalho e a descoberta da afectividade, têm pouco a dizer sobre a necessidade de transcendência do homem.

Assim, e resumindo, aquilo que começa por ser uma atitude assistencial, tendente à resolução de conflitos, pode terminar numa inquietação sobre o sentido para a vida. Tudo depende da disponibilidade do terapeuta, do desassossego do cliente e do cuidado com a aliança terapêutica. Porque é aqui que reside a possibilidade de mudança para o cliente, e do terapeuta poder “ouvir” o cliente. É nessa zona comum, quando se consegue construir uma, que o terapeuta pode decidir um ponto de observação dos planos hierarquizados atrás referidos e que descreveremos adiante com mais pormenor.

Mais importante do que as propostas teóricas ou mesmo os modelos operacionais, é a formação do terapeuta no seu caminho pessoal, o seu desassossego. Hillmann escreveu uma vez que por vezes tínhamos que agradecer aos nossos clientes a oportunidade de os poder ajudar.

Pequena resenha histórica

A história das psicoterapias breves é quase tão antiga como a da Psicanálise se considerarmos o trabalho pioneiro de Ferenczi. O próprio Freud teve preocupações com a duração das análises, embora outros discípulos seus fossem mais explícitos em relação a esse problema, como Otto Rank.

Tem sido debatido noutros locais a razão da insistência de Freud na manutenção da técnica como ela foi por ele delineada; apenas resumiríamos alguns aspectos, que, pelas suas consequências futuras, tiveram importância no desenrolar posterior dos acontecimentos.

Segundo Gilliéron, o aparelho conceptual analítico de Freud não podia ainda abarcar determinados manejos que vieram a surgir mais tarde. Houve, no entanto, uma vantagem na longa duração das análises de Freud: a descoberta do aparelho metapsicológico.

A discussão entre Freud e Ferenczi foi amplamente comentada e lamentada por Balint, e não precisamos de a discriminar aqui. Lembramos apenas que para Ferenczi a psicanálise deveria ser terapêutica, ao contrário de Freud que a via mais como uma investigação da mente. Claro que a postura de Ferenczi teve as suas consequências, não só pelo trabalho que desenvolveu como pela influência que teve no seu discípulo Michael Balint, criador, com a sua equipa, da técnica focal. Balint foi também criador da expressão lacuna básica, área do aparelho mental que estudou em profundidade.

As querelas dos anos seguintes, sobre a duração das análises, foram mais surdas. Com efeito, Alexander voltou a repôr o problema nos anos quarenta, embora com outros argumentos. As listas de espera representaram o lado pragmático da questão, tal como aconteceu mais tarde com Bellak, que inventou um modelo de intervenção na crise, de seis sessões.

Mas, voltando a Alexander, o seu contributo foi decisivo, e inscreveu na história das psicoterapias breves um importante conceito: o de experiência emocional correctiva, ainda hoje válido. A premissa que o subscreve é a seguinte: é mais importante o reviver emocional dos traumas antigos na relação com o terapeuta, do que a rememoração dos factos ocorridos na infância. Embora ambos os aspectos não se excluam, a maior ênfase na relação terapêutica, no aqui-e-agora, com a respectiva carga emocional, é decisiva para o bom êxito dessa terapia. Como veremos, uma história clínica bem feita e a evolução da infância são importantíssimas para a compreensão psicodinâmica da personalidade e o eventual estabelecimento de um foco. Mas a interacção terapeuta-cliente é um dos esteios que caracterizam a psicoterapia breve, o que foi sublinhado a partir dos trabalhos de Sullivan, Horney e outros, para a psicoterapia em geral.

A história das psicoterapias breves foi feita em grande parte nos Estados Unidos e devemos ter em atenção que a epistemologia anglo-saxónica é bastante empirista, muito preocupada com a praxis, e, ao contrário do que acontece na Europa, a reflexão teórica não tem que ser exaustiva para causar mudanças técnicas.

As grandes reflexões teóricas sobre a relação entre a psicanálise e a psicoterapia breve de inspiração analítica são sobretudo europeias, cujo exemplo mais típico é o de Gilliéron. A discussão teórica de técnicas de ponta como a de Davanloo, e que do lado americano é das mais profundas, nunca perde de vista o lado prático do manejo da técnica.

Convém, portanto, ter este aspecto em atenção, para se perceber porque o movimento na Europa foi mais lento e complexo.

Voltando a Alexander e seus colaboradores, principalmente French, a sua obra de 1946 é um marco importante na bibliografia da psicoterapia breve, embora nesta altura ainda se tratasse de psicoterapia breve como psicanálise aplicada. Este ponto parece-nos de extrema importância teórica. De facto, até aos anos sessenta, a psicoterapia breve foi sempre conceptualizada como uma intervenção de curta duração, com objectivos menos profundos, um “setting” de face a face, aplicando conceitos da psicanálise e da sua técnica. São ainda deste período os trabalhos de Bellak e Small, entre outros. A esta primeira fase segue-se uma segunda na qual a partir dos anos

sessenta, sobretudo com Sifneos, a psicoterapia breve adquire foros de cidadania científica, com objectivos, técnicas e, mesmo em parte, uma teoria distinta da psicanálise. Além de Sifneos, podemos referir Mann, nos E.U.A., e Balint e Malan, na Europa. O grau de total independência pensamos poder marcá-lo a partir dos trabalhos de Davanloo, dos anos setenta, que marca uma terceira fase, na qual a psicoterapia breve adquire um elevado grau de axiomatização interna em desenvolvimentos teórico-metodológicos ascendentes.

Esta estratificação é, obviamente, esquemática, e tem apenas por fim explicar as diferentes opções de investigação que a psicoterapia breve sugere; de facto há frequentes resquícios de como ela era pensada nos anos sessenta. Isso pode conduzir a comparações entre a psicoterapia breve e outras psicoterapias dinâmicas que devem ser acuteladas: têm, inegavelmente, pontos comuns, mas têm também grandes diferenças.

A afirmação da psicoterapia breve no quadro das psicoterapias dinâmicas, nos anos sessenta, foi facilitada por duas ordens de factores:

1º O plano de intervenção na crise, enquadrada na remodelação da estrutura dos serviços de Saúde Mental, com tentativa de desinstitucionalização.

2º O surgimento quase simultâneo de outras psicoterapias sem relação directa com a psicanálise.

Neste caldeirão de correntes de psicoterapia, a psicoterapia breve podia, talvez, mais à vontade lutar pelos seus direitos, até pela sua preocupação com a eficiência, tão do agrado dos autores americanos.

É nos finais dos anos sessenta que surge o Movimento do Potencial Humano, que tanta influência teve em várias escolas de psicoterapia desde as existencialistas até à Psicologia Transpessoal.

Este movimento teve a preocupação, entre outras, a de descentrar o peso das descrições do aparelho mental na patologia para a normalidade. Da neurose como modelo passa-se para a auto-realização como objectivo. Há pontos comuns, mas a dinâmica é outra. A crença em possibilidades escondidas no Homem, para as quais já Jung tinha apontado, favorece uma aliança com o Self e diminui um pouco a desconfiança própria da psicanálise freudiana. Não que esta não tenha a sua razão de ser, mas tem que ser complementada por uma reconstrução.

Sifneos é, talvez, a grande figura neste período, visto que propõe um modelo autónomo, o STAPP, acrónimo de Short-Term Anxiety-Provoking Psychotherapy, com provas dadas, e que não é uma psicanálise aplicada, mas um tratamento de escolha possível pelo cliente, independentemente das listas de espera.

Outros autores escrevem manuais bastante completos como Wolberg, Mann e, mais recentemente, Strupp. Este autor merece-nos uma especial referência pela clareza das suas ideias, e pelo enriquecimento que produziu ao introduzir conceitos sistémicos e interpessoais. O modelo de Mann é muito específico, mas tem imensa originalidade e riqueza. Influenciado pelas teorias de relação de objecto, por Kohut e Margaret Mahler, Mann desenvolve um modelo que exige bastante treino por parte do terapeuta mas que se aplica a casos com perturbações da personalidade.

A culminar estes autores, citaríamos Davanloo, que, utilizando a gravação em vídeo, afinou uma técnica, ainda em investigação, mas já com resultados excelentes, o ISTDP (Intensive Short-Time Dynamic Psychotherapy). Fundou um instituto e uma revista internacional de psicoterapias breves, baseados no seu modelo.

O impacto da sua obra e dos seus colaboradores ainda não fez o seu efeito na teoria analítica em geral, mas pensamos que o seu alcance é enorme, como veremos no capítulo III, no ataque directo às resistências.

Na Europa, o movimento foi, como já referido, muito complexo, podendo dizer-se que o filão de Ferenczi foi retomado por Balint, que, como dissémos, criou a terapia focal, para além do conceito de lacuna básica, que consideramos fundamental no contexto da técnica psicoterapêutica. Outro aspecto que marca a obra de Balint, normalmente pouco valorizada, é a sua teoria do amor primário, um pouco na sequência de Ferenczi, e que as correntes mais conservadoras têm negligenciado. No entanto esse aspecto é fundamental para se perceber as orientações teóricas e clínicas das psicoterapias breves na Europa. Também as analogias com a Psicologia do Self, sobretudo a partir dos trabalhos de Kohut são gritantes e têm igualmente que ser levadas em conta. Não podemos deixar de associar estas posições com alguns dos pressupostos do Movimento do Potencial Humano.

Mas quem de facto implementou a psicoterapia breve no Reino Unido, foi Malan, um discípulo de Balint, e autor do conhecido manual “As Fronteiras da Psicoterapia Breve”, que embora ainda revele a atmosfera dos anos sessenta, continua a ser uma boa introdução à psicoterapia breve. Malan tem vindo a aproximar-se de Davanloo, do ponto de vista da técnica, e assim, fechámos um círculo que começou com Ferenczi, seguiu para os E.U.A., e teve um paralelo mais silencioso na Europa.

Óbviamente, há imensos autores não citados que têm escrito livros e artigos sobre psicoterapia breve, em várias partes do Mundo, mas, nesta resenha, foi nossa preocupação traçar linhas de desenvolvimento a partir dos autores que, por razões várias, condicionaram a evolução da psicoterapia breve de uma forma directa.

Por outro lado, a psicoterapia breve não pode estar ausente de outros movimentos que a psicanálise efectuou, inclusivamente com as suas dissidências, até às consequências do Movimento do Potencial Humano e da Psicologia Humanista. Assim, a abordagem de Jung e as teorias existencialistas, para além das teorias de relação de objecto, não podem ser alheias ao psicoterapeuta que procure ir ao encontro do outro, desde as pulsões, passando pelo seu estar com os outros, até à sua dimensão humana global.

Bibliografia

- Balint, M. – Prefácio ao I Volume das Obras Completas de S. Ferenczi, Martins Fontes, 1991.
- Bellak, L., Small, L. – Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy, Grune & Stratton, 1965.
- Davanloo, H. – Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (in Comprehensive Textbook of Psychiatry, Kaplan & Sadock, Ed., 1985).
- Ferenczi, S. – Journal Clinique, Janvier-Octobre 1932, Payot, 1985.
- Gillieron, E. – As Psicoterapias Breves, Zahar, 1986.
- Hjelle, L., Ziegler, D. – Personality Theories, McGraw-Hill, International Editions, 1992.
- Malan, D. – As Fronteiras da Psicoterapia Breve, Artes Médicas, 1976.
- Sifneos, P. – Short-Term Dynamic Psychotherapy, Plenum Medical Book Company, 1979.
- Strupp, H. – Psychotherapy in a New Key, Basic Books, 1984.
- Wolberg, L. – Short-Term Psychotherapy, Thieme-Stratton Inc., 1980.

Princípios em que se baseiam as psicoterapias breves A cientificidade da psicanálise e seus derivados

A questão teórica que está por detrás dos vários conceitos da teoria analítica e que informam as psicoterapias breves é extremamente delicada, pela sua natureza epistemológica e pela dificuldade em ser globalmente validada empiricamente. Está fora do âmbito deste livro entrar em considerações mais aprofundadas sobre o problema, mas, para já temos que nos alertar a todos para conceitos que usamos por vezes com sentidos diferentes.

O primeiro problema é o de se saber se a psicanálise e seus derivados, como a psicoterapia breve, é ou não conhecimento científico. É conhecida a posição de Karl Popper sobre o assunto, e de muitos epistemólogos anglo-saxónicos que rejeitam pura e simplesmente a cientificidade da psicanálise, seja porque ela não tem entrado no conceito da “falsificabilidade”, isto é, não se tem exposto a mostrar-se falsa, como acontece com as teorias que se pretendem científicas, seja porque mesmo quando o faz, tem dificuldade na validação empírica e até, antes disso, na operacionalização dos seus conceitos. Paul Ricoeur empreendeu, nos anos sessenta a tarefa filosófica de fazer uma crítica à psicanálise do ponto de vista duma hermenêutica fenomenológica, até para avaliar da possibilidade de pontos comuns entre as duas tendências. Esse trabalho está publicado e é, quanto a nós, fundamental e esclarecedor em muitos aspectos. De facto, para Ricoeur, a questão que Dilthey colocou sobre o compreender e o explicar não está resolvida, ao contrário do que pretendem os empiristas lógicos anglo-saxónicos. Assoun fez uma tentativa muito interessante de estabelecer uma ponte dizendo que em Freud a interpretação é a explicação, mas as dúvidas não se dissiparam: até que ponto se trata de explicar é uma questão por

resolver. De qualquer modo, para Ricoeur, a psicanálise seria, assim, uma ciência exegética, de interpretação, e não uma ciência da natureza, com pretensões explicativas. O que a psicanálise encontraria na narrativa biográfica do indivíduo seriam motivos e não causas suficientes para explicar os comportamentos e afectos do indivíduo. Tratar-se-ia, assim, de encontrar sentidos para os sintomas, que foi de facto o que Freud fez, segundo Rycroft.

As conclusões a que chegou Ricoeur não são irrefutáveis, pois um excessivo apego à linguagem, à boa maneira de Lacan, conduz a uma confusão entre sentido literário e intencional, limitando um pouco a amplitude do desejo, que fica confinado ao verbalizado ou dirigido à linguagem. Mas, na essência, a inclusão da psicanálise nas ciências humanas abre-lhe novas perspectivas, sobretudo na sua articulação com outras disciplinas que estudam o Homem.

Algumas noções de inconsciente

Quanto à validação empírica, ela tem sido especialmente tentada nas psicoterapias breves, embora a sua maior eficácia se revele nos estudos com forte pendor cognitivo. Assim, se o conceito de Inconsciente se atravessar de uma forma clara, o problema volta a ser reposto.

Por isso, vamos deter um pouco sobre o inconsciente, ou antes, sobre os vários conceitos de inconsciente que já existem.

Para Freud, inconscientes são os processos mentais que, sendo activos, só se podem deduzir pelos seus efeitos, e de que o indivíduo não tem conhecimento. Até aqui, todos os autores de orientação dinâmica estarão certamente de acordo. Claro que em Freud, o inconsciente é o recalcado, e é esse que se trabalha em psicanálise, dum modo geral.

Para Jung, esse inconsciente é pessoal, é o do nível da sombra, e tem tendência a ser projectado nos outros, sobretudo quando não integrado. Aliás, a integração da sombra é um dos passos iniciais de qualquer terapia que deseje abordar o inconsciente, pois sem isso a distorção da realidade psíquica é impeditiva do auto-conhecimento. Mas para Jung, há ainda o inconsciente colectivo, que se trabalha consciencializando os arquétipos, que aparecem nomeadamente nos sonhos.

Para outros autores há ainda mais níveis de Inconsciente até ao chamado Inconsciente Cósmico.

Assim, Grof descreve vários níveis de Inconsciente, que são o Abstracto e o Estético, induzido por exemplo pelo LSD, o nível psicodinâmico, que corresponde ao inconsciente de Freud, o nível peri-natal, que corresponde, talvez aos conceitos de Otto Rank, e que é já uma porta para o nível transpessoal, e que corresponde, eventualmente, ao inconsciente colectivo de Jung.

No nível peri-natal, há quatro fases, das quais referimos a BPM1, que se caracteriza pelo comportamento filobático, da lacuna básica, de Balint, e a BPM2, que corresponde ao onofílico, também da referida lacuna básica.

Há outras cartografias, que aliás se designam frequentemente por cartografias da Consciência, conceito talvez mais abrangente e que chama a atenção para o facto de que a Consciência é apenas um dos níveis possíveis.

Wilber refere os seguintes quatro níveis: o do Ego, ligado à sombra, o Nível Existencial, o Nível Transpessoal e o Nível da Mente. Referimo-lo, porque a estes níveis correspondem preocupações diferentes, algumas das quais serão descritas mais adiante, quando falarmos das indicações para psicoterapia breve.

Mas, na prática clínica, a maior parte do tempo, trabalhamos de facto com o pré-consciente, visto que o inconsciente é, por definição, directamente inacessível. O pré-consciente está ligado à linguagem verbal e mesmo no ataque às resistências mais sistemático, é ele que faz uma espécie de censura, que selecciona mais do que deforma, no dizer de Laplanche e Pontalis. O que caracteriza as técnicas, é a chave hermenêutica, que essa sim, do ponto de vista dinâmico, postula paradigmas que são inconscientes, tal como os complexos, dos quais, pela sua importância, destacamos o de Édipo, e os arquétipos. Dito de outro modo, é na configuração prévia da forma como se pensa que o inconsciente está organizado que se praticam as interpretações.

Isto significa que o Inconsciente também pode ser trabalhado por outros meios, simplesmente as chaves hermenêuticas são diferentes.

No pequeno diálogo que se segue podemos pressentir pressupostos diferentes para o mesmo tipo de vivência. A. é filha

única e vive sózinha com o pai, desde que a mãe, há cerca de dez anos saíu de casa para ir viver com outra pessoa.

A. – Fico sempre muito aflita enquanto não vejo o meu pai chegar a casa.

T. – Ele está doente?

A. – Não, mas já tem muita idade, e eu não sei por onde ele anda, se janta fora ou não ...

T. – Mas ele tem autonomia, não tem, acho que até me falou em que ele continua a ir ao escritório e que tem um controle surpreendente das coisas.

A. – Sim, mas eu não sei explicar. Aliás foi sempre um pouco assim. Pelo menos há uns anos para cá, desde que a minha mãe se separou dele.

T. – Inclusive a A. disse-me que a relação com ele foi sempre difícil, que ele foi sempre muito ausente, e que nesse aspecto até compreendeu a sua mãe quando ela se foi embora. Fica ansiosa para que ele chegue a casa, mas depois ele vai para o quarto ler os seus jornais e os seus livros. Porquê tanta preocupação? O que interessa é que estejam bem quando estão e parece ser um pouco mais o caso agora, ou não?

A. – É verdade, mas não consigo compreender.

Embora nos faltem os dados necessários para situar o problema desta ansiedade, podemos imaginar rapidamente uma problemática edipiana nesta ansiedade. No entanto mais nítida se deduz a ambivalência de A. em relação ao pai. Este é um dado pre-visível, ou seja visível antes, mas sem confirmação. Se a confirmação nos parecer desnecessária, e assim acontece sempre que racionalizamos e confundimos a configuração da vivência com a explicação dinâmica, tentaremos, sem querer, provar a nossa pre-visão.

T. – A A. sente pelo pai uma mistura de coisas, desde uma grande proximidade actual com uma zanga pelo passado, ou seja, uma certa confusão de afectos?

A. – Sim, sim, foi aliás essa uma das razões que me trouxe cá.

Ou seja, esse tal material tão “inconsciente” tinha sido afinal tão óbvio que a cliente não hesitou em procurar ajuda.

Vamos agora por outra via. Sem tantas pre-visões.

T. – A ansiedade que sente está ligada a algum sentimento

especial, do género “o meu pai pode ter tido um ataque”, ou “ser que se distraíu e perdeu o transporte”?

A. – Não sei, talvez o problema de saúde, mas não sei, essas coisas podem acontecer de manhã, não necessariamente ao fim do dia. Nós estamos contactáveis durante o dia. Se acontecesse alguma coisa, rapidamente eu saberia. Não é que não pense nisso, mas acho que não é isso.

T. – À noite, quer vê-lo, com urgência, é o que me está a dizer.

A. – Sim, embora ...

T. – Repare, não tente dar uma explicação para a ansiedade, por enquanto. Pense só na situação em si. Está ansiosa, quer que ele venha depressa. Que não a faça esperar. Para quê?

A. – Não sei, de facto posto assim, fico sem resposta.

T. – Mas já não a tinha antes.

A. – Pois, mas eu tenho dificuldade em pensar ...

T. – Não A., tem dificuldade é em sentir. Tem que se dar tempo. Volte para a cena. Urgência para quê?

A. – ...

T. – O seu pai acabou de chegar. Demorou um pouco, mas chegou. J. está na sala. Ainda não foi para o escritório nem para o quarto.

A. – (Semblante um pouco duro) – Apetecia-me dar-lhe um raspanete.

T. – Porquê? Porque chegou tarde, como se fosse um adolescente que passou as marcas?

A. – Não sei, mas é como se me apetecesse espancá-lo e ao mesmo tempo pedir-lhe para não chegar tão tarde a casa, que fico s

...

T. – Sózinha?

A. – (Mais emocionada) – Sim ... Talvez.

A partir daqui a própria cliente pode associar o sentimento de abandono actual ao que sentia quando era mais nova.

Pensamos que esta “ignorância” dos retratos pre-vistos é mais consentânea com o espírito investigador de Freud, do que uma certa cultura dita dinâmica, mas que se torna mais cognitiva e racional, como em certos modelos de psicoterapia breve. Estes têm o seu lugar, sobretudo se a preparação dos terapeutas é um pouco apressada, e é

perfeitamente compreensível num terapeuta que começa. Mas para aceitar o emergente imprevisível que é o inconsciente, há que ser mais paciente.

Não podemos deixar de referir aqui o problema do espanto, que Heidegger trabalha e que já vem dos filósofos gregos. Claro que para um psicoterapeuta com alguma experiência, as histórias que os clientes trazem vão-se repetindo um pouco, o que pode provocar o fenómeno acima referido que é o da estereotipia das interpretações por parte do terapeuta e o pouco desejo de verificar se elas são adequadas ou não e, sobretudo, se fazem sentido ao cliente ou não. É sempre o problema do sentido que está em jogo e não a adequação teórica da interpretação. Como veremos no capítulo sobre aliança terapêutica, é necessária sempre uma certa inclusão no Outro a fim de escolher a interpretação mais mobilizadora e menos agressiva. Mas por mais que as histórias se repitam, as pessoas é que são sempre outras na sua essência, e é aí que se produz o fenómeno da mudança, se realmente o cliente o deseja.

Resumindo, em psicoterapia breve, a noção de Inconsciente que prevalece é o de um emergente imprevisível, ou apenas parcialmente previsível; podemos presumir um complexo de Édipo, mas não sabemos a sua configuração. Este emergente está ligado ao recalcado da infância, mas também ao inconsciente colectivo, de Jung, sobretudo sob a forma de sonhos arquetípicos.

