Do mesmo autor de

Quando Nietzsche chorou

Irvin D. Yalom

Os desafios da terapia

Reflexões para pacientes e terapeutas



Ediouro

DIGITAL Source

Os desafios da terapia

REFLEXÕES PARA PACIENTES E TERAPEUTAS

Irvin D. Yalom

TRADUÇÃO
Vera de Paula Assis

REVISÃO TÉCNICA
Paulo Schiller



http://groups.google.com.br/group/digitalsource



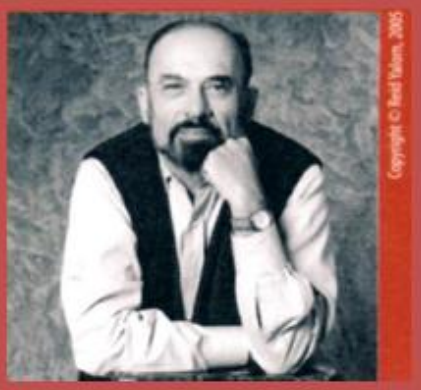
Ao longo de mais de trinta anos de carreira, o psiquiatra Irvin D. Yalom ajudou dezenas de pacientes a reconstruírem suas vidas, (re)encontrarem seus caminhos ou, simplesmente, a se sentirem mais confortáveis em um cotidiano repleto de obstáculos, dificuldades e insatisfações.

Em *Os desafios da terapia - reflexões para pacientes e terapeutas*, o dr. Yalom revela dicas preciosas de extrema utilidade para todos aqueles que se aventuram pelo fascinante mundo da psicologia, sejam terapeutas ou pacientes.

É um guia prático para profissionais da área e para todos os interessados, principalmente aqueles que estão fazendo terapia ou pretendem fazê-la.

Neste guia de linguagem envolvente, original e acessível, os leitores irão conhecer um pouco mais da vasta experiência do dr. Irvin D. Yalom e constatar como todas as pessoas - incluindo os terapeutas - têm muito em comum, pois todos passam por momentos difíceis, de dúvida, solidão, tristeza e medo.

Os desafios da terapia mostra que o processo terapêutico é uma parceria entre dois seres humanos que se tornam companheiros da viagem árdua, porém gratificante, que é o mergulho no interior de cada um.



Irvin D. Yalom nasceu em 1931, em Washington, D.C., EUA. Filho de uma humilde família de imigrantes russos, sempre se interessou pelos seres humanos e suas idiossincrasias. Desde o início de sua formação como psiquiatra, Yalom se sentia fascinado pelas histórias que seus pacientes lhe contavam. Por isso, com o tempo, resolveu escrever sobre suas experiências — não somente em trabalhos científicos, mas também em obras de ficção. É autor de livros de sucesso como *Mentiras no diva* e *Quando Nietzsche chorou*. Atualmente, Irvin Yalom é professor emérito de psiquiatria na Universidade de Stanford e divide seu trabalho clínico entre Paio Alto, Califórnia, onde vive, e São Francisco.

Título original
The gift of therapy

Copyright © Irvin D. Yalom, 2002
Copyright da tradução © Ediouro Publicações S.A, 2006

Primeira edição pela Ediouro Publicações. Direitos para tradução negociados por Sandra Dijkstra Agency e Sandra Bruna Literária, SL.

Copidesque
Paulo Corrêa

Revisão
Jacqueline Gutierrez
Isabella Leal

Produção editorial
Cristiane Marinho

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO-NA-FONTE SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ.

Yl7d
Yalom, Irvin D., 1931-
Os desafios da terapia / Irvin D. Yalom ; tradução Vera de Paula Assis. — Rio de Janeiro : Ediouro, 2006
Tradução de : The gift of therapy
ISBN 85-00-02034-2
1. Yalom, Irvin D., 1931-. 2. Psicoterapia. 3. Psicoterapeuta e paciente.

06-2734. CDD 616.8914
CDU 615.851

07 08 09 10 8 7 6 5 4 3 2 1

Todos os direitos reservados à Ediouro Publicações S.A.
Rua Nova Jerusalém, 345 Bonsucesso
Rio de Janeiro — RJ — CEP 21.042-235
Tel.: (21) 3882 8200 Fax: (21)3882-8212/3882 831 I
www.ediouro.com.br

Para Marilyn,
alma gêmea há mais de cinqüenta anos.
Sempre presente.

Sumário

1 Livre dos obstáculos contra o crescimento
2 Evite o diagnóstico *(exceto para o sistema de assistência médica gerenciada)*
3 Terapeuta e paciente como "companheiros de viagem"
4 Empenhe o paciente
5 Dê apoio
6 Empatia: ver o mundo com os olhos do paciente
7 Ensine empatia
8 Permita o paciente ser importante para você
9 Reconheça seus erros
10 Crie uma terapia para cada paciente
11 O ato terapêutico, não a palavra terapêutica
12 Dedique-se à terapia pessoal
13 O terapeuta tem muitos pacientes; o paciente, um único terapeuta
14 O aqui-e-agora — use-o, use-o, use-o
15 Por que usar o aqui-e-agora?
16 Usando o aqui-e-agora — cultive ouvidos afiados
17 Busca pelos equivalentes do aqui-e-agora
18 Trabalhando as questões no aqui-e-agora
19 O aqui-e-agora revigora a terapia
20 Use seus próprios sentimentos como informações
21 Estruture com cuidado os comentários sobre o aqui-e-agora
22 Tudo é experiência útil para o aqui-e-agora
23 Verifique o aqui-e-agora a cada sessão
24 Que mentiras você me contou?
25 Tela em branco? Esqueça! Seja verdadeiro
26 Três tipos de auto-revelação do terapeuta
27 O mecanismo da terapia — seja transparente
28 Revelando os sentimentos do aqui-e-agora — use o seu tato
29 Revelando a vida pessoal do terapeuta — seja prudente

