

Procedimentos Terapêuticos no Contato com Esquizofrênicos

Eugene T. Gendlin

Tradução: José Maria Martins e Sônia Marques Cerqueira

“Um dos tópicos mais freqüentes nas discussões de nosso grupo estava relacionado com os novos caminhos em que nos encontramos ao lidar com os nossos clientes esquizofrênicos, geralmente desesperançados e silenciosos. Baseado em experiências que todos nós participamos, Eugene T. Gendlin dá neste capítulo descrições detalhadas das formas pelas quais ele e nós procuramos alcançar estes indivíduos, assim nos expandindo e ampliando a nós próprios como terapeutas e no nosso ponto de vista a respeito da terapia.”

Mesmo antes de sua aplicação à pacientes esquizofrênicos a terapia centrada no cliente estava caminhando em direção ao “método experimental” que agora se tornou central. As características especiais dos pacientes esquizofrênicos aceleram bastante esta tendência.

Desenvolvimentos similares têm ocorrido em outras orientações terapêuticas. Nas duas últimas décadas a ênfase passou de técnicas e conteúdos verbais diferentes para um foco experiencial comum. A psicoterapia tornou-se menos orientada pela técnica, menos mecânica, menos cognitiva, menos limitada aos pacientes mais ajustados e de boa capacidade verbal, e menos dividida ao longo das antigas posições. Terapeutas de diversas orientações sentem um movimento comum que transcende as divisões entre “reflexão de sentimentos e “interpretação”, entre “analítico” (“exploratório”) e “suportivo”, entre a ênfase em sexo e ênfase em auto-conceitos, busca pelo poder, luta pela dominância, sentimentos interpessoais, ou outros “conteúdos” favoritos. Terapeutas muito gentis e receptivos concordam com terapeutas muito ativos e interventores em que quando eles são bem sucedidos, um processo experiencial semelhante transcende as diferenças de palavras e técnicas.

Os papéis do paciente e do terapeuta e a relação estão sendo encarados em termos de experiência concreta. No paciente a psicoterapia não mais visa, exclusivamente, a um tipo de conteúdo (conflitos de ego, auto-conceitos, etc.). Apesar de várias orientações ainda favorecerem um ou outro destes tipos de conteúdos (“vocabulários”, eu diria) um processo de sentimentos experiencial básico é largamente aceito como sendo o que realmente constitui a psicoterapia. Sem esse processo de sentimento, o que há é uma mera intelectualização ou racionalização. Com este processo de sentimento os pacientes mudam concretamente qualquer que seja o vocabulário usado. O terapeuta pode dirigir suas propostas aos significados do paciente concretamente sentidos: o experienciar pré-conceitual e pré-verbal. É claro que o terapeuta irá conceber e expressar qualquer coisa que ele sinta e empregará conceitos e palavras que façam sentido para ele. Entretanto, o objeto das palavras e conceitos será a experiência concreta sentida no paciente. O principal objetivo do terapeuta não

será construir sentenças objetivamente corretas para descrever o paciente; será antes, conseguir que o paciente atente diretamente para a experiência sentida concretamente no momento imediato. Em termos psicanalíticos isto é chamado de “pré-consciente”, isto é, o que se pode sentir e verbalizar desde que para isto seja dirigida a atenção. À medida em que se avança e se responde ao “pré-consciente” concretamente sentido, mais e mais aspectos se tornam pré-conscientes, isto é tornam-se diretamente sentidos e, portanto, capazes de serem verbalizados. Se o paciente se limita e trabalha com o que ele tem aí diretamente sentido (para onde a resposta aponta) então a terapia avançará e será bem sucedida sem importar qual seja o vocabulário da resposta. Com a ênfase neste processo de “trabalhar através do” concretamente sentido, os terapeutas chegaram a concordar em que o como a resposta é dada importa mais do que os termos em que ela é construída. Entretanto, hoje dizemos comumente que um terapeuta diferente, com um vocabulário conceitual diferente, pode fazer psicoterapia tão bem como aqueles que partilham o nosso vocabulário. O que importa é se ele consegue engendrar o processo experiencial de “trabalhar através do” concretamente sentido no paciente. Com relação ao terapeuta também, a técnica profissional e conceitual levou a uma ênfase na pessoa real do terapeuta, na interação. Meras técnicas são vistas como auto-destruidoras. Por sua própria formalidade, desumanidade, caráter mecânico ou abstrato, elas deixarão de indicar, e de levar para diante os significados pessoais, não formados do paciente. O terapeuta deve usar as suas respostas pessoais reais e a sua impressão verdadeiramente sentida do que está acontecendo. O terapeuta usa o seu próprio experienciar sentido no momento, à medida que dirige suas respostas para o experienciar do paciente sentido no momento. Finalmente, a interação entre o paciente e o terapeuta é vista como um processo experiencial progressivo em que ambas pessoas se mudam e vivem de novas normas. Apenas uma nova interação concretamente sentida pode produzir a emergência de novos aspectos de sentimento no paciente, de forma que ele viva de novas maneiras e realmente mude, ao invés de apenas descobrir como ele é e como foi.

Desenvolvimentos Centrados no Cliente

A terapia centrada no cliente foi primeiramente definida em termos de descoberta de que um processo terapêutico profundo e auto-propulsor surge quando o terapeuta “reflete sentimentos”. Neste tipo de resposta do terapeuta descoberto por Rogers (1942), ele expressa espontaneamente seu sentimento da mensagem afetiva implícita do paciente ou do seu significado pessoal sentido (Rogers, 1951). Por algum tempo foi difícil distinguir isto de mera repetição pelo terapeuta do que o cliente dizia. Seeman se adiantou em relação a uma formulação experiencial esclarecendo esta questão. O terapeuta não repete o que o cliente diz ou sente claramente. Ao invés, ele “reflete a experiência emocional não formulada” (“Unformed”) (aspas minhas) do cliente. O terapeuta procura o significado experiencial não formulado ainda, sentido diretamente pelo cliente (Gendlin, Zimring, 1955; Gendlin, 1961 a, 1961 b, 1962 b). Da parte do terapeuta o mesmo

desenvolvimento experiencial significava que ele não mais escondia sua própria pessoa atrás de uma tela. Ao invés de “refletir” mecanicamente, o terapeuta estava se tornando “mais espontâneo” (Butler, 1958), tendendo a expressar os seus sentimentos e respostas imediatos para o cliente. Finalmente, Rogers, (1957) redefiniu a psicoterapia, inteiramente em termos das “atitudes” do terapeuta (necessárias e suficientes para a psicoterapia, independentes da técnica e orientação). Entre essas atitudes a mais importante era autenticidade ou “congruência” do terapeuta, abandonando qualquer máscara falsa e manobras ou técnicas artificiais. O terapeuta devia ser “ele mesmo” tal como realmente é e reage em seu relacionamento.

Assim, durante esse período, a terapia centrada no cliente, como outras orientações, avançou em direção a ênfase no concreto experiencial no cliente, no terapeuta e na sua interação.

Características de Indivíduos Esquizofrênicos com Relação à Psicoterapia

O trabalho com pacientes esquizofrênicos hospitalizados acelerou grandemente a tendência experiencial na terapia centrada no cliente. Em parte, isto ocorreu devido à forma segundo a qual selecionamos esses indivíduos para a terapia. Não consideramos seus desejos ou adaptabilidade para a terapia, ou recomendações da equipe hospitalar. Indivíduos selecionados com base em tais considerações são aqueles que, provavelmente, serão bem sucedidos por causa de seu desejo de ajuda, por causa do bom prognóstico para terapia, ou porque foram capazes de atrair o interesse da equipe. Ao contrário, escolhemos os clientes seguindo um estrito critério de pesquisas (idade, sexo, classe social, tempo de hospitalização) e assim conseguimos indivíduos muito mais típicos (e mais desesperançados). Aqui estão algumas das características que freqüentemente encontramos em nossos pacientes.

1 - Silêncio

Por diversas vezes, nos defrontamos com horas de sólido silêncio. E não era do tipo de silêncio que valorizamos na psicoterapia quando o indivíduo se explora profundamente a si próprio. Era antes um silêncio vazio, de resistência, de não saber o que fazer. Outro tipo de “silêncio” era a conversa ininterrupta a respeito de coisas externas e triviais.

2 - A falta de interesse pelo processo de exploração

Em silêncio ou falando, o paciente não partilhava a predisposição do terapeuta para descobrir, para explorar ou para ajudar no que estava errado. O paciente não tinha tal predisposição (para exploração). Ele poderia ficar totalmente silencioso ou falar incessantemente, mas se falasse seria a respeito dos problemas da sua enfermaria, da comida ruim do hospital, do seu desejo de ir para casa, ou que nada estava errado com ele. As tentativas do terapeuta para refletir ou de interpretar sentimentos problemáticos seriam rejeitadas pelo paciente, ou o intrigariam. Ele não veria razão para focalizar em tais sentimentos.

O paciente não se fazia perguntas, não embarcava na tentativa de se explorar, entender ou modificar-se. O que parecia faltar não era exatamente um sentimento específico. O paciente não via a importância daquela preocupação do terapeuta com a exploração.

3. Ausência de processo auto-propulsor

Talvez por causa da falta de predisposição exploratória, talvez por outras razões, o usual processo terapêutico experiencial auto-propulsor não ocorria (com clientes mais usuais tal processo geralmente avança por sua própria conta, depois de um período inicial de terapia. Primeiramente, o terapeuta deve impulsionar o processo, sempre se referindo de novo ao aspecto referencial sentido do que o cliente diz. Mas logo, mais e mais significados pessoais sentidos emergem por conta própria e, tanto o cliente como o terapeuta são impulsionados por “ele”, o significado sentido concreto que emerge em seguida). Com estes pacientes hospitalizados um processo semelhante à terapia pode ocorrer raramente. Entretanto, na próxima sessão seria como se nunca tivesse ocorrido. Não se desenvolvem um processo contínuo auto-propulsor.

4 - Rejeição do terapeuta

Com grande regularidade, tanto os pacientes silenciosos como os que falam, rejeitaram a terapia e o terapeuta. Tal rejeição não era parte do relacionamento comum no encontro de entrevista como estamos acostumados a vê-lo. Ao contrário, era uma recusa total de se encontrar com o terapeuta. A mensagem era muitas vezes dita explicitamente: “Vai embora e me deixe só. Eu converso com algumas pessoas mas não com você. Você não tem outros a quem possa ir ver? Eu não voltarei mais. Não venha ver-me”. E esta poderia ser a atitude consciente do paciente por vários meses. Não fosse pela pesquisa, não teríamos continuado com estes pacientes e não teríamos aprendido como continuar sem violar seus direitos pessoais.

O Desafio do Terapeuta

Estas características do paciente aceleram muito o método experiencial já em desenvolvimento. Por exemplo, um terapeuta acostumado a refletir sentimentos defrontava-se com 10 ou 20 horas de silêncio absoluto; que “sentimentos refletiria”? Ou se o terapeuta usualmente “interpreta”, o que fará depois de ter interpretado de várias formas o silêncio contínuo? Quaisquer que sejam as técnicas do terapeuta, ele não consegue alcançar a vida de sentimentos do paciente. Ele não sabe muito, especificamente a respeito dela (mesmo para o paciente esta situação é provavelmente mortificante ou triste, altamente caótica e desconhecida), ainda que possa alcançá-la de alguma forma, indicá-la, relacionar-se com ela, perguntar a seu respeito, responder a ela mesmo sem saber especificamente o que ela seja. Assim estes pacientes forçam os terapeutas a se dirigir às experiências diretamente sentidas; pré-verbais e concretas do paciente.