Outro problema teórico, que persegue especialmente as tentativas do ecletismo, é a utilização da mesma expressão para conceitos diferentes, ou o contrário, com o mesmo conceito expresso por diferentes palavras. Isto levanta uma questão delicada que é a de saber se a complementaridade é real, e permite uma junção de ideias, ou, se pelo contrário, a semelhança é mais aparente do que real, obrigando a adaptações de preferência testadas empiricamente. Um exemplo é o da sombra, de Jung. Nas escolas desenvolvimentalistas, é frequente o conceito de sombra ser assimilado ao inconsciente de Freud, e este ao de inconsciente pessoal, de Jung. Aparentemente, tal manobra é clinicamente legítima, mas se observarmos com atenção, o próprio Jung foi modificando um pouco o conceito de sombra, e uma das razões para isso foi justamente o alargamento para o inconsciente colectivo. Aqui surge uma pergunta: será que o

inconsciente pessoal como estrutura psíquica fica o mesmo, conforme levarmos ou não em conta o inconsciente colectivo? Fica a sombra exactamente igual nos dois casos? Parece-nos que não. Claro que haverá pontos comuns, mas a possibilidade de o indivíduo estar sujeito ao inconsciente colectivo cria uma dinâmica muito diferente e obriga a um constante rever da sombra, visto que esta pode conter elementos do inconsciente colectivo. A sombra, que inicialmente se assemelharia ao trabalho do reprimido e do recalcado, passa a um autêntico desafio com a possibilidade de novos elementos sempre a assomarem à consciência. Só um diálogo multidisciplinar pode levar a considerar e trabalhar estes e outros pontos. A integração de algumas correntes não pode passar por cima de diferenças, ainda que pequenas, que somadas podem desvirtuar completamente as intenções originais dos autores cujo pensamento se pretende estudar.

Bibliografia

- Assoun, P. – Introduction à L' épistémologie Freudienne, Payot, 1981.
- Jung, C.G. – Psicologia do inconsciente, Vol.VII/1, Vozes, 1987.
- Kunz, H. – A Nova Dimensão da Imagem do Homem na Psicanálise de Sigmund Freud, in Nova Antropologia, Ed. Gadamer-Vogler, EDUSP, 1977.
- Laplanche, J., Pontalis, J. – B. – Vocabulário da Psicanálise, Moraes Editores, 3ª edição, 1976.
- Malan, D. – Psicoterapia Individual e a Ciência da Psicodinâmica, Artes Médicas, 1983.
- Ricoeur, P. – De L' Interprétation, Editions du Seuil, Points, Essais, 1965.
- Rycroft, C. – Psychoanalysis Observed, Penguin Books, 1966.
- Tabone, M. – A Psicologia Transpessoal, Cultrix, 1993.

Indicações em psicoterapia breve

Como em qualquer psicoterapia dinâmica, quanto mais estruturada é a personalidade e menor a patologia, melhores são os resultados. O problema é que cada vez mais aparecem clientes com perturbações da personalidade, e outras patologias complexas, como os doentes psicossomáticos, as depressões crónicas, etc.. Davanloo fala num leque que vai dos sintomas circunscritos, no lado esquerdo, até patologias caracteriais, no lado direito, e que se enquadram naquilo que designou por “espectro de neurose estrutural”. Isso implica que à medida que nos deslocarmos para o pólo direito, mais alterações técnicas terão que se introduzir. A introdução de parâmetros irá sendo focada nos próximos capítulos, à medida que expusermos a técnica. De qualquer modo fica já referido o facto de que já vai havendo tentativas de investigação do seguimento de doentes com caracteriopatias.

Não sendo aqui o local para se discutir se os diagnósticos se vêm afinando ou se há mais patologia caracterial, podemos, no entanto, tecer algumas considerações sobre alguns destes diagnósticos, por vezes heterogéneos, ou seja, baseados na teoria analítica, mas de escolas diferentes e ainda por cima colocados em rubricas diferentes em psiquiatria. Por exemplo, certas estruturas “borderline” surgem como ciclotimias ou outras perturbações do humor. Os estados-limite, de Bergeret, e a depressão essencial, de Marty, expressões típicas da escola de Paris, têm pontos comuns com algumas estruturas “borderline”, de Kernberg, mas nem sempre estão a falar da mesma coisa. Vamos então tecer alguns comentários, estritamente clínicos a fim de os enquadrar nas indicações para psicoterapia breve.

A estrutura

Assim, e independentemente dos sintomas, há que considerar a estrutura que está por detrás deles. Estrutura, segundo Bergeret, é o modo de organização da economia profunda do indivíduo. Por vezes, é mais importante avaliar o funcionamento dinâmico dos mecanismos de defesa, das instâncias, Ego, Id e Superego, do que certa espectacularidade ou ausência de sintomas que até podem mascarar o quadro. Ainda por cima, parece ser cada vez maior a patologia da personalidade, com a consequente pobreza de sintomas substituídos por problemas de comportamento. Aliás, é significativo o abandono pelo DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition) da expressão neurose.

O diagnóstico da estrutura da personalidade varia entre três posições: a psicótica, a neurótica, e, mais recentemente a fronteira ou estado-limite. Claro que os sintomas também ajudam a definir a estrutura: vivências de influenciamento acompanhadas de interpretações delirantes apontam para uma estrutura psicótica, e, do ponto de vista psiquiátrico, a avaliação tem uma componente quantitativa que é levada em linha de conta: o número de surtos, a sua duração, etc.. Do ponto de vista dinâmico, no entanto, ainda há que avaliar os mecanismos de defesa dominantes ao longo da vida do doente. Um indivíduo que utilize predominantemente a projecção e a negação são muito provavelmente psicóticos, mesmo que nunca cheguem a apresentar ideias delirantes sistematizadas. Pelo contrário, se os mecanismos de defesa são mais evoluídos, como a racionalização, a formação reactiva, a sublimação, então, mesmo na presença duma baforada delirante, o prognóstico é bom. Vailant já há anos postulava que os mecanismos de defesa presentes nos indivíduos com patologia também podiam ser vistos em indivíduos ditos saudáveis. A relação entre esses mecanismos, essencialmente inconscientes, e a sua tradução em comportamentos não é linear. De facto, é comumente aceite na clínica que os mecanismos de defesa só passam a verdadeiro objectivo terapêutico quando falham. Aí surgem os sintomas e a respectiva ansiedade. Mas, para efeitos de avaliação da força do Ego, é necessário hierarquizá-los, considerando-os dos mais

primitivos e imaturos aos mais evoluídos. Do ponto de vista evolutivo, o que determina esta estrutura é o modo como as fases oral, anal e edipiana se processaram. Um traumatismo psíquico precoce, na fase oral pode determinar uma psicose, com impedimento da estruturação de um Eu capaz de ultrapassar as fases subsequentes. Se esse traumatismo se der em plena fase edipiana, temos a neurose, nomeadamente a histérica, ou a obsessiva, se houver uma regressão da libido à fase anal. Uma terceira hipótese é o traumatismo psíquico acontecer na passagem da primeira para a segunda etapa da fase anal. Já Abraham tinha chamado a atenção para a importância decisiva que este período teria para a capacidade de amar do indivíduo. Fliess designou-a mesmo por "divided-line", e é a partir dela que se formam os estados-limite, do ponto de vista psicodinâmico. Essas perturbações abrangem uma série de patologias que vão desde as estruturas "borderline" e narcísicas, às depressões caracteriais, e alguns tipos de perversões. Trata-se duma situação em que o indivíduo já tem um Ego mais ou menos estruturado, mas que não vive o Édipo ou vive-o mal. A principal consequência seria uma menor capacidade de simbolização, conduzindo a menos sintomas passíveis de interpretação e a maior tendência para problemas ao nível dos comportamentos. O Édipo, com a sua função de promover a mentalização dos conflitos e diminuir a actuação das pulsões não representa aqui um papel tão decisivo. Inclusivamente, o Superego como herdeiro do Édipo, não chega a constituir-se duma forma organizada, predominando um Ideal do Eu com uma censura rígida e, por vezes, despropositada.

O pensamento operatório

Outra característica que acompanha estas personalidades patológicas, é o pensamento operatório. Trata-se de um conceito de Pierre Marty, inicialmente descoberto em doentes psicossomáticos, mas que se revelou presente em outras patologias caracteriais. Podemos dizer que a diminuição da fantasmização, a pouca mentalização dos conflitos vão a par e passo com a pobreza do Édipo. A ligação à identificação projectiva também foi feita.

Sifneos propôs a palavra alexitimia para designar essa dificuldade na fantasmização e expressão de emoções por parte do cliente e em 1972, num Congresso dedicado às metodologias de investigação em Psicossomática, a expressão foi aceite. É um conceito mais operacional do que o pensamento operatório, mas que perde alguma subtilidade em relação a este último. Expressar emoções não é a mesma coisa que senti-las. Há inúmeros factores culturais que determinam a forma de sentir, mas, mais ainda, a forma de expressar. Aliás, há estudos que apontam no sentido de que a alexitimia é influenciada pelos factores culturais, socioeconómicos e outros não directamente determinados pelo aparelho mental.

Há várias escalas de avaliação para a alexitimias, o que é uma vantagem para a investigação, mas o que se mede é mais a dificuldade na expressão do que a internalização dos conflitos ou a sua ausência. Claro que as escalas são usadas mesmo por técnicos que não têm treino pessoal em psicanálise ou em terapias dinâmicas, mas os resultados são grande parte das vezes pouco concludentes, porque na base são as funções do inconsciente que estão em jogo na alexitimia. A utilização concomitante de testes projectivos tem sido uma aposta no sentido de obviar a alguns dos problemas levantados, mas ainda é cedo para se tirarem conclusões. De qualquer modo, a opção de utilizar o conceito de pensamento operatório é pouco “operacional”, e resta ao clínico uma opção nesta matéria.

Psicogénese e hereditariedade

Claro que para as outras perturbações da personalidade já descritas na Psiquiatria, designadas por Psicopatias, há também uma psicogénese descrita pela teoria analítica, mas aí é consensual que a carga genética adquire uma certa importância. De facto, tanto as neuroses como as reacções vivenciais anormais são bem compreendidas em termos do desenvolvimento infantil.

Vem isto a propósito da psicogénese que a teoria analítica procura estabelecer, mas que assume uma maior pertinência nas neuroses e parece diminuir com o agravamento da patologia. Assim, podemos dizer que a neurose é o campo por excelência das psicoterapias dinâmicas, que ainda podem ter uma palavra a dizer nos estados limite,

mas que terão menos eficácia nas psicopatias que correspondem a grande parte das perturbações da personalidade descritas no DSM-III-R. De qualquer modo, e independentemente de outros factores, a ausência de Édipo ou a sua má vivência, a patologia do Superego já referida e a tendência para a actuação são características que dificultam qualquer psicoterapia.

De facto, há uma interpenetração entre factores da personalidade e quadros mais psiquiátricos, como certas timopatias. O quadro destas pode ser condicionado pela personalidade prévia do doente. Entramos num terreno extremamente complexo, que é o da patoplastia e que exige mais investigação.

Do ponto de vista clínico, há uma continuidade no sucessivo agravamento da patologia, da neurose à psicose, passando pelos vários tipos de perturbação da personalidade, dos mais psicogénéticos aos mais heredo-constitucionais. As nosologias categorias, com termos bem definidos, escondem essa continuidade que explica a sobreposição de alguns diagnósticos.

Além disso, grande parte dos clientes que procuram uma psicoterapia talvez não se possam enquadrar em nenhuma categoria nosológica definida. A maior parte das pessoas que procuram uma psicoterapia têm um pouco de tudo, sem alguma coisa em excesso. Aspectos caracteriais, sintomas neuróticos podem coexistir sem se preocuparem com as nosologias dos terapeutas.

Claro que por detrás destas considerações há que ter em conta o treino e a personalidade do terapeuta, que podem tornar decisiva uma opção nesta matéria.

Critérios de inclusão em psicoterapia breve

Em geral, e seguindo um pouco os autores de psicoterapia breve, os critérios de inclusão são a motivação, a consciência patológica, a vontade genuína de mudança e uma relação de objecto não muito distorcida. Estas são indicações formais. Assim, as clássicas são os critérios de Sifneos, que embora pensados para o STAPP, servem de guia para muitos psicoterapeutas. Malan também refere alguns.

A motivação é por vezes difícil de avaliar, visto que se confunde muitas vezes vontade genuína de mudança com desejo premente de

fazer desaparecer os sintomas, ou, o que também é muito frequente, com um desejo de que o terapeuta reforce os mecanismos de defesa que entretanto claudicaram.

F., 32 anos, casado, engenheiro.

Veio à consulta por insónias, ansiedade que se chegou uma vez a estruturar como ataque de pânico.

F. refere uma infância relativamente “calma”. Tem um irmão mais novo dois anos, com quem tinha muitas brigas, mas com o qual se dá actualmente muito bem.

Com os pais não refere conflitos muito graves, apenas se queixa de um pai muito ocupado com o trabalho e pouco disponível para ele. Não o descreve como muito severo. A mãe, sentida como hiperprotectora, ainda hoje se preocupa perguntando a F. todos os dias como ele passa, sobretudo como vai o casamento dele, o qual se realizou há três anos, com uma rapariga que foi uma amiga de infância de F. Sempre se entenderam bem, mas há cerca de um ano, F. começou a verificar que sentia menos desejo pela mulher mas sem razão aparente. Tem vindo a evitar ter relações sexuais com a mulher, mas refere que sente ternura por ela e que não gostaria de se separar dela.

F. - Pois é, não sei o que se passa comigo, já não tenho o mesmo interesse pela J.. Fico perplexo: ela é engraçada, tem todas as condições para eu me sentir atraído, mas, na prática, arranjo muitas vezes desculpas para não fazer amor com ela. Ou vou tarde para a cama, fingindo que estou a estudar alguma coisa, ou evito que ela me dê uma simples carícia (semblante angustiado). Se eu ao menos percebesse porquê.

T. - Quando é que começou a notar esse desinteresse?

F. - Talvez há um ano, lembro-me que já nas férias comecei a sentir isso.

T. - (Pensando numa certa regressão edipiana, na qual F. sente a mulher como figura maternal) - Bom, o F. e a sua mulher já se conhecem há muito tempo, não é?

F. - Sim, e então?

T. - Acha que pode ser assustador ter uma relação boa como a que tinham durante muito tempo?

F. - Eu não, eu cá acho que isso era o ideal.

T. - Há alguma coisa que o incomoda em J., no seu feitio? Ela é assim um bocado absorvente, ou algo desse género?

F. - Não sei, acho que não. Talvez um pouco, mas acho que todas as mulheres são assim...

T. - Já a sua mãe era, não é verdade?

F. - Sim, essa então era demais. Mesmo quando já namorava com a J., há anos, ela queria saber como as coisas se passavam, se nos dávamos bem ou se tínhamos tido alguma discussão, às vezes até me parecia que ela ficava contente se tinha havido alguma briga entre mim e J., mas eu hoje não acredito nisso. Era impressão, com certeza.

T. - Disse que achava que todas as mulheres eram assim. Conheceu outras assim?

F. - Sim, algumas, poucas. Ah! Houve uma que não era assim. Era a L.. Mas não chegámos a namorar, no verdadeiro sentido do termo. Acho que nos sentíamos muito atraídos um pelo outro, mas nada aconteceu, tirando longas conversas que tivemos durante uns meses.

T. - Quando foi isso?

F. - Olhe, poucos meses antes do casamento. Lembro-me até de que o meu namoro com a J. estava um bocado frio, tínhamos tido uma zanga e talvez por isso eu tenha ficado um pouco mais vulnerável. L. era bonita, mas isso era o menos. Parecia ouvir-me com interesse, sabe como é? A maior parte das mulheres que tenho conhecido, ouvem-me, mas com benevolência, com um sorriso que parece dizer: “deixa lá isso, que não é assim tão grave, eu compreendo”. Qualquer coisa assim. Pode ser impressão minha, mas é o que eu sinto. A L. não. Quando sorria, sorria mesmo. Cheguei a sonhar com ela. Faço por a esquecer, visto que uma relação com ela não tem futuro...

T. - Porque não?

F. - Tinha que alterar tudo, era uma complicação. E depois, já conheço a J. há tantos anos. Nada me garante que com a L. tudo seria melhor.

T. - Isso é verdade, mas não se pode ter tudo...

F. - Pois, eu já percebi, mas o que gostaria é que T. me ajudasse a reencontrar o encanto por J..

T. - Mas isso não funciona assim.

F. - Porque não vou estragar o meu casamento só por um devaneio.

T. - Mas o casamento não está já estragado? E como sabe que com L. seria um devaneio? F. nunca tentou perceber melhor o que se passa...

F. - Pois, mas isto assim não me interessa.

De facto, F. até parece ter indicações, desde uma estrutura neurótica, uma certa capacidade de se ligar com profundidade, um certo "insight" que aqui não foi muito explorado, mas que se pressente nas suas hesitações. Só que o que F. pretende é que lhe reforcem as suas defesas, para não ter que passar pela angústia de separação que, aliás, com uma mãe tão hiperprotectora, não deve ser fácil.

Nesta altura duas posições se podem tomar: a insistência na necessidade de F. aprofundar o seu conflito, confrontá-lo com as suas contradições, utilizando eventualmente os triângulos de conflito e pessoal, ou esperar que a situação do seu casamento evolua de molde a que F. sinta ele próprio a necessidade de mudar algo na sua relação com as mulheres. A segunda opção talvez permita que com o tempo, F. consciencialize melhor a verdadeira natureza do seu conflito que aqui aparece mais como uma contrariedade talvez passageira, incômoda, mas não fundamental na sua vida afectiva.

Indicações relativas em psicoterapia breve

Quando falamos em indicações relativas, estamos a referir-nos àquelas situações em que falta um ou outro critério das indicações formais, mas que, pela sua natureza, parecem passíveis de alguma evolução através duma psicoterapia breve. Um dos critérios que falta frequentemente é o da consciência patológica, normalmente por tendência excessiva para projectar os problemas no exterior. Trata-se quase sempre de pessoas cuja patologia foi sumariamente descrita atrás, no grupo das alterações da personalidade, sejam os caracteriais, os estados-limite, as perturbações "borderline" ou outras semelhantes, tendo como denominador comum a sua génese provável na "divided-line". Aqui impera a identificação projectiva, cuja produção a teoria analítica tão bem esclarece, mas, para a qual não há uma técnica específica. A atenção constante à contra-transferência em situações deste tipo é fundamental, mas é muitas vezes insuficiente.

Nas indicações relativas, podemos incluir algumas estruturas "borderline", "high-level", de Kernberg, certas depressões crónicas e, com muita reserva, alguns doentes psicossomáticos. Nestes casos haverá que aumentar a duração da psicoterapia, e começar por uma fase de reestruturação do Ego, antes de entrar numa fase mais interpretativa e confrontativa.

Assim, em vez da confrontação usamos a clarificação e evitamos as interpretações genético-evolutivas, que são sentidas por estes clientes com menos "insight" como agressivas.

A interacção entre os aspectos referidos tem, também, de ser levada em conta: uma grande motivação pode compensar alguma gravidade de patologia. Temos visto que muitos clientes pouco motivados, embora neuróticos estruturados, não vão longe nas suas psicoterapias, enquanto que boas alianças terapêuticas podem ser conseguidas com clientes que à partida nos proporcionam sérias dúvidas quanto a uma evolução favorável.

Existem várias escalas de avaliação e testes de personalidade, mas normalmente, estão reservados para a investigação. No quotidiano, os clientes, sobretudo se muito ansiosos, não encaram com bons olhos que se lhes faça uma avaliação mais quantificada, que é sentida como tecnocrática. Por outro lado, o terapeuta, ao usar exames complementares de diagnóstico, fica com elementos sobre o cliente que não foram explorados na relação terapêutica, visto que são dados obtidos um pouco artificialmente, o que pode dificultar a aliança terapêutica. As vantagens obtidas são geralmente poucas e não justificam os problemas que criam. De qualquer modo, uma boa hipótese clínica dá-nos, dum modo geral, os elementos necessários para uma avaliação global da pertinência duma psicoterapia breve para o cliente em questão.

Tipos de queixas e níveis dos problemas

Nesta altura, gostaríamos de introduzir outro elemento: a questão das indicações e contra-indicações tem também que ver com os objectivos que o nosso cliente nos propõe. Assim, vamos considerar quatro estadios, perfeitamente arbitrários, mas que tentam resumir

um pouco as problemáticas possíveis que os conduzem a fazer uma psicoterapia. Eles podem-se queixar de sintomas, como a ansiedade, a insónia, gastralgias, fobias, etc.. Chamaríamos a esse nível o do sintoma, isto é, algo que o incomoda, e que, se fôr aliviado ou mesmo desaparecer, constitui uma vitória suficiente, pelo menos, de momento.

Um exemplo disto é o dos ataques de pânico, que uma vez debelados, permitem ao cliente sentir-se bem e abandonar a terapia com a sensação de que está curado.

Num segundo nível, o cliente vem queixar-se das suas relações afectivas. Talvez seja o maior número, mas independentemente disso, são o ponto de ataque preferido pelas psicoterapias breves. Desde os conflitos conjugais às relações com os outros, amigos ou colegas de trabalho, estas pessoas queixam-se do afecto no sentido interpessoal. Frequentemente, se estes problemas são minimamente trabalhados e compreendidos, surgem outras questões que colocá-los no foro existencial. Seriam colocadas questões como: “o que é que ando aqui a fazer?”, ou “não tenho sentido para a vida”, etc.. Seria o terceiro nível, o existencial.

Finalmente, há interrogações comuns a todo o indivíduo, mas que raramente se põem numa forma directa: “existe o Demiurgo?” Este nível, o quarto, tem a ver, naturalmente, com o arquétipo religioso, mas, dada a sua sensibilidade, preferimos utilizar a expressão platónica, que hoje nos parece mais neutra. De facto, discutir os problemas religiosos coloca inúmeros problemas de reacção ou adesão aos padrões religiosos culturais correntes, e o terapeuta sente-se desconfortável ao entrar nesse terreno. Para Jung, esse era um tema essencial, e sem a sua investigação, nenhuma terapia se poderia considerar eficaz.

Maslow definiu uma série de necessidades humanas que deveriam ser tomadas em consideração, entre elas as convencionalmente designadas por espirituais. Muitos outros autores chamaram a atenção para vários níveis de inquietação do ser humano, desde os mais simples, como as pulsões, aos mais elevados, ligados à sua cosmovisão.

É importante lembrar que os trabalhos de Maslow operam a partir do normal para o patológico, o que é teóricamente mais desejável do que o inverso, ou seja, a descrição do “saudável” a partir da patologia.

Os estádios atrás referidos não são estanques durante uma psicoterapia, mas são, de facto, distintos. E o que é curioso, é que à medida que um estadio se vai clarificando, novos problemas surgem do estadio imediatamente superior.

A passagem do sintoma, por ex., para a problemática mais noética, não se faz directamente, sem dano. O plano existencial facilita o trabalho das necessidades mais subtis, mas pode ser extremamente prejudicado pela má integração das pulsões. Esta “escada”, por assim dizer, tem que ser bem caminhada, e para cada degrau há métodos diferentes. Por outro lado, esta hierarquização implica escolher um plano em que se sinta mais à vontade e, a partir daí, alastrar o seu trabalho para outros planos. Seria o caso de um terapeuta de orientação junguiana tratando de alguém com problemas ao nível afectivo; através do trabalho da sombra, da persona, da anima, poderia, por outra via, ajudar o seu cliente.

Quando abordarmos o foco, esse problema irá ser novamente levantado, mas desde já propomos que a indicação para uma psicoterapia breve tem que ser um balanço dos vários tipos de problemas que o cliente nos propõe.

O contrato terapêutico

Uma vez que terapeuta e cliente concordem em iniciar um processo psicoterapêutico, há que combinar regras que tradicionalmente se designam por “contrato analítico”.