30 Revelando sua vida pessoal — advertências
31 Transparência e universalidade do terapeuta
32 Os pacientes resistirão à sua revelação
33 Evite a cura distorcida
34 Sobre levar os pacientes mais longe do que você foi
35 Sobre receber ajuda de seu paciente
36 Incentive a auto-revelação do paciente
37 *Feedback* em psicoterapia
38 Ofereça *feedback* com eficiência e delicadeza
39 Melhore a receptividade ao feedback *com* o uso *de "partes"*
40 *Feedback:* não malhe em ferro frio
41 Converse sobre a morte
42 Morte e melhoria da qualidade de vida
43 Como conversar sobre a morte
44 Converse sobre o significado da vida
45 Liberdade
46 Ajudando os pacientes a assumirem responsabilidade
47 (Quase) Nunca tome decisões pelo paciente
48 Decisões: uma *via régia* para os fundamentos existenciais básicos
49 Foco sobre a resistência à decisão
50 Dando conselhos para facilitar a percepção
51 Facilitando as decisões — outros expedientes
52 Conduza a terapia como uma sessão contínua
53 Faça anotações de cada sessão
54 Incentive o automonitoramento
55 Quando o seu paciente chora
56 Reserve um tempo para você mesmo entre os pacientes
57 Expresse seus dilemas abertamente
58 Faça consultas domiciliares
59 Não leve muito a sério as explicações
60 Recursos para acelerar a terapia
61 Terapia como um ensaio geral para a vida
62 Use a queixa inicial como uma alavanca
63 Não tenha medo de tocar seu paciente
64 Nunca se envolva sexualmente com os pacientes

65 Busque aniversários e questões relacionadas ao estágio da vida
66 Nunca ignore a "ansiedade da terapia"
67 Doutor, acabe com a minha ansiedade
68 Sobre ser o carrasco do amor
69 Extraindo uma história
70 Uma história das rotinas diárias do paciente
71 Quem faz parte da vida do paciente?
72 Entreviste o outro significante
73 Explore a terapia anterior
74 Compartilhando o lado sombrio
75 Freud nem sempre esteve errado
76 A TCC não é tão boa quanto dizem... ou: não tenha medo da temível TEV
77 Sonhos — use-os, use-os, use-os
78 Interpretação completa de um sonho? Esqueça!
79 Use os sonhos pragmaticamente: pilhagem e saque
80 Domine algumas técnicas de navegação pelos sonhos
81 Conheça a vida do paciente pelos sonhos
82 Preste atenção ao primeiro sonho
83 Fique atento aos sonhos com o terapeuta
84 Tenha cuidado com os riscos ocupacionais
85 Dê valor aos privilégios ocupacionais

Referências bibliográficas

Agradecimentos

Muitos me ajudaram na redação deste livro. Em primeiro lugar, como sempre, devo muito à minha mulher, Marilyn, sempre minha primeira e mais atenta leitora. Vários colegas leram e criticaram com competência o manuscrito inteiro: Murray Bilmes, Peter Rosenbaum, David Spiegel, Ruthellen Josselson e Saul Spiro. Vários colegas e estudantes contribuíram com críticas a partes do manuscrito: Neil Brast, Rick Van Rheenen, Martel Bryant, Ivan Gendzel, Randy Weingarten, Ines Roe, Evelyn Beck, Susan Goldberg, Tracy Larue Yalom e Scott Haigley. Membros do meu grupo de apoio profissional generosamente concederam um tempo considerável de horas de trabalho para discutir seções deste livro. Vários dos meus pacientes permitiram que eu incluísse sonhos e incidentes de sua terapia. A todos, a minha gratidão.

Introdução

Está escuro. Venho ao seu consultório, mas não consigo encontrar você. O consultório está vazio. Entro e olho para todos os lados. A única coisa ali é o seu chapéu-panamá. E está todo coberto com teias de aranha.

Os sonhos dos meus pacientes mudaram. As teias de aranha cobrem o meu chapéu. Meu consultório está escuro e deserto. Não posso ser encontrado em lugar nenhum.

Meus pacientes se preocupam com a minha saúde: Estarei presente na longa trajetória da terapia? Quando saio de férias, eles ficam com medo de que eu nunca volte. Imaginam que estarão presentes ao meu funeral ou que visitarão meu túmulo.

Meus pacientes não me deixam esquecer que eu envelheço. Mas estão apenas fazendo o seu trabalho: Não lhes pedi que revelassem todos os sentimentos, pensamentos e sonhos? Mesmos novos pacientes em potencial se juntam ao coro e, sem exceção, me cumprimentam com a pergunta: "O senhor *ainda* está aceitando pacientes?"