Digamos que o terapeuta decida que técnicas exploratórias não são indicadas e, ao invés, emprega terapia suportiva. A distinção pode significar que o terapeuta deixa até de tentar responder aos significados implícitos. Mas então, silêncio! Nada acontece. Ou digamos que o paciente fala uma linguagem altamente autista, com significados pessoais e acontecimentos comprimidos em massas dificilmente interpretáveis. O terapeuta suportivo simplesmente “o deixa falar”. Isto não apenas não é suportivo, mas é realmente prejudicial: os mais desesperados esforços do paciente para comunicar continuam a falhar com o terapeuta que “o deixa falar” ou que somente lhe dá amplas sugestões. O terapeuta é forçado a desistir tanto da exploração abstrata como de mero suporte. Ao contrário, ele precisa responder de tal modo que o paciente possa suportar, possa concretamente sentir e saber o que significa, possa atender melhor aos próprios sentimentos imediatamente disponíveis e possa experienciar a si próprio como percebido e compreendido por outra pessoa. Não há forma alguma de fazer isto simplesmente, usando ou simplesmente evitando “insights” interpretativos. Deve haver uma resposta exploratória mas de uma espécie diferente. O terapeuta deve tentar sentir os referenciais sentidos do paciente disponíveis no momento e deve mostrar ao paciente que isto é aquilo que o terapeuta valoriza e ao qual responde. Com esquizofrênicos hospitalizados por muito tempo referências experienciais são sempre massas de sentimentos e significados entorpecidos, dolorosas, caóticas e assustadoras. Estes são pré-verbais e sentidos, mas somente capazes de serem levados adiante paulatinamente em termos de (algum) vocabulário verbal.

Deste modo, as características destes pacientes levam o terapeuta a transcender as velhas técnicas. De qualquer ponto que o terapeuta parta, ele se move no sentido de responder aos referenciais dos pacientes diretamente experimentados e sentidos, mesmo quando estes tenham de ser verbalizados só após várias tentativas e em palavras concretas.

Similarmente, esses clientes levam o terapeuta a empregar suas próprias experiências concretamente sentidas como uma fonte para seu comportamento de resposta. Inicialmente o terapeuta pode notar somente que muitas dificuldades e sentimentos não freqüentes ocorrem nele quando está com esses clientes. Mas logo ele começa a usar estes sentimentos para criar a interação. Em outro lugar, eu descrevi esse desenvolvimento nas seguintes palavras: “O cliente está em silêncio ou fala de coisas triviais. Tentativas de verbalizar suas comunicações implícitas o tornam irritado, receosos, ou afastado; ou se nós tentamos responder num nível mais profundo de sentimentos descobrimos que o cliente simplesmente não pensa em se olhar mais profundamente – e nos entende mal. Temos todas as espécies de impressões e imagens a respeito do que o cliente sente. Talvez apenas o imaginemos ou, talvez, o paciente nos comunique sub-verbalmente. Queremos saber o que fazer com toda essa riqueza de acontecimentos que ocorrem em nossa própria experiência momento-a-momento quando sentamos sossegadamente e conversamos superficialmente. Sentimos muita empatia mas pouco podemos demonstrar. A medida em que avançamos num nível casual ou em silêncio, queremos saber se não estamos nos deixando ficar tão desamparados como esta pessoa amedrontada e receosa. Estamos em conflito, sem saber se forçamos a mão ou se

tentamos nos resguardar mais. Censuramo-nos pela demasiada espera e minutos mais tarde por demasiada interrupção, pressão e exigências. Perguntamo-nos se o cliente está construindo alguma coisa significativa conosco ou se estamos fracassando. Tornamo-nos impacientes e aborrecidos ao dar tanta receptividade interior enquanto tão pouco parece ser comunicado. Nós valorizamos profundamente pequena ou trivial comunicação que ele nos dá e não queremos abandoná-la. Contudo sentimo-nos desonestos quando aparentemente aceitamos o silêncio ou este nível trivial de comunicação (Gendlin, 1962 a).

Então, nos tornamos capazes de usar todos esses sentimentos, imagens e impressões. São nossas impressões do paciente e nossos incipientes movimentos em direção ao paciente. Suprimindo-os, nós suprimimos nossa incipiente interação com o paciente. A cada minuto, suprimimos cinco ou dez destes movimentos potenciais. Desde que o paciente seja incapaz de iniciar uma interação significativa, cabe a nós fazê-la então. Possibilidades de início genuínos para tal interação ocorrem entre nós constantemente e assim aprendemos a usar nosso próprio experienciar enquanto terapeutas. Mas nossos sentimentos e imagens nem sempre nos vêm já formados e verbalizados numa forma usável. Portanto, precisamos focalizar nossos próprios significados diretamente sentidos e ir através de “pequenos passos de auto-atenção”, (Gendlin, 1961 b) para moldar uma resposta usável pelo paciente.

Finalmente, também aprendemos destes pacientes que novas e concretas interações podem preceder novos sentimentos e novas palavras. Quando o paciente não pode ainda verbalizar, ou ouvir muita verbalização, o processo terapêutico depende de eventos de relacionamento positivo. As muitas dificuldades que aparecem na relação com o paciente hospitalizado oferecem aos terapeutas oportunidades para relacionar-se com seu paciente como uma pessoa importante e sensível. Sem importar quão objetivamente errado e prejudicial seja o comportamento de um paciente, ele pode ser enfrentado e num encontro pessoa-a-pessoa (enquanto o próprio comportamento está parado) o terapeuta pode procurar achar e responder a uma confiança e integridade positivas implícitas no comportamento do paciente.

Assim, justamente as características difíceis destes pacientes é que mais tornam claro o papel do concretismo experiencial do paciente, do terapeuta e da interação.

Procedimentos Terapêuticos

O estilo de diferentes terapeutas varia muito. Cada terapeuta usa um comportamento diferente para se exprimir direta e espontaneamente. Minhas descrições apresentam o alcance, e a espécie de procedimentos terapêuticos que aprendemos ao trabalhar com esses indivíduos esquizofrênicos.

Descreverei em detalhes os processos que ocorreram em mim enquanto eu trabalhava com estes pacientes, minhas atitudes, etapas de pensamento e procedimentos privados. Acredito que desta forma pode-se avaliar melhor o que eu faço, tirar daí algo útil ou estimular-se em direção a algo diferente.

Devemos desenvolver um vocabulário – uma ciência – a respeito dos procedimentos pessoais do terapeuta; não podemos abandonar essas experiências privadas e sem dominação. Sem um vocabulário detalhado a respeito do que fazemos internamente, não podemos conversar uns com os outros ou treinar nossos terapeutas. Precisamos de uma ciência da psicoterapia e o primeiro passo é desenvolver um vocabulário que dê nome a alguns dos procedimentos que empregamos tanto interna quanto externamente. É isto que este capítulo tenta fazer com uma série de descrições de situações e métodos de como abordá-las, o que cresceu de meu trabalho com pacientes esquizofrênicos.

Três Categorias de Comportamento de Pacientes em Terapia

Nem tudo que eu descrever aqui será aprofundado para todo paciente. Uma grande parte tem esta forma: “Se , no momento, o paciente age desta e daquela forma, então eu acho que é proveitoso fazer isto e aquilo”. Tais fórmulas criam categorias, classificações do comportamento do paciente em terapia que são diferentes das categorias usuais na psicopatologia.

Poucos termos da psicopatologia nos dizem o que fazer na psicoterapia. Por exemplo, se o paciente é esquizofrênico com tendências indiferenciadas, o que me diz a respeito de como interrogá-lo? Pouco pode ser dito do que fazer, que fosse aplicável a todos a que é dado esse rótulo e não aplicável a muitos pacientes com outros rótulos. Compare este rótulo de diagnóstico com a categoria: “Se o paciente verbaliza bastante mas fala apenas de acontecimentos diários e coisas externas ...” Esta categoria exige um certo tipo de procedimentos do terapeuta e nos permite discutir o que fazer. Observe que não se trata de uma categoria de psicopatologia! Alguns esquizofrênicos, alguns neuróticos e alguns normais oferecerão este problema ao terapeuta. Tampouco é uma classe de pacientes. O mesmo indivíduo que apresenta um tipo de comportamento na terapia agora, mais tarde, pode apresentar um outro tipo. Por que se basear em qualquer classe de pacientes para um indivíduo? Enfim, esperamos que ele vá mudar! Eu agrupo minhas várias descrições em três categorias de comportamento, na terapia, não de pacientes.

As três categorias são:

- I - O paciente é totalmente silencioso e não responsivo não me dando “feed-back” algum, nem verbal, nem postural e nem através de gestos. Ele se assenta ou fica de pé silenciosamente, sem um movimento ou mudança durante todo o tempo.
- II - O paciente é silencioso mas é responsivo; sua face, gesto e raras palavras respondem numa intervenção sub-verbal e contínua.
- III- O paciente é verbal mas externalizado; nunca fala a respeito de sentimentos ou significados pessoais; apenas a respeito de outros, de situações e acontecimentos sem seus aspectos afetivos.

O comportamento na entrevista tipo I: silencioso e não responsivo.

Esta seção descreve o paciente sentado um tanto inclinado sobre si, olhando para o assoalho entre seus pés, nunca se movendo, nunca levantando o olhar ou emitindo algum som ou indicação corporal de que ele ouve. Imagine-o nesta posição do início ao fim, (isto pode ser em meu consultório, na minha entrada, ou onde ele se senta no recinto de trabalho). Quando saio ele está sentado ainda na mesma posição. Não fez ruído algum e não se moveu.

A falta de “feed-back” – Eu costumava depender do que o paciente dizia para escolher a próxima coisa que diria ou faria. Eu precisava da resposta do paciente para levar-me a saber se o que eu dizia era bom ou efetivo. Agora penso que terapeutas deveriam Ter muitos pacientes que agem de tal modo que sua sensação de efetividade não dependa de alguma coisa dada pelo paciente num determinado tempo. Eu posso continuar a trabalhar, a falar e a agir sem que o paciente mostre-me que ele me ouve, que concorda, nega ou que se envolve de algum modo.

A suposição da “pessoa sensível” – Sempre suponho que falo com uma pessoa sensível, lá dentro do paciente. A essa suposição nunca faltou confirmação posterior, mas diante do silêncio (não responsividade) total desta pessoa, é uma suposição que requer imaginação. Imagino, sei que estou falando com a pessoa lá dentro – uma pessoa inteiramente humana e que quase certamente sofre – meio perdida e misteriosa, talvez incapaz e relutante em me enviar algum sinal que está aí. Imagino-me como que atirando alguma coisa a alguém por cima de uma parede. Não posso ouvi-la chegar lá e não posso dizer se foi algo bom para ele. Atiro-a por sobre a parede, sem esperar ouvir qualquer coisa por algum tempo.

Minhas maneiras de ser expressivo como terapeuta me parecem um tanto radicais e pareceram assim a alguns outros terapeutas. Pareço estar perdido sem saber se imagino o paciente, ou se ele realmente está lá. Mas, muito mais tarde o paciente dirá: “Por que você estava tão silencioso? Por que gastou tanto tempo? Por que você não disse muito mais daquela espécie de coisa? Você parecia saber que eu não podia falar e mesmo assim não fez muita coisa.” A partir de tais proposições sei que minha suposição não é realmente muito incerta.