Trata-se dum conjunto de regras que incluem o número de sessões por semana, a duração das mesmas, os honorários, o problema das faltas e uma questão importantíssima que é o dispositivo. As alterações devem ser discutidas e, se forem importantes, podem ser consideradas alterações da técnica, ou parâmetros.

Dum modo geral, uma sessão por semana é perfeitamente suficiente para uma psicoterapia breve. Nalgumas situações mais prementes pela importância dos sintomas, podem-se fazer duas sessões por semana, mas, quando a nós, isso raramente é benéfico. A única situação em que tal deve ser encarado com pertinência, é no caso de o cliente, por razões inadiáveis, ter que se ausentar e, portanto, haver uma limitação de tempo concreta, calendarizada.

Menos do que uma sessão semanal, no entanto, é praticamente inútil para uma psicoterapia breve com alguma profundidade. Sessões quinzenais, por exemplo, diminuem drasticamente os fenómenos transferenciais e dificultam uma verdadeira aliança terapêutica, arriscando-se a psicoterapia a ficar uma conversa racional sobre os problemas do cliente. Claro que nos estamos a referir ao início da terapia, visto que o espaçar das sessões, perto do fim da mesma tem outro significado, que pode ser a preparação para a separação. Quanto a nós, pensamos que o mais correcto seria, mesmo assim, não espaçar as sessões e marcar, com cerca de um mês de antecedência, o final da psicoterapia. No entanto, sobretudo em casos com mais patologia, as sessões quinzenais perto do fim têm-se revelado úteis.

Quanto à duração das sessões, julgamos que os clássicos cinquenta minutos são perfeitamente adequados, podendo estender-se até a uma hora. Mais do que isso é, dum modo geral, inútil e cansativo, tanto para o cliente como para o terapeuta. Claro que pode haver excepções, mas, dum modo geral, sessões muito longas logo de início podem criar uma espécie de direito a ultrapassar sempre a hora, o que, como já referimos, não é útil. Pode alimentar a identificação projectiva de alguns clientes, criando-lhes a sensação de controle que eles tanto procuram.

Quanto às faltas do cliente, convém definir bem que ele paga as sessões quer venha ou não, caso contrário estamos a fomentar as ausências, sobretudo em casos com pouca motivação, e a complicar a contra-transferência. Claro que também aqui, o bom senso tem que imperar, e se o terapeuta assim o entender, pode não seguir esta regra se o cliente o avisar com muito antecedência, mas isso é um problema muito subjectivo, tal como a questão dos honorários. Neste último caso, a mundivisão do terapeuta pode ser decisiva.

Os encontros entre cliente e terapeuta fora das sessões são de evitar, mas, quanto às visitas a clientes internados, por exemplo, pode haver excepções, que são, no entanto, de evitar. Outros comportamentos menos clássicos como dar o número de telefone de casa, por exemplo, têm de ser avaliados caso a caso e já remetem normalmente para casos com bastante patologia e, portanto, para alterações da técnica.

Quanto ao dispositivo, ou seja às condições em que se realiza a psicoterapia, como sejam o local, o tipo de intervenção e a sua formatação, há que planificar o melhor possível estas variáveis, sobretudo o tipo de intervenção.

O local é habitualmente uma sala de um consultório privado, que procura ser agradável mas com uma decoração neutra e o mais possível insonorizado. Mas pode haver o desejo de praticar psicoterapia breve numa instituição e aí a questão complica-se. Não é frequente, entre nós, essa actividade, e costuma ser difícil realizá-la sem resistências mais ou menos conscientes. Para isso, o melhor é combinar e definir muito bem as condições da prática da psicoterapia, seja com os colegas, seja com as chefias, sejam elas quais forem. Mesmo assim, pode haver precalços, mas a clarificação da situação é sempre útil. Às vezes, o esclarecimento do que se faz por parte do terapeuta é suficiente. Se mesmo assim houver dificuldades há que fazer um pequeno diagnóstico institucional, analisando o padrão institucional, a fim de perceber quais as actividades que na prática e não nas palavras são de facto privilegiadas na instituição. As alterações à técnica, propriamente ditas serão objecto de discussão mais adiante, mas, desde já podemos referir as abordagens oriundas de outros modelos que não os da teoria analítica ou derivados já distantes da referida teoria. É o caso da utilização do relaxamento, da visualização, de exercícios de Bioenergética, de musicoterapia, etc.. No entanto, todas estas modificações têm de ser objecto de estudo teórico prévio e ser razoavelmente manejadas na prática.

Bibliografia

Akiskal, H., Hirschfeld, R., Yerevanian, B. – The Relationship of Personality to Affective Disorders, Arch. Gen. Psychiatry, Vol.40, July, 1983.

Bergeret, J. – Abrégé de Psychologie Pathologique, Masson, 1976.

Drury, N. – Some Technical Aspects of the Pre-Interpretative Phase of Trial Therapy in Highly Resistant Patients with Ego-Syntonic Character Pathology, Part I, Int.J.Short-Term Psycho., 3, 213-235, 1988.

Fonseca, A.F. da – Psiquiatria e Psicopatologia, Fundação Calouste Gulbenkian, I Volume, 1985.

Katschnig, H., Simhandl, C. – New developments in the Classification and Diagnosis of Functional Mental Disorders, Psychopathology, 19, 219-235, 1986.

Kernberg, O. – Borderline Conditions and Pathological Narcissism, New York, Aronson, 1975.

Malan, D. – As Fronteiras da Psicoterapia Breve, Artes Médicas, 1976.

Marty, P., M' Uzan, M. – La Pensée Opératoire, Revue Française de Psychanalyse, XXVII, 1963.

Marty, P. – Les Mouvements de Vie et de Mort, Petite Bibliothèque Payot, 1976.

Marty, P. – L' Ordre Psychosomatique, Payot, 1980.

Sifneos, P. – Short-Term Dynamic Psychotherapy, Plenum Medical Book Company, 1979.

Srinivasan, K., Srinivasa, R., Janakiramaiah, N. – A Nosological Study of Patients with Somatic Complaints, Acta Psychiatr. Scand., 73, 1-5, 1986.

Vaillant, G., – Theoretical Hierarchy of Adaptive Ego Mechanisms, Arch. Gen. Psychiatry, Vol. 24, Feb, 1971.

O Foco

Uma das táticas que muitos autores encontraram para abreviar a duração das psicoterapias de orientação analítica, foi a de restringir problemas postos pelos clientes, a fim de evitar grandes deambulações temáticas que pusessem em causa a eficiência das sessões, em termos de tempo.

Dum modo geral, o foco é essencialmente um conceito que se aplica para a zona edipiana, tendo uma aplicabilidade reduzida ou nula nos problemas de personalidade. Um modelo que usa o foco é o STAPP, de Sifneos, que aborda sobretudo problemas da esfera edipiana e em indivíduos com queixas circunscritas. Este autor considera, aliás, que os traços caracteriais pré-genitais conduzem, frequentemente, a insucessos terapêuticos.

Strupp avança com um conceito de foco extremamente clínico e que é, talvez, um pouco mais abrangente, visto que se trata dum foco "interpessoal". Para Strupp, foco é um conjunto de acções humanas, interpessoais, organizadas num padrão dinâmico cíclico, que têm sido fonte recorrente de problemas vivenciais e que dão normalmente origem a dificuldades. Como se vê por esta definição sumária, tanto podemos centrar um foco edipiano, na relação com os outros, mas numa área circunscrita, como na relação de objecto, ou seja, numa forma mais alargada na relação em geral com os outros.

Uma vez estabelecido o foco, ele vai ser enquadrado na biografia do cliente e relacionado com conflitos na infância. Esta capacidade do próprio cliente relacionar os conflitos actuais com os familiares dum passado mais distante, é uma medida do "insight".

Significa isto que, havendo esse "insight", a associação livre se faz sem obstáculos de maior, ou que pelo menos o caminho está lá, dependendo da aliança terapêutica por um lado, e das resistências

que o dificultam, pelo outro. Havendo “insight”, as resistências podem ser paulatinamente ultrapassadas, quer pela força motriz da aliança terapêutica, quer pela justeza das interpretações do terapeuta.

E assim se constitui o triângulo de “insight”, de Menninger, com a transferência e o terapeuta, por um lado, os pais como representantes dum passado distante, pelo outro, e, finalmente, os conflitos actuais ou do passado recente.

Malan descreveu ainda outro triângulo, que designou por triângulo de conflito, e que consiste em defesa, ansiedade e sentimento ou pulsão encoberta. Assim, uma pulsão, normalmente censurada, conduz a uma defesa que, se insuficiente, deixa surgir a ansiedade.

Então, com este esquema, é útil compreender qual o conflito mais aparente, mas em relação com o conflito infantil. Trata-se de uma versão mais completa dos conceitos de conflito nuclear e focal, já descritos por French nos anos quarenta. A ideia é sempre a mesma: conseguir que o cliente se aperceba de uma forma muito mais emocional do que racional, da ligação entre o passado conflitual e o problema actual que o aflige de modo a procurar uma psicoterapia.

A seguir, damos um exemplo de pesquisa de um foco, num caso com problemática neurótica.

Trata-se de M., de 25 anos, casada, empregada de escritório.

Procurou um terapeuta por indicação da sua médica de família que a tinha medicado com um antidepressivo, com pouca melhoria. As suas queixas à data da primeira consulta, são cefaleias, insónias e crises de choro. Diminuição do apetite.

Os antecedentes familiares não revelam dados de interesse para a história actual.

M. não refere trauma psíquico infantil, apenas uma relação um pouco difícil com a mãe, que a cliente descreve como autoritária e “teimosa” (sic), embora sempre disposta a ajudar. O pai é sentido como um pouco distante, mas M. sente que sempre pôde contar com ele nos momentos difíceis, como quando M. quis abandonar os estudos.

Na escola era um pouco reservada, mas acabou por fazer algumas amizades. No ensino secundário o quadro foi parecido, tendo mantido duas ou três amizades até hoje.

Começou a namorar aos 15 anos, mas foi uma relação “sem importância” (sic). Aos 18 anos conheceu o actual marido, com quem

casou aos 23 anos. Durante o namoro, a relação é sentida como gratificante, embora o namorado fosse um pouco “teimoso” (sic).

Não se lembra de alguma vez ter tido qualquer episódio como o actual. Não sendo uma pessoa muito “alegre” (sic), gosta de conviver. Trabalha no emprego actual desde que interrompeu os estudos, aos vinte anos. Foi o pai que a ajudou a encontrar o emprego. Não sendo a profissão ideal, M. relata que o ambiente do escritório é acolhedor, o que lhe permite não sentir muita frustração profissional.

Desde há cerca de três meses, logo após o parto, M. começou a sentir várias inquietações como “será que sou capaz de criar a minha filha?” (sic).

M. acha que o marido a apoia, mas que já está um pouco cansado das queixas dela.

M. não percebe o que se passa com ela. Com um ar distante, fala com alguma lentidão. Nem se pode dizer que esteja triste; apetece-lhe pouco falar.

T. – Desde quando está assim?

M. – Desde há três meses.

T. – Na sua opinião, porquê?

M. – Não sei, passo o tempo nisso e não consigo compreender. Agora vou desistindo de perceber. Acho que estou doente.

T. – Alguém da sua família já esteve assim?

M. – Não me lembro, acho que não.

T. – Já alguma vez tinha estado triste sem razão aparente, sem saber porquê?

M. – Não, acho que já tenho tido os meus problemas, mas havia sempre uma razão.

T. – A M. diz que ficou assim desde que nasceu a sua filha. Mas desejava-a, ou não?

M. – Sim, sim, e muito. Sempre quis ter filhos, e agora ...

T. – Porque é que diz que não consegue cuidar da sua filha? De facto até o tem feito ...

M. – Sim, mas o meu marido ajuda-me muito. À noite, quando vem do trabalho, ajuda-me imenso...

T. – Ele só vem à noite?

M. – Sim, sai do emprego às sete horas. Como moramos longe, só lá pelas oito e meia, nove horas é que ele chega.

T. – Durante o dia é a sua mãe que trata da sua filha?

M. – Por enquanto não, porque estou de férias, mas a partir do próximo mês, vai ser assim. E ela tratará melhor do que eu.

T. – Como é que sabe?

M. – Sinto-o, não sei.

Quando se pergunta pela opinião de M. sobre os sintomas, a resposta pode ser esclarecedora. De facto, se há “insight”, uma certa psicogénese é verbalizada, ainda que empírica, e, ao mesmo tempo, uma certa mundivisão de como as coisas se passam. A atribuição da depressão a causas circunstanciais, como o clima, o cansaço ou o excesso de trabalho, por exemplo, são indicadores de pouco “insight”, ainda que momentaneamente. Claro que o senso clínico, nessa avaliação, terá que prevalecer, visto que o próprio quadro da depressão pode causar uma certa dificuldade na verbalização de emoções e sentimentos. Pensamos ser este o caso de M. .

Na sua biografia, não há história de depressão endógena, visto que havia sempre causa para o sofrimento mental, e a expressão “já tenho tido os meus problemas” não parece indicar patologia grave.

Em resumo, o discurso manifesto da cliente é bastante claro no sentido de apontar para patologia intrapsíquica, que a cliente integra, sem aparentemente projectar nos outros.

Mas, no plano interpessoal, há que explorar o modo como a cliente se relaciona com o marido e outras pessoas, com as relações actuais, com os pais, com as relações familiares de infância e com o terapeuta, com a sua vertente de transferência. A aparente falta de conflitualidade com os outros, restando apenas uma grande auto-desvalorização, merece uma investigação mais detalhada.

T. – De qualquer modo, como é que o seu marido a ajuda?

M. – Às vezes faz o jantar, outras vezes muda a fralda da menina, depende.

T. – E de noite, quem se levanta para cuidar da menina?

M. – Claro que sou eu, visto que tenho que dar de mamar, e ele trabalha e precisa de descansar.

T. – E no fim-de-semana?

M. – No fim-de-semana!?

T. – Sim, como é que ele ajuda? No fim-de-semana ele não trabalha, podia ajudá-la mais.

M. – Quando ele está, ajuda. Só que ele não se dá bem com a minha mãe e sempre que pode vai sair com os amigos. Além disso é caçador...

T. – Bom, então a ajuda não é assim tanta?

M. – É alguma, não sei se podia ser mais. Ele teve uma educação muito tradicional, não tem jeito para a vida de casa.

T. – Mas o que eu queria saber era se a M. se sente ajudada, e não se ele faz o que pode.

M. – Bom, podia ser mais amigo, no dia-a-dia.

T. – ?...?

M. – Ele até podia fazer poucas coisas, mas sinto-o cada vez mais ausente. Dá-me a sensação de que corre para fora de casa com alegria, não sei...

T. – Acha que a sua relação com ele já não é o que era?

M. – (Vertendo algumas lágrimas) - Acho que não, também não sirvo para nada...

T. – O que é isso de não servir para nada?

M. – Não consigo tratar da minha filha...

T. – E a sua mãe ajuda mesmo?

M. – Sim, faz-me muitas coisas. (Hesita) Só que é muito ríspida quando as coisas não são como ela quer, não sei.

T. – Outra pessoa que se queixa de si?

M. – Sim, de certo modo.

O terapeuta tenta a correlação entre o conflito actual e algum conflito passado, geralmente distante, para avaliar o “insight” e para consciencializar a cliente de que as coisas não são o que parecem. Trata-se dum apelo para o prè-consciente. Num momento seguinte, o terapeuta pode tentar a aliança terapêutica e chamar a atenção para a transferência, se for oportuno. Só que há ainda outro aspecto: a mentalização dos conflitos e o grau de simbolização adquirida pela cliente. De facto, as queixas são genéricas e, não parecendo projectivas, não apresentam um colorido completamente neurótico. A triangulação edipiana ainda não apareceu, embora pareça latente.

T. – O seu pai tem tomado alguma posição sobre a maneira como a sua mãe e o seu marido se dão?

M. – Não, não, nem pensar. O meu pai é muito reservado. Nem diria nada sobre isso.

T. – Mas a M. gostaria que ele interviesse?

M. – Sim, mas para quê? Sempre foi assim, a minha mãe a ralar e ele encolhendo-se.

T. – E o seu marido também se encolhe?

M. – Um pouco. Ele defende-se saindo de casa, sobretudo quando a minha mãe está.

A aliança terapêutica é fomentada de várias maneiras, mas há alguns aspectos a salientar:

A ausência de juízos de valor sobre as opções da cliente. A crítica subreptícia que o marido e sobretudo a mãe exercem parece ter um efeito destrutivo na cliente, provavelmente por lhe tocar em qualquer aspecto do Superego. Podemos imaginar que numa situação edipiana com uma mãe que “afasta” o pai, ainda que com a aceitação deste, a comunicação entre pai e filha tome o aspecto de um autêntico pacto. Talvez, até, sugeríssemos mais o complexo de Electra do que o complexo de Édipo, mas o facto é que parece haver uma revolta surda contra o pai pela sua incapacidade em defender a filha, que está encoberta pela sensação de que “se pode contar com ele”. Esta idealização aparece em relação ao marido, considerado como um companheiro que ajuda, o que não se verifica, pelo menos com a intensidade pretendida pela cliente. E por aí fora. Qualquer terapeuta de formação dinâmica poderia propor uma série de sugestões sobre os problemas de M., e provavelmente com justeza. Só que algumas dessas sugestões pressupõem um esquema prévio conhecido, neste caso o complexo de Édipo. Não sendo possível a “ingenuidade” que qualquer bom fenomenologista exigiria, há que, pelo menos, ir aferindo junto do cliente o sentido das propostas, a par e passo e de uma forma que este as integre. De facto, a tendência do terapeuta deve ser, quanto a nós, para uma relação com o cliente como um todo, evitando ser com o seu Édipo ou o seu aparelho metapsicológico, ou os seus mecanismos de defesa. Claro que eles existem e devem ser investigados, mas em consonância com o cliente, senão a aliança terapêutica pode estabelecer-se insuficientemente ou não se estabelecer. Por exemplo, é visível que se defende da raiva que sente em relação a alguns familiares, nomeadamente à mãe, pela sua intromissão na vida dela, a pretexto de ajudar a filha. Mesmo em relação ao pai, pensamos não estar longe da verdade se desconfiarmos que por detrás

duma certa cumplicidade com o pai se esconde uma profunda revolta pela sua passividade, que aliás deverá ser investigada. Há sempre o perigo da chave hermenêutica que a teoria analítica nos oferece para o inconsciente se sobrepor à realidade do cliente. Sabemos que essa realidade é constituída por vivências que podem estar distorcidas por fenómenos inconscientes, mas aqui há que considerar dois aspectos:

1. Nos modelos dinâmicos de psicoterapia, a abordagem é sobretudo ao prè-consciente e não directamente ao inconsciente.

2. O inconsciente “verdadeiro” é um emergente imprevisível. O previsível é cultural, porque corresponde a um tipo de resposta já esperado. A dificuldade em M. ser logo de início pouco “sincera”, advém do facto de lhe ser difícil suportar a ideia de uma certa traição por parte dos pais (ideia que apesar de tudo não lhe era assim tão estranha), mas também por se tratar de ir contra uma ideia que é a de que relações entre familiares, sobretudo pais e filhos, não se devem pôr em causa.

Então, só uma boa aliança terapêutica pode levar o cliente a ser mais “honesto” consigo e, secundariamente, com o terapeuta.

Outro aspecto que favorece a aliança terapêutica é, graças à própria formação do terapeuta, uma certa intuição que o leva a fazer as perguntas “certas”, como se o terapeuta adivinhasse os verdadeiros problemas. Claro que no fim da psicoterapia, o próprio cliente já fará, eventualmente as perguntas “certas”, mas nesta altura, no meio do seu sofrimento, ele não vê muito espaço para isso.

Mas, voltando ao foco, qual escolheríamos? As considerações feitas deixam entrever que um foco possível seria o trabalho da culpabilidade de M. em relação à mãe pela sua ligação subreptícia ao pai. O alívio dessa culpabilidade poderia fornecer a M. os meios para ela se relacionar de uma forma mais selectiva com a mãe, no sentido de lhe permitir a colaboração, mas em moldes mais partilhados. Com o pai, a relação passaria a ser mais realista, mais aberta, aceitando as contradições de o pai ser simultaneamente compreensivo e um pouco passivo.

Claro que o facto de a depressão se ter desencadeado, pelo menos clinicamente, após o parto, pode levar-nos a pensar que se M. tem eventualmente uma mãe pouco afectuosa, a chamada mãe pragmática, então da sua infância reteve alguma memória de carência.

Agora, com o nascimento da sua filha, essa memória, provavelmente inconsciente, foi reavivada dando lugar à depressão. Também isso pode ser indagado.

T. – Só mais uma questão. O facto de a M. se ter começado a sentir deprimida, a partir do nascimento da sua filha, faz-lhe pensar nalguma coisa, ou acha que foi uma coincidência?

M. – Não sei, também acho estranho. Parece uma coisa anti-natural. Sempre tinha sonhado com a ideia de ser mãe, e agora que isso aconteceu, fiquei assim. Não percebo.

T. – Bom, ter filhos é algo cheio de sentido, mas sabemos que eles exigem muito de nós. Eles como que ocupam um espaço, que nós próprios podemos não ter. Não sei se me entente?

M. – Talvez...

T. – Ou seja: como posso dar o que não tenho?

M. – Sim, penso que sei onde quer chegar. É capaz de ter razão. No entanto... Não sei, a minha mãe nunca me faltou com nada...

T. – Estamos a falar de afectos, não se esqueça.

M. – Sim, talvez. Quando a sua mãe ajuda, há uma parte sua que continua a sentir-se sózinha, não é?

M. – Sim, sim, isso é verdade.

T. – Então, agora que a M. é mãe, se calhar sabia-lhe bem um apoio, mas afectivo, aceitem-na como é, não lhe exigir mais do que pode dar, por exemplo.

M. – Sim, isso seria bom.

Um foco destes já quase não é um foco, isto é a sua localização prè-edipiana liga-o a áreas mais abrangentes da personalidade de M., o que exige um maior aprofundamento da terapia. Essa hipótese é exequível, mas deverá ser combinada com a cliente, depois de lhe ter sido explicado um pouco o que está em jogo. Uma duração um pouco maior da psicoterapia, a grande pertinência de chegar à lacuna básica, são pressupostos fundamentais para a prossecução de um plano deste tipo. Mesmo assim, a duração da terapia não deverá exceder um ano, mas a relação terapêutica terá que ser ela própria o instrumento terapêutico. Dum problema edipiano passamos para a relação de objecto.

Naturalmente, que na ordem do pulsional, este modelo é bastante eficaz e está apenas sujeito às variáveis que acompanham sempre as

vicissitudes duma psicoterapia: a força do Ego, ou a capacidade do cliente em aguentar as sucessivas confrontações que as interpretações e interpelações do terapeuta provocam.

Claro que há outras variáveis não controláveis numa relação terapêutica, mas reservamos isso para o capítulo sobre aliança terapêutica.

Enquadramento dos sintomas em planos

Devemos não perder de vista que o foco é, sobretudo, um conceito edipiano, fora do qual ele tem que ser cuidadosamente revisto. Por isso, gostaríamos de abordar um pouco a questão do tipo de pedido do cliente, de acordo com o seu estadio de maturação ou de momento existencial.