Um dos nossos principais modos de negação da morte é uma crença no *especialismo* pessoal, uma convicção de que somos livres da necessidade biológica e de que a vida não lida conosco da mesma maneira severa com que lida com todas as outras pessoas. Lembro-me de ter consultado, há muitos anos, um optometrista por sentir a visão reduzida. Ele perguntou minha idade e depois reagiu: "Quarenta e oito, hein? Sim, senhor, está bem dentro do prazo!"

É claro que eu sabia, conscientemente, que ele estava inteiramente certo, mas um grito brotou bem lá do fundo: "Que prazo? *Quem é* que está no prazo? É perfeitamente correto que você e os outros estejam no prazo, mas certamente não eu!"

E, portanto, é desalentador perceber que estou entrando numa era de vida denominada tardia. Meus objetivos, interesses e ambições estão mudando de uma maneira previsível. Erik Erikson, no seu estudo do ciclo da vida, descreveu esse estágio tardio da vida como *generatividade,* uma era pós-narcísica em que a atenção se transfere da expansão de si próprio para os cuidados e preocupação pelas gerações subseqüentes. Pois bem, por já ter passado dos setenta, posso apreciar a clareza da visão de Erikson. Seu conceito de generatividade me parece correto. Quero passar adiante aquilo que aprendi. E o mais rapidamente possível.

Mas oferecer orientação e inspiração para a próxima geração de psicoterapeutas é extremamente problemático, hoje, porque o nosso campo se encontra numa grande crise. Um sistema de assistência médica impulsionado pela economia exige uma modificação radical no tratamento psicológico, e a psicoterapia agora é obrigada a ser ágil — isto é, acima de tudo, *econômica* e, forçosamente, breve, superficial e inconsistente.

Preocupa-me onde a próxima geração de psicoterapeutas eficazes receberá o treinamento. Não nos programas de residência em psiquiatria. A psiquiatria está prestes a abandonar o campo da psicoterapia. Jovens psiquiatras são forçados a se especializar em psicofarmacologia porque as empresas de assistência médica gerenciada atualmente reembolsam os gastos com psicoterapia somente se praticada por clínicos de baixa remuneração (em outras palavras, minimamente qualificados). Parece certo que a atual geração de clínicos psiquiatras, habilitados tanto na psicoterapia dinâmica quanto no tratamento farmacológico, é uma espécie em extinção.

E quanto aos programas de treinamento em psicologia clínica — a escolha óbvia para preencher o vazio? Infelizmente, os psicólogos clínicos enfrentam as mesmas pressões de mercado e a maioria das escolas de psicologia que oferece programas de doutorado reage com o ensino de uma terapia orientada por sintomas, breve e, portanto, reembolsável.

Portanto, preocupo-me com a psicoterapia — sobre como ela

poderá ser deformada pelas pressões econômicas e empobrecida por programas de treinamento radicalmente abreviados. Ainda assim, sou otimista e espero que, no futuro, uma coorte de terapeutas oriundos de uma variedade de disciplinas educacionais (psicologia, aconselhamento, assistência social, aconselhamento pastoral, filosofia clínica) continue a se dedicar a um rigoroso treinamento em nível de pós-graduação e, mesmo sob a pressão da realidade das empresas de seguros e assistência médica, encontre pacientes desejosos de crescimento e mudança dispostos a assumir um compromisso aberto com a terapia. É para esses terapeutas e esses pacientes que escrevo *Os desafios da terapia.*

Ao longo destas páginas, advirto os estudantes contra o sectarismo e sugiro um pluralismo terapêutico no qual intervenções efetivas são extraídas de várias abordagens terapêuticas diferentes. Ainda assim, na maioria das vezes, eu trabalho com base em um referencial (sistema de referência) interpessoal e existencial. Portanto, a maior parte dos conselhos que se seguem deriva de uma ou outra destas duas perspectivas.

Desde o momento em que entrei no campo da psiquiatria, tenho dois interesses permanentes: terapia de grupo e terapia existencial. São interesses paralelos, porém distintos: não pratico "terapia de grupo existencial" — de fato, não sei o que isso seria. Os dois modos são diferentes não apenas por causa do formato (isto é, um grupo de aproximadamente seis a nove membros contra um cenário a dois, com terapeuta e paciente frente a frente para a terapia existencial), mas pelo seu *referencial* fundamental. Ao atender pacientes em terapia de grupo, eu trabalho a partir de um referencial interpessoal e tomo como premissa que os pacientes entram em desespero por causa de sua incapacidade de desenvolver e sustentar relacionamentos interpessoais gratificantes.

Entretanto, quando opero partindo de um referencial existencial, tomo como premissa algo bem diferente: os pacientes entram em desespero como resultado de uma confrontação com

fatos cruéis da condição humana — os "dados conhecidos" da existência. Já que muito do que é oferecido neste livro deriva de um referencial existencial desconhecido de muitos leitores, uma breve introdução é desejável.

Definição de psicoterapia existencial: *psicoterapia existencial é uma abordagem terapêutica dinâmica que se concentra nas questões enraizadas na existência.*

Para ampliar esta definição concisa, quero esclarecer a expressão "abordagem dinâmica". "Dinâmica" tem uma definição leiga e outra técnica. O significado leigo de "dinâmica" (derivada do radical grego *dynasthai,* ter poder ou força), que implica vigor ou vitalidade (a saber, *dínamo,* um atacante dinâmico de futebol americano ou um orador político dinâmico), obviamente não é relevante aqui. Porém, se fosse esse o significado aplicado à nossa profissão, onde estaria o terapeuta que se declararia ser outra coisa que não terapeuta dinâmico, em outras palavras, um terapeuta vagaroso ou inerte?