O terapeuta fundamenta-se em si próprio. Deixo claro que eu falo e atuo sob minha própria responsabilidade porque eu quero dizer ou fazer isto. Desde que o paciente não se responde nem dá indicação de desejar encontrar-se comigo, digo-lhe que continuarei a encontrar-me com ele porque decidi fazê-lo. Desde que ele não responda ao que falo, isto vai ficar simplesmente como o que eu quis dizer. Desde que ele nada diz quando lhe falo que sentimentos imagino que ele sinta deixo claro que tudo isto é imaginação minha (“Eu não sei como você se sente sobre isto. Você não disse. É apenas o que penso disto”.)

O Pesquisador dos Sentimentos é Especificado

Quando tento referir-me aos sentimentos dele, deixo claro. Quando falo sobre meus sentimentos, deixo igualmente claro. Especifico quem é o dono do sentimento.

Esta distinção leva o paciente a saber que me dirijo a tudo o que ele realmente sente. Ou quando é alguma coisa que eu sinto ou quero

dizer ou fazer, deixo isto claro. Isto o deixa livre. E não é necessário que seus sentimentos já estejam realmente claros para ele ou suportáveis o bastante para serem percebidos. O paciente é raramente perturbado por tudo o que sou, penso, sinto ou quero fazer, se posso conservar claro que me refiro a mim e que não o envolvo.

O Silêncio Concreto

Falo sobre o estar assentados juntos e em silêncio como algo concreto. Nas relações quotidianas precisamos encher o tempo com palavras. Numa sala de visitas com outros, mesmo trinta segundos em silêncio traz muito desconforto. Nós precisamos dizer alguma coisa.

Usualmente pensamos que não fazemos nada (ou pelo menos nada de útil) se ficamos em silêncio próximo a alguém. Sentado próximo a um paciente silencioso, podemos sentir a nossa própria exigência implícita: “Diga alguma coisa!”. Especialmente se o terapeuta já falou, o silêncio eventual cria uma tensão. O paciente sabe que deveria dizer algo, mas não o fará. O clima é ruim, como o é o resto do hospital, onde o paciente se recusa e resiste, enquanto o pessoal aberta ou silenciosamente exige e critica. Entretanto é um alívio para o paciente (creio eu), quando digo, como costumo fazer: “Está bem assim. Vou apenas me assentar com você por alguns momentos”. Talvez mais tarde eu dissesse: “Vou ficar com você por mais algum tempo e depois vou-me embora. Voltarei na quarta-feira”.

Quando me assento com alguém, sei que isto é alguma coisa, mesmo que eu não tenha nada de valor para dizer. Não mais preciso de evidência constante de que estou sendo efetivo e útil. Posso apenas assentar-me e dar a minha companhia. Já estive em situações em que meu sofrimento não podia ser compreendido, mas consegui algum alívio apenas por estar com alguém que queria estar comigo, sem exigir nada, que não conseguia captar meus sentimentos mas que era uma companhia humana, assim como um lugar a que se possa ir quando aborrecido, ofendido ou perdido, uma presença humana, civilização depois da selvajaria. É muita coisa quando apenas me assento com alguém. Mas creio que ajuda dizer que pretendo me assentar em silêncio. Isto contribui para fazê-lo tornar-se alguma coisa.

Manifestando a Presença Periodicamente

Sempre falo depois de alguns minutos, quando me assento em tal silêncio; faço-me ouvir. Sinto que o paciente precisa ouvir-me constantemente para sentir-me em contato comigo mesmo quando ele ainda não pode alcançar-me ou estabelecer uma interação. Não quero ser esquecido, de forma que ele volte para sua solidão mesmo estando eu com ele. O que digo usualmente não exige resposta. E se exijo e não consigo, deixo claro que está bem assim. (“Eu gostaria que você me dissesse, mas está bem assim”). Minhas afirmativas a cada poucos minutos são geralmente a meu respeito, sobre o que vai dentro de mim, o que penso, sinto, imagino ou faço interiormente enquanto estou sentado ali.

Geralmente as transcrições de entrevistas gravadas nas terapias com neuróticos mostram o que o terapeuta e o cliente dizem alternadamente: T. C. T. C., etc. Já as transcrições dos casos acima são do tipo: T. T. T. T. T. T. ..., durante toda a entrevista. Talvez o paciente diga alguma coisa uma vez, duas ou nenhuma! O terapeuta diz algo depois de cada poucos minutos.

Processos Reais de Respostas

A fonte de minhas respostas são as seqüências reais de meus pensamentos e sentimentos. Penso toda espécie de coisas nestes minutos de silêncio. Um minuto de silêncio é muito tempo! Possivelmente eu não poderia dizer tudo que penso e sinto, mesmo se os pensamentos e sentimentos viessem em pequenas unidades verbais prontas para serem ditas. De fato eles surgem em nossos sentidos, apenas uma pequena parte em palavras. Coloco uma parte do que penso desta forma em palavras para mim mesmo. Depois de alguns momentos, um ou outro destes pensamentos parece adequado para ser dito ao paciente. Talvez eu ainda o reexamine, pondere e o veja sob outros ângulos antes de verbalizar, tentando encontrar uma forma mais simples. Mas não me prendo a esta ou aquela construção. Deixo-o percorrer minha mente. E quando decido dizê-lo (qualquer que seja este pensamento ou sentimento), não tenho ainda todas as palavras pré-selecionadas. Ele sairá espontaneamente de minha boca.

Passarei a descrever diversas fontes de tais respostas.

O Que o Terapeuta Poderia Ter Expressado

Algumas de minhas respostas advêm de uma cadeia de pensamentos que é bem conhecida por todos terapeutas, apesar de poucos a usarem como uma fonte de respostas. Trata-se do que penso a respeito do que acabei de dizer ou fazer e do porque ou talvez devesse Ter agido de outra forma.

Especialmente com pacientes silenciosos e não responsáveis, se o terapeuta diz algo e não obtém resposta, ele pode pensar em dez razões pelas quais ele talvez tenha dito uma coisa estúpida, errônea ou ameaçadora. Estes sentimentos costumam nos sobrecarregar como terapeutas mas, ao contrário, podem também se transformar num manancial de respostas. A seguir descreverei meus pensamentos intervenientes para demonstrar como uma tal seqüência de pensamentos me leva a algo que eu possa dizer ao paciente. Suponha que eu tenha dito (como acabei de descrever): "Vou apenas me assentar com você por alguns momentos. Está bem que você fique aí quieto". Então, eu me poderia apanhar pensando: o silêncio vai bem por mim, mas ele precisa de ajuda. Mas e se o fato de eu dizer que o silêncio está bem significar para ele que não me preocupo em ajudá-lo, ou mesmo que não sei que algo está errado, que não entendo quão terrível é o silêncio e não que está bem. Talvez ele queira dizer algo,

mas não pode. Agora já tenho muito que lhe dizer. Não há pressa; passaram-se apenas alguns segundos. Pondero um pouco, mas, de alguma forma vou lhe dizer que sei que ele está sofrendo e quero ajudá-lo apesar de não exigir que ele diga algo neste momento. Sei, a partir de sua posição, assentado à minha frente, com a cabeça pendida e olhando para os pés, que ele está sofrendo, desencorajado, desesperado ou alguma coisa semelhante. Mas nada sei a seu respeito e não quero que ele pense que sei tudo, que li sua ficha ou que estou relacionado com alguém de sua intimidade. Terei que lhe dizer também que realmente nada sei a seu respeito. Então sinto que sei o que quero dizer, algo como: Penso que ele esteja sofrendo; realmente não sei isto; gostaria de ajudar; não tenho necessidade de nada especial agora. Depois de algum tempo eu poderia dizer simplesmente: “Muitas pessoas aqui realmente sofrem muito. Eu gostaria de ajudá-lo. Talvez eu o possa em alguma oportunidade”.

Mas ele não sabe que estou me referindo a ajuda através de sua conversa comigo. Talvez ele pense que eu posso ajudá-lo em alguma outra oportunidade. Assim terei que dizer que quero ouvir dele o que está errado. Em seguida: “Espero que você me diga algo a respeito de como você veio para este hospital”. Mas, e se ele pensar que quero uma explanação ou defesa? Afinal, quero ouvir sobre seus sentimentos, e não sobre os fatos em si, objetivamente.

Eu poderia dizer depois de certo tempo: “Aposto que você passou por momentos realmente difíceis. Não sei nada sobre você, mas isto é o que eu acho”. Eu poderia então pensar: talvez ele vá tomar isto como curiosidade minha, como uma tentativa de descobrir coisas a seu respeito, querendo ouvir histórias sujas ou embaraçosas. Assim eu diria após algum tempo: “O que quer que seja que o esteja incomodando e fazendo-o sentir-se mal, isto é o que procuro ouvir, o que o mantém silencioso e triste”.

Mas então poderia ocorrer-me o seguinte: E se ele realmente não estiver triste, perdido ou qualquer outra coisa? Neste caso eu diria: Você me parece triste, assentado aí com a cabeça inclinada, mas, é claro, não sei como você se sente realmente.

Palavras como “triste” ou “irritado” ou “momentos difíceis” dirigem os pensamentos do indivíduo para seus próprios sentimentos e não para as percepções e censuras de outras pessoas sobre ele.

O ponto de referência de muitos pacientes ao falar é constituído por aquilo que eles deveriam ter feito ou deixado de fazer, pelo que foram condenados ou inocentados.

“Você me parece triste” mostra o meu desejo de falar e pensar sobre ele e seus sentimentos, não sobre acontecimentos externos, condenações ou desculpas. Dentro de si próprio ele pode descobrir por um momento o que realmente sente: “Não triste, mas ...”, e isto o ajudará. Por um momento ele poderia movimentar-se e responder corrigindo-me: “triste não, mas arrasado, vazio e desiludido”; ou talvez: “eu acho que se me sentisse triste, já seria alguma coisa”. Meu paciente aqui não diz nada, não se move, mas sinto que ajuda falar com ele sobre seus sentimentos e mostrar que estou pensando sobre o que ele sente, mesmo que para isso eu usasse nomes errados: Deixo claro que não sei quais são realmente os seus sentimentos.

Talvez ele mesmo não saiba. Devo-lhe dizer também depois de certo tempo: “Freqüentemente os sentimentos das pessoas se

confundem, eles não sabem precisamente o que sentem, exceto talvez que se sentem mal. Pode ser que isto aconteça com você, ou de qualquer modo, é o que eu estava pensando agora”. Isto o leva a saber o que eu estava pensando sobre ele, sobre o que ele sentia.

Mas posso pensar a seguir: talvez ele saiba exatamente o que sente, mas não consegue dizer qualquer coisa. E se ele está bastante disposto a dizê-lo mas trata-se daquela espécie de coisa que nunca se diz a ninguém? Talvez ele não saiba que a espécie de coisa que ele diria é apropriada para dizer a mim. Eu gostaria que ele a dissesse! E quero que ele saiba que sou um terapeuta, ou doutor em sentimentos. Quero que ele saiba o que estou fazendo aqui e que o que ele sente é uma espécie de coisa certa para me dizer. Como ele pode saber isto? Eu tenho que lhe dizer.

Devo dizer depois de certo tempo: “Sou uma espécie de doutor que entende os sentimentos das pessoas. Claro, eu não sei os seus, mas sei um tanto sobre este tipo de dificuldade. É este tipo de doutor que eu sou. Espero que você me diga o que sente que o incomoda. Eu poderia ajudá-lo de alguma forma”.