Como referimos, o sintoma ou sintomas podem ser a razão da procura de uma psicoterapia. Só que podem estar camuflados por queixas de uma esfera superior. Por exemplo, é muito frequente haver queixas de relações conjugais deterioradas, segundo o cliente, mas que, logo que os sintomas desaparecem, dão lugar à interrupção da psicoterapia. Também queixas da esfera existencial podem ser uma “fuga para cima” de relações objectais distorcidas e uma fraca capacidade de estabelecer relações interpessoais gratificantes pode-se esconder atrás de questões ditas espirituais. Para a avaliação do “degrau” da escada a que nos referimos anteriormente, não há receitas acabadas. Terá que ser a sensibilidade do terapeuta a escolher o seu ponto de abordagem, mas uma história clínica bem recolhida ajuda enormemente. A existência ou não de relações afectivas significativas no passado, os mecanismos de defesa mais ou menos primitivos são indicadores importantes. Se o nosso cliente revela uma grande tendência para a clivagem, ou funciona muito em identificação projectiva, temos, com enorme probabilidade, um problema pulsional ou afectivo em jogo, e por aí temos de começar.

Isto é mais importante quanto é sabido que o processo de trabalho do inconsciente leva a uma caminhada ao contrário, isto é: uma certa compreensão da degrau mais baixo provoca o aparecimento da angústia no degrau imediatamente a seguir. Se a capacidade de amar fôr aumentada, o cliente interrogar-se-á sobre aquelas questões que

não são acessíveis a uma interpretação pulsional: a morte, o isolamento ou o sentido para a vida. Então, aí a interpretação deixa de fazer sentido e a busca tem que ser mais do campo da hermenêutica e é facilitada através do Encontro. Aqui entram as escolas humanísticas, de que referimos algumas com acção directa na psicoterapia breve, mas gostaríamos desde já de esquematizar um pouco o problema. Assim, e para efeitos práticos, podemos considerar três planos: o pessoal, o existencial e o transpessoal. Não havendo barreiras entre eles, têm, no entanto, abordagens diferentes.

No plano pessoal, que corresponde ao inconsciente de Freud, e ao inconsciente pessoal de Jung, a problemática é pulsional, fortemente influenciada pela relação precoce bebé-mãe, e por outras relações com figuras da infância, e organizadas posteriormente no complexo de Édipo. Este não é o único, mas é paradigmático de muitas tensões instintivas com consequências nas relações afectivas e aqui a interpretação é útil, visto que dá o nome aos afectos, consciencializa os complexos, e o seu mito reenquadra-se com certa eficiência através desta compreensão, sobretudo se acompanhado de forte carga emocional. É aqui que a relação terapêutica actua como factor de experiência emocional correctiva, que os mecanismos de defesa têm de ser desmontados e que se faz o primeiro contacto com o Inconsciente. A formação reactiva, por exemplo, dá lugar à zanga. Os sonhos começam a ser percebidos como vias de acesso ao que eventualmente desagrade saber de si próprio. É a sombra junguiana, com a qual o cliente se vê obrigado a confrontar.

No plano existencial surgem as controvérsias entre Freud e Jung, que se traduzem no afastamento dos dois, e na publicação pelo último de "Símbolos de Transformação", no qual a libido não se limita à energia sexual ou sexualizada, mas a outras manifestações que traduzem a sua diferente natureza. Esta reacção ao biologismo de Freud foi também visível com maior ou menor intensidade em Adler, e em quase todos os autores que enveredaram pelo plano dos existenciais, como Binswanger, Boss e outros, na Alemanha, e Rollo May e Yalom, nos estados Unidos. Rogers, Perls, Viktor Frankl, são outros nomes que se afastaram do primado pulsional, de Freud. As teorias da relação de objecto não levaram a nenhuma convergência, embora Winnicott, Balint e Kohut sejam vistos mais como humanistas

do que os "ortodoxos". de qualquer modo, os planos de que falámos, e que são pontos de observação, aparecem na classificação que a Antropologia Filosófica estabelece: antropologia "de cima", a partir da esfera espiritual do homem, antropologia "de baixo", a partir da natureza do homem, e antropologia "do interior", da constituição vivencial e existencial do homem. Havendo entrecruzamentos constantes, há, no entanto, diferentes abordagens, que só enriquecem o panorama geral. Não é preciso conhecer todas as perspectivas em profundidade, aliás, isso seria quase impossível em termos de ordem prática, mas a simples sensibilidade para a existência de outros planos, é muitas vezes suficiente para a consciencialização dos problemas. Ter em linha de conta de que o caminho começa de facto nas pulsões e nos afectos, mas que o indivíduo não é só aparelho metapsicológico, nem apenas desejanter de relações de objecto, e que tem outras dimensões abordadas pela Psicologia Humanista, é já meio caminho andado. O resto é caminho pessoal do terapeuta, para o qual, felizmente os clientes contribuem.

A., 53 anos, casada, comerciante.

Enviada pelo Clínico Geral, depois de ter consultado um neurologista e um reumatologista. Tem uma artrose pouco significativa.

É casada segunda vez, tendo dois filhos, um do primeiro casamento, de 24 anos, e um do casamento actual, de 16 anos. A relação conjugal é um pouco difícil, mas a ligação parece ser forte.

T. – Desde quando notou as primeiras dores de cabeça, assim persistentes?

A. – Talvez há um ano, mas já antes as tinha de vez em quando.

T. – Há um ano aconteceu alguma coisa de especial, na sua vida?

A. – Não, não, nada que me lembre.

T. – Bem, o seu filho casou...

A. – Ah, mas eu estava a pensar em algo mau.

T. – O que é que sentiu quando ele saíu de casa?

A. – Foi um bocado difícil, mas nada de especial, sei que ele casou bem, tem um emprego, e isso é o importante.

T. – Sim, mas para si é que não foi assim tão simples.

A. – Não foi nada de especial, custou um pouco, mas depressa me habituei. Aliás ele vem muito à nossa casa.

T. – A relação com ele era boa?

A. – Sim, diria que sim. Claro que na adolescência teve as suas coisas, mas passou-se bem. Ele foi um pouco sacrificado na sua infância, com as zangas constantes com o pai. Ainda estive casada com o meu ex-marido cerca de seis anos. O R. nasceu dois anos depois do casamento. Eu separei-me quatro anos depois, de modo que ele sofreu bastante com a situação.

T. – Quando voltou a casar?

A. – Passados dois anos sobre o meu divórcio, mais ou menos. Depois tive o A. quando eu tinha 37 anos.

T. – Com o A. sempre se deu bem?

A. – Sim, é diferente. O R. é mais próximo, viveu com intensidade os tempos conturbados da separação, depois teve algumas dificuldades em se adaptar ao meu actual marido, não sei porquê. Mas as coisas lá foram andando.

T. – Quando nasceu o A., como reagiu o R.?

A. – Um bocado mal, começou a fazer chichi na cama uma vez por outra, não queria ir à escola. Mas também depressa se recompôs.

T. – De modo que com o A. a relação é mais distante?

A. – Sim, um pouco. Gosto imenso dele, mas comunicamos pior. É muito parecido com o pai, que é muito calado.

T. – Aliás o seu primeiro marido era muito diferente deste?

A. – Sim, quase o oposto. O primeiro era um espalha-brasas, fazia cenas por tudo e por nada. Este não, é muito calmo. Foi uma grande ajuda para mim, no período após o meu divórcio. Trabalhávamos perto e tínhamos muita coisa em comum.

T. – Calado não quer dizer frio, distante?

A. – Não, não. Eu acho até que ele gosta muito da família, o que exprime é pouco.

Numa primeira abordagem, verifica-se que a cliente, sem ter muito “insight”, seguramente tem várias fantasias inconscientes a produzirem conflitos e, secundariamente, sintomas. Um dos aspectos a ter em consideração parece ser o tipo de aproximação com o filho mais velho, na qual este como que “substitui” o marido. Parece ser um autêntico confidente da mãe, assumindo, provavelmente com custos, um papel que, por outro lado, lhe terá agradado.

No plano da relação de objecto, é ainda cedo para uma aferição mais precisa, mas alguns aspectos são de salientar: a diferença entre uma relação demasiado próxima com o primeiro marido e a actual, mais distante. Esta distância, que terá de ser avaliada pelo terapeuta, pode dar uma ideia mais global de quanta proximidade lhe é tolerável. A identificação projectiva, embora presente, não alastrou até agora duma forma excessiva para as relações pessoais. De facto parece culpar o primeiro marido pela sua forma de estar exuberante, mas aceita aparentemente as maneiras de ser dos filhos e do actual marido.

O terapeuta pode agora pesquisar melhor o terreno afectivo em que a cliente se move, a fim de perceber se a distância afectiva que o marido impõe lhe é penosa, ou se, pelo contrário, ela atingiu um equilíbrio afectivamente satisfatório.

T. – Sem querer ser muito radical, fica-me a sensação de que foi duma relação forte mas dolorosa para outra mais calma mas insípida. É verdade ou só impressão minha?

A. – Acho que não. Isto é, a sua descrição, não sendo falsa é exagerada, mas tem algo de verdade, só que também sei que não se pode ter tudo. Aliás, não falámos disso, mas entre os dois casamentos ainda namorei algumas vezes e apercebi-me depressa de que cada um tem os seus defeitos e qualidades. Reconheço que a minha relação com o meu actual marido é aparentemente mais fraca mas na realidade sempre que foi preciso pude contar com ele.

T. – Não tem às vezes saudades dum certo “fogo”, mais proximidade?

T. – Não sei se fogo é proximidade...

T. – Está bem como está?

A. – Sem dúvida.

Esta conversa foi tida com afabilidade e o olhar franco e directo de A. deixa o terapeuta momentaneamente “descansado” quanto à capacidade de amar de A. Se a cliente poderia ter feito outras opções parece-nos, de imediato, completamente indiferente. O que há que trabalhar em A é um certo aumento de “insht” quanto a alguns aspectos da sua relação com os filhos, sobretudo com o mais velho, a fim de relacionar as cefaleias com a sua saída.

T. – O facto de a sua relação com o A. ser muito próxima e ele ter saído de casa não lhe terá causado tristeza?

A. – Claro que sim, como já disse, mas ele visita-me muito e de qualquer maneira nos últimos anos ele afastou-se um pouco e a proximidade não era tanta assim. Eu própria passei a investir cada vez mais no meu escritório.

Nesta altura o terapeuta tem várias opções, desde insistir na vertente relacional, e indagar se a saída do filho mais velho a obriga a encarar um pouco mais um marido um pouco distante e um filho que lhe segue a pegada, a perceber que outros aspectos se mexeram aquando da saída do seu filho. Se bem que presentes, os aspectos edipianos vão-se esbatendo com a idade, e insistir numa forma tenaz na sua resolução pode provocar uma angústia inútil que não conduz a nada de esclarecedor.

Aliás, quando há conflito importante e pouco consciencializado, há ansiedade, segundo o conceito de triângulo de conflito, de Malan. Ora o que o terapeuta deve tentar perceber é onde surge a ansiedade. Já vimos que nas relações mais próximas actuais não parece ser. Por outro lado, a aliança terapêutica permite que a ansiedade surja com mais espontaneidade. Assim, a tarefa primordial é tentar a aliança terapêutica o mais cedo possível.

Se um sistema não oferece resposta, talvez seja de procurar no sistema imediatamente superior. No caso da hierarquia de que temos vindo a falar, seria preciso ir ao nível existencial procurar uma resposta ou um indício qualquer que nos permita abordar o problema da cliente com maior eficácia.

T. – A A. disse-me que a certa altura investiu no seu escritório, e até falámos da relação que isso poderia ter tido com o ligeiro afastamento do seu filho mais velho. Gosta do que faz?

A. – Bom, dantes sim, aliás o trabalho não era muito, mas dava para ganhar alguma coisa. Eu tinha outro emprego que me dava uma certa estabilidade. Depois, resolvi ter mais autonomia, abandonei o emprego e passei a dedicar-me à minha pequena empresa. O meu marido ajudou-me nisso. Simplesmente, hoje noto que já não vou com o mesmo entusiasmo. Até já pensei em vender o negócio.

T. – Falou com o seu marido?

A. – Sim, sim, e ele está de acordo. O meu problema é que também não sei o que hei-de fazer. Não quero ficar em casa sem fazer nada.

Nesta altura, pressente-se uma certa ansiedade perante a hipótese de ter tempo livre, não direccionado para algo específico. É fundamental detectar o tipo de ansiedade que aqui surge, averiguando se o problema é de ordem prática, económica, o que não parece ser o caso, ou mais ligado com a expressão de algo, a comunicação, a criatividade. Pode ser uma forma de o inconsciente dar um sinal da necessidade de mudança para este período da vida de A. . Aliás vários dados apontam nesse sentido: a idade de A., provavelmente em plena menopausa, a saída dos filhos de casa, com a consequente mudança de papéis, o desinteresse por actividades profissionais que já pratica há anos, dizem-nos que o problema do sentido para a vida está latente. No entanto, é necessário, também aqui, o terapeuta ter o cuidado de não pensar pela cliente.

T. – Mas precisa do negócio, do ponto de vista económico, ou pode dispensá-lo?

A. – Penso que não é demasiado importante, não.

T. – Então pode desenvolver outras actividades sem preocupações de ordem pragmática, pelo menos por uns tempos, não é?

A. – Sim, sim. Mas não sei o quê.

T. – Em que pensa, se tem uma tarde para si? O que é que faz?

A. – Às vezes, nada. Penso na minha vida passada, na relatividade de tudo. O meu filho saíu de casa contente com o seu casamento e penso que com razão. A mulher dele é muito activa e simpática. Mas também eu saí de casa com o coração aos saltos e deu no que deu. Claro que ninguém adivinha as coisas, mas a relatividade de tudo, o tempo que passa a correr, e eu sem fazer nada...

T. – Nada?!

A. – Bom, nada do que eu queria há anos. Agora...

T. – Por exemplo?

A. – Bom, isto é um bocado ridículo, mas na minha juventude cheguei a pintar, e gostaria de ainda fazer alguma coisa...

T. – Porque é que é ridículo?

A. – Na minha idade? Começar uma coisa destas?

T. – Porquê? Tem medo de não fazer carreira? Não me disse que o problema económico não era premente?

A. – Sim, mas não sei, acho estranho, não sei porquê.

T. – Pintar significa estabelecer uma relação com o que pinta, por assim dizer. O que é que gostaria de pintar?

A. – Não sei, aquilo que me ocorre. Na minha juventude pintava tudo o que aparecia: paisagens, naturezas-mortas, eu sei lá.

T. – E agora, o que lhe surgiria?

A. – Não sei, teria que pensar nisso.

T. – Mas quer dizer que lhe surgiria algo, isto é, vêm-lhe coisas à cabeça, criatividade diria eu?

A. – Bom, não sei, talvez. Mas porque pergunta?

T. – Significa isto que há uma parte de si que quer comunicar. Se não deixar que isso aconteça, sofre, até pode ter dores de cabeça...

A. – Sim, já sei onde quer chegar (esboçando um sorriso). Mas na minha idade...

T. – Na sua idade?...

A. – Bom, não sei. Vou ver.

O problema da idade atinge aqui uma importância muito grande. Logo, há que explorar o que significa a idade neste contexto. No plano existencial a idade pode ter, por vezes, uma importância enorme. Há, como refere Guimarães Lopes, a propósito da temporalidade e baseado no Eclesiastes, um tempo para tudo: para amar, para morrer, etc.. Trata-se de uma verdade constatada ao longo de séculos, ou mesmo milhares de anos, mas pode vir de várias maneiras. Pode ser o resultado de uma reflexão, de carácter mais cognitivo, mas pode ser um chamamento. Uma voz interior que diz para parar, para abandonar as actividades habituais, e, nessa altura, o indivíduo fica atónito, e sem saber porquê, procura mudar. Apanhado de surpresa, fica perplexo e céptico em relação a cada sugestão, ainda que vinda dele próprio. É o momento de o terapeuta insistir e avaliar a ansiedade do cliente nessa área. No plano existencial há uma necessidade de auto-consciência, com passagem do “ter” para o “ser”. Mas para isso há que pagar um tributo ao colectivo. A tendência da sociedade é para a uniformização, para padrões codificados. Um problema que a cliente deve estar a tentar equacionar é o de justificar a passagem duma actividade com lucro para outra, lúdica e de avaliação incerta. Felizmente para A., o marido parece aceitar a mudança, e a decisão

fica assim condicionada à consciência que ela tiver do que está em jogo. A tarefa do terapeuta é, aqui, apenas tentar ajudá-la a consciencializar os dados do problema, a natureza da sua ansiedade, o significado da sua inquietação.

Passadas algumas semanas, e tendo sido trabalhadas questões da afectividade relacionada com o marido e os filhos, e tendo desaparecido as cefaleias, a ansiedade atrás referida subsiste. O olhar continua o de uma pessoa madura, sem as esquivas habituais das pessoas ansiosas na relação. Mas a angústia subsiste. Nesta fase, o terapeuta terá que ser ainda mais exigente consigo próprio quanto à verdade a clareza dos seus sentimentos. Aqui não deve existir o falatório. Conversas do tipo “ porque não há-de pintar”, sabendo perfeitamente que não é uma opção fácil fazem perder tempo e tendem a superficializar a relação.

Os sonhos são uma fonte de indicações sobre o que se passa no íntimo da cliente. De facto, A. sonhou algumas vezes que estava a pintar, e que se sentia bem com isso. Ficava mais leve, menos ansiosa.

T. – O que é que sente, no sonho, quando pinta?

A. – Sinto-me bem, parece que fico menos tensa.

T. – Acha que tem a ver com o que pinta, ou mesmo pelo acto de pintar?

A. – Eu diria que é só pelo pintar em si, mas não sei. Esta noite sonhei que pintava uma igreja, numa pequena montanha. Até achei estranho, já há anos que deixei de ir à igreja, e não sou nada dada às questões religiosas. Na minha adolescência tive uma grande crise e desde então nunca mais quis saber de religião para nada.

T. – A religião, para si é necessariamente representada por uma igreja?

A. – Não vejo que outra forma possa ter, num país ocidental e cristão?

T. – Há muitas formas de religião. Inclusive falou-me em formas de participação social, que abandonou, mas que lhe voltam à ideia, de vez em quando. Isso significa que há causas pelas quais se sente vontade de lutar.

A. – Sim, mas isso é diferente.

T. – No momento em que lhe apetece defender direitos de pessoas que nem sequer conhece, já está a tocar em valores que

ultrapassam o seu dia-a-dia. Se calhar, esses valores estão a ressurgir-lhe, por qualquer razão.

A. – Se calhar é assim, mas não vejo bem como as coisas se juntam. Iamos na pintura e já vamos na luta social e na religião...

T. – Religião e pintura já foram essenciais para si, depois veio a questão social. Acha que são acasos?

A. – (parecendo um pouco mais ansiosa) - Não vejo qualquer vantagem em falar disso, assim.

O terapeuta, no desejo de apelar para questões de sentido, que até foram importantes em anteriores fases de A., provocou alguma ansiedade na cliente, que dá uma pista para o tipo de questões que a estão atormentando. A presença do arquétipo religioso parece causar ansiedade, mas provavelmente, é ainda cedo para as questões serem abordadas desse ponto, visto que ainda estão fortemente ligadas a aspectos culturais. Primeiro a cliente terá que exercitar o direito de ser, autonomizando-se das pressões sociais e culturais, e só depois é possível ir reconstruir a sua mundivisão. A religiosidade não é, aqui, uma atitude perante as religiões oficiais ou os novos movimentos religiosos, mas sim um encontro com o Self.

Bibliografia

- Cancello, L. – O Fio das Palavras, Summus Editorial, 1991.
Frankl, V. – Ante el Vacío Existencial, Editorial Herder, 1984.
Guimarães Lopes, R. – Clínica Psicopedagógica, Hospital do Conde de Ferreira, Porto, 1993.
May, R. – O Homem à Procura de Si Mesmo, Ed, Vozes, 1994.
Sifneos, P. – Short-Term Dynamic Psychotherapy, Plenum Medical Book Company, 1979.
Strupp, H. – Psychotherapy in a New Key, New York, Basic Books, 1984.

A Aliança Terapêutica

A aliança terapêutica é o motor de qualquer psicoterapia dinâmica. Em psicoterapia breve, na qual o terapeuta tem uma participação manifesta mais activa, a acuidade do tema adquire foros de quase centralidade da técnica.

O conceito de aliança terapêutica tem evoluído desde a sua utilização implícita por Freud, até aos dias de hoje. Este autor fala de transferência positiva, que pode ser encarada como uma ideia prototípica de aliança terapêutica.

Dum modo geral, a ideia que prevalece sobre a aliança terapêutica, é a de um contrato entre o terapeuta e o cliente, com alguns aspectos racionais (Menninger), ou, também, com a parte saudável do cliente. De facto, já Freud se referia à capacidade que o cliente eventualmente teria de se observar como se fosse outra pessoa (Sandler). Luborsky distingue dois tipos de aliança terapêutica, a primeira, de tipo I, baseada na empatia e inspirada em Rogers, a segunda, do tipo II, em que há uma concordância entre cliente e conselheiro nos objectivos, na estratégia a utilizar e numa ligação entre os dois.

Não se trata, quanto a nós, apenas da interacção entre a transferência e a contra-transferência, mas, mais uma vez, parece oportuno o conceito de que o todo é mais do que a soma das partes. Trata-se de um fenómeno com muitos aspectos inconscientes de parte a parte. Aquilo que liga terapeuta a cliente, para além do objectivo consciente de resolver os conflitos deste, sob a orientação do técnico, é demasiado multifacetado para ser compreendido em termos teóricos, por mais sofisticados que eles sejam. Não subestimamos a técnica, pelo contrário consideramo-la uma pedra angular na investigação, mas ela é também uma formalização do doseamento da expressão

afectiva da relação terapêutica e da sua adequação temporal. O afecto toca no Self do cliente e favorece a cura.

Resumindo:

$$AT=T+CT+x$$

em que AT é a aliança terapêutica,

T é a transferência,

CT é a contra-transferência,

e x é uma variável desconhecida, mas da qual fazem parte, factores institucionais, socio-políticos e a cosmovisão, tanto do terapeuta como do cliente. Poderá ser também o “entre” o “Eu” e o “Tu” de Buber.

A transferência

Em relação à transferência, aquilo que se passa nas psicoterapias breves não difere muito do que está descrito para outras terapias de orientação dinâmica. A maior diferença em relação à psicanálise consiste na ausência de neurose de transferência e até o seu evitamento. A razão principal é que a instação de uma neurose de transferência obriga a um aumento considerável de tempo na terapia, o que é contrário ao espírito das psicoterapias breves.

De resto, os fenómenos transferenciais em Psicoterapia Breve foram trabalhados de uma forma sistemática por Malan, assim como os fenómenos contra-transferenciais.

O conceito de Freud, de transferência, que é o retorno de sentimentos, normalmente ambivalentes, em relação a figuras parentais, para o terapeuta, continua válido. Se o Ego estiver bem estruturado, a desmontagem desses sentimentos capacitará o cliente para uma relação mais aberta e menos defensiva. Como não há neurose de transferência, que provoca uma regressão bastante extensa, o Ego pode ir avaliando, sobretudo através da experiência emocional correctiva, o “erro” em que estava baseada, aqui e ali, a relação com os outros. Consideramos que extensão não é a mesma coisa que profundidade. As regressões são muitas vezes consideradas sinais inequívocos de profundidade, o que só parcialmente é verdade.