Não, uso "dinâmico" em seu sentido *técnico,* que retém a idéia de força, mas tem sua raiz no modelo de funcionamento mental de Freud, que postula que forças em conflito no interior do indivíduo geram seu pensamento, sua emoção e seu comportamento. Além do mais — e este é um ponto crucial —, estas *forças conflitantes existem em diversos níveis de percepção; de fato, algumas são inteiramente inconscientes.*

Portanto, a psicoterapia existencial é uma terapia dinâmica que, assim como as várias terapias psicanalíticas, pressupõe que as forças inconscientes influenciam o funcionamento consciente. Entretanto, ela se separa das várias ideologias psicanalíticas quando formulamos a seguinte pergunta: qual é a natureza das forças internas conflitantes?

A abordagem da psicoterapia existencial postula que o conflito interno que nos atormenta brota não somente da nossa luta com os ímpetos instintivos reprimidos ou adultos significantes internalizados ou fragmentos de memórias traumáticas esquecidas, mas também *de nosso confronto com os "dados conhecidos" da existência.*

E quais são esses "dados conhecidos" da existência? Se nos

permitirmos examinar e selecionar — ou "categorizar" — os assuntos cotidianos da vida e refletir profundamente sobre nossa situação no mundo, chegaremos inevitavelmente às estruturas profundas da existência (as *"ultimate concerns"* — preocupações últimas ou supremas —, para usar o termo do teólogo Paul Tillich). Quatro preocupações últimas, em minha opinião, assumem grande destaque para a psicoterapia: morte, isolamento, significado na vida e liberdade. (Cada uma dessas preocupações será definida e discutida numa seção determinada.)

Os estudantes freqüentemente me perguntam por que não defendo os programas de capacitação em psicoterapia existencial. O motivo é que *nunca considerei a psicoterapia existencial uma escola ideológica autônoma, bem-definida.* Em vez de tentar desenvolver currículos de psicoterapia existencial, prefiro suplementar o ensino de todos os terapeutas dinâmicos bem-qualificados e capacitados, aumentando sua *sensibilidade às questões existenciais.*

Processo e conteúdo

Que aparência tem na prática a terapia existencial? Para responder a essa pergunta, é necessário atentar tanto ao "conteúdo" quanto ao "processo", os dois principais aspectos do discurso terapêutico. "Conteúdo" é simplesmente o que se diz — as palavras faladas precisas, as questões substantivas abordadas. "Processo" se refere a uma dimensão inteiramente diferente e imensamente importante: o relacionamento interpessoal entre o paciente e o terapeuta. Quando perguntamos sobre o "processo" de uma interação, queremos dizer: o que as palavras (e também o comportamento não-verbal) nos dizem sobre a natureza das relações entre as partes que participam da interação?

Se as minhas sessões terapêuticas fossem observadas, muitas vezes o espectador poderia procurar em vão por longas discussões explícitas sobre morte, liberdade, significado ou isolamento existencial. Tal *conteúdo* existencial pode se evidenciar somente para

alguns (mas não para todos os) pacientes, em alguns (mas não em todos os) estágios da terapia. De fato, o terapeuta eficiente nunca deveria tentar forçar uma discussão em nenhum terreno de conteúdo: a terapia *não deve ser impulsionada pela teoria, mas sim pelo relacionamento.*

Mas se essas mesmas sessões forem observadas com o intuito de se identificar algum *processo* característico derivado de uma orientação existencial, surgirá uma história inteiramente outra. Uma sensibilidade intensificada para as questões existenciais *influencia profundamente a natureza do relacionamento entre terapeuta e paciente e afeta individualmente cada sessão terapêutica.*

Eu mesmo fico surpreso pela forma particular que este livro assumiu. Nunca imaginei que seria autor de um livro contendo uma seqüência de dicas para terapeutas. Contudo, retrospectivamente, sei quando foi o momento preciso em que tudo começou. Há dois anos, depois de ver os jardins japoneses de Huntington, em Pasadena, notei a exposição da Biblioteca Huntington sobre os livros do Renascimento mais vendidos na Grã-Bretanha e entrei para visitá-la. Três dos dez volumes em exposição eram livros de "dicas" enumeradas — sobre criação de animais, costura, jardinagem. O que chamou minha atenção foi que, mesmo naquela época, há centenas de anos, logo depois da introdução das prensas, as listas de dicas atraíam a atenção das multidões.

Anos atrás, tratei uma escritora que, tendo perdido o vigor ao produzir dois romances consecutivos, resolveu nunca mais assumir o compromisso de escrever outro livro até que ela fosse mordida por uma idéia. Ri disfarçadamente com o comentário dela, mas realmente não compreendi o que ela queria dizer até aquele momento na Biblioteca Huntington, em que a idéia de um livro de dicas me capturou. Imediatamente, resolvi deixar de lado outros projetos de textos para começar a saquear minhas anotações clínicas e meus diários e escrever uma carta aberta a terapeutas principiantes.