Então talvez eu pense: E se ele está disposto a falar agora, porque eu continuo falando ainda? Então, devo dizer depois de algum tempo: “Qualquer coisa que você tivesse interesse em me dizer, eu gostaria muito de ouvi-lo”. E então como o silêncio continua eu penso: E se ele quer e não pode? Então devo dizer: “Se isto é muito difícil de dizer agora, está bem”. E então penso que estou apenas reforçando sua grande tendência desanimada para não fazer nada, e assim eu digo logo depois: “seguramente, eu gostaria de ouvir mais de você”. A partir de descrições pode-se perceber a seqüência de pensamentos que me levam a responder. É aquela seqüência familiar na qual o terapeuta tem suas dúvidas a respeito de se o que acabou de dizer era certo e imagina se não foi estúpido, ofensivo, errado ou incompreensivo. Todos nós temos esses pensamentos e eles incluem as razões do porque duvidamos do valor do que dissemos. Eles não devem ser abandonados como sentimentos desagradáveis. Com o silêncio e com o comportamento não responsivo do paciente, podemos usar tais seqüências como uma fonte de respostas.

A Seqüência do “Paciente Imaginado”

Outra seqüência de pensamentos que dá origem a respostas refere-se ao paciente. Numa fase posterior da terapia (talvez o paciente esteja ainda silencioso e totalmente não responsivo) sou ativo de várias formas. Entre outras coisas, falo mais sobre ele mesmo. Até agora usei exemplos somente das poucas sessões com pacientes que eram silenciosos e não responsivos. Aqui estão alguns exemplares do que poderia dizer uma ou duas semanas mais tarde: “Meu Deus! Você está sentado no mesmo lugar em que o deixei na última sexta-feira. Parece horrível que você tenha ficado sentado deste jeito” ou “Eu não sei, é claro, mas você me parece tão triste. Eu imagino se você não está se sentindo desiludido ou como se fosse inútil”.

Dizer tais coisas, origina em mim toda uma seqüência de pensamentos a respeito de alguém que se sente desiludido e inútil. É claro que eu não sei se ele se sente desta forma (e eu lhe direi isto

também) mas o tipo de interação que nós temos à medida em que falo é útil, mesmo se o conteúdo de minhas palavras não se adapte a ele. Devo dizer então: “Algumas vezes em que uma pessoa se sente inútil e ruim ela apenas tenta desistir de si mesma”.

Eu pensaria nisto por um momento, então diria: “Mas você sabe, não dá certo realmente desistir de si próprio. Você tenta constantemente desistir, e isto talvez só sirva para feri-lo”. E em seguida: “Talvez seja difícil mesmo pensar em reunir as coisas de novo. Algumas vezes uma pessoa sente que tentar de novo é como dizer às pessoas que é correto que elas o firam”.

E então, depois de pensar nisto, poderia dizer: “Se eles o feriram, isto nunca está certo”. E isto em seguida talvez me leve a outra coisa: “Aqueles que o ferem costumam ser, às vezes, exatamente aquelas pessoas que você mais gostaria que o amassem. Isto é o mais difícil de aceitar, eu penso”.

Algumas destas seqüências podem servir para qualquer um como também não se adaptar ao paciente. São respostas a uma pessoa que imagino, uma pessoa triste, silenciosa, abatida, desistente, ferida por aqueles de quem gosta, sem cuidados e compreensão, num hospital estadual. Enquanto respondo a tal pessoa, e friso bem que não sei como o paciente realmente se sente, ela me sente reagindo a ela – tanto quanto sentiria se costumasse verbalizar. Sente (sem ser necessário que entenda) minha intenção que é a de focalizar em meus sentimentos, em suas feridas como elas são para ele, desde que ele seja o marco de referência a partir do qual eu digo as coisas. Seus sentimentos podem ser revivescidos e tornarem-se um pouco mais vivos e talvez uma sombra menos insuportável e desorganizadora do que eram antes quando, pela última vez, ele pode percebê-los, o que ele fez sozinho.

Talvez então eu mude. Surpreende-me que sendo assim ferido por aqueles com quem se preocupa, você não queira tentar de novo. Isto é muito específico e provavelmente errado. Talvez ele esteja frio só externamente e muito confuso para sentir qualquer coisa, ouvindo minhas palavras como uma música distante ou como um barulho vindo de alguém amedrontador demais para ser ouvido. Começo a responder a sua confusão possivelmente global. Posso dizer: “Talvez o que lhe aconteceu e o que você sente seja tudo uma grande confusão que o incomoda. Talvez você não saiba o que é tudo isso”. E assim começo uma outra seqüência. Ocorre-me que esta confusão global, está também repleta de material louco. Eu digo: “Quando uma pessoa está muito ferida, algumas vezes uma certa quantidade de material estranho pode surgir nela”: emerge nela. Eu não sei a seu respeito, mas sei sobre esse tipo de coisa!

Mesmo Poucos Minutos Ajudam

A menos que combinemos sessões de cinqüenta minutos com um paciente, ele não espera por isto. Num hospital eu me deixo livre. Venho quando posso. Só quando sei com certeza que estarei lá na terça-feira, então o digo ao paciente. Frequentemente, não sei quanto tempo vou ficar. E não saio abruptamente. Quando quero sair, usualmente digo que irei e permaneço ainda por algum tempo.

Mas isto pode ser dez minutos depois. Especialmente se estou tenso, ou se o paciente me rejeitou muito violentamente (algumas vezes pacientes são totalmente silenciosos exceto ao dizer claramente: “Vá embora, não volte mais, você não entende isto?”) só posso me impor pouco, tanto por ele como por mim. Posso dizer: “Sei que você disse que não quer que eu volte mais. Não ficarei muito tempo”. Então eu ficaria somente por uns poucos minutos mais.

Outros pacientes, mais verbais, podem abordar-me na entrada. Falo com eles intensamente por alguns minutos. Eles podem saber que não posso ficar muito tempo. Eles aceitam sem demora que eu vá embora, mas escuto e respondo intensamente no tempo que gosto. Deste modo posso criar um maior número de relacionamentos que de qualquer outro modo.

É um erro pensar que não poderíamos responder terapêuticamente aos pacientes, se não podemos nos comprometer com eles totalmente por muitas horas. Esse ponto de vista vem não da preocupação com os pacientes, mas com terapeutas e agências clínicas. É verdade que se ajudo alguém a expor seus sentimentos, ele pode então constituir mais problema que se não tivesse respondido, (mas pode também ocorrer o contrário). Nós estamos protegendo a nós mesmos quando dizemos: “Se você não pode dispor de horas e meses não responda de forma alguma”. Para o paciente, uns poucos minutos podem ser de crucial ajuda. A experiência de significar algo para alguém e viver menos autisticamente, mesmo por uns poucos minutos, traz ao paciente alguma coisa que ele pode guardar e trabalhar por semanas. Mencionei isto aqui porque uma das formas pelas quais uns minutos podem ajudar, envolve um princípio que é importante no trabalho com paciente silencioso e não responsivo. O princípio é:

A Interação Contínua

O paciente pode viver em interação comigo mesmo quando eu não estou com ele. Digamos que eu tenha gastado uns poucos minutos – 50, 20 ou 5 – com meu paciente silencioso e não responsivo e depois o deixe. Ele está mais vivo e excitado, talvez sinta mais o “eu” dentro de si do que antes. Ele me odeia (por exemplo) porque eu o fiz Ter esperanças e ele não pode suportar a angústia que surge no momento em que ele espera. Ele luta para vencê-la. Está de novo, então, totalmente vazio interiormente. Vai almoçar, espera na fila silenciosamente, pensando consigo mesmo: “Talvez na próxima vez que ele vier, eu o atinja”. Ele percebe, vê e sente tudo isso, imagina-o e decide que não me dirá nunca coisa alguma. Almoça e pensa que talvez me dirá que ele não é nenhuma das coisas que eu digo, que ele está somente aborrecido com o que “eles” lhe fizeram, “o júri”, ou “a máquina”, ou qualquer outra coisa, e decide não me dizer porque pareceria loucura. Decide nunca me dizer coisa alguma. Descobre-se falando comigo, dizendo isto e aquilo a mim, justificando-se, explanando, querendo, perguntando, avançando; empreende-se e decide nunca me dizer nada. Volta ao quarto e assenta-se em seu canto, como de costume, olhando para o chão. Isto o faz lembrar-se de mim sentado junto com ele, chuta a cadeira com força para longe, seu coração bate, ele está vivamente transtornado. Os atendentes

aparecem. Ele se acalma. Não pensa em nada, tenta não pensar em nada. Visitas são anunciadas no auto-falante para outro paciente. Suas lágrimas parecem querer descer. Ele as segura, descobre-se mentalmente me falando quão ocupados são seus familiares, que não podem visitá-lo. Imagina que ele se descobre chorando comigo, fica enfurecido, e decide jamais me dizer algo; pensa talvez que me dirá que ninguém é útil para ele. E isto somente uma hora após o ter deixado.

Naturalmente, quando volto na terça-feira seguinte ele está totalmente silencioso de novo, como se nada tivesse acontecido. Mas muita coisa aconteceu, uma parte no contexto da conversa comigo e dos sentimentos em relação a mim.

Por essa razão o tipo de interação que tenho com um paciente me parece muito mais importante do que exatamente o que falo. Mesmo se ele diz nada, e mesmo se o que falo é tolice e não o atinge em nada, acredito que este tipo de interação e colocação de sentimentos lhe dá um contexto para viver, imaginar e relacionar durante as muitas e muitas horas em que não estou lá como também quando estiver.

Fazendo Contato

À parte estes exemplos do que eu poderia dizer, há outras coisas que faço para conseguir contato com meu paciente. Posso sentar-me no chão em frente dele e olhá-lo no rosto por um momento. Posso colocar isto assim: “Algumas vezes tenho vontade que você olhe para mim”. Ele não fará isso por muito tempo, mas se nossos olhos se encontrarem uma vez, ficaria muito contente e o direi a ele.

Posso colocar minha mão em seu ombro, ou posso tomar sua mão. Posso fazer isso em alguma situação específica, ou no meu esforço para alcançá-lo de alguma forma (talvez eu diga primeiro: “realmente quero ouvir alguma coisa de você”).

Pessoas isoladas precisam de tato físico, especialmente crianças pode-se pegá-las e abraçá-las. Penso que crianças não são diferentes, por serem meus pacientes, de qualquer outra criança. Nós as privamos daquilo que facilmente daríamos a crianças normais (e aquelas precisam mais) quando nos recusamos a abraçá-las porque são nossos pacientes. Similarmente, com um adulto o toque físico é freqüentemente a única maneira de fazer contato. Faço este tipo de contato de modo que não seja perturbador que lembre sexo, ou assustador. É uma mensagem, um contato, um firme aperto de mão. Ou seguro seus ombros, mantendo meus braços estendidos e firmes. É uma maneira de dizer: “Você! Eu estou procurando você”. É importante agora e mais tarde que o paciente não seja ameaçado por, ou forçada a especular a respeito da possibilidade de um consentimento ou uma proposta sexual. Isto é freqüente em hospitais e tanto mais prevalente na mente dos pacientes. Entretanto, outras formas de contato físico, como serem empurrados por ajudantes, são igualmente predominantes. Um firme segurar de ombros confunde poucos

pacientes. Em muitas situações é a única maneira clara, segura e rápida de dizer: “Eu estou aqui e sei que você está aí”.