De facto, se não houver integração do vivido na regressão, a experiência perde-se e torna-se um exercício de acrobacia psicológica sem alcance significativo em termos de mudança ou crescimento. O que se pode dizer é que não há profundidade sem algum grau de regressão. Sem “ir às origens” não nos conhecemos, mas esse é outro problema, que aliás Balint tratou magistralmente, como veremos adiante a propósito da lacuna básica. Pode haver regressões malignas, sem qualquer efeito terapêutico, ou até com efeitos negativos e mesmo duradouramente patológicos.

Assim, e diferentemente da psicanálise, que trabalha a neurose de transferência sem ter posto limites temporais, a psicoterapia breve tem toda a vantagem em se restringir à transferência, o que é facilitado, segundo Davanloo, pelas interpretações precoces na transferência. Uma segunda vantagem nessas interpretações é o facto de se chamar a atenção para a realidade da relação terapêutica, isto é, para o facto de que o cliente tem que contribuir activamente para o processo, e não ficar passivamente à espera das respostas de um terapeuta idealizado que tomaria conta do cliente. O psicoterapeuta é, como diria Jung, um “curador ferido”, e só na interacção com o cliente se poderá descobrir algo.

Como já vimos atrás, a regressão é um assunto pouco claro nas psicoterapias dinâmicas. De facto, sendo um recuo aparente nas formas de revelação, utilizando modos mais arcaicos, é ela que possibilita uma real mudança, ou, como diria Balint, um “novo começo”.

Mas, voltando à transferência, que surge por via da regressão, ela pode ser interpretada sistematicamente ou nem sequer interpretada, se o cliente se aperceber dela através da experiência emocional correctiva. O objectivo deveria ser passar da primeira posição para a segunda, se possível. A interpretação é, dum modo geral inevitável, mas, por mais afecto que a envolva, também é, quase sempre, um travão para a aliança terapêutica.

À medida que forem interpretados os fenómenos transferenciais infantis, a relação terapêutica torna-se mais real e próxima dum Encontro.

No entanto, a questão torna-se um pouco mais complexa com o aparecimento das teorias de relação de objecto, que introduzem um

factor e que é a resposta do terapeuta à identificação projectiva do cliente, com consequências na contra-transferência.

Lacam considera que foi Ferenczi quem trouxe para a psicanálise o problema da relação de objecto e foi Balint, seu discípulo, um dos autores proeminentes das teorias de relação de objecto.

Davis (1991) faz uma pequena revisão do conceito de contra-transferência na literatura psicanalítica, e cita, entre outros, Loewald, que afirma que é impossível tratar a transferência e a contra-transferência como assuntos separados. Na sua conclusão, Davis afirma que não havendo neurose de transferência na técnica de Davanloo, e, diríamos nós, nas psicoterapias breves em geral, também não há contra-transferência, em sentido clássico, visto que esta é uma resposta à neurose de transferência. Mas, conclui o referido autor, muito há para investigar nesta área.

A identificação projectiva

A identificação projectiva é um mecanismo de defesa descrito por Melanie Klein, e que, sendo aparentado à projecção, de Freud, tem algumas diferenças, provocadas talvez, pelo “partir” das pulsões, característica da teoria kleiniana. Assim, para Freud, a projecção é um processo através do qual uma percepção interna, depois de um certo grau de distorção, entra na consciência como uma percepção externa. Embora haja a possibilidade da projecção acompanhar uma certa relação normal como o mundo exterior, ela é, essencialmente, em Freud, um mecanismo de defesa, com carácter patológico.

Para Melanie Klein, o processo é um pouco mais complexo e ocorre quando partes do Eu e de objectos internos são separadas e projectadas no objecto externo, que se torna agora detentor das partes projectadas.

A identificação projectiva implica que o receptor da projecção trabalhe o conteúdo do material projectado, que, por sua vez, é internalizado pelo projector.

A atmosfera criada numa relação em que predomine a identificação projectiva pode, assim, ser agressiva, se uma das partes não tiver uma resposta congruente com a projecção. Esta atmosfera, na qual se realiza muito do trabalho com clientes com perturbações

da personalidade, implica já o conceito de identificação projectiva não como um simples mecanismo de defesa, mas como um autêntico processo, interpessoal, e cujo trabalho não se pode confinar às interpretações, mas coloca uma atenção suplementar à contra-transferência.

A. 42 anos, divorciada, empregada de escritório.

T. – O que é que a aflige, de momento?

A. – O que me preocupa é que não consigo encontrar alguém que goste mesmo de mim, sabe como é?

T. – E porque é que isso acontece?

A. – Sei lá. Se calhar o Dr. tem o mesmo problema, mas não diz...

T. – Mas qual é a sua ideia sobre essa dificuldade?

A. – O Dr. sabe tão bem como eu, que o que os homens querem é dar uma voltinha e depois vão à vida. Acham-me graça, dizem que tenho um bom palminho de cara, e é tudo.

T. – Nunca ninguém gostou de si a sério, A.?

A. – E., talvez, durante um certo tempo. Mas esse era maluco, fazia-me cenas que me envergonhavam. Tão depressa me trazia um ramo de flores como fazia cenas. Chegou a bater-me.

T. – E o seu ex-marido?

A. – Ah, esse coitado. Dizia que gostava muito de mim, que não podia viver sem mim, mas ao fim de um ano arranjou outra.

T. – Porque terá isso acontecido?

A. – Oh, Dr., outra vez?! Como é que os homens são? Diga lá um que não seja! O sr. está aí muito calmo, nesta situação, mas eu imagino como é lá fora...

T. – Então acha que a posso ajudar?

A. – Olhe, eu vim cá porque uma amiga minha, que sabe do meu problema, insistiu muito, e agora aqui estou.

T. – Só por isso?

A. – Acha pouco? Eu até o acho bem intencionado, mas...

T. – Quer-me falar da sua infância?

A. – Não tenho muito para contar, mas lá vai.

A constante projecção dos problemas de A. nos outros é bem visível, e um pouco impeditiva de um diálogo menos tenso. A generalização do tipo “os homens são o que a gente sabe” é um

exemplo de defesa primitiva visto que não só utiliza um alvo fora dela, como o tom agressivo não deixa T. aproximar-se, reflectindo em conjunto com A.. A aparente instabilidade do ex-marido de A. só lhe serviu para reforçar a projecção funcionando como a confirmação desta. Podemos testar esse aspecto, na esperança de que se trate apenas de uma defesa momentânea, acentuada pela situação da psicoterapia em si.

T. – Porque é que o seu marido arranjou outra? Já sei, os homens... etc., etc., mas qual a razão concreta?

A. – Não sei. Um dia vira-se para mim, acho que num fim de semana e disse-me que tinha uma coisa para me dizer, que tinha encontrado alguém com quem podia conversar, que o entendia. Fiquei chocada, como calcula, e disse-lhe que não percebia, que ele me dizia que não podia viver sem mim, e agora era isto.

T. – Vocês entendiam-se bem?

A. – Sim. Tínhamos as nossas coisas, mas sim, entendíamos-nos bem.

T. – Sobre o que é que falavam?

A. – Sobre tudo o que vinha à baila, desde filmes, peças de teatro, eu sei lá.

T. – E falavam de vocês?

A. – Muito. Aliás, acho que era um dos nossos temas favoritos.

T. – O que diziam?

A. – Bom, quando tínhamos uma zanga, resolvíamos logo o problema, falando do que se passava.

T. – Falavam os dois?

A. – Claro. Porquê?

T. – Parece que por qualquer razão ele se sentiu de fora.

A. – Não, não vejo como.

T. – Porque discutiam os dois?

A. – Bom, ele era extremamente passivo. Ele é filho único, tem falta de iniciativa. De modo que tinha que o espevitava. Mas acabava por concordar comigo, visto que eu conseguia provar-lhe que ele tinha que se mexer mais.

T. – Como é que o espevitava?

A. – Bom, tinha que lhe chamar a atenção para o facto de uma relação ser a dois, e que portanto, se ele insistisse na sua passividade,

a relação acabaria em breve. Aliás, ele sabia que eu preciso de movimento, de fazer coisas, ou desinteresse-me delas.

T. – Delas? das pessoas?

A. – Eu queria dizer das coisas. Mas... as pessoas. Pois, também.

T. – Mas procurou saber das razões dele?

A. – Ele é muito imaturo. Dizia que queria estar como estava, e pronto.

A projecção continua a pautar o discurso de A..

Mas há outras formas de identificação projectiva mais subtis do que esta. Por exemplo, nas depressões crónicas, uma certa obsessividade e introversão podem mascarar a projecção, mas ela continua presente.

Acrescentaríamos que para Jung, a projecção é um mecanismo normal do funcionamento psíquico, visto que é a transferência inconsciente, portanto imperceptível e involuntária, de um facto psíquico e subjectivo para um objecto exterior. Jung viu na “*participation mystique*”, de Levy-Bruehl, o mesmo fenómeno. Trata-se da identidade arcaica entre sujeito e objecto, que se verifica nas crianças e nos povos primitivos. A recolha das projecções acompanha, assim, o aumento de consciência, tanto histórica e antropológicamente, como no desenvolvimento individual. Em última análise, tal é o percurso da individuação e daí a importância do trabalho da sombra. Também na terapia de clientes “borderline”, esse trabalho é importante, tanto no reconhecimento da parte do cliente, como do terapeuta, senão a aliança terapêutica está condenada ao fracasso.

Embora em rigor os conceitos atrás referidos não sejam completamente sobreponíveis, podemos, do ponto de vista clínico, considerar as semelhanças entre eles, e apontar para a projecção como um dos grandes escolhos da aliança terapêutica.

Outro aspecto que condiciona a aliança terapêutica é a cosmovisão de cada interveniente na terapia.

Esquema geral de uma psicoterapia breve

Feito estes reparos, podemos agora mostrar um esquema dos passos que uma psicoterapia breve deve percorrer.

1. Estabelecimento precoce da aliança terapêutica, sobretudo nas primeiras cinco ou seis sessões. O trabalho do material trazido pelo cliente deve evitar o uso excessivo de qualquer grelha, comentando em linguagem coloquial e de acordo com o cliente, os objectivos da psicoterapia.

2. Planificação no caso de neurose e focalização de conflitos.

3. Ataque às resistências ou consciencialização das máscaras, monitorizando a ansiedade do cliente.

4. Utilização dos triângulos de conflito e pessoal, no caso de neurose.

5. Transferência, mas com tendência para um encontro existencial, logo que os conflitos infantis se consciencializem.

6. Lacuna Básica (Balint, Cortesão). O trabalho da lacuna básica pode levar a outros desenvolvimentos, sobretudo através da psicologia analítica.

7. O terminar. Marcação dos limites de tempo. Verificação da transferência.

Como vemos no primeiro ponto, a precocidade do estabelecimento da aliança terapêutica é essencial, porque vai trazer a relação terapêutica para a ribalta, tornando-a motor da psicoterapia e factor de experiência emocional correctiva.

Quanto ao número de sessões em que a aliança terapêutica deve ser construída, não há um número certo, apenas é feita referência à sexta sessão, que, por qualquer razão que desconhecemos parece decisiva. Bellak, quando quis organizar um modelo de intervenção rápida, verificou que uma parte significativa dos "drop-outs" aconteciam por volta da sexta sessão. Na prática clínica, vários terapeutas confirmam esse número numa forma quase sistemática. Claro que pode ser na quinta ou na sétima sessão que se nota qualquer mudança na postura do cliente, mas por essa altura verificam-se quase sempre alguns sinais importantes como atrasos na sessão, por parte do cliente, um aparente abaixamento do investimento, queixas menores, mas andando à roda do tema: "hoje não me apetecia vir". Se o discurso era fluente e a interacção notória, agora é um certo desinteresse, ou outras formas defensivas. Parece tratar-se numa fase em que acabou a "lua-de-mel" analítica, de que falava Ferenczi. A partir desta altura, talvez o cliente adquira maior consciência de

que é um actor activo, fundamental, no processo em que está investido, e que terá que fazer um esforço maior de que apresentar as primeiras queixas.

Em relação ao ponto 2., já falámos um pouco no capítulo sobre o foco. Relembramos que esta noção é essencialmente edipiana e que se adapta sobretudo aos casos com boas indicações.

O ataque às resistências vai a par e passo com a construção da aliança terapêutica e é-lhe directamente proporcional, se nos é permitida a imagem. Um bom paradigma de ataque bastante frontal é o modelo de Davanloo, o ISTDP. Dum modo geral, e numa clínica heterogénea convém, no entanto praticar esse ataque com moderação. De facto, na prática clínica corrente, uma excessiva selecção de clientes com indicações não é realista e põe de fora bastantes pessoas que poderiam ser ajudadas. No entanto, e dada a importância das consequências teóricas do referido modelo, o seu estudo é imprescindível em psicoterapia breve.

Também já falámos nos triângulos de conflito e pessoal, conceitos importantes sobretudo para quem quer conhecer uma concepção dinâmica da psicoterapia breve.

A transferência é interpretável sobretudo na relação terapêutica. Não deve ser usada como uma arma, mas a favor do cliente.

A lacuna básica irá ser tratada adiante, em capítulo próprio, mas diremos desde já que é fundamental atingir essa zona do aparelho psíquico para que a mudança seja genuína. O acesso a ela depende essencialmente da aliança terapêutica: se esta não existir ou for fraca, a probabilidade do cliente fugir a esta zona é grande.

O terminar também merecerá espaço próprio. Um bom manejo desta fase da psicoterapia pode ser decisivo no sucesso terapêutico.

Uma vez apresentado o modelo para casos com indicações, vamos aprofundar alguns dos aspectos referidos, a fim de nos adaptarmos a casos com menos indicações e que não podem ser ajudados por este esquema, algo linear.

Empatia e aliança terapêutica

A empatia é um conceito um pouco ambíguo, que pode provocar duas reacções diferentes: uma adesão total, por vezes ingénua, ou

uma rejeição, sobretudo por parte de alguns analistas e psicoterapeutas de orientação dinâmica. O perigo é considerar a empatia como um sentimento altruísta, ou um afecto sentimental, prè-concebido como uma disposição que serve para tudo e para todos. Uma abordagem deste género não tem em linha de conta que a maior parte da nossa afectividade tem a sua fonte no inconsciente. A empatia não se recomenda, é uma descoberta, ou, nos primeiros estadios, uma conquista. Rogers definiu-a como um processo, desviando-se assim de uma visão voluntarista, mas que se arriscava a ser superficial. Provavelmente é pela empatia que se poderá avaliar a profundidade de uma psicoterapia, isto é, só na verdadeira empatia se pode comunicar de Self a Self. Só aí a mudança é genuína.

Felizmente, em grande parte dos casos, não é necessário o terapeuta estar obsessivamente preocupado com a empatia, visto que a motivação real para a mudança, da parte do cliente, tende a abrir espaços de contacto, pela palavra, e vai havendo uma certa vitória sobre as resistências. Mas, nos casos em que a relação objectal tem algumas falhas, a empatia volta à ribalta e torna-se quase o cerne da terapia. Só que é nesses casos que a empatia é mais difícil.

Melanie Klein considerou a identificação projectiva como a primeira forma de empatia. Mas, se a carga negativa na relação precoce bebe-mãe fosse muito forte, a projecção levaria a um estilhaçar do objecto externo. Tal é o caso, por exemplo, das estruturas "borderline", e assim, um mecanismo de defesa que deveria ter uma acção positiva, transforma-se na destruição dos laços afectivos.

Kohut baseou, como é sabido, a Psicologia do Self, em grande parte, na empatia.

Malan, já no campo da psicoterapia breve, refere que pode ser necessária muita empatia e habilidade para trazer à luz os factores precipitantes da problemática dos clientes.

O que faz com que autores profundamente treinados e experientes em modelos baseados na terapia analítica apelem para a empatia?

Vimos que a aliança terapêutica não é um mero contrato racional entre duas pessoas de boa vontade que se propõem uma tarefa comum. Parece que o constante trabalho da contra-transferência não chega, sobretudo nos casos difíceis. A aliança terapêutica tem uma vertente

inconsciente pouco acessível mesmo a terapeutas. Tudo se passa como se uma outra zona do inconsciente estivesse presente mas para a qual o terapeuta não estivesse preparado. Vamos observar a fig.

CONSCIENTE
PRE-CONSCIENTE
INCONSCIENTE PESSOAL (FREUD)
INCONSCIENTE COLECTIVO (JUNG), ORGONE
(REICH), ZONA DA CRIATIVIDADE (BALINT)

A linha a tracejado, vertical, representa a aliança terapêutica que passa pelos níveis descritos.

Vamos supor que a aliança terapêutica tem que atravessar as três primeiras camadas e chegar à quarta. No primeiro plano, ao nível do Consciente, não há grande problema, o contrato consciente, com boa intenção, existe, ou nem sequer cliente e terapeuta se encontrariam semanalmente para a tarefa comum. Neste nível todas as psicoterapias fazem a sua aliança terapêutica.

No nível pré-consciente também normalmente não há problemas. Desde que as resistências se detectem, a motivação exista, a relação terapêutica seja razoável. Muitas psicoterapias funcionam também neste plano, como as dinâmicas, as existenciais de pendor dinâmico, e as de orientação fenomenológica.

No terceiro nível, do Inconsciente Pessoal, já entramos no domínio da psicanálise e seus derivados e, eventualmente na análise do Dasein. Mas, partindo do princípio de que o terapeuta fez e continua a fazer o seu próprio percurso, trabalhando o seu inconsciente pessoal, também aqui não deveria haver problemas que não sejam os já referidos, das resistências e do tempo da perlaboração. Dum modo geral, no entanto, se o terapeuta trabalha bem a sua sombra, a psicoterapia deverá seguir o seu percurso.

No quarto nível já o problema se põe doutra maneira. Parece haver necessidade de um trabalho adicional, específico. Mas qual?

Uma primeira tentativa de perceber onde claudica um processo terapêutico baseado na teoria analítica implica descortinar os limites da referida teoria quanto ao funcionamento da psique, seja no indivíduo, seja na relação interpessoal. O Movimento do Potencial Humano veio combater o determinismo psíquico que perpassa na teoria analítica, dizendo que o Homem tem mais possibilidades de mudança e evolução do que as condicionadas pelas relações precoces, de infância e, eventualmente da adolescência. Mais, o Movimento do Potencial Humano vem dizer que há outras capacidades escondidas no Homem, que promoveriam a sua auto-realização, muito para além das pulsões sexuais, mas que o colectivo e o quotidiano não facilitam. Podemos ver semelhanças com a postura heideggeriana, no sentido de que a vida de verdade tem que ser arrancada à rotina.

Um evento que pode "acordar" o indivíduo é uma "peak-experience", que faz ecoar no seu íntimo uma série de emoções e sentimentos de que não suspeitava. Se essa experiência for bem integrada, pode conduzir a um caminho irreversível na procura de um sentido para a vida mais desinteressado do que anteriormente. Para a teoria analítica, a meta a atingir é uma relação genital, com os outros, mas talvez se possa dizer com o mundo. Mas essa relação genital é uma relação de troca e, ainda que bem intencionada e criadora de bem-estar, está condicionada ao plano que Kierkegaard designou por Estético. Esse plano não apela para outras vivências que, por assim dizer, desafiam as leis da Termodinâmica e da Física Clássica. De facto, só dar aquilo que se recebe em quantidades equivalentes é um factor de equilíbrio numa relação interpessoal, mas a questão é que há outras potencialidades que estão camufladas na maior parte dos indivíduos. A própria psicanálise deu um salto teórico importante com a noção de Inconsciente, que não lida com as habituais noções de tempo, de que os sonhos são um exemplo. Esse novo paradigma não existia quando Freud elaborou a sua teoria. Várias tentativas têm sido feitas nesse sentido e uma mais interessantes é a de Bion. Jung também deu esse passo, mas acabou por fazer o seu próprio caminho e criou uma escola autónoma.

Criou-se então uma forte corrente em redor da postura de Freud e que combate as outras variantes da corrente dinâmica, nomeadamente a junguiana. Pensamos que isso acontece, não por

meras posições académicas, mas porque a visão freudiana passou a ser uma mundivisão. Aquilo que começou por ser uma descrição do aparelho mental, passou a ser uma interpretação do mundo.

Um outro limite da teoria analítica é que ela vive da interpretação de factos psicológicos, como a raiva recalcada, a angústia de separação, o Édipo com as suas competições, ciúmes, etc.. Mas a certa altura, surgem questões que apelam para um sentido e não para explicações psicológicas. Falamos por exemplo do sentido para a vida, a finitude, o isolamento, a Culpa, etc.. Trata-se do plano existencial.

O que define a abordagem existencial é a preocupação com a globalidade do Homem. As ciências tendem a ser reducionistas, mesmo que moderadamente, e é preciso voltar a juntar as partes. Por outro lado, é o material não-interpretável que acaba por constituir o tipo de problemas que afectam a Humanidade em geral e que, portanto, são uma interrogação constante desde provavelmente o aparecimento do Homem.

Neste terreno, o nível existencial, a interpretação esconde mais do que revela, e daí a secundarização do símbolo como forma de aprofundamento dos problemas em questão. É que o símbolo também é passível de racionalização, e nesse sentido, fica mais uma prova de erudição do que motor de aprofundamento.

Segundo Ken Wilber, no nível existencial, o homem apreende a totalidade do seu organismo ou da sua existência como ser no mundo. De modo que, segundo este autor, as terapias vocacionadas para o nível existencial subdividem-se em dois grupos: as que procuram a via psíquica, noética, e as que procedem através do corpo. No primeiro grupo estão, por exemplo, a análise existencial, a logoterapia, e no segundo o Hatha Yoga. A Bioenergia tenta associar as duas vertentes.

As questões teóricas que têm dividido analistas freudianos e existencialistas baseiam-se fundamentalmente nos seguintes aspectos:

1. O problema da intencionalidade da consciência, princípio básico da escola fenomenológica e que a teoria analítica relativiza e subverte dizendo que o Inconsciente é mais decisivo do que a consciência vigil, e que, portanto, os dados da consciência são sempre passíveis de distorção grave. Este ponto foi debatido por Ricoeur, que chamou a atenção para as consequências epistemológicas que essa diferença acarreta, pelo menos se devidamente levada em conta.

Haveira um fosso entre uma postura hegeliana e uma outra não hegeliana, por definir, mas que teria outras regras. Seria o próprio conhecimento em si que estaria em causa.

2. Como complemento, criou-se um determinismo psíquico, a partir de Freud, com a ideia de que quase tudo, em matéria de personalidade do indivíduo fica decidido nos primeiros anos de vida. Pelo contrário, os existencialistas vêm nessa afirmação um reforço dum certo reducionismo pulsional que restringe muito a liberdade do homem.

3. A interpretação analítica é um "abuso", encobre mais do que esclarece.

Responder às questões mencionadas não é fácil, sobretudo se postas de uma forma radical. Por exemplo, o determinismo psíquico tem sido relativizado nas hostes analíticas, e podemos considerar que a liberdade é uma descoberta, e não os restos dum drama de infância que decorreu com carências. Por outro lado, a consciencialização dos conflitos infantis é uma achega fundamental para o aumento de liberdade. Na prática clínica, estas contradições teóricas são por vezes aplanadas através da práxis, como em Rollo May ou Laing.

Sem responder cabalmente às questões feitas acima, podemos considerar a consciência não apenas como o plano da intencionalidade, mas também da assimilação do fluxo sensoperceptivo contínuo, mesmo que não haja processamento da informação a nível consciente. Ou seja, há níveis de consciência, mas que não devem produzir conceitos antagónicos.