O fantasma de Rainer Maria Rilke pairou sobre a redação deste livro. Pouco antes da minha experiência na Biblioteca Huntington, eu tinha relido as suas *Cartas a um jovem poeta* e tentei

conscientemente me elevar aos padrões dele de honestidade, abrangência e generosidade de espírito.

Os conselhos neste livro são extraídos das anotações de quarenta e cinco anos de prática clínica. São uma mistura idiossincrática de idéias e técnicas que considerei úteis em meu trabalho. Essas idéias são tão pessoais, dogmáticas e, ocasionalmente, originais que é improvável que o leitor as encontre em qualquer outro lugar. Portanto, este livro não tem de forma alguma a intenção de ser um manual sistemático; desejo, pelo contrário, que seja um complemento a um programa abrangente de treinamento. Selecionei as oitenta e cinco categorias neste livro aleatoriamente, guiado mais pela paixão pela tarefa do que por qualquer outra ordem ou sistema particular. Comecei com uma lista de mais de duzentos textos de conselhos e, no final, aparei aqueles pelos quais senti bem pouco entusiasmo.

Um outro fator influenciou minha seleção destes oitenta e cinco itens. Meus romances e contos recentes contêm muitas descrições de procedimentos terapêuticos que considerei úteis em meu trabalho clínico, entretanto, uma vez que a minha ficção possui um tom cômico, freqüentemente burlesco, não fica muito claro para muitos leitores se falo com seriedade sobre os procedimentos terapêuticos que descrevo. *Os desafios da terapia* me oferece a oportunidade de esclarecimento.

Sendo uma coleção de detalhes práticos de intervenções ou de afirmativas prediletas, este volume se alonga na técnica e é conciso na teoria. Os leitores que estiverem em busca de uma base mais teórica poderão ler os meus textos *Existential Psychotherapy* e *The Theory and Practice of Group Psychotherapy,* os livros que fundamentam esta obra.

Tendo formação em medicina e psiquiatria, acostumei-me ao termo "paciente" (do latim *patiens* — aquele que sofre ou suporta), mas uso-o como sinônimo de "cliente", a denominação comum das tradições da psicologia e do aconselhamento. Para alguns, o termo "paciente" sugere uma postura de terapeuta distante, desinteressada, não-participativa, autoritária. Mas prossiga a leitura — pretendo

incentivar ao máximo um relacionamento terapêutico baseado em compromisso, franqueza e igualitarismo.

Muitos livros, inclusive o meu, consistem em um número limitado de pontos substantivos e a partir deles em um "recheio" considerável para ligar os pontos de uma maneira elegante. Por eu ter selecionado um grande número de sugestões, muitos deles autônomos, e ter omitido muito texto de "recheio" e transições, o texto terá uma qualidade episódica, oscilante.

Embora eu tenha selecionado essas sugestões casualmente e tenha a expectativa de que muitos leitores saboreiem estas contribuições de uma maneira assistemática, tentei, *a posteriori,* agrupá-las de uma maneira mais conveniente para o leitor.

A primeira seção (1-40) aborda a natureza do relacionamento terapeuta-paciente, com uma ênfase particular no aqui-e-agora, no uso do *self* pelo terapeuta e na auto-revelação do terapeuta.

A seção seguinte (41-51) muda do *processo* para o *conteúdo* e sugere métodos de exploração das preocupações supremas da morte, do significado na vida e da liberdade (abrangendo responsabilidade e decisão).

A terceira seção (52-76) aborda uma variedade de questões que têm origem na conduta cotidiana da terapia.

Na quarta seção (77-83), abordo a utilidade dos sonhos na terapia.

A última seção (84-85) discute os riscos e privilégios de ser um terapeuta.

Este texto está salpicado de muitas das minhas frases e intervenções específicas preferidas. Ao mesmo tempo, estimulo a espontaneidade e criatividade. *Portanto, não considero que minhas intervenções idiossincráticas formem uma receita específica de procedimentos; elas representam minha própria perspectiva e minha tentativa de explorar minha intimidade para encontrar meu próprio estilo e voz.* Muitos estudantes acharão que outras posturas teóricas e estilos técnicos se revelarão mais compatíveis com eles. Os conselhos deste livro derivam de minha prática clínica com pacientes com produção moderadamente alta e alta (e não aqueles que são psicóticos ou acentuadamente

incapacitados), freqüentando as sessões uma ou, mais comumente, duas vezes por semana, desde alguns meses a dois ou três anos. Minhas metas terapêuticas com esses pacientes são ambiciosas: além da supressão dos sintomas e alívio da dor, esforço-me para facilitar o crescimento pessoal e uma mudança básica de personalidade. Sei que muitos dos meus leitores poderão estar numa situação clínica diferente: um cenário diferente com uma população diferente de pacientes e uma duração menor da terapia. Ainda assim, tenho a esperança de que os leitores encontrem sua própria maneira criativa de adaptar e aplicar o que aprendi à sua situação particular de trabalho.

Capítulo 1

Livre dos obstáculos contra o crescimento

Quando eu era um jovem estudante da psicoterapia em busca do caminho a seguir, o livro mais útil que li foi *Neurose e desenvolvimento humano: a luta pela auto-realização,* de Karen Horney. E o conceito isolado mais útil desse livro foi a noção de que o ser humano possui uma propensão inata para a auto-realização. Se os obstáculos forem removidos, acreditava Horney, o indivíduo se desenvolverá e se transformará num adulto maduro plenamente realizado, assim como da bolota se desenvolverá um carvalho.