O Comportamento na Entrevista Tipo II: Silencioso mas Responsivo

Nesta seção imagine, por favor, um paciente que fala muito pouco. Ele pode oferecer proposições sumárias dificilmente compreensíveis, altamente reduzidas como “Alguém precisa ser útil para uma pessoa”, ou “Eu gostaria de segurá-los e sacudi-los”. A maior parte do tempo ele é silencioso. Contudo, é altamente responsivo. Olha para o terapeuta algumas vezes, pode olhar rapidamente ao redor ou para baixo e voltar de novo à posição inicial. Pode ficar em pé, sentar, andar rapidamente ao redor, e voltar. Ele pode pular três passos para mostrar se o que eu digo o perturba. Pode ficar aborrecido e andar em minha direção como se andasse através de mim. Sua face demonstra a cada momento que alguma coisa nova está acontecendo, ainda que o terapeuta tenha só uma vaga sensação do que seja.

O paciente “silencioso mas responsivo” hoje pode ser o mesmo indivíduo que era silencioso e totalmente não responsivo no início. Ou pode ser “silencioso mas responsivo” logo no começo. Quando ele fica totalmente silencioso por longos períodos, muito do que eu disse na categoria I, se aplica. “Silencioso mas responsivo” é uma categoria de comportamento na terapia, não uma categoria de paciente. Apresentarei de novo procedimentos aplicáveis no início e, então, mencionarei procedimentos apropriados ao decorrer da terapia.

Aceitando a rejeição

Está tudo bem comigo – embora certamente não pareça – quando o paciente me rejeita. Suponha que eu me sente, tentando manter-me como uma companhia silenciosa ao lado do paciente durante alguns minutos, então ele se levanta e se senta em outro lugar. Quando eu me aproximo dele, aborrecidamente, ele se distancia de novo. Chamo de “responsivo” a este comparado com a ausência total de reação. “Agora não é o caso em que eu não tenha nada com que trabalhar exceto pelo que trouxe comigo. O paciente está fazendo e expressando muito. Ele me dá muito com que trabalhar se eu puder suportar a situação.

Se ele continua a abandonar todo lugar a que eu vá, então fico onde estou e o deixo lá. Isto é uma interação. Ele está lá, mas sabe que estou aqui esperando. Muito está acontecendo. Todo o quanto pode estar tenso com ele. Ou isto pode ocorrer num consultório: ele sai para o “hall”.

Agora ele está lá e sabe que estou aqui. Ou posso ir para perto dele. Se ele sai novamente, posso andar ao alcance de sua vista e então parar e permanecer aí. Essa progressiva interação é como um fio de borracha em tensão esticado entre nós.

Minha suposição é que eu posso ser rejeitado. Não é uma má coisa para ele se eu puder aceitá-la. Quantas vezes ele rejeitou repetidamente alguém que, apesar disso, continuou a querer saber dele? Certamente quase nunca.

Uns poucos dias assim podem ser muito importantes. Depois de algum tempo eu posso ir. Antes de sair desejo algum contato com ele e posso dizer ruidosamente “Eu o verei na sexta-feira”, ou se ele continua o bastante próximo para ouvir poderia dizer: “Sei que você não quer mas eu penso que posso ajudá-lo e vou voltar.”

Se ele permanecer onde nós possamos conversar poderia dizer: “Porque ficar tão assustado?” ou “Queria que você ficasse por um minuto”. Ou (se posso nota-lo em seu rosto) “Eu creio que você está furioso comigo por eu não o deixar sozinho”, ao que a sua expressão poderia denotar “Dane-se!”, e eu deveria então acrescentar de uma maneira firme: “Mas o que haveria de bom se eu o deixasse sozinho? Você apenas ficaria aqui. A quanto tempo você está aqui? Quanto quer que seja, provavelmente, já é tempo demais. O que de bom haveria para você se o deixasse sozinho? Isto não ajuda a ninguém”. Ou seu rosto poderia dizer, “Você é um estranho, eu não consigo entendê-lo: o que está fazendo?” ao que eu diria talvez firme e sucintamente: “Eu sou um doutor e algumas vezes posso ajudar as pessoas aqui”. Saia depressa para longe de mim – ou não vou fazer nada para você”, ou somente direi, “Está certo. Voltarei na sexta-feira”. Somente por uns poucos minutos me imponho desta forma; mas antes quis um momento para mostrar que não estava demasiadamente ferido. Talvez eu só dê um aceno de mão à distancia e saia.

Freqüentemente o paciente se recusará a vir à sala de terapia ainda que esteja totalmente inclinado a encontrar o terapeuta na sala de espera ou no quarto. Ele sabe que é livre para ir embora. Entretanto, quando ele permanecer junto de mim; sei que não estou violando sua liberdade se eu ficar. Ficamos na entrada. Ele não fala nada. Digo as mesmas coisas que já esbocei, mas seu rosto e postura respondem. Então respondo a isto: “Eu não estou certo, mas talvez você sinta ...” tudo o que captar de seus gestos e movimentos. Termino muitas destas respostas com : “Mas claro, realmente eu não sei o que você sente, isto é somente o que imagino”, ou “Isto é exatamente o que eu estou pensando que talvez você tenha sentido, quando fugiu de mim.”

Muitos casos de rejeição do terapeuta exigem um período de encontros no “hall”, não marcados, em que o paciente é livre para ir embora, mas não o faz.

Preciso agora mencionar uma série de procedimentos em que minhas ações implicam, antes que eu possa lidar mais completamente com esta interação terapêutica, em grande parte sub-verbal.

Ser ativo – Se pouco de terapia está ocorrendo, uma ação de mais amplo alcance é desejável. Descubro que ajuda muito mudar de lugar, movimentar-me, levantar-me, descer para uma coca-cola, conversar sobre como meu dia tem sido (brevemente), fumar oferecendo cigarros (como eu faria com qualquer outra pessoa que está comigo quando fumo cigarro), oferecendo-me para pagar uma coca (como faria com qualquer outra pessoa quando eu comprasse uma coca) e, geralmente, estendendo o que eu deveria fazer ao incluir tudo o que ocorre comigo.

Oferecendo uma Atividade de Aproximação à Saúde

Quaisquer atividades de pacientes, mais semelhantes aquela das pessoas saudáveis são, provavelmente, boas coisas. Se o paciente

somente fica assentado, então o olhar para cima é provavelmente boa coisa. Se ele fica sempre no hospital e sair para o pátio e ir até a cantina é, provavelmente, uma atividade em direção à saúde. Se ele vai à loja próxima comigo (nos arredores) isto é provavelmente propício à saúde. Pode-se ver o paciente usando de novo suas pernas. “Ora!”, ele pensa “Eu ainda sei como ir à loja! E posso ainda andar por aí”. Talvez, no início, ele esteja amedrontado, vai até à esquina, para deixar os outros passarem adiante e voltar de novo sem comprar os cigarros. Talvez andemos dentro da loja juntos e imediatamente ele queria sair (“Está muito cheio”). Mas qualquer movimento que ele possa fazer em direção à saúde normal é provavelmente uma boa coisa!

Muito antes dele estar desejoso, eu o convido para vir comigo ao pátio, ou até à cantina. Ele talvez nem sempre me responda mas então eu digo que eu penso que ele poderia ter vontade mais tarde e que eu gostaria disto. Pensei que ele poderia, um dia qualquer. Este processo vai desde o doce, ou máquina de coca, até a cantina, até a loja fora do hospital, até uma farmácia no centro, bar ou loja.

Ajudando o Paciente a Reassociar

Muito antes de ele estar realmente preparado, o paciente precisa ser convidado e ajudado a se reassociar com o mundo externo. Nós profissionais temos limitado o campo de tal forma que uma profissão “psicoterapia”, supõe uma mudança do paciente de uma fase doente (ocorrendo no consultório) a uma fase quase boa. Neste ponto, outra profissão (serviço social) supõe-se, passa a ajudar o paciente no mundo ao qual ele retorna. Ainda outras profissões (reabilitação vocacional) trabalham com seu possível emprego, e assim por diante. Estas outras profissões freqüentemente recusam-se a ajudar até que o paciente esteja “bastante bem”; mas o paciente não pode ser dividido em “fatias”.

Ele é uma só peça e freqüentemente cai nas lacunas entre nossas profissões. Tenho aprendido (um tanto penosamente) que se quero que meu paciente se mova em direção a um bom resultado, tenho que estar disposto a fazer estas coisas antes que ele esteja “bastante bom”. Direi, “mais tarde nós o ajudaremos a encontrar um emprego na cidade; você poderá quere-lo então”. Digo isso mesmo quando o paciente não pode nem falar ainda. Digo também, “eu sei que você não pode fazer isso agora, mas você poderia ser capaz mais tarde”. Conseguir relacionamento de novo com o mundo (e, talvez, numa situação diferente daquela em que ele ficou doente) é uma parte essencial de cura. Isto não deve ser deixado “para quando o paciente estiver preparado” sob pena de ele nunca o ficar.

Um dos nossos bons terapeutas conversou com sua paciente por mais de dois anos, uma ou duas vezes por semana. Ela estava freqüentemente silenciosa e muito quieta. Finalmente ele tornou-se impaciente e a incitou a que pensasse sobre a saída do hospital, talvez, com a ajuda da reabilitação vocacional promovida pelo terapeuta. Ela respondeu: “Eu tenho imaginado se você alguma vez quis me ajudar”. Parece que ele apreciava muito a visita daquele homem agradável e

ficava silenciosamente esperando que uma hora qualquer ele pudesse querer ajudá-la. Para ela isto significava ajudá-la em toda situação, não apenas algumas partes perturbadas separadamente (seus sentimentos ou “enfermidade”).

“Esquizofrenia” é ser desligado do mundo mais que em interação com ele. Pode-se não gostar disso logo no início e então voltar a se ligar e a interagir com o mundo.

Preciso convidar o paciente se ele voltar disposto. Após certo ponto, nós vamos à máquina de coca, à cantina, à loja, à cidade, ao serviço (é claro que só tenho tempo para alguns. Procuro arranjar alguém que faça o mesmo com outros pacientes).

Oportunidades para Interação

Quando as atividades não mais servem como veículos terapêuticos elas podem ser abandonadas. Tal parada dá oportunidade para um trabalho terapêutico. Pacientes ficam acostumados com cocas e caminhadas e nisto há duas armadilhas:

- a) que poderá trazer-me problemas o fato de dar fim a um padrão particularmente desejável para um paciente – um meio conveniente de obter cocas, cigarros, tempo fora do hospital – quando isto cessar de produzir avanços terapêuticos. Esta interrupção costumava ser difícil para mim, mas agora eu uso meus sentimentos sobre esta dificuldade exatamente como uso meus outros sentimentos, por exemplo: não quero mais comprar coca para você; agora eu acho que estou repetindo a mesma coisa quando realmente você poderia sair trabalhar e comprar a sua própria coca. Então, não mais me parece certo mais me preocupa estar deixando você agora, quando digo isso. Depois de tudo fui eu quem inicialmente o convidava a aceitar cocas. Naqueles dias você não queria aceitar nada de ninguém. Eu o forcei de certa forma, bem o sei.
- b) que o paciente não começará a terapia de forma alguma mas me tomará por uma grande dama cujo propósito é fazer sua vida ligeiramente melhor com cocas e cantinas. Para esses pacientes direi freqüentemente, “você sabe, eu estou aqui para ajudá-lo com o que o mantém aqui no hospital”, ou “e agora é tempo de você me falar alguma coisa a respeito de como se sente se puder e quiser ...” “Tudo o que o incomode e iniba, do contrário não estaremos fazendo nada para sair daqui e isto é o que me cabe fazer para ajudá-lo. Sei que você poderia talvez pensar que não pudesse sair daqui, ou mesmo não queira fazer isto, ou não está certo de que você quer, mas imagino que você sabe que eu o quero fora daqui. Penso encontrá-lo mais tarde na cidade, e em meu consultório. Realmente não posso concordar com a sua permanência aqui.”