Uma hipótese que resolve parcialmente o problema é a hierarquização dos vários tipos de problemas, tal como já foi esboçado no capítulo sobre o foco. Se houver mais do que um plano, e se cada plano tiver as suas regras, a tarefa prioritária será estabelecer qual o modelo adequado para o plano em questão.

Outra vantagem da abordagem existencial é que evita a falsa esperança da técnica. No caso da teoria analítica, então, é preciso um cuidado enorme, porque ela descreve muito bem o desenvolvimento da personalidade desde a relação precoce bebé-mãe. Deduzir daí a sua eficácia tem sido um erro, sobretudo nas camadas mais profundas da psique, para trás, portanto da zona edipiana. No entanto, há alguns aspectos fundamentais que a teoria analítica pressupõe: o trabalho da

transferência, e o da contra-transferência, trabalhável pela supervisão.

Se a relação de objecto do cliente está distorcida, é difícil ter acesso à sua essência. Podemos agora colocar outra questão: se o terapeuta conseguisse mesmo entrar no mundo dum cliente "borderline", por exemplo, isso teria algum efeito terapêutico? Normalmente o terapeuta compreende o cliente "borderline", mas isso não é entrar no mundo dele, por um processo, por exemplo, que Buber designou por inclusão, como adiante se referirá. De facto, o terapeuta pode até simpatizar com o cliente, e como tem acesso à imensa literatura sobre estruturas "borderline", julga compreendê-lo. E, no sentido racional da palavra, isso é possível. Mas pode ainda estar muito longe do mundo do cliente.

H., 38 anos, divorciada, acaba de sair de uma relação afectiva complicada, de anos. Neste momento procura a psicoterapia a conselho de uma amiga que já fez uma.

H. – Acredite, Dr., que sofro com a ideia de não conseguir uma relação em que me sinta bem.

T. – Nem antes do A. isso aconteceu?

H. – Nem por isso. É claro que há uns piores do que outros, mas é sempre o mesmo problema. Quando têm o que querem, deixam-nos de lado, ou tratam-nos mal. Já não sou uma criança, o tempo passa e deixam de olhar para mim.

Logo aqui se notam alguns mecanismos de defesa que dificultam a relação terapêutica: a generalização, de que já falámos anteriormente, do tipo "os homens são aquilo que a gente sabe", e a ideia, que é uma profunda contradição, de que os homens só se aproximam pelo desejo mais imediato, acompanhada da preocupação com o aspecto físico. Claro que o que aqui está em jogo é uma projecção de H. e o terapeuta pode ir clarificando estas contradições. A intenção de clarificar, aqui, é apenas a de estabelecer uma aliança terapêutica, e não uma excessiva esperança dum efeito terapêutico em si.

T. – Mas, tal como descreve a situação, não há solução. Ou eles se aproximam por razões menos profundas e aí claro que o seu aspecto é determinante, ou então...

H. – Ah, já sei o que me vai dizer, mas diga-me, em geral, qual é o homem que se aproxima sem ser pelo aspecto? Conhece algum?

T. – Conheço, vários.

H. – Diz isso só para me fazer terapia. Não, isso é da natureza dos homens.

Esta projecção ligada à generalização permite colocar o problema de H. no exterior, evitando que ela se debruce sobre a sua própria incapacidade de aprofundar e manter uma relação gratificante. Como se trata de um mecanismo de defesa primitivo, a sua interpretação é inútil e até pode ser sentida como agressiva.

T. – Oiça, H., eu percebo o que me está a dizer, mas é impossível saber quando vai acontecer, e isso acontece com todos nós. Essa impossibilidade faz parte da vida, é por vezes dolorosa, mas é incontrolável. O que podemos é preparar o terreno, com a nossa disponibilidade.

H. – Pois, isso é o que o sr. Dr. diz, mas se soubesse o sofrimento que esta espera me dá.

T. – Mas eu compreendo. Claro que custa esperar.

H. – Não, não compreende.

De facto, talvez T. não compreenda, apesar do seu esforço nesse sentido. Inclusivamente, alargou um pouco o problema para um nível mais existencial, que é o da espera de algo que nos faz falta, em geral. A espera aqui sentida como uma demora. Talvez até, a injustiça da demora, como se alguém intencionalmente nos fizesse esperar.

A projecção no Destino, por exemplo, é uma forma subtil de identificação projectiva, presente nas depressões crónicas.

Mas voltando a H., é preciso entrar no seu mundo, e T. pode tentar fazê-lo, se trabalhar a sua sombra. T. sabe que se H. tivesse uma personalidade mais estruturada, a espera teria um aspecto menos pungente, isto é, seria doloroso não ter namorado momentaneamente, mas isso diluir-se-ia no dia-a-dia, e haveria a esperança, ainda que por vezes longínqua, de vir a ter uma relação agradável. Mas em H. a urgência ensombra a sua vida; diríamos, em termos dinâmicos, que teria pouca tolerância às frustrações. Mas também T. teve alguns episódios de intolerância às frustrações. Por exemplo, quando quis, na sua juventude, namorar com a Joana, e não foi correspondido. Como o mundo parecia ter desabado. Parecia que a vida tinha perdido todo o sentido. T. já nem se lembrava disso, mas na altura tinha sido um sofrimento atroz.

T. – H. sente que se não arranjar alguém já, nos próximos tempos, a vida não tem sentido...

H. – É isso mesmo.

T. – Ficamos sempre com a ideia de que os outros é que estão bem, mas nós...

H. – Sim, e é o caso não acha?

T. – Se calhar depende. Se achamos que o problema é sempre dos outros, não saímos disto.

Aqui, T. complicou as coisas. Saiu dum plano de partilha para uma racionalização. Agarrou-se à teoria, ainda que com afecto, mas distanciou-se enormemente de H.. Provavelmente assustou-se. J tinha aliás o problema trabalhado e ultrapassado, aparentemente. Mas ali, no reviver com H. os seus sentimentos, recordou, deu nova cor ao vivido. Trabalho para casa.

Se nos apetece saltar para a teoria, o melhor é mantermo-nos calados. O silêncio é muitas vezes esclarecedor.

T., já em casa, depois do jantar, recordou a cena. Agora lembra-se que um dos sentimentos que o assolou foi: "nunca mais confio numa mulher, nem nunca mais quero um namoro a sério". Mais tarde esqueceu-se disso, quando namorou com L.. Foi até ele que acabou o namoro para evitar o sofrimento por que tinha passado. A coisa mais importante da vida a falhar, e fala-se em impaciência. T volta a reviver tudo agora na pele de H.. Com 38 anos, e sem namorado. Mais uns anos e os sinais do envelhecimento a surgir. A fazer um esforço para continuar atraente. E até agora só desencontros. T. tem um estemecimento. Vai esperar.

O Self

Nesta altura, podemos apelar para a noção de Self. Muitas das teorias expostas, ou melhor, dos modelos, pretendem-se baseados naquilo que se passa nos primeiros meses de vida do bebé e na relação deste com a mãe, o que é, do ponto de vista do adulto, quase impossível. Há sempre um grau de subjectividade, que depende menos duma observação rigorosa, do que do maior ou menor senso clínico e intuição do autor que expõe as suas percepções sobre o que se passa nesse período.

Assim sendo, e sem, prejuízo do valor heurístico de que tais modelos se possam revestir, resta-nos a utilização de conceitos cuja validação não é fácil, mas que funcionam, isto é, aceitamos uma interpretação do tipo "tudo se passa como se ...". Nada de original nisto. Muitos fármacos são usados com êxito sem se saber o exacto mecanismo da sua acção.

Um desses conceitos é justamente o de Self.

No sentido de deslindar a série de semelhanças e diferenças que os vários autores nos propõem para definir o Self, apontamos uma descrição grosseira, mas que talvez seja suficiente para o clínico.

O conceito de Self não é vital na obra de Freud, mas surge em vários autores logo nos anos quarenta. Considerado do ponto de vista clássico, Self é diferente de Ego, na medida em que este é uma função dinâmica que opera entre instâncias, O Id e o Superego, enquanto que o Self corresponde à imagem que o indivíduo tem de si próprio, como um todo (Rycroft).

No entanto, Kohut elevou o conceito de Self ao nível de centro integrador e equilibrante desde o nascimento, e que permite à criança suprir falhas exteriores com movimentos interiores, compensatórios, e que persistem ao longo da vida do indivíduo. Assim, o Self, ligado ao Narcisismo como fonte paralela e autónoma em relação ao Ego, tem um percurso próprio, com a construção de self-objects, como ideais e valores. O Narcisismo, por sua vez, vai condicionar a auto-estima. Segundo Kohut, o Self pode permanecer inacessível ao Ego. Este, na interacção com a mãe, vai construindo relações de objecto, determinantes nas relações afectivas futuras do indivíduo.

Para Winnicott, o self não tem tanta autonomia como em Kohut, visto que ele é, sobretudo, o resultado duma evolução que se opera na interacção entre a mãe e o bebé. Se esta for atravessada por problemas na relação, cria-se um falso Self. No entanto, é através do Self que o homem tenta transcender-se, nomeadamente pela acção criativa. O Inconsciente adquire então para Winnicott, tal como para Kohut, um aspecto positivo. Assim, para além dos conflitos e perigos, o Inconsciente está cheio de capacidades enriquecedoras de vida.

Para Jung o Self é um arquétipo da totalidade da psique. É vivenciado como algo que ultrapassa o Ego, que o transcende. É inato e a sua vivência é numinosa.

Então, a acção "curativa" implica colocar o indivíduo em contacto com o seu Self. Vejanmos as consequências disto na aliança terapêutica.

Para Kohut, a relação terapêutica passa sobretudo pela empatia. Segundo este autor, a associação livre e a análise das resistências vieram libertar a introspecção das racionalizações. De qualquer modo, associação livre e a análise das resistências permitem a emergência do Inconsciente, o que dá à psicanálise a sua especificidade de observação.

Claro que estas considerações baseiam-se nas hipotéticas formas que terá tomado a relação precoce bebé-mãe. Como ciência interpretativa, tal posição não nos deve apoquentar, desde que não seja tomada como uma autêntica explicação científica.

Resumindo, o Self tem, provavelmente de tudo um pouco o que os vários autores têm dito dele: ele é inato, ou pelo menos muito precoce, é uma força vital com mais ou menos autonomia, conforme os autores, mas sempre com um percurso próprio.

Tem também uma função homeostática, equilibradora, e pode ser sentido como algo que nos transcende. Seja como for, a importância do Self como centro psíquico orientador parece ser aceite por quase todas as escolas de psicoterapia actuais.

Acrescentaríamos apenas uma distinção que Assagioli faz entre o Self Pessoal, que dá a identidade no campo da consciência, e o Self Transpessoal, mais no sentido de Jung. O Self Pessoal é uma projecção do Self Transpessoal. Neste contexto, a maturidade do indivíduo atinge-se na identificação do Self Pessoal com o Self Transpessoal.

Então, o Encontro, que propusemos como uma possível e desejável evolução da aliança terapêutica, deveria ser entre Self e Self. Como entramos num campo de uma enorme subjectividade, a orientação do terapeuta neste aspecto vai depender da escola em que se inscreve, ou de algum autor que o influenciou, ou ainda das suas próprias descobertas, na clínica ou no seu percurso pessoal. Em qualquer dos casos, situamo-nos no campo das imagens, das metáforas, ou de quaisquer mecanismos ligados à mundivisão do terapeuta e do cliente.

Como conciliar dois modelos aparentemente tão diferentes como o dinâmico e o existencial? Em primeiro lugar, se a prática clínica desmente os antagonismos, são as teorias que têm de ser revistas, ou, pelo menos, enquadradas de outra maneira. Para além dos autores

já citados, há dois, Atwood e Stolorow, que têm feito um esforço notável para integrar as concepções psicanalítica e fenomenológica, que tem conduzido a um modelo que designam por psicanálise fenomenológica. Trata-se de uma proposta influenciada pelos pensamentos de Husserl, Heidegger e Sartre, pelo lado fenomenológico, e por Kohut, do lado psicanalítico. O todo é visto através duma perspectiva estruturalista e pode ser considerado como uma abordagem de relação objectal, mas mais fina, por influência da fenomenologia.

Uma outra via, que procura respeitar a tradição das escolas em confronto, seria a hierarquização dos modelos.

A teoria analítica é esclarecedora e coerente na descrição do desenvolvimento infantil e suas consequências para a formação da personalidade. Rejeitar esse manancial é injustificável; que essa compreensão não se acompanhe sistematicamente de sucesso terapêutico, não invalida o seu valor, visto que a descrição não envolve necessariamente a resolução. Em termos sistémicos, aliás, procurar a resposta na descrição, neste caso, conduz a uma mudança de tipo I, ou seja, como diria Watzlawick, seria “um pouco mais da mesma coisa”. Onde há demasiada identificação projectiva, ela teria que ser diminuída, onde não há muita clivagem, deixa-se estar, etc.. Chamamos a este tipo de postura “psicoterapia ortopédica”. A questão da resposta dentro do sistema é geral. Também uma certa compreensão dos problemas que afligem a Humanidade não dão imediatamente a chave desses problemas, longe disso.

Pode acontecer que a resposta ainda que parcial para um dado sistema, esteja no sistema acima. Não se pode tratar uma estrutura “borderline”, por exemplo, sem conhecer a obra de Kernberg, mas a resposta pode não estar aí. Está no Encontro, ou não está em lado nenhum.

A primeira abordagem pode ser dinâmica, e tem que ser para quem fez essa formação. Havens (1981) propõe, sem abandono da formação dinâmica, uma grande atenção às escolas existenciais e interpessoais no sentido de se entrar no mundo do Outro. Há que clarificar, até que o doente perceba, que os problemas também estão nele. Nesta fase ele tem que se sentir aceite apesar das dificuldades que vai sentido como suas. Só uma aliança terapêutica muito forte

pode levar a isso. A proximidade genuína do terapeuta é um factor importante e tem a vantagem de diminuir a raiva narcísica do cliente. Mas esta proximidade não tem que ver com revelação de problemas pessoais ou de quaisquer pormenores da sua vida afectiva, por exemplo. Proximidade aqui significativa verdade. Verdade na comunicação que se estabelece e que obriga o terapeuta a esconder-se o menos possível atrás da sua máscara, só dizendo o que sente. Se não sente, não diz. Frases como “estou inteiramente ao seu dispor” e “pode confiar em mim”, se não forem sentidas, é melhor não serem ditas. Também pela negativa. o cliente pode aprender a confiar. Quando o cliente diz “sou um chato, não me deve querer aturar”, o terapeuta pode responder “hoje está um chato”, se já houver aliança terapêutica.

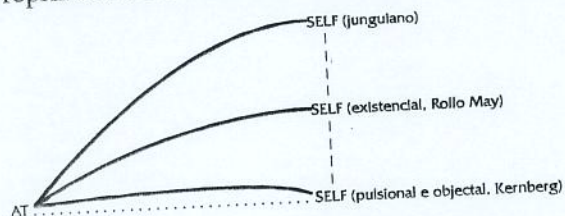
Das definições de Self atrás referidas, podemos deduzir duas coisas: o Self é uma estrutura superior, nos planos que propomos, mas também pode ser vivido em vários planos.

Conforme a escola de psicoterapia, assim a noção de Self adquire mais ou menos importância. Nas escolas mais freudianas, o Self tem uma conotação centralizadora, mas limitada às relações objectais. Nos existencialistas, o Self adquire uma importância maior, o que se compreende porque se trata de escolas que tentam abordar o indivíduo na sua globalidade, para além do seu aparelho metapsicológico, da sua relação de objecto, etc., e, portanto, aí há que apelar para um centro superior e organizador duma forma sistemática. Nas escolas humanistas, o Self é mesmo o centro donde vêm os sentimentos de transcendência, de ética, dos valores acima do Ego consciente. Nas escolas junguianas, o Self é um arquétipo que, para alguns autores como Edinger, chega a ser a imagem que o indivíduo tem da centelha divina.

Provavelmente, estes são pontos de vista complementares, que se escalonam de tal forma que no mesmo indivíduo, ao longo do tempo, fazem com que o Self vá sendo sentido como diferente, consoante o plano em que aborda os seus problemas.

Tem sido dito que no tempo de Freud, a libertação sexual foi importantíssima, mas que hoje é necessária uma libertação de carácter mais espiritual. Realmente, grande parte dos clientes que procuram uma psicoterapia, falam da sua intimidade afectiva e sexual com algum à-vontade, uns mais que outros, e raras vezes a falta de informação a

esse respeito é obstáculo à progressão da psicoterapia ou ao seu aprofundar. Mas se inquiridos sobre as suas convicções religiosas, muitos coram, hesitam e evitam responder de uma forma directa. Essa parece ser a grande privacidade do cliente actual. Aí é preciso trabalhar o reprimido e o recalcado.



Conscientemente, o terapeuta promove a aliança terapêutica a partir do nível objectal, deixando para um trabalho posterior os níveis mais acima, e se o cliente o desejar.

Dentro desta hierarquia, vemos agora como é possível utilizar a teoria analítica como descritiva e como chave hermenêutica para o inconsciente pessoal, embora privilegiando, a pouco e pouco, uma relação terapêutica não-interpretativa e prestando o maior cuidado às vivências. A delicadeza e profundidade da descrição dessas vivências podemos encontrá-la nas obras de arte, nos mitos, nas descrições de filósofos, etc.. Não é preciso copiar Kierkegaard, a sua leitura é que nos pode tocar e provocar o aprofundar das nossas emoções.

Parece assim que a empatia, se bem que fundamental, não é suficiente. De facto, já Buber fazia uma distinção entre a empatia e o processo que ele considerava o diálogo, que se pode colocar entre Self e Self.

Na filosofia de Buber, a relação estabelece-se entre um "Eu" e um "Tu", havendo um "entre" que engloba o individual e a relação. Outra hipótese é uma relação "Eu-isso", que, segundo Buber, está actualmente muito espalhada, e neste caso, o Outro funciona como um objecto. Esse é um perigo já atrás referido que surge quando a preocupação com o aparelho metapsicológico, a sua relação de objecto ou a sua patologia, se sobrepõe à relação terapêutica. Se bem que por vezes essa situação seja compreensível, não deve ser a principal forma de relacionamento com o cliente.

O primeiro passo a dar, para se tentar o Encontro, é a inclusão. Não é algo que se possa controlar, mas para a qual se tende, e implica passar para "o lado do cliente", de uma forma genuína e sem medo de perder o contacto com o self. É necessário ganhar a confiança de quem se defende de alguém tentar entrar no seu mundo.

Segundo Hans Trueb, um analista junguiano, que adoptou a perspectiva dialógica, os movimentos de defesa do indivíduo consistem sobretudo em "fuga do Encontro". Cria-se, assim, uma introversão elementar, com isolamento do mundo. Só que esse isolamento não é total e o indivíduo fica como que à espera de algo que lhe restabeleça o diálogo.

A relação de Self a Self far-se-ia, assim, para além do inconsciente pessoal, numa zona que se pode associar ao inconsciente colectivo, de Jung, ao Orgone, de Reich, ou à zona da criatividade, de Balint.

Maslow considerou que o encontro real no "entre" é uma "peak-experience", e assim voltamos à questão da profundidade: ela tem que ser abrangente, tem que dizer respeito à maior globalidade possível da pessoa, e não uma exaustiva descrição de parcelas das vivências, ainda que importantes.

Bibliografia

- Atwood, G., Stolorow, R. – Structures fo Subjectivity, The Analytic Press, 1984.
- Davanloo, H. – Short-Term Dynamic Psychotherapy, (in Comprehensive Textbook of Psychochiatry, Vol. 2, 4ª edição, 1985).
- Davis, D. – Review of the Psychoanalytic Literature on Counter-Transference, Vol. 3, 131-143, 1991.
- Friedman, M. – The Healing Dialogue, Jason Aronson Inc., 1985.
- Hycner, R. De Pessoa a Pessoa, Summus Editorial, 1995.
- Jung, C. – Ab-reação, Análise dos Sonhos, Transferência, Vozes, Petrópolis, 1990.
- Kohut, H. – Restauração do Self, Imago Editora, 1988.
- Lacan, J. – Le Seminaire, Livre I, Éditions du Seuil, 1975.
- Margulies, A., Havens, L. – The Initial Encounter: What to Do First?, Am. J. Psychiatry, 138: 4, April, 1981.
- Maslow, A. – A Experiência “Religiosa do Amago” ou “Transcendente”, (in O Mais Elevado Estado da Consciência, Cultrix / Pensamento), 1993).
- Ogden, T. – On Projective Identification, Int. J. Psychoanal., 60:357-373, 1979.
- Sami – Ali-De la Projection, Dunod, 1986.
- Sandler, J., Dare, C, Holder, A. – The patient and the Analyst, George Allen & Unwin Lto, 1973.
- Segal, H. – Introdução à Obra de Melanie Klein, Imago Editora Lda., Rio de Janeiro, 1973.
- von Franz, M. – L. - Reflexos da Alma, Cultrix / Pensamento, 1992.
- Winnicott, D. – O Brincar e a Realidade, Imago Editora, Lda., 1975.

A Lacuna Básica

O conceito de lacuna básica é da autoria de Balint e sofreu alguma evolução na sua definição pelo próprio autor. Nasceu provavelmente na sequência da observação atenta do fenómeno da regressão, começada já pelo seu mestre Ferenczi, e que tanta celeuma criou no meio da psicanálise, e traduzida na querela entre Freud e Ferenczi.

Regressão é, para Freud, um retrocesso a formas psíquicas mais primitivas, no desenvolvimento infantil. Com as suas vertentes tópica, temporal e formal, corresponde a um padrão de respostas de um estadio mais antigo que substitui o mais actual.

Atentemos em outras maneiras de ver a regressão. Por exemplo, no estudo dos estados místicos, Prince e Savage chegaram à conclusão de que aí haveria realmente uma regressão, mas, na senda de Kris, uma regressão ao serviço do Ego, ou seja sem consequências danosas para a pessoa. Para estes autores um estado místico caracterizar-se-ia pela renúncia aos interesses mundanos, pela inefabilidade, pela qualidade noética, pelo êxtase e pela experiência de fusão. Como veremos adiante, na lacuna básica aparecem alguns destes aspectos duma forma mais ténue, mas por vezes marcante. Para Prince e Savage, a regressão tem, no entanto, uma coloração própria das vivências infantis. Mas para Owens, uma analista junguiana, isso deve-se à estreiteza do inconsciente pessoal. Na realidade, se considerarmos o inconsciente colectivo, as vivências da regressão não são senão um retorno à fonte primordial, lá onde o Homem tem que retemperar as suas energias. Ou, como diria Pierre Weil, a regressão é uma progressão para níveis de consciência mais alargados.

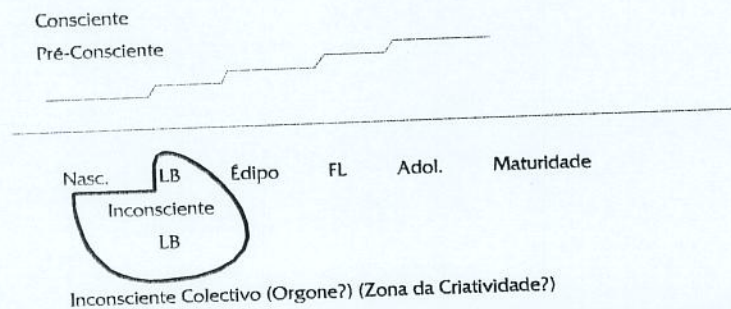
Temos, assim, duas vertentes a considerar: a regressão como linguagem infantil, e a regressão como via de acesso a estados

alterados de consciência. A simultaneidade ou não destas vertentes é objecto de estudo da Psicologia Transpessoal.