"Assim como da bolota se desenvolverá um carvalho..." Que imagem maravilhosamente libertadora e elucidativa! Mudou para sempre a minha abordagem da psicoterapia por me oferecer uma nova visão do meu trabalho: minha tarefa era remover os obstáculos que bloqueiam o caminho do meu paciente. Não precisei fazer todo o trabalho; não precisei incitar no paciente o desejo de crescer, com curiosidade, vontade, gosto pela vida, afeição, lealdade ou qualquer uma da infinidade de características que nos tornam inteiramente humanos. Não, o que tive de fazer foi identificar e remover os obstáculos. O resto se seguiria automaticamente, alimentado pelas forças de auto-realização dentro do paciente.

Lembro-me de uma jovem viúva com, segundo as suas próprias palavras, um "coração avariado" — uma incapacidade de, algum dia, voltar a amar. Pareceu assustador lidar com a incapacidade de amar. Eu não sabia como fazê-lo. Mas, e dedicar-me a identificar e desarraigar seus muitos bloqueios para amar? Isso eu poderia fazer.

Logo descobri que o amor lhe parecia traiçoeiro. Amar outro seria trair seu esposo falecido; dava-lhe a sensação de estar fincando os últimos pregos no caixão do marido. Amar outro tão

profundamente quanto ela o havia amado (e ela não aceitaria nada menos que isso) significaria que o amor por ele tinha sido de alguma forma insuficiente ou imperfeito. Amar outro seria autodestrutivo porque a perda, e a dor lancinante da perda, era inevitável. Voltar a amar parecia irresponsável: ela era maligna e desafortunada, e seu beijo era o beijo da morte.

Trabalhamos com afinco durante muitos meses para identificar todos esses obstáculos que a impossibilitavam de amar outro homem. Durante meses, lutamos corpo a corpo contra um obstáculo irracional de cada vez. Mas uma vez que isso foi feito, os processos internos da paciente assumiram o controle: ela conheceu um homem, apaixonou-se, voltou a se casar. Não precisei ensiná-la a procurar, dar-se, respeitar, amar — eu não saberia como fazê-lo.

Algumas palavras sobre Karen Horney: seu nome não é familiar à maioria dos jovens terapeutas. Uma vez que o período em que os teóricos eminentes permanecem em circulação em nosso campo tem sido cada vez mais curto, deverei, de tempos em tempos, recair em reminiscências — não meramente como uma homenagem, mas para enfatizar o argumento de que o nosso campo reúne uma longa história de colaboradores incrivelmente capazes que erigiram alicerces profundos para o nosso trabalho terapêutico atual.

Uma contribuição singularmente americana para a teoria psicodinâmica é personificada pelo movimento "neofreudiano" — um grupo de clínicos e teóricos que reagiu contra o foco original de Freud sobre a teoria da pulsão, isto é, a noção de que o indivíduo em desenvolvimento é basicamente controlado pelo desenrolar e expressão das pulsões inatas.

Em vez disso, os neofreudianos enfatizavam que deveríamos considerar a vasta influência do ambiente interpessoal que envolve o indivíduo e que, durante toda a vida, molda a estrutura do caráter. Os teóricos interpessoais mais conhecidos, Harry Stack Sullivan, Erich Fromm e Karen Horney, estavam tão profundamente integrados e assimilados à nossa linguagem e prática terapêutica que todos somos, sem sabê-lo, neofreudianos. Isso me fez lembrar de *Monsieur* Jourdain, de O *burguês fidalgo,* de Molière, que, ao ouvir a

definição de "prosa", exclama maravilhado: "E pensar que durante toda a minha vida falei em prosa sem saber."

Capítulo 2

Evite o diagnóstico

(exceto para o sistema de assistência médica gerenciada)

Os estudantes de psicoterapia de hoje são expostos à ênfase excessiva sobre o diagnóstico. Os administradores do sistema de assistência médica gerenciada exigem que os terapeutas cheguem rapidamente a um diagnóstico preciso e que a partir dele sigam o curso de uma terapia breve e focada que corresponda a esse diagnóstico em particular. Soa bem. Soa lógico e eficiente. Mas tem muito pouco a ver com a realidade. Representa, pelo contrário, uma tentativa ilusória de criar e regular com precisão científica quando isso não é possível nem desejável.

Embora um diagnóstico seja inquestionavelmente crucial nas considerações terapêuticas de muitas patologias graves com um substrato biológico (por exemplo, esquizofrenia, transtornos bipolares, transtornos afetivos maiores, epilepsia de lobo temporal, toxicidade farmacológica, doença orgânica ou cerebral decorrente de toxinas, causas degenerativas ou agentes infecciosos), ele é freqüentemente *contraproducente* na psicoterapia comum dos pacientes com um comprometimento menos grave.