Além de constituir um movimento em direção à saúde, doces, máquinas de cocas e lojas fornecem condições para uma progressiva interação. Pode-se ver que muitos de meus exemplos na sessão seguinte referem-se à minha interação com um paciente diante da máquina de coca, na loja ou no caminho para lá. Por essas razões é que mencionei estas coisas aqui.”

Por algum tempo, pretendeu-se que a terapia ocupacional fosse esse tipo de veículo – fornecendo acontecimentos de tal forma que o terapeuta pudesse responder aos pacientes. Na maioria dos hospitais ela degenerou na confecção de pulseiras e bolsas, geralmente em silêncio. (O paciente geralmente não precisa de uma bolsa e muito menos de três). Foi muitas vezes esquecidos que o objetivo de tais atividades era criar ocasiões situacionais que facilitassem a ocorrência da interação, de forma que a resposta terapêutica pudesse assim ser possível.

Mas não se precisa fazer tudo isto. Mesmo com o paciente que veio ocasionalmente no “hall” há uma situação: onde devemos ficar, como ele se sente com outros ouvindo, a minha pressa em vir embora.

Os seus e os meus sentimentos em qualquer situação constituem um veículo para a resposta terapêutica, especialmente se o paciente é responsivo apenas subverbalmente.

Voltando Atrás

Alguns dos meus sentimentos a respeito dele na situação, constitui uma boa fonte de respostas se eu os expresse de uma forma detalhada e pessoal. O paciente do qual estamos falando pode ser silencioso ou não; mas é responsivo. A cada momento algo está acontecendo com ele e sempre uma parte é demonstrada. Talvez eu não possa saber exatamente o que ele sinta mas vejo que ele sente alguma coisa. (Observem que quase sempre erramos ao procurar saber exatamente o que alguém sente, mas nunca erramos ao perceber claramente que ele sente alguma coisa. Podemos conversar sobre, nos referir a, a aceitar esta reação, qualquer que seja, sem nunca saber o que ela seja!).

Todo um conjunto de sentimentos que eu tenho por outros em certas situações vem a mim de início simplesmente como um desconforto. Quando procuro ver por que estou me sentindo desconfortável, descubro conteúdo relevante para a pessoa com quem estou ou para o que acabamos de fazer ou dizer. Tal conteúdo é bastante pessoal; fui estúpido, rude, apressado, embaraçado, retraído; gostaria de não ter ido, desde que ele queria que eu ficasse. Gostaria de não tê-lo apressado para sair da loja na vista de todas aquelas pessoas; sinto-me mal por não saber o que dizer; estou embaraçado porque as enfermeiras nos vêem silenciosos parecendo estúpidos: eu gostaria de ter uma cadeira na qual pudéssemos sentar.

Enquanto saíamos da loja, depois de ter sido preciso insistir: “Agora eu sinto tê-lo embaraçado lá dentro. Estou sempre preocupado com atrasos e por isso me agitei. Mas eu gostaria de não tê-lo apressado na frente de todas aquelas pessoas. Este sentimento ruim é exatamente o que eu não gostaria que você tivesse que suportar”.

Ou, quando descemos para a máquina de doces, onde ficamos a sós: “nunca me sinto bem lá em cima onde todo mundo nos ouve”, ou “Eu não tive vontade de lhe dizer isto lá em cima, simplesmente não me senti bem com todas aquelas arrumadeiras nos olhando”.

Ou “Eu não faço questão que permaneçamos aqui, mas estou me cansando de ficar em pé. Eu gostaria que pudéssemos ir até ao sofá, no andar de baixo, onde pudéssemos sentar”. E assim, uma semana depois, ele nos levou ao sofá. Está claro para nós dois que isto não é o que ele quer; nós estamos fazendo isto por mim porque estou cansado de ficar em pé. “Eu estou muito contente por você querer fazer isto por mim. Obrigado!”

Ou, “Eu imagino que você esteja aborrecido comigo porque eu estou saindo, eu não me sinto bem em relação a isto também. Apenas não é certo que eu vá embora e o deixe aqui. Tenho de ir, ou senão estarei atrasada para tudo o que tenho que fazer todo o dia de hoje, e me sentirei miserável por causa disto.” Silêncio! “Por outro lado, estou contente por você não querer que eu vá. Eu não gostaria se para você tanto fizesse”.

Estes exemplos tem em comum o fato de que expresso sentimentos meus que a princípio eram incômodos ou dificultosos, de tal forma que cuidava de ignorá-los em mim. Isto requer uma espécie de “recuo”. Quando chego a notar isto já ignorei ou desmenti meus sentimentos – só agora eu posso saber o que era ou não. Eu preciso recuar para expressá-los. A princípio, isto parece uma total impossibilidade! Como posso expressar este sentimento todo interligado, incômodo e enigmático? Nunca! Mas um momento após vejo que isto é somente uma outra maneira perfeitamente humana de sentir e, de fato, inclui muito interesse pelo paciente e sensibilidade empática com relação a ele. É por causa dele que me sinto infeliz – ou por causa do que acabei de lhe fazer.

Um tipo de interação calorosa e aberta é criada quando expresso meus sentimentos desta forma. E não sou superior, mais sábio, ou melhor que as outras pessoas na vida do paciente. Tenho tantas fraquezas, necessidades e estupidez quanto eles. Mas as outras pessoas em sua vida raramente lhe expressam este tipo de resposta.

O Lado Interior do Sentimento

O que eu chamo de “lado interior” de um sentimento é o aspecto mais seguro de se expressar. Tendemos a expressar o aspecto externo de nossos sentimentos. Isto nos deixa protegidos e torna a outra pessoa insegura. Dizemos, “Isto e aquilo (que você fez) me feriu”. Não fizemos “Esta ou aquela fraqueza minha me fez ser ferido, quando você fez isto ou aquilo”.

Para descobrir este aspecto interior dos meus sentimentos é necessário apenas que eu me pergunte “por que?” Quando me encontro aborrecido, nervoso, tenso, ferido, perdido ou preocupado, eu me pergunto “por que?”. Então, ao invés de “você me fere” ou “Isto me deixa louco”, encontro em mim o porque. Esta forma é sempre mais pessoal, positiva e mais segura de se expressar. Ao invés de “você me incomoda”, eu descubro “eu gostaria que você se expressasse mais pessoalmente”, ou “você me contou o que aconteceu, mas eu gostaria de ouvir também o que tudo isso significou para você”. Ao invés de dizer “quando você se move tão devagar e volta três vezes, isto me faz ficar louco”, eu digo, “eu fico a pensar que o tempo vai acabar e eu terei de ir embora sem Ter feito nada por você e isto vai me incomodar o dia inteiro”.

É surpreendente quão positivos são os nossos sentimentos que, primeiramente, vêm à tona como raiva, impaciência, aborrecimento ou crítica. Entretanto, isto é natural, desde que as nossas necessidades com o paciente são quase todas positivas para ele.

Eu preciso ser eficiente ao ajudá-lo, preciso conseguir ser bem sucedido ao ajudá-lo a alcançar a sua verdade e uma forma de viver; preciso de me sentir terapêutico. Quando meus sentimentos em algum momento são tensos, maus, tristes, ou críticos é porque, em termos de algumas destas necessidades bastantes positivas, que tenho em relação a ele, tínhamo-nos desviado do caminho. Não é de se admirar então que quando eu pergunto o “por que” com relação aos meus maus sentimentos, a resposta emergente seja um sentimento positivo. Estou aborrecido porque quero dele coisas mais pessoais e mais relevantes para os sentimentos. Estou irritado porque o nosso tempo está sendo gasto – o tempo que eu poderia aproveitar para ser um terapeuta eficiente. Sou crítico com ele porque quero alguma coisa melhor para ele.

Mas geralmente há uma peculiaridade minha envolvida, e isto deve ser expressado. Essas expressões fazem o paciente sentir que o terapeuta é fraco, não merece confiança, ou que precisa de ajuda? Eu procuro fazer o paciente saber que posso perfeitamente suportar o que sinto. Eu não vou dizer muito a respeito de meus problemas pessoais ou situações não resolvidas. Eu poderia dizer: “Hoje me sinto agitado por causa de algo que me aconteceu. Não é muito grave, mas significa que eu poderia ter problemas com as pessoas que trabalham comigo”. Aqui de novo meu modo de agir deixa claro que eu sei do que se trata e que posso suportá-lo.

A Abertura Para o Que Vem a Seguir

Uma resposta não é em si errada ou certa. Deve ser sensitiva ao que vem a seguir, à reação do paciente ao responder. Se eu posso responder sensivelmente e bem à sua reação no momento seguinte, mesmo se eu apenas disser algo tolo, que o fira, ou que seja errado, uma significativa e positiva interação emergirá.

Eu costumo ponderar se o que eu ia dizer era algo certo ou errado. Então se era errado (como eu poderia dizer a partir das reações do paciente) eu não saberia o que fazer. Agora, gasto alguns momentos deixando meus sentimentos se tornarem claros, mas tão logo isto aconteça, deixo de me preocupar tanto com o fato de eles serem os errados e os expressos.

Ao contrário, eu demonstrei claramente curiosidade, sensibilidade e disposição para enfrentar qualquer que seja a reação que apareça. Isto pode mostrar-me se o que eu disse foi “errado”, mas tudo ficará bem se agora respondo sensivelmente àquilo que provoqueei. Então digo tudo o que agora sinto que torna o que eu disse antes “errado”. (Não é o fato de eu admitir que estava errado que importa aqui). Eu raramente ponho em questão o fato de eu ter errado. Isto importa apenas a mim. Cabe apenas a mim preocupar-me com o quanto erro ou acerto. Mas o que quer que seja nele que eu sinta agora e que torne errado o que eu disse – e posso sabê-lo pela sua reação seguinte – é a isto que eu devo responder a seguir.

Quase tudo é uma oportunidade para fazer progredir uma interação. Nestas circunstâncias ocorre uma interação muito intensa e rica em acontecimentos. Talvez por parte do paciente ela seja não verbal, mas é visível e ativa. Já por parte do terapeuta abrange tantos os movimentos concretos como as expressões faciais que ele não pode evitar, e se processa a verbalização de seus sentimentos, muitos terapeutas chamaram a atenção para a “sensibilidade esquisita” do paciente esquizofrênico. Há um grande número de respostas subverbiais do paciente. O terapeuta deve responder a seguir para fazer a próxima interação prosseguir com calor e abertura.

Entretanto, quando, depois de ter levado o paciente a algumas lojas, desejo parar de fazê-lo, posso até ver com prazer a dificuldade. É uma ocasião para uma interação íntima. Terei que dizer-lhe que me sinto mal por faltar ao compromisso e talvez mesmo, eu dizer que me lembro bem de que fui eu

próprio que o havia convidado. Talvez ele se sinta abandonado, irritado, desapontado, ou qualquer outra coisa. O que quer que seja, não nos esconderemos um do outro. Também lhe direi que sinto que isto não constitui um novo rompimento. Quero vê-lo bom o mais depressa possível, e capaz de ir sozinho aos lugares. Não acho mais que seja necessário fazer isto e não me sinto bem imaginando-me inútil (ou qualquer outra coisa que eu sinta, de alguma forma posso dizer-lhe).