Assim sendo, e considerando que a regressão deveria sempre ser benéfica, a questão que fica é o seu maneio. Foi também esta a preocupação de Balint.

Ao fim de algum tempo, e sobretudo nos casos com indicações, o cliente chega à fase da lacuna básica. Isto significa que se passou a fase das interpretações edipianas, e que aqui, elas são sentidas como agressivas, ou, na melhor das hipóteses, indiferentes. É uma vivência dual, sem conflitos e aqui a linguagem adulta é inútil ou enganadora. Esta aconflitualidade é importantíssima e deve ser aproveitada no sentido de consciencializar a tal lacuna, que no dizer de Balint, é uma falta de algo. Esta falha pode levar a um desejo de auto-conhecimento, desta vez além dos conflitos infantis. Estamos, provavelmente, na fronteira com o inconsciente colectivo.

Se perguntarmos a pessoas que passaram por este processo o que vivenciaram, elas responderão, na sua maioria, que se lembram duma grande depressão, embora com alguma esperança. Tal acontece, em nossa opinião, porque a vivência da lacuna básica está associada, nas terapias, e pela cronologia destas, à depressão anaclítica. Isso é difícil de evitar, mas de facto, a nostalgia da lacuna básica, podendo estar um pouco impregnada de tristeza, não é, em si excessivamente depressiva, visto que contém uma forte carga de serenidade e esperança. O diagrama seguinte ilustra o que pretendemos dizer.



Ao ano de vida, em termos de regressão temporal, encontramos a lacuna básica. Só que ela pode ser vista de um ponto de vista tópico e, assim, está na fronteira do inconsciente pessoal para o colectivo.

Curiosamente, Balint, em vez de narcisismo primário, fala de amor primário, justamente por este momento beatífico que o cliente vive e que provavelmente revive da sua infância, desde que não esteja misturado, dizemos nós, com a depressão anaclítica. Esse aspecto de busca retemperadora na lacuna básica leva-nos a outro ponto que é o do problema confiança vs. desconfiança.

Verificamos que a aliança terapêutica tem os vários níveis da relação: consciente e eventualmente racional, pré-consciente e ocupando grande parte da sessão, no sentido de trazer reminiscências para o momento actual, inconsciente, quando a interpretação fez sentido, e um registo para lá dos inconscientes pessoais de terapeuta e cliente, incontroláveis conscientemente, mas para o qual se deve tender, conforme referimos no capítulo sobre aliança terapêutica, a propósito do processo dialógico.

Mas, voltando ao conceito de lacuna básica, uma definição possível, do próprio Balint, no seu livro "The Doctor, His Patient and The Illness", poderia ser uma deficiência na estrutura biológica do indivíduo, com implicações variáveis tanto no corpo como no espírito, provocada pela diferença entre as suas necessidades nos primeiros anos de vida ou mesmo nos primeiros meses, e aquilo que realmente recebeu.

Outra definição é a de uma área mental que está por detrás do Édipo, mas pode estar presente em qualquer altura.

Se observarmos a figura anterior, verificamos que há duas dimensões: uma, que segue por assim dizer a biografia do indivíduo, desde o nascimento, as fases oral, anal e edipiana, a fase de latência, etc., e por aí fora, e que se caracteriza pela medição do tempo. A outra, pode ser vista na vertical, e corresponde a uma visão estrutural sincrónica, e que se poderia descrever como a sucessão de cima para baixo, do Consciente, do Pré-consciente, do Inconsciente e do Inconsciente Colectivo, ou o Orgone, de Reich, ou ainda outras designações. Pondo a questão de outra maneira, podemos considerar dois tipos de acesso à profundidade das camadas da psique: uma longitudinal, em abcissas, e outra vertical, em ordenadas, e que correspondem à distinção que os gregos faziam do tempo. Para eles, havia o tempo mensurável, o "kronos", a nossa linha longitudinal, e o "kairos", que era o tempo certo, o tempo justo, o tempo dos deuses,

que corresponde à nossa linha vertical. O Homem não pode determinar o "kairos" pode apenas preparar a sua vinda visto que funciona apenas no "kronos". Significa isto que há o tempo espacializado, no sentido de Bergson, e o tempo da vivência que não é mensurável. Podemos então trabalhar a profundidade ao longo do tempo, mas podemos também criar as condições para o momento certo, sabendo as suas limitações. Em teoria, se a lacuna básica é uma estrutura da psique, podemos imaginar o seu acesso agora, atravessando as camadas necessárias e que o seriam apenas com o tempo passando. De facto, a Psicologia Transpessoal ensina-nos que assim é, simplesmente o problema está em integrar esse tipo de experiência. Em psicoterapia breve, a nossa atitude é relativamente expectante, nesse aspecto, mas uma aliança terapêutica forte pode produzir efeitos importantes.

Entrando um pouco na visão de Balint, podemos distinguir três áreas da mente: a edipiana, a lacuna básica e a zona da criatividade. Na obra deste autor perpassa uma tendência para considerar o aparelho metapsicológico de Freud como apenas uma das partes da psique. Balint reformula a questão considerando as áreas referidas.

A primeira pressupõe que a linguagem verbal é adequada e suficiente para o entendimento entre cliente e terapeuta, e aí as interpretações são sentidas como tal: podem incomodar, ser sentidas como agressivas, mas a motivação e a rápida compreensão dos seus efeitos permite um avanço na psicoterapia. Na área edipiana as situações tendem a ser sentidas como triangulares. Além disso o conflito é a forma habitual de apresentação do material clínico, como já referimos atrás, ao falar das indicações em Psicoterapia Breve.

Na lacuna básica, a linguagem adulta é inútil ou desadequada para expressar o que realmente se passa na relação e até intrapsiquicamente. A relação, aliás, tem aqui uma natureza dual e não aparece conflitualidade. Pode haver desejos, sentimentos vários, mas não propriamente conflitos. As interpretações são aqui inúteis e, dir-se-ia, em linguagem kohutiana, que apenas ferem o narcisismo. Há, nesse caso, sentimentos persecutórios, o que fez Balint associar parcialmente esta área com a fase esquizo-paranóide. A perlaboração só é possível, segundo Balint, na fase edipiana, visto que ela só funciona se as palavras tiverem aproximadamente o mesmo sentido tanto para o cliente como para o terapeuta.

Chega-se, assim, a um conceito que é o amor primário, também designado por amor objectal primitivo, e que, de certo modo caracteriza e determina a lacuna básica. Trata-se de uma relação na qual uma das partes se sente no direito de ser amado sem necessidade de retribuir. Se tal não acontecer, cria-se um déficit entre aquilo que é sentido como fundamental e aquilo que é de facto recebido. Daí a expressão lacuna: ela pretende realçar que algo fica a faltar, e que não se trata de um conflito, como no Édipo, nem de uma fase, como na esquizo-paranóide, mas sim de uma sensação de que algo está incompleto. Não podemos deixar de associar com a expressão que Jung utiliza como perda da alma.

Outros autores referem aspectos semelhantes nas vicissitudes do narcisismo, como a ferida narcísica, de Kohut, e as descrições de Melanie Klein, das fases esquizo-paranóide e depressiva, com as quais os pontos de contacto foram sublinhados pelo próprio Balint. Mas a originalidade do pensamento deste e do seu mestre Ferenczi reside sobretudo na ideia de que existindo uma boa relação objectal primária a criança segue o seu desenvolvimento sem problemas de maior. Caso contrário, surge a agressividade, a raiva contra alguém de quem se depende totalmente. Neste aspecto, há uma diferença importantíssima entre a agressividade como força primária, coexistindo desde o princípio com os afectos positivos, e a agressividade como resposta ao abandono ou, pelo menos, a uma certa indiferença que seja sentida na relação precoce com a mãe. Esta diferença tem consequências decisivas na técnica, visto que obriga a rever o papel do terapeuta perante a regressão. Já na querela entre Freud e Ferenczi este problema estava presente: devia ou não o analista gratificar o doente em regressão, sobretudo se esta fosse pronunciada? Sabemos hoje qual a opinião de Freud sobre o assunto e as consequências disso, mas a questão continua, se atentarmos na teorização que Balint faz: se a regressão permitir que o cliente faça aquilo que Balint designa por "novo começo", alguns desejos regressivos podem ser satisfeitos, tornando-se secundário que isso interfira com a transferência, que seria a preocupação de autores muito próximos de Freud e mesmo de Melanie Klein.

Finalmente, a terceira área mental é a zona da criatividade. Aqui não há objecto externo, logo não há relação transferencial que permita

um estudo mais detalhado desta área. Aqui se geram as obras de arte, mas também pensamentos científicos, e, segundo Balint, a entrada e saída de doenças mentais ou orgânicas. Neste período, o cliente está predominantemente em silêncio e se bem que a interpretação seja “fugir de algo”, também a verdade é que o cliente “se dirige para algo”. Trata-se, assim, duma resistência, mas duma resistência especial, talvez um pouco como aquela que Hycner fala no seu processo dialógico.

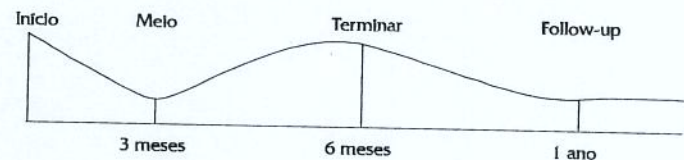
De qualquer maneira, a visão balintiana traz consequências para a clínica. Duma atitude expectante e interpretativa para uma mais confirmativa, uma postura que acompanhe a regressão está mais preocupada com a empatia e a aliança terapêutica do que com eventuais interferências com a transferência. Não se trata de uma ratificação ingênua de mecanismos neuróticos que tenham a dificultar a relação, mas sem algum tipo de confirmação o cliente tenderá a não ser genuíno consigo e com os outros. O cliente sabe ou tem alguma consciência de que tem máscaras. Basta indagar com ele das várias atitudes incongruentes que ele toma ao longo do dia, conforme está em casa ou no emprego ou noutro lugar qualquer. Ora desatento com a família, submisso e revoltado no emprego, ora explosivo num espectáculo que o entusiasme, a sua postura tende a ser plástica, de acordo com o exterior, passando por cima dos seus mais profundos valores, dos quais aliás se esquece, com o hábito de não os escutar. Não é uma questão moral, é uma pressão constante do colectivo que parece ter como missão cercear a criatividade do indivíduo. A consciencialização dessa pressão é um passo importante para o auto-conhecimento.

O terminar

Quanto ao terminar, assunto a que alguns manuais dedicam um capítulo próprio, há que fazer alguns referências, visto que se trata, por vezes, duma fase essencial do processo terapêutico. A forma como termina uma psicoterapia breve, é uma pedra de toque não só do processo em si, como da evolução que o cliente fez ao longo da terapia, e, eventualmente, virá a fazer. Grande parte das vezes, e sobretudo se o cliente tiver uma estrutura neurótica bem

definida, o terminar de uma psicoterapia breve ser uma boa oportunidade de expressar o que se passa na relação terapêutica, mas decorrerá, quase sempre, sem grandes sobressaltos.

No entanto, é muito frequente o recrudescimento dos sintomas nesta fase da terapia. Trata-se de um fenómeno bem descrito bem Malan, e que consiste numa aparente agravamento da sintomatologia do cliente, frequentemente aquela que o trouxe à psicoterapia, mas que felizmente não corresponde a um retrocesso real na patologia. É um fenómeno talvez mais ligado à angústia de separação e à dependência, mas que vai desaparecendo com o terminar da psicoterapia e para além desta. Se fizermos um gráfico da evolução dos sintomas do cliente desde o início da psicoterapia, passando por ela mesma e continuando até ao período de “follow-up”, teremos o seguinte:



Outros fenómenos frequentes nesta fase da psicoterapia, uma vez anunciada ou relembrada a data dos seu terminar, são as tentativas de adiamento da data referida. Pode acontecer o contrário, isto é, o cliente propor uma antecipação do final da psicoterapia, mas a tentativa de o protelar é, de longe, mais frequente. O cliente pode, inclusivamente começar a falta a sessões com o fito, consciente ou não, de atrasar assim o terminar da psicoterapia.

Uma questão que suscita dúvidas, e que é expressa nos manuais, é a forma que deve assumir, no contrato terapêutico, a combinação da data do fim da terapia. Há várias maneiras de o fazer, todas com as suas vantagens e os seus defeitos. Uma data rígida, combinada logo no princípio da psicoterapia delimita bem o tempo de que se dispõe, e provoca uma grande mobilização do cliente na sua implicação, mas pode ser inadequada se tiver havido algum material clínico emergente insuspeitado e passível de ser

trabalhado. Por outro lado, uma grande indefinição nos limites de tempo, pode criar uma certa expectativa da abertura temporal, própria das psicoterapias de orientação analítica. Uma posição intermédia parece ser susceptível de abarcar vários casos e consiste em anunciar ao cliente, logo no princípio, que o processo levará alguns meses, o máximo cerca de um ano. Essa duração fica no pré-consciente do cliente, determinando um certo ritmo da psicoterapia. Cerca de um mês antes do final pressentido por cliente e terapeuta, o anúncio de uma data, essa sim, fixada no calendário, é, normalmente, o suficiente para que se desencadeie o processo do terminar da psicoterapia. Em psicoterapia parece haver como que alguns números significativos. Já falámos da sexta sessão, e a duração das psicoterapias também tem algumas características: cerca de seis meses para problemas edipianos, cerca de um ano se o cliente passou pela lacuna básica, e pouco mais de um ano para os clientes com alguns problemas de personalidade. Se o ritmo da psicoterapia tiver sido intenso, uma duração marcadamente superior a um ano deve obrigar o terapeuta a rever o processo e a indagar sobre a condução da mesma. Claro que é legítimo que o terapeuta tenha atrasado um pouco a condução da terapia, até porque se pode ter sentido obrigado a isso pelo cliente, mas esse é um assunto que já remete para alterações da técnica e tem que ser enquadrado nesse âmbito.

Podemos, portanto, dizer que é melhor interromper a psicoterapia ao fim de um ano, quinze meses, e retomar mais tarde do que prolongá-la excessivamente. Aliás, Budman considera que a tendência neste aspecto é fazer alguns períodos de psicoterapia ao longo de anos se necessário em vez de psicoterapias muito longas.

Também pode acontecer, continuando com os fenómenos que acompanham o terminar de uma psicoterapia, que apareçam sintomas novos. Aqui há que ter muita cautela, porque duas coisas podem acontecer: ou se trata outra vez da angústia de separação, já referida anteriormente, e ultrapassável a breve trecho, ou houve alguma deficiência no diagnóstico inicial. É frequente certos clientes apresentarem uma sintomatologia bastante clara, do ponto de vista duma estrutura neurótica, mas, com o decorrer da psicoterapia, surgirem dificuldades na relação objectal que ultrapassa esse diagnóstico, e que obriga a uma revisão do processo. Já falámos

nisso a propósito das indicações para psicoterapia breve, mas nunca é demais chamar a atenção para a dificuldade que a avaliação psicodinâmica adquire em certos clientes. Neste caso, a estratégia passa do modelo mais estruturado que propomos para os clientes neuróticos para o modelo relacionado com a psicoterapia expressiva.

Claro que estamos a falar, também, do problema da dependência, e, diríamos, tanto do cliente como do terapeuta. Embora este tenha mais obrigação de detectar em si mesmo esse problema, e de o tentar trabalhar o mais possível, ele não lhe é imune.

No caso do cliente, há que avaliar esse grau de dependência. Pode tratar-se duma dependência relativamente benigna, apenas suscitada pela iminência do terminar da psicoterapia, não invadindo o seu quotidiano, mas também pode ser o aparecimento duma forma mais grave, insuspeitada ou não consciencializada, de patologia oral. No primeiro caso, a consciencialização do problema pode ser e é, muitas vezes, suficiente para conduzir o final da psicoterapia a bom termo. No segundo caso, uma abordagem mais kohutiana pode ser uma estratégia a considerar.

Dum modo geral, no entanto, e sem prejuízo da margem que tem forçosamente que se conceder ao senso clínico do terapeuta, são sempre de evitar alterações profundas na maneira de abordar o processo terapêutico. Não esqueçamos que a integração de vários modelos, mesmo dinâmicos, é um processo paulatino, que implica um grande empenhamento por parte do terapeuta. Mais vale um certo rigor no que diz respeito a datas para o fim duma terapia e a outros parâmetros, com a possibilidade de retomar mais tarde o processo, do que ceder às exigências do cliente. Tudo deve ser feito para evitar a neurose de transferência. Não que ela contenha algo de maléfico, mas vai atrasar muito o andamento da psicoterapia. Repetimos: não é a duração por si só que está em causa, mas sim o ritmo que, se fôr mantido, conduz às tais durações, relativamente curtas, que atrás referimos.

Uma forma de terminar que por vezes é adoptada, é a passagem das sessões de semanais a quinzenais. Tem, como em todas as alterações da técnica, vantagens e defeitos. Em princípio, e sobretudo se o cliente tem boas indicações, tais alterações são de evitar. Não são vantajosas, porque camuflam em vez de consciencializar a angústia

de separação, e, portanto, só são de considerar nos casos com patologia mais grave. Nestes casos, já é mais legítimo abrandar um pouco o drama da separação.

Uma outra questão que se põe nesta altura é a do "new-beginning", no sentido de Balint. De facto, se o cliente vivenciou a lacuna básica, reconstruiu a sua relação objectal, e até, alguma da sua mundivisão, naturalmente que tenderá a passar pelo terminar da sua psicoterapia sem grandes problemas e com uma certa profundidade de expressão das suas emoções. Mas, em vários casos, essa vivência não aconteceu, pelo menos duma forma mais ou menos consciente. Há, sobretudo duas grandes razões: ou o cliente tinha objectivos muito restritos para a sua psicoterapia, que foram suficiente trabalhados, e, portanto não foi necessário nem desejado atravessar essa zona, ou o cliente tinha patologia mais complexa, como por exemplo, uma estrutura "borderline". No primeiro caso, também pode ter havido uma enorme resistência em relação à regressão, e não esquecemos o papel do terapeuta nesse fenómeno, mas o facto é que o cliente terá resolvido apenas parcialmente alguns problemas da esfera edipiana. Tratou-se duma psicoterapia um pouco mais superficial, que tem o seu lugar, mas que não dá muitas perspectivas de mudança genuína na relação de objecto. Se tal não fôr de primordial importância, esse relativo sucesso terapêutico é de considerar.

No segundo caso, é natural que a vivência da lacuna básica tenha sido desigual e extremamente irregular. De facto, nas estruturas "borderline" e narcísicas, a permanência com uma certa estabilidade na lacuna básica é extremamente difícil, e esse é mais um motivo para a estratégia se enquadrar no âmbito da psicoterapia expressiva.

A passagem pela lacuna básica representa uma pedra de toque da profundidade e da intensidade da psicoterapia.

Felizmente, no entanto, essa falha pode de certo modo ser recuperada no plano existencial, eventualmente até algum tempo depois de terminada a psicoterapia inicial. De qualquer modo, em todas as fases da psicoterapia, mesmo as iniciais, se pode ir pensando na forma como o terminar da mesma se poderá revestir. Essa é uma maneira de evitar desenlaces abruptos e disruptivos, tão frequentes em clientes com problemas de personalidade.

O "follow-up"

É frequente, em psicoterapia breve, fazer-se uma avaliação do seu resultado, e que consiste numa sessão isolada, realizada cerca de seis meses um ano depois do final da psicoterapia. Desde praticamente o início da história da psicoterapia breve, e intimamente ligada à investigação, este procedimento continua, no entanto a ser de uma grande importância por várias razões:

1. Permite ao terapeuta avaliar a eficiência do processo terapêutico, não só dos sintomas, como de outras mudanças mais estruturais;

2. No caso da investigação ela é, obviamente, um instrumento imprescindível. Neste caso é habitual o uso de escalas de avaliação;

3. Dá uma oportunidade ao cliente e ao terapeuta para, sendo necessário, organizar um outro período terapêutico. Pode ser nesta sessão de avaliação que se discuta a vantagem de se estruturar uma série de sessões noutro dos planos psicológicos referidos ao longo do livro. Por exemplo, a seguir à esfera afectiva, o cliente sente, por vezes, necessidade de trabalhar mais o plano existencial.

A maior ou menor profundidade das mudanças eventualmente verificadas é aqui avaliada, e foi por esse processo que se chegou à conclusão de que as mudanças podiam ser duradouras e não apenas o efeito a curto prazo de uma psicoterapia voltada para os sintomas. Hoje essa questão está praticamente ultrapassada, mas é de notar que só a confirmação ou infirmação dos resultados permite adequar estratégias e melhorar a técnica.

Claro que não se exclui a hipótese de enviar o cliente para outro tipo de psicoterapia se se verificar a inadequação do inicialmente proposto. Pode ser indicado, por outro lado, indicar uma via diferente para outro plano psicológico, se o terapeuta não se considerar preparado. Por exemplo, se o terapeuta considerar útil uma abordagem fenomenológica-existencial, e não tiver essa preparação, deve enviar o cliente para alguém que trabalhe nesse registo. É um tipo de decisão em que o bom-senso tem que prevalecer. O ecletismo que propomos não é no sentido dum alargamento de indicações a todo o custo, mas sim de um aumento de sensi-

bilidade para várias áreas da mente a fim de melhorar e aprofundar a aliança terapêutica.

Também na interpretação dos sonhos o problema da hierarquização se põe: eles revelam também o tipo de problemática em que o cliente se encontra. Em caso de dúvida quanto à linguagem simbólica, mais uma vez uma certa abordagem fenomenológica é sempre possível e quase sempre esclarecedora. A amplificação dos sonhos e a utilização da imaginação activa, de Jung, depende da formação do terapeuta neste terreno, mas é um enriquecimento que se deve ter em conta.

Bibliografia

Balint, M. – On Love and Hate, *Int. J. Psycho-Anal.*, 355-362, 1951.

Balint, M. – Analytic Training and Analysis, *Int. J. Psycho- Anal.*, 157-162, 1953.

Balint, M. – New Beginning and the Paranoid and the Depressive Syndromes, *Int. J. Psycho-Anal.*, 214-224, 1955.

Balint, M. – The Three Areas of the Mind, *Int. J. Psycho-Anal.*, 328-340, 1957.

Balint, M. – *Le Médecin, son Malade et la Maladie*, Petite Bibliothèque Payot, 1977.

Boss, M. – “Il M’est venu en rêve...”, Presses Universitaires de France, 1989.

Budman, S. – *Forms of Brief Psychotherapy*, The Guilford Press, 1981.

Cortês, E. – *Grupos de Análise-Teoria e Técnica*, Fundação Calouste Gulbenkian, 1989.

Owens, C. – A Experiência Mística: Factos e Valores, (in *O Mais Elevado Estado da Consciência, Cultrix/Pensamento*), 1993.

Prince, R., Savage, C. – Estados Místicos e o Conceito de Regressão, (in *O Mais Elevado Estado da Consciência, Cultrix/Pensamento*), 1993.

Weil, P. – *As Fronteiras da Regressão*, Vozes, Petrópolis, 1978.

Um modelo de Psicoterapia Breve Integrada

Desta preocupação em aproveitar as potencialidades de alguns tipos de psicoterapia, com as suas respectivas bases teóricas, surge naturalmente uma questão, que é: um terapeuta não pode dominar todas as técnicas que existem, e mesmo que só pretenda conhecer algumas mais aparentadas, terá um desgaste brutal e só terá tempo para estudar, sem oportunidade para praticar o que com tanto esforço aprendeu.