Por quê? De um lado, a psicoterapia consiste em um processo que se desenrola gradualmente, no qual o terapeuta tenta conhecer o paciente da maneira mais completa possível. Um diagnóstico limita a visão; diminui a capacidade de se relacionar com o outro como uma pessoa. Uma vez que definimos um diagnóstico, temos a tendência de deixar de nos ocupar com os aspectos do paciente que não se encaixam naquele diagnóstico em especial e, reciprocamente, a dar uma atenção exagerada às características sutis que parecem confirmar um diagnóstico inicial. Mais importante, um diagnóstico pode agir como uma profecia que realiza a si própria. Referir-se a

um paciente como "limítrofe" [*borderline*] ou "histérico" pode servir para estimular e perpetuar essas mesmas características. De fato, existe uma longa história de influência iatrogênica sobre a forma das entidades clínicas, que inclui a controvérsia atual sobre transtorno de personalidade múltipla e memórias reprimidas de abuso sexual. É também necessário ter sempre em mente a baixa confiabilidade da categoria de transtorno de personalidade do DSM[1] (os próprios pacientes freqüentemente se engajam em psicoterapia de longo prazo).

E qual o terapeuta não ficou espantado ao verificar o quanto é mais fácil definir um diagnóstico DSM-IV[2] após a primeira entrevista do que muito depois, digamos, depois da décima sessão, quando sabemos muito mais sobre o indivíduo? Não se trata de um tipo estranho de ciência? Para que seus residentes de psiquiatria fiquem plenamente conscientes desta questão, um colega meu lhes pergunta: "Se você estiver em psicoterapia pessoal ou estiver pensando nessa possibilidade, qual diagnóstico DSM-IV você acha que o seu terapeuta poderia usar, de maneira plausível, para descrever alguém tão complicado quanto você?"

Na jornada terapêutica, precisamos traçar uma linha delicada com uma certa objetividade, mas não uma objetividade excessiva; se levarmos demasiadamente a sério o sistema diagnóstico do DSM, se realmente acreditarmos que estamos verdadeiramente desbravando a intimidade da natureza, poderemos ameaçar a natureza humana, espontânea, criativa e incerta da aventura terapêutica. É necessário lembrar que os clínicos envolvidos na formulação dos sistemas diagnósticos anteriores, agora descartados, eram competentes, orgulhosos e tão confiantes quanto os atuais membros dos comitês do DSM. Sem dúvida, chegará o tempo em que o formato de cardápio de restaurante chinês do DSM-IV parecerá risível para os profissionais de saúde mental.

---

[1] *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual diagnóstico e estatístico de doenças mentais, da Associação Americana de Psiquiatria). (N. da T.)

[2] Quarta edição do DSM. (N. daT.)

Capítulo 3

Terapeuta e paciente como "companheiros de viagem"

André Malraux, romancista francês, descreveu um padre da zona rural que tinha ouvido confissões por muitas décadas e havia resumido aquilo que aprendera sobre a natureza humana da seguinte maneira: "Antes de mais nada, as pessoas são bem mais infelizes do que imaginamos... e não existe essa coisa de pessoa adulta." Todo mundo — e isso inclui tanto os terapeutas quanto os pacientes — está destinado a experimentar não apenas a alegria da vida, mas também sua inevitável escuridão: desilusão, envelhecimento, doença, isolamento, perda, sensação de falta de sentido, escolhas dolorosas e morte.

Ninguém expressa esses sentimentos de maneira mais dura e sombria que o filósofo alemão Arthur Schopenhauer:

> No início da juventude, quando contemplamos nossa vida vindoura, somos como crianças num teatro antes de a cortina subir, sentados lá animados e esperando ansiosamente pelo início da peça. É uma bênção que não saibamos o que vai realmente acontecer. Pudéssemos prevê-lo, haveria ocasiões em que as crianças poderiam parecer prisioneiros condenados, não à morte, mas à vida, e ainda inteiramente inconscientes de qual o significado de sua sentença.

Ou, de novo:

> Somos como cordeiros no campo, fazendo travessuras sob o olhar do açougueiro, que escolhe e separa um e depois outro para ser sua presa. Também é assim que, nos nossos dias bons, somos todos inconscientes do mal que o Destino pode ter reservado para nós — doença, pobreza, mutilação, perda da visão ou da razão.

Embora a concepção de Schopenhauer seja fortemente influenciada por sua própria infelicidade pessoal, ainda assim é difícil negar o desespero inerente à vida de todo indivíduo consciente de si próprio. Minha mulher e eu às vezes nos divertimos planejando jantares para grupos de pessoas que têm em comum propensões semelhantes — por exemplo, uma festa para monopolistas, ou narcisistas ardentes ou passivo-agressivos engenhosos que conhecemos ou, por outro lado, uma festa "feliz", para a qual convidamos apenas as pessoas verdadeiramente felizes que conhecemos. Embora não tenhamos tido nenhuma dificuldade em completar a mesa para todos os outros tipos excêntricos, nunca fomos capazes de ocupar uma mesa inteira para a nossa festa de "pessoas felizes". A cada vez que identificamos algumas pessoas de personalidade alegre e jovial e as colocamos numa lista de espera, enquanto continuamos nossa procura para completar a mesa, descobrimos que um ou outro dos nossos convidados felizes é eventualmente acometido por alguma grande adversidade da vida — freqüentemente uma doença grave ou a de um filho ou cônjuge.