Nestas últimas sessões enfatizei os sentimentos do terapeuta que são maus, incômodos, ou difíceis, porque eles oferecem ricas fontes de respostas pessoais e positivas. Mas é claro que eu também tenho muitos sentimentos “bons”. E, também para estes, preciso de alguns momentos para encontrar uma forma de expressá-los. É de se notar, entretanto, que, exatamente naqueles casos em que nos sentimos barrados, ou em que sentimos que nos enganamos, ou nos encontramos sem saber o que fazer a seguir, é que temos respostas terapêuticas incipientes, se permitirmos que aquele sentimento se torne claro em nós mesmos. Afinal, o paciente é alguém que tem dificuldades de relacionamento e pode avançar para além delas apenas se o terapeuta as supera enquanto as sente em termos de si próprio.

Se o Paciente Não Conseguir Suportar Resposta Alguma Enquanto Fala

Algumas vezes um paciente que diz algumas coisas depois de um longo silêncio encontra-se super sensível e não pode suportar nada que eu diga em resposta. Se o paciente se refugia na dor diante de qualquer coisa que eu diga, fico contente em me manter em silêncio. Apenas afirmo com a cabeça, quando entendo, ou peço uma repetição. Guardo minhas respostas e as explico depois, quando ele não estiver mais tentando me dizer alguma coisa. Neste momento eu as torno minhas, ao invés de lançá-las sobre ele. Não deixo implícito: “O que você disse queria dizer ...” ou “Isto significa para mim ...”. Ao contrário, eu provavelmente digo: “Estou pensando ...;talvez você sinta ...”, (como eu as colocaria se elas fossem totalmente minhas). Alguns pacientes podem suportar qualquer coisa que eu pense, mas não as mesmas

afirmativas como implicações do que eles tinham dito. É como se o que eles disseram fosse tudo o que pudesse ser colocado e nada mais.

A Linguagem, Difícil de Ser Entendida e Reprimida do Paciente, Pode Ser Respondida Passo a Passo

Quando uma pessoa isolada e autista, pelo menos tenta falar com alguém, vinte alusões significantes podem se misturar numa mesma sentença. Eu direi então: “Um momento. Eu quero entender, entendi quando você disse isto ou aquilo e sei (eu penso) que isto fez você se sentir desta e daquela forma. Certo? (sim) . Então você disse... e eu não entendi o que você quis dizer com isso. Consegui chegar até àquele ponto. Repita para mim a partir daí.” O paciente pode ter dito 10 ou 20 coisas antes de eu tê-lo interrompido e eu captei apenas a primeira delas. Mas o paciente torna-se logo disposto a repetir e a expandir, à medida em que sente que o terapeuta realmente quer entender cada coisa e, daí para adiante, eu realmente entendo cada coisa de uma vez.

Eu nunca deixo tal paciente resmungar. A sólida compreensão conseguida passo a passo e a resposta do terapeuta são como pilar no mar de autismo e de perda própria do paciente. À medida em que cada parte é comunicada a outra pessoa que a entende, aquela imensa falta de sentido abandona as coisas. Não se trata aqui deste ou daquele conteúdo como a maneira isolada ou autista de viver ou sentir. Se o deixo falar posso então elaborar apenas uma resposta geral que não afeta o autismo solitário do paciente. O entendimento e a resposta passo a passo do terapeuta são necessários.

O Comportamento de Entrevista Tipo III: Verbal Mas Externalizado

O terceiro tipo de comportamento de entrevista característico de muitos indivíduos hospitalizados é a verbalização livre e orientada para a realidade, mas que nada tem de “terapeuticamente relevante” no sentido usual. É todo ela sobre acontecimentos externos, sobre o que outros fizeram ou fazem, o que aconteceu durante a semana, etc. Essa terceira categoria de comportamento de entrevista é comum não apenas em hospitais, mas também na psicoterapia de pacientes externos que procuram normalmente o terapeuta. Quase todo terapeuta já trabalhou por um longo período com um indivíduo que quase nunca falava a respeito de seus sentimentos e significados afetivos, mas sempre a respeito de situações e acontecimentos. Ir às sessões de psicoterapia pode significar muito para essas pessoas. Ela pode funcionar como uma balsa salva-vidas. Sabem que alguma coisa importante está acontecendo, mas não se trata de psicoterapia, como as repetições durante anos eventualmente mostram. Sem rejeitar ou destruir o apoio desesperadamente necessitado que tal relação prevê, como podemos trazê-lo para o processo terapêutico como tal?

Este grupo “verbal mas externalizado” incluía um certo número de nossos pacientes hospitalizados como também a maioria de nossos pacientes normais! Assim, não se deve afirmar imediatamente que o tipo de fala externalizado indica medo abjeto, ou “afeto reduzido do esquizofrênico”, ou uma grande repressão anormal. Talvez a fala externalizada também indique que o indivíduo não sente ser apropriado expressar seus sentimentos. Se o indivíduo é classificado como normal, neurótico ou esquizofrênico, a entrevista de comportamento verbal mas externalizado apresenta o mesmo problema e exige alguns dos mesmos tipos de resposta do terapeuta.

O Marco de Referência Interna é Redefinido

Eu respondo de tal forma que o que digo sobre os sentimentos do indivíduo pode ser questionado por ele se ele se referir diretamente ao que sente. Infelizmente, muitas vezes ele não tentará questionar o que eu disse, nem vai atentar para seu significado sentido. Mas a intenção e a forma de minhas respostas são de um tipo tal que ele pode saber e sentir diretamente o que digo. Minha resposta alcança seu propósito se ele se refere diretamente ao seu significado sentido. Minha resposta não precisa ser correta; é útil mesmo se resulta apenas em: “Não, realmente é mais provável que ...”

Rogers (1951) chamou este tipo de resposta do terapeuta de “tomar o marco de referência interno do cliente”. Como eu o defino tal resposta diz alguma coisa que pode ser diretamente achado e sentido pelo cliente. Não é uma explanação, generalização, observação externa, ou definição de comportamento. O que é então? É uma afirmativa de tal forma que, se o indivíduo, em seu íntimo, se volta diretamente para o “sentimento” total do que está dizendo ou fazendo neste momento, então descobrirá aí o sentimento ou significado para o qual se dirige a minha resposta. Ou se eu não estiver totalmente certo, ele descobrirá o que houver lá.

Este tipo de resposta move-se das unidades de discurso bem definidas (no que ele diz) para a ainda indefinida (mas diretamente sentida) massa de significados e sentimentos pessoais que ele tem enquanto fala. Por exemplo, o cliente está com raiva ou, mais exatamente, poderia estar (freqüentemente minha primeira impressão é errônea). Mas, justamente com uma unidade bem definida (como raiva) há sempre toda uma gama de sentimentos e significados. Ele está com raiva de mim por eu ter feito aquilo, porque, assim, parece provado que não me preocupo com ele, sob certo aspecto importante e isto o deixa irritado, porque ele se abriu e foi abandonado, o que o faz sentir-se desesperado ... etc., etc. Esta seqüência é apenas um exemplo do contexto sempre implícito nos significados sentidos. O movimento terapêutico em profundidade consiste em tais passos em direção ao significado sentido. Eu quero responder ao significado sentido, de tal forma que ele atende para isso e percorra tais passos. Eu posso fazer isto dirigindo minhas palavras para “este modo total de sentir mesmo sem saber muito sobre ele; (mesmo uma pequena parte que eu sinto me ajuda a expressar uma indicação mais específica). Aponto para lá e

convido o cliente a olhar para lá. Eu gostaria de saber o que ele realmente descobre quando olha para lá. Eu me corrijo alegremente, se ele descobre alguma coisa diferente, ou se outras palavras lhe parecem ajustar melhor.

Por exemplo, eu digo: “Suponho que você está com medo”. Ele procura isto em seu sentimento e diz: “Não, eu não estou com medo de modo algum, eu estou decidido”. Aceito isto. A palavra “decidido” especifica melhor o que ele tinha em si. O que quer que seja que ele especifique é de meu interesse escutar mais a respeito. Ele continua: “- decidido a não deixá-los pegar-me, não agora, por Deus!” Agora eu estou ouvindo mais sobre o assunto. Respondo de novo: “Eles sempre o pegaram antes, mas você decidiu que não ia ceder agora”. “Certo, e outra coisa é –”. (Eu aprecio este “e outra coisa é”; outra coisa usualmente emerge quando nós nos movemos no significado sentido). “E outra coisa é o modo como eles me pegam é; eu comecei a dizer, não, eu não irei adiante com isto; mas então eu fico louco e, eu não fico louco como eu devia, mas, ao invés, eu me arraso, fico totalmente doido, continuo, e então eles me pegam”.

Observe que se eu for um classificador insistirei em que este paciente está amedrontado. Eu estava certo a princípio, mas não chegaria aos sentidos específicos se me prendesse a palavras genéricas. Não faz sentido dizer que ele está ou que não está amedrontado

. O que ele possui é sempre um contexto de múltiplos aspectos específicos sentidos. No máximo, pode-se dizer que ele esteja com medo “daquilo”, ou que está decidido a evitá-lo. Contendo-me com quaisquer palavras, com quaisquer correções ao que digo, desde que eu possa continuar me dirigindo ao conjunto de seus significados sentidos e que possa avançar concretamente nele.

Um Referencial Sentido Imaginário

Mesmo que eu saiba perfeitamente que o cliente não está trabalhando sobre nada, costumo perguntar-me sobre o que poderia ele estar trabalhando se tivesse dito determinada coisa, como parte de uma exploração terapêutica? Isto pode me levar a sentir ou imaginar um aspecto do que ele poderia sentir, o que costuma colocar em andamento o processo terapêutico.

Criando Um Significado Sentido

Mesmo quando o paciente não dá indicação de ter qualquer significado sentido em si, eu o crio. Imagino-o: um sentimento sentido de tudo aquilo que ele tem, sente, ou a que poderia prestar atenção! Não possuo uma idéia exata do que poderia ser, mas posso responder profundamente, mesmo só com a vaga sensação que tenho. A princípio ele diz: “Ela me tomará até o último centavo que eu tiver” (refere-se à sua mulher, que está conseguindo o divórcio). Eu sei que ele não está “elaborando” coisa alguma terapêuticamente. Se estivesse, ele poderia – o que? – perceber o seu contexto total de significados sentidos referentes a seu casamento, ao fato de ele estar sendo dominado, a seus sentimentos de impotência, sua passividade, a seu importante aborrecimento, a sua sensação de que suas percepções são, apenas

respondendo: “E o que é terrível é que você está aqui impotente para fazer alguma coisa”. Talvez sua observação seguinte me permita de novo apontar para um referencial sentido. Quase sempre aponto para referenciais sentidos. Se se consegue que um em cem leve a uma abertura, isto é uma porcentagem adequada para o movimento.

Eu Dirijo Minhas Interpretações às Suas Palavras ou Atos Que São a Mim Remetidos

Qualquer que seja a conclusão geral (diagnóstico ou outra) ou impressão que tenho dele, eu a recebo dele – de seu comportamento e de sua linguagem. Eu posso fazê-lo da melhor forma se consigo me lembrar de como ele me deu essa impressão. Assim posso responder melhor a este sentimento, estado, ou comportamento específico, do que lhe dando somente uma conclusão geral. Por exemplo, posso dizer: “Quando você disse... isto me levou a pensar”. Outro exemplo: “a maneira como você ficou lá, tão triste... a mim me pareceu triste, eu não sei realmente _ me fez imaginar se talvez você pense que eles não vão visitá-lo, mesmo quando você diz que eles vão”.