De facto, tal não é necessário, e o presente capítulo pretende demonstrá-lo.

A questão de hierarquização de que temos vindo a falar é uma tentativa de utilizar um paradigma com vários paralelos conhecidos, sobretudo em Biologia. A Teoria Geral de Sistemas, de Bertalanfy, a noção de complexidade, de Edgar Morin, a hierarquização proposta por Atlan, são exemplos conhecidos e que traduzem uma forma de articular planos diferentes mas interligados. Laborit, com a sua originalidade habitual aponta também para interpretações possíveis nas relações entre sistemas.

Por exemplo, se o terapeuta colocou a psicoterapia num plano existencial, o aparecimento de sintomas acompanhado dificuldades conjugais, obriga-o a “descer” um pouco e a explorar com o cliente a sua vida afectiva. Aqui a expressão descer pretende apenas acentuar a distinção de planos, não fazer juízos de valor sobre o tipo de problemática a trabalhar.

Logo, o terapeuta de orientação dinâmica está aqui num terreno que lhe é próprio. Não é, no entanto, o enquadramento teórico da teoria analítica que lhe vai servir de esteio; é, sobretudo, a sua própria psicoterapia que lhe abre a sensibilidade para os processos pré-conscientes e, na medida do possível, para os inconscientes.

Se o cliente atinge um certo equilíbrio na área das relações com os outros, mas se sente desassossegado, então deve ser porque a “resposta” está no plano imediatamente acima.

Há quase sempre sinais que apontam para um plano ou outro. Provavelmente uma razão para isso reside na própria estrutura da mente. Segundo Lancaster (1991), o Self tem, como as diferentes regiões do cérebro, uma estrutura organizada, com aspectos mais primitivos e comuns aos outros animais, e outros mais sofisticados, próprios do Homem. São eles:

1. O Tronco Cerebral (corresponde à fase reptiliana da evolução);
2. O Sistema Límbico;
3. O Neocórtex.

Esta organização parece ter consequências no funcionamento da mente, nomeadamente porque implica uma hierarquização com reflexos na prática. Ainda é cedo para tirar conclusões muito precisas, mas tudo aponta para a realidade indesmentível de um Self autónomo e organizador.

Mas, e se for mesmo o plano existencial aquele que terapeuta e cliente resolvem trabalhar? Como pode a formação dinâmica ajudar a formular correctamente as questões? Poderá esse terapeuta tentar ir ao Encontro do Outro e procurar desvendar sentidos, sem escandalizar um bom fenomenologista que assista à sessão?

A formação dinâmica encerra em si dois aspectos diferentes: um, o revelar, como já foi dito, de pôr em causa o próprio conhecimento, visto que a própria verdade é posta em causa a partir do inconsciente; outro, o de poder ser perigosamente “ideológico”, utilizando uma grelha que sendo útil, dificulta o Encontro. Se estamos a “ouvir” as associações livres, ou a comparar as relações actuais com as da infância, temos mais dificuldades nos processos de confirmação e inclusão, que são passos fundamentais para a aliança terapêutica. Felizmente, o terapeuta também tem a sua organização hierarquizada, como o cliente, e, como tal também tem necessidade de trabalhar o seu plano existencial. Não é por acaso que os autores das teorias existenciais afirmam repetidamente que neste campo não há técnicas, nem modelos rígidos. É no percurso pessoal que o próprio terapeuta avalia o impacto seja de leituras, seja do Encontro com os outros. Tirando o método fenomenológico, não há razão para os terapeutas

de formação dinâmica se sentirem em desvantagem. Quanto ao método, pode-se tentar apreendê-lo, mas a abordagem pode ser feita de outras formas, como o demonstra a Psicologia Humanista.

Outro aspecto intimamente ligado ao método é o da antropologia que está subjacente à prática do terapeuta. Acaba por ser mais decisivo na abordagem existencial a mundivisão que faz sentido ao terapeuta do que a escolha do método: sem negar a profundidade duma boa fenomenologia, é inegável que a perspectiva que o terapeuta tem, em termos antropológicos, do mundo que o rodeia, vai condicionar em muito o seu trabalho. Provavelmente antropologias muito diferentes podem conduzir a resultados semelhantes, mas é necessária uma consonância entre os modelos escolhidos e a mundivisão.

Um aspecto, no entanto merece a nossa atenção, e que tem dividido terapeutas dinâmicos e existencialistas de orientação fenomenológica: a utilização do símbolo. Trata-se duma questão extremamente delicada e aqui tomamos partido pelos que defendem que podem ser questionável a interpretação sistemática dos símbolos. Não para o plano mais noético, que aí sim, o símbolo pode ser extremamente iluminador. Mas, para o plano existencial, reclamamos mais contenção nas interpretações, embora atentos ao conteúdo latente do discurso, se ele fôr algo dissonante.

F., de 35 anos procura uma psicoterapia por conselho duma amiga. F. queixa-se de uma grande “depressão”, com uma sensação de “esgotamento”.

T. – O que a traz por cá?

F. – Olhe, uma amiga minha disse-me que me podia fazer bem uma psicoterapia.

T. – E está disponível para isso?

F. – Acho que sim, não sei. Pelo menos tentar não custa.

T. – Bom, e de que é que se queixa?

F. – Nem sei dizer bem. É assim uma grande confusão. Não me sinto bem com as pessoas, de há um tempo para cá. Dantes não era assim, mas nos últimos anos tenho vindo a ter menos prazer em estar com os meus amigos. Acho-os desinteressantes. Eles são simpáticos, são excelentes pessoas, mas por qualquer razão farto-me logo de estar com eles. As conversas deles dizem-me pouco. Mas sózinha também me aborreço.

T. – A que é que atribui esse estado de coisas?

F. – Não sei, se calhar é assim com toda a gente, não sei...

T. – Mas disse-me que não foi sempre assim.

F. – Pois, mas não sei...

O terapeuta está com dificuldades em perceber a natureza das queixas, visto que estas são vagas e, por outro a cliente não parece estar verdadeiramente motivada. Entretanto, e a fim de tentar compreender a mundivisão da cliente, procura saber como ela vê o aparecimento dos sintomas.

T. – O que é que mudou nas conversas com os seus amigos? Ou foi a F. que mudou?

F. – Se calhar fomos todos. Mas eu acho que eles estão quase na mesma, eu é que mudei. Eles continuam com os mesmos interesses, as mesmas discussões de há anos. Eu interessei-me por outras coisas.

T. – Como por exemplo?

F. – Bom, eu sei lá, religião, parapsicologia, esses assuntos. Desde sempre que fui assim, mas agora preocupo-me mais.

F. dá algumas indicações no sentido de se preocupar com questões que surgem no plano existencial e parece até estar a fazer uma crise que a afasta dos amigos que não se sensibilizaram para isso. No entanto, outros indícios há que nos fazem precaver contra tal hipótese: a dificuldade com a solidão e a forma um pouco leve como o interesse pelas questões ditas existenciais é descrito. É necessário agora pesquisar as relações de F. com os outros.

T. – A F. é solteira?

F. – Bom, tenho um companheiro, isto tive até há uns tempos. Cá está, outra situação em que me senti mal. Ele só pensa em passear, ir acampar, adora futebol, sei lá, uma série de coisas que não me interessam.

T. – Acha que isso é razão suficiente para acabar uma relação?

F. – Se o outro já não nos diz nada, não é razão suficiente?

T. – Sim, mas as pessoas não nos deixam de dizer nada só pelos seus interesses quotidianos, ou acha que sim?

F. – (Um pouco hesitante) - Bem, as relações também são feitas dessas circunstâncias.

T. – Também, mas não só, como a própria F. pressupõe. Há quanto tempo durava essa relação?

F. – Há uns três anos, talvez.

Claro que para estabelecer uma boa aliança terapêutica, indagar sobre a vida afectiva de F., quando se supõe haver problemas na relação de objecto, não é a melhor forma. Pelo menos com F. parece ser melhor aguardar por outras sessões. Assim, passadas duas sessões, o terapeuta insiste mais um pouco nesta área, depois de ter indagado sobre as relações de F. com os pais na infância e adolescência e actualmente.

T. – Antes do J. namorou com alguém?

F. – Sim, vivi com o A. durante aí uns cinco anos. Foi talvez a relação mais importante para mim. Antes disso tive alguns namorados, mas normalmente não me ligava assim mais a sério a nenhum. Mas com o A. foi diferente.

T. – Mais importante do que com o J?

F. Sim, um pouco. A. adorava-me. Trazia-me flores, escrevia-me versos, eu sei lá, parecia um filme daqueles antigos.

T. – Então porque que acabou tudo?

F. – Olhe, ainda hoje não sei. Vim a saber que ele se interessava por outra e aí comecei a ficar desconfiada. Não que me importasse se fosse só uma coisa física, mas achei que a certa altura ele se estava a envolver com a outra. E isso não. Nunca pude provar nada e ele só me dizia que eu estava a exagerar, que era só amizade, mas eu é que não acreditei. A certa altura a nossa relação era insuportável. Eu cheguei a segui-lo e ele soube e aí cortou comigo. Mas eu também já tencionava acabar com tudo. Felizmente apareceu o J. que me ajudou muito a esquecer o A.

T. – Neste momento, portanto, está sózinha?

F. – Sim e não estou a aguentar. Foi uma das razões por que o vim procurar. Preciso de passar esta fase.

T. – Costuma falar com os seus pais deste tipo de problema. O seu pai, já sei que é difícil de abordar e tem ideias muito feitas sobre estes assuntos, mas a sua mãe?

F. – Nem pensar. Os meus pais são excelentes pessoas, tenho com eles uma relação muito boa, como já disse, mas falar de certas coisas nem pensar.

T. – Mas então o que é uma relação boa?

F. – Sempre que preciso de alguma coisa, até apoio económico,

posso contar com eles. Resmungam, fazem sermões, mas lá ajudam.

T. – Mas contou-me que sempre teve dificuldades em se abrir com os seus pais. Não percebo bem onde é que está a boa relação.

F. – Os meus pais foram educados à antiga, não vê? Mas no fundo sei que gostam de mim.

F. põe um problema muito frequente, que é o da distância afectiva sem ser abandono assumido. Falta a F. a confirmação, no sentido de Buber ou Kohut, o que pode gerar problemas narcísicos da personalidade. Por detrás duma aparente crise existencial, está, para já uma relação objectal deficitária. Temos, por isso que contar com dificuldades na aliança terapêutica.

T. – O que é que faz, quando está sózinha? Em que pensa?

F. – Fico um bocado ansiosa, e não consigo fazer nada de útil. Muitas das vezes o que sinto é um grande aborrecimento, uma espécie de tédio. Por outro lado sei que tenho que resolver isso se quiser evoluir como pessoa.

T. – Pode-me explicar isso melhor?

F. – Não sei se o Dr. acredita, mas eu acredito no destino e que tudo tem uma razão de ser e que somos seres em evolução. Não acha? Eu cá acho que é assim.

O terapeuta já foi levemente confrontado com uma mundivisão mas que se apresenta como nebulosa. Poder-se trabalhar no plano existencial, em prejuízo do plano de Eros? Ou vamos ser bastante redutivos e trabalhar as relações com os outros? É possível trabalhar os dois simultaneamente?

Segundo Atlan, as propriedades específicas de cada nível são observadas em cada plano de análise. Vê-se o que se vê conforme o sítio donde se vê. Mas, pergunta o referido autor, haverá, de facto, esta solução de continuidade de plano para plano? Ou ser ela apenas um artefacto originado nos próprios métodos de observação?

Uma abordagem adequada para um plano não o é para outro. As propriedades químicas são diferentes das físicas e os respectivos métodos também o têm que ser. Parece então que será necessário criar novas disciplinas que nos falem da articulação entre planos e não já do reducionismo de cada plano.

Mas estas zonas intermédias são difíceis de estudar, escapam, no dizer de Atlan, ao conhecimento, embora seja aí que está a origem

daquilo que faz a autonomia dos sistema.

Seria, assim, importante criar interfaces com elementos da teoria analítica e elementos de outras abordagens. Uma tentativa interessante é a de Atwood e Stolorow, que escolheram a psicologia do Self, de Kohut e uma perspectiva fenomenológica, num conjunto estrutural que estuda as relações de objecto, mas considerando uma dialéctica entre terapeuta e cliente.

Em termos de individuação, no sentido de Jung, essas preocupações metafísicas são o sinal do inconsciente a querer “comunicar” algo. Mas com as relações pessoais pouco gratificantes há o perigo de se promover um desenvolvimento adulto desigual e pouco harmónico. A extrema dependência de F. em relação aos pais, embora camuflada pelo facto de já não viver com eles, e de ter tido uma vida afectiva aparentemente autónoma, imdece-a de se ligar mais profundamente a um homem. A separação dos pais é pois uma tarefa urgente, no sentido psicológico. A F. terá de enfrentar a zanga reprimida contra eles e equilibrá-la então com os afectos positivos que, obviamente, também existem. Nesse sentido tanto a abordagem dinâmica como a existencial estão de acordo: a jornada do herói, nos mitos, começa quase sempre pela separação da mãe ou de qualquer figura equivalente e, até, pela saída da pátria.

T. – A F. tem-me dito que os seus pais são extremamente compreensivos consigo. Alguma vez achou que não era assim?

F. – Não, nunca.

T. – Nem na adolescência? Disse-me que o seu pai era um pouco rígido.

F. – Sim, mas isso é porque ele teve uma educação à antiga, sabe como é?

T. – Mas para uma adolescente a educação do seu pai não a consola nada, penso eu.

F. – Não, mas eu sempre compreendi muito bem as pessoas.

A formação reactiva é um dos primeiros mecanismos de defesa que a F. terá que trabalhar, sob pena de comprometer qualquer avanço verdadeiro na sua capacidade de amar.

Assim, e para começar, a abordagem dinâmica é perfeitamente adequada para se iniciar o processo terapêutico, embora já se possa, aqui e ali, trabalhar alguns aspectos da esfera existencial. No entanto,

passar da Esfera Estética para a Esfera Religiosa, no sentido de Kierkegaard, pode criar uma vivência estética do religioso: vemos isso nas formas objectivantes de religiosidade. "Se tens fé, hás-de curar-te" é um exemplo de expressão dum certo compromisso negocial, contrário a qualquer verdadeiro encontro com o Self. A frase não é uma mentira descarada, mas é incompleta e não reflecte o lado de descoberta que é a fé; pelo menos no sentido psicológico. Este, por seu lado, não trata da fé no sentido teológico, refere-se a um encontro consigo próprio, a um auto-conhecimento. Esse auto-conhecimento começa melhor se começar pelas relações afectivas mais representativas a fim de que estas não envolvam demasiado as imagens mais arquetípicas, mais reveladoras do processo de individuação.

A formação de terapeutas em psicoterapia breve

Quanto à formação dos terapeutas em psicoterapia breve, gostaríamos de fazer algumas considerações, muito resumidas. Sabemos que o problema está em aberto, que não há receitas infalíveis, e que sempre, em qualquer formação, há os que a integram e continuam a fazê-la crescer dentro de si, e outros, normalmente, uma minoria, que apenas parcialmente a recebem e que com poucos meios tentam arranjar rapidamente uma fórmula que lhes dê descanso e a ilusão de, por pertença a um grupo científico, estarem equipados para toda e qualquer situação terapêutica. Trata-se dum fenómeno que provavelmente ocorre em todas as escolas de psicoterapia, e portanto, também em psicoterapia breve, há que contar com ele.

Considerar uma análise como base indispensável para se ser psicoterapeuta de psicoterapias breves parece-nos, no mínimo, excessivo. Não que se rejeite uma formação deste tipo, se ela tiver sido feita, mas não nos parece uma condição "sine qua non", tal como se reconhece em muitos centros de formação. Vimos já que profundidade não é sinónimo de longa duração, nem de exaustividade. Podem estar associadas, e por vezes estão, mas não se trata de uma inevitabilidade. Temos hoje outros meios de acelerar processos, sobretudo através da aliança terapêutica, com tudo o que isto implica na formação do terapeuta.

Uma formação dinâmica longa parece-nos ainda mais discutível. Isto é, arrastar durante anos uma psicoterapia face a face, uma vez por semana, não é, provavelmente, a melhor das soluções. Tem o defeito de criar um padrão de ausência de limitação de tempo.

Cerca de um ano de psicoterapia pessoal dinâmica também nos parece pouco. Tem a vantagem de conduzir mais facilmente a que o futuro terapeuta integre um padrão de limitação de tempo e a que adquira um ritmo próprio numa psicoterapia breve, mas é escasso no plano do seu desenvolvimento adulto. Pode ser eficaz para o trabalho de algumas questões da esfera afectiva, mas não é suficiente para a extensão e complexidade das problemáticas que os clientes vão pondo. Fica adquirido o ritmo da psicoterapia breve, o que não acontece com as duas propostas anteriores, mas não dá continuidade a um processo que se iniciou com a psicoterapia breve, mas que não termina com ela.

Devido à natureza do modelo integrado que aqui apresentamos, é provavelmente, na hierarquização do mesmo que poderemos encontrar alguma resposta. Lembramos que este é um problema ainda em investigação em todos os locais onde se pratica a psicoterapia breve, não havendo uma resposta acabada.

Se de facto existe uma certa hierarquização dos problemas psicológicos, se ainda temos necessidade de os avaliar em planos de observação diferentes, então teremos que estudar os diferentes planos. Como já foi referido, tal não é possível até à exaustão, mas alguns princípios podem ser desde já trabalhados.

Quando o formando está já num período relativamente avançado do seu processo terapêutico dinâmico, pode iniciar a sua prática clínica, mas, naturalmente com supervisão. Ora, esta é justamente uma arma importantíssima para o formando. O trabalho da contra-transferência, a sua maior ou menor capacidade em estabelecer uma aliança terapêutica, vai obrigá-lo a rever-se constantemente. Este processo, o da supervisão já pode ser muito mais longo, já não intervém numa forma negativa no ritmo que uma psicoterapia breve, sem alterações da técnica, deve ter. Neste trabalho da aliança terapêutica, podemos ficar a curto espaço do Encontro, o qual levanta, por sua vez, toda uma série de questões sobre a natureza da relação com o Outro. Aqui se tenta caminhar, sempre que possível e de uma forma cada

vez menos mediada pela técnica, para uma postura que permita ao terapeuta entrar no mundo do Outro. Os fenómenos da confirmação, da inclusão e da empatia têm que ser trabalhados na práxis, mas também na formação teórica. Esta é uma forma de dar referências ao que está a acontecer na clínica, e, quando adequadamente aprofundada, serve ela própria de oportunidade para o desenvolvimento adulto. Claro que nunca é demasiado o cuidado para evitar que a formação teórica seja um substituto racionalizado do que se passa na clínica. Por esse motivo, o alargamento de horizonte que o Movimento do Potencial Humano veio trazer à Psicoterapia, em geral, deve preferencialmente ser trabalhado na fase final da formação teórica.

Em Portugal, a representatividade das abordagens derivadas do Movimento do Potencial Humano é escassa, e não é fácil, por isso mesmo, determinar os contornos que o desenvolvimento adulto referidos nesse movimento deverão ter.

Pierre Weil, que esteve por duas vezes entre nós, em 1994, delineou numa forma magistral um caminho possível, com as suas componentes teóricas e práticas. Então a ser feitos alguns esforços no sentido de se estabelecerem formações desse tipo.

De qualquer modo, está-se aqui num terreno íntimo, que, de certo modo, o formando terá que descobrir, e com isso ir escolhendo as vias que lhe pareçam mais adequadas. No plano formal, parece-nos lógico que a seguir a uma formação dinâmica mais ou menos ortodoxa se continue numa abertura para o plano existencial com essa mesma conotação dinâmica. Nesse sentido, referimos autores como Rollo May e Irvin Yalom, que não rejeitam a herança dinâmica, a integram com a perspectiva humanística. Dominar o método fenomenológico até ao ponto de o poder usar na perspectiva existencial, é, no mínimo, difícil para quem iniciou a formação dinâmica, havendo, no entanto, outras alternativas.

Uma outra hipótese é o alargamento do conceito de inconsciente, proposto por Jung, com todas as suas consequências. Anterior ao Movimento do Potencial humano, a obra de Jung já referia praticamente todos os aspectos que esse movimento veio defender, mas a sua maior ligação, a partir de uma certa altura, às questões da cultura, da Antropologia, e das Religiões, terá afastado muitos psicoterapeutas que preferiam uma teoria mais sistematizada. A ênfase mais acentuada

do existencialismo nas relações humanas veio privilegiar, naturalmente outras correntes. Fica, no entanto, o reparo, de que, por outro lado, a perspectiva junguiana está mais enquadrada na abordagem dinâmica do que algumas correntes existencialistas, o que a torna indicada para um processo pessoal em que o plano existencial tenha sido abordado. Ela é o paradigma do modo como o plano noético da hierarquia referida ao longo do livro pode ser trabalhado.

Dadas as limitações que em Portugal se sentem na questão das escolas humanistas, (e não referimos a Logoterapia, de Frankl, a Gestalt-Terapia, de Perls, a Psicossíntese, de Assagioli, e tantas outras), a complementação da formação de psicoterapeutas de psicoterapia breve também pode ser beneficiada pelo aprofundamento da teoria analítica, naquilo que ela tem de mais profundo, a partir dos trabalhos de Kohut, e outros autores da Psicologia do Self, e eventualmente pelo estudo da obra de Bion, que levanta questões de carácter existencial, embora numa forma extremamente original. Tais estudos não substituem as formações atrás referidas, mas são uma boa abertura para outras formas de ver a psicoterapia.

À guisa de conclusão, diríamos que o modelo aqui apresentado em traços gerais, tal outros modelos integrados, levanta problemas teóricos que convém resolver. Na tentativa de ultrapassar problemas práticos, da clínica, levantam-se outros, próprios de uma certa interdisciplinariedade.

As escolas de psicoterapia nasceram em determinado momento, em determinado contexto cultural e é preciso ter em linha de conta esses aspectos condicionantes, antes de se importarem os respectivos modelos.

Convém seguir os debates teóricos, sobre esse assunto, quando os há, tanto quanto possível.

Felizmente, no entanto, a evolução das novas técnicas tem muitos pontos comuns. Por exemplo, a imaginação activa, alguns exercícios usados em Sofrologia ou em Psicologia Transpessoal estão nessas condições. Por outro lado é em disciplinas vizinhas, às vezes não muito próximas, que certas hipóteses inspiradoras se apresentam, como por exemplo no caso do conceito de Self visto pela Neuropsicologia ou outros ramos do conhecimento que se dedicam ao estudo da Consciência.

Voltando ao início, é no aprofundamento da relação terapêutica que novas respostas podem surgir vindas aparentemente de um nível de comunicação insuspeitado. Compete ao terapeuta abrir-se para possibilidades não previstas.

Bibliografia

- Atlan, H. – A Tort et à Raison, Editions du Seuil, sciences, 1986.
Caracushansky, S. – A Terapia Mais Breve Possível, Summus Editorial, 1990.
Edinger, E. – Anatomia da Psique, Cultrix, 1990.
Laborit, H. – Dieu ne Joue pas aux Dés, Grasset, 1987.
Lancaster, B. – Mind, Brain and Human Potencial, Element, 1991.
Weil, P. – O que Significa Ser Maduro?, Psicoterapia Breve, Ed. Especial, Março, 1996.