Qualquer Coisa é “Condição Para uma Abertura”

Eu posso preferir atentar para tudo o que é dito como apenas uma condição de abertura para uma comunicação mais pessoal. Se o paciente me vê fumando e diz: “Fumar é ruim para você”, tomo isto como uma possibilidade de abertura para comunicar, para falar sobre mim, para estar em contato comigo, para discutirmos os seus e os meus comportamentos destrutivos, fraquezas, etc. Similarmente, se o paciente diz: “Você pode me conseguir uma licença para o fim de semana?”(Eu sei que não posso); isto pode tornar-me uma abertura para uma conversa a meu respeito, sobre ele, sobre a vontade de sair do hospital, de sua casa, sobre as pessoas que ele gostaria de ver se fosse à casa, se eles realmente querem vê-lo ou não, etc., etc. Claro, nove em dez vezes minha tentativa para uma tal conversa falha, mas na décima vez eu consigo desenvolvê-la.

Respostas Retroativas

Se eu quis responder de alguma forma há alguns minutos, ou há uma semana, posso fazê-lo agora. (Antes eu pensava que eu teria que esperar até que o cliente falasse sobre aquilo de novo). Eu poderia dizer: “Você se lembra, há algum tempo atrás, quando você disse tal coisa: bem, agora eu pensava sobre isto, e pensava ...”. “Na última semana, quando você foi para casa, eu pensava que talvez você ...”

Desenganando

Eu não permanecerei da forma que chamo de “enganado”. Se o paciente me aparece de alguma forma que não consigo sentir, então eu não mais me sinto “correto”. Sinto-me “enganado”. Talvez eu esteja respondendo socialmente, sorrindo, embora eu saiba realmente que estamos evitando alguma coisa. Ou talvez eu tenha prometido alguma coisa que não quero. Eu me sinto “enganado”, não o que sou realmente e não posso continuar deste jeito. Poderia levar uns poucos minutos para elaborar um meio, mas eu não passarei por alto silenciosamente. Logo eu direi: “Eu pensava agora que não quero fazer aquela coisa que havia prometido há um tempo atrás. Não me sinto bem desapontando-o e, talvez, se você ficar enraivecido, você está certo – mas eu não o farei”. Ou: “Bem, um tempo atrás aquele negócio parecia bem e nós dois achamos que estava ótimo, mas agora eu imagino e talvez você não o esteja fazendo parecer melhor do que realmente é”. Tais momentos são oportunos para um relacionamento mais direto entre nós.

Não Mencionável

Qualquer coisa que pareça não mencionável é realmente uma oportunidade para uma relação mais direta. Se o paciente insinua (ou se eu sinto) algo muito angustiante, algo ameaçador, eu respondo a isto. Acredito que o cliente já tem e sente tal coisa, se isto está nele (se ele verificar dentro de si e achar) eu não posso protegê-lo contra ela. Tenho duas opções: eu deixá-lo sozinho com isto, ou mantê-lo como companhia em interação com tal coisa. Não esperarei até que o cliente levante a questão por si. Provavelmente, isto é o que ele está fazendo agora, tão bem quanto é capaz.

Freqüentemente, o paciente se refere a alguma coisa que não é mencionável porque ela “não pode ser” ou não pode ser tolerada – por exemplo, “que estou louco”, ou “que eles não se importam comigo”, ou “que estou louco”, ou “que o terapeuta não se importa comigo”, ou “que sou feio”, etc. O fato de eu expressar isto abertamente, ajuda de alguma forma. O paciente está ainda aqui. Ele não foi destruído. Eu o expresso com um “talvez” e então nós podemos voltar se for necessário. Eu digo quase claramente: “Talvez você esteja com muito medo de que realmente seja doido”. Ou “Talvez você seja feio que ninguém goste de você”, ou “Talvez eu não importe com você de alguma forma”. O resultado é freqüentemente um alívio. Eu respeito o paciente, mas não a armadilha em que ele está preso.

Os Dois Lados da Questão

As razões contra a expressão de alguma coisa precisam também ser incluídas. Posso também expressar qualquer coisa e, de fato, posso expressar os dois lados da questão e não apenas um dos sentimentos.

Por exemplo, dizer apenas: “Eu penso que você está com muito medo de que talvez realmente você seja louco”, poderia amedrontá-lo mais ainda, porque ele poderia sentir que eu penso que ele é. Na

realidade ele está bem sob muitos aspectos e se eu lhe digo isto também, a primeira sentença se torna segura. Esse tipo de externalização torna-se possível para mim na medida em que me decido a expressar também aquilo que a princípio me impediu de expressar meu sentimento.

Outro exemplo: “Não gostei quando você fez isto e não quero que você o repita. Mas penso que você agiu assim para ... e disso eu gosto.

Reconhecimento Positivo

O último exemplo ilustra um caso especial, quando eu preciso por um limite a determinado comportamento. Posso fazê-lo mais facilmente (e mais terapêuticamente, creio), quando encontro e expresso a intenção positiva do paciente ao agir assim. Por exemplo, eu poderia não deixar o paciente me tocar ou agarrar. Vou impedi-lo mas, como mesmo tom e gestos, tentarei responder positivamente ao seu anseio positivo por proximidade ou relações físicas. Colocarei minhas mãos sobre ele mantendo-o um pouco distante de mim, encaro-o diretamente e declaro que penso que a busca de contato físico é positiva e que recebo bem sua tentativa mesmo que eu não possa permiti-la (sei que, às vezes, eu posso estar criando, em parte, este aspecto positivo. Talvez esta tentativa seja mais hostil, neste momento, do que calorosa. Mas há calor e saúde na necessidade sexual de qualquer pessoa e posso reconhecê-la como tal). O efeito de tal impedimento é terapêutico e positivo, é um momento de contato, porque expressei não apenas o limite mas também encontrei a intenção positiva.

Geralmente achamos difícil colocar limites porque temos medo de ferir. Não digo: “Tenho receio de ferir seus sentimentos”, mas sim quais são os sentimentos dele que eu poderia ter medo de ferir. Posso descobrir este sentimento nele, e, usualmente, eles são positivos.

Significados Afetivos Fornecidos Pelo Terapeuta

O que o paciente diz talvez adquira muito valor pelo fato de haver alguém que o escute amigavelmente, mas nada de relevância terapêutica é dito. A conversa é apenas sobre a comida do hospital, os acontecimentos da semana, o comportamento de outros, um pouco de raiva ou tristeza, mas nenhuma exploração.

Passo então eu próprio a expressar os sentimentos e os significados sentidos. Digo: “Que droga é estar internado”. Ou “E eles nem ligam para o que você pensa a respeito” ou “Acho que isto o faz sentir-se perdido, não é?” ou “Rapaz, isto me deixaria louco!” Ou “Deve ser triste que ele ligue tão pouco para você” ou “Não sei, é claro, mas imagino que você gostaria de ter coragem para ficar louco, mas não ousa” ou “Acho que você chegaria a chorar por isto, se se libertasse”.

Algumas vezes tenho que recontar os acontecimentos de tal forma que o provável significado sentido venha à tona. Por exemplo: “Então sua mãe e seu marido é que decidem até a que lavanderia você deve mandar sua roupa. Acho que eles decidem tudo. Você tem pouco de um

lar próprio. Deve ser um sentimento desesperador”(O paciente não diz nada). “Talvez uma espécie de insulto a você?”

Algumas vezes digo tais coisas por minha própria responsabilidade: “Eu gostaria que eles se preocupassem mais com você do que parecem fazê-lo”.

A princípio a única reação do paciente pode ser um olhar vago, depois do que ele retoma sua narrativa, agradecido por eu permitir (por eu não interromper e insistir nos sentimentos para os quais eu havia apontado). Estou sempre disposto a deixá-lo ignorar o que eu digo e continuar; isto o ajuda a suportar o fato de eu expressar tais sentimentos.

A Honestidade do Terapeuta

Tento nunca fazer algo artificial, insincero ou irreal. É claro que faço muitas coisas artificiais, antes mesmo de notá-las, mas isto me dá chance de voltar atrás e expressar a verdade. Devemos ajudar os pacientes a viver com, em e através do que se lhe depara, isto é, o mundo em que eles já vivem de fato. O paciente só pode viver bem sucedido com o que existe. Não há forma de se viver com o que não existe, com mentiras, com papéis artificiais desempenhados por psicólogos. Não se pode aprender a viver a mentira, não importa quão boa ela seja para ele. Ao contrário, dizer a verdade ajuda porque ela é o que já está lá e pode-se aprender a viver melhor e diferentemente com ela. O fato de estar sempre com a verdade traz ainda outra vantagem ao terapeuta: a verdade por si própria questiona o sentido do paciente (ou do terapeuta). Para procurarmos a verdade não precisamos ser brilhantes, julgar corretamente ou escolher sabiamente.

A Resposta Centrada no Cliente

Sempre que houver algo a que responder, quando o paciente diz, faz, decide ou expressa alguma coisa, a melhor resposta é ainda a centrada no cliente. Em tal resposta tento tão claro e puramente quanto possível, expressar minha impressão do que o paciente sente e quer dizer neste momento. Nada mais é tão valioso e poderoso como este tipo de resposta. Ela faz com que o paciente saiba que foi entendido, focaliza a sua atenção em seus referenciais sentidos de tal forma que ele possa questionar o que é dito e avançar; mostra-lhe que tomo seus referenciais sentidos como base última para a decisão do que é verdadeiro ou não; gera o processo do movimento experiencial; tende a fazê-lo prestar atenção diretamente aos seus significados sentidos sem distorcê-los pelo que ele ou eu possa sentir; lança aspectos privados e dificilmente suportáveis no mundo não autista da relação interpessoal; permite ao paciente experimentar não apenas o que ele já sabe que sente, mas também aquilo que ele só quase sente (de tal forma que ele o sente claramente, depois de ter falado); mantém minha própria pessoa e sentimentos claramente separados da pessoa dele e de seus sentimentos de tal forma que haja oportunidade para ambos serem claros e não distorcidos; e é a única forma que conheço para qual sentimentos que são demasiadamente caóticos e difíceis de suportar,

podem chegar a ser vividos e suportados. Tal processo de interação provê solidez, intenção clara, simplicidade, respeito e abertura. Quaisquer sentimentos que sejam concretamente vividos desta maneira tornam-se não apenas conhecidos mas realizam-se desta maneira. Assim, o seu sentido implícito a confiança positiva na vida podem emergir e o indivíduo passa a viver de uma forma que diminui o desespero e altera a própria qualidade destes sentimentos.

Os diversos procedimentos que descrevi neste capítulo são primariamente usados quando o paciente não interage comigo, quando não está dizendo, expressando ou fazendo algo significativo. Quando, através de qualquer um destes canais, ele passa a se comunicar significativamente, então minha resposta é aquela há muito associada com terapia centrada do cliente - o esforço acurado para sentir o significado sentido do cliente naquele momento e comunicar-lhe minha compreensão daquele significado tão claramente quanto possível.

Este texto é um capítulo do livro:

Rogers et al.

The therapeutic relationship and it's impact: a study of psychotherapy with schizophrenics

University Press, Wisconsin, 1967;