Esta visão trágica, porém realista, da vida há muito influencia meu relacionamento com aqueles que buscam a minha ajuda. Embora haja muitas expressões para o relacionamento terapêutico (paciente/terapeuta, cliente/conselheiro, analisando/analista, cliente/facilitador e a mais recente — e, de longe, a mais repulsiva —, usuário/provedor), nenhuma delas transmite com precisão a minha percepção do relacionamento terapêutico. Em vez disso, prefiro pensar nos meus pacientes e em mim mesmo como *companheiros de viagem,* um termo que suprime as distinções entre "eles" (os aflitos) e "nós" (os que curam). Durante o meu estágio de especialização, fui freqüentemente exposto à idéia do terapeuta integralmente analisado, mas, à medida que caminhei na vida, que formei relacionamentos íntimos com um bom número de meus colegas terapeutas, conheci os personagens veteranos no campo, fui convocado a ajudar meus ex-terapeutas e professores, e eu mesmo tornei-me professor e veterano, acabei percebendo a natureza mítica

desta idéia. Estamos todos juntos nisso e, não existe nenhum terapeuta e nenhuma pessoa imune às tragédias inerentes à existência.

Uma das minhas histórias prediletas de cura, encontrada em *O jogo das contas de vidro,* de Hermann Hesse, envolve Joseph e Dion, dois renomados curandeiros, que viveram em tempos bíblicos. Embora ambos fossem altamente eficientes, eles trabalhavam de maneiras diferentes. O curandeiro mais jovem, Joseph, curava através de uma escuta silenciosa, inspirada. Os peregrinos confiavam em Joseph. Sofrimento e ansiedade despejados em seus ouvidos desapareciam como água na areia do deserto, e os penitentes saíam de sua presença leves e calmos. Por outro lado, Dion, o curandeiro mais velho, confrontava ativamente aqueles que buscavam sua ajuda. Ele adivinhava os pecados inconfessos deles. Era um grande juiz que punia, repreendia e retificava, e que curava por meio de uma intervenção ativa. Tratando os penitentes como crianças, ele dava conselhos, punia com a determinação da penitência, ordenava peregrinações e casamentos, e obrigava os inimigos a fazerem as pazes.

Os dois curandeiros nunca se encontraram e trabalharam como rivais durante muitos anos, até que Joseph se tornou cada vez mais doente espiritualmente, caiu em melancólico desespero e foi assaltado por idéias de autodestruição. Incapaz de curar a si mesmo com os próprios métodos terapêuticos, ele partiu numa jornada rumo ao sul para buscar ajuda de Dion.

Em sua peregrinação, Joseph descansou uma noite num oásis, onde travou uma conversa com um viajante mais velho. Quando Joseph descreveu a finalidade e o destino de sua peregrinação, o viajante se ofereceu como guia para ajudá-lo na busca por Dion. Mais tarde, em meio à sua longa jornada juntos, o velho viajante revelou sua identidade a Joseph. *Mirabile dictu:* ele próprio era Dion — exatamente o homem que Joseph procurava.

Sem hesitação, Dion convidou seu mais jovem e desesperado rival à sua casa, onde viveram e trabalharam juntos por muitos anos. Dion pediu inicialmente que Joseph fosse um empregado. Mais

tarde, ele o promoveu a estudante e, finalmente, a colega.. Anos depois, Dion caiu doente e, em seu leito de morte, chamou seu jovem colega para que ouvisse uma confissão. Falou da antiga e terrível doença de Joseph e de sua jornada até o velho Dion para implorar ajuda. Falou sobre como Joseph tinha sentido que fora um milagre que seu companheiro de viagem e guia se revelasse ser o próprio Dion.

Agora que estava morrendo, tinha chegado a hora, disse Dion a Joseph, de quebrar seu silêncio sobre aquele milagre. Dion confessou que, naquela época, o encontro tinha lhe parecido um milagre, pois ele também tinha caído em desespero. Ele também sentia-se vazio e espiritualmente morto, e, incapaz de se ajudar, havia partido numa jornada em busca de ajuda. Naquela mesma noite em que eles tinham se conhecido no oásis, ele estava numa peregrinação em busca de um curandeiro famoso chamado Joseph.

A narrativa de Hesse sempre me comoveu de maneira incomum. Ela me parece uma declaração profundamente iluminada sobre dar e receber ajuda, sobre honestidade e duplicidade, e sobre o relacionamento entre o curador e o paciente. Os dois homens receberam uma ajuda poderosa, mas, de modos bem diferentes. O curandeiro mais jovem foi nutrido, acalentado, instruído, orientado e criado por um "pai". Por outro lado, a ajuda que o curandeiro mais velho recebeu veio na forma de servir a um outro, de ganhar um discípulo de quem recebeu amor filial, respeito e alívio para o seu isolamento.

Mas, agora, reconsiderando a história, questiono se esses dois curandeiros feridos não poderiam ter prestado ainda mais serviços um ao outro. Talvez eles tenham perdido a oportunidade de algo mais profundo, mais autêntico, mais poderosamente transformador. Talvez, a terapia *real* tenha ocorrido na cena do leito de morte, quando eles abraçaram a honestidade, com a revelação de que eram companheiros de viagem, ambos simplesmente humanos, extremamente humanos. Os vinte anos de segredo, por mais úteis

que tenham sido, podem ter obstruído e impedido uma forma mais profunda de ajuda. O que teria acontecido se a confissão de Dion no leito de morte tivesse ocorrido vinte anos antes, se o curandeiro e o doente tivessem se unido para enfrentar as perguntas que não têm respostas?

Tudo isso ecoa as cartas de Rilke a um jovem poeta, nas quais ele aconselha: "Tenha paciência com tudo que não foi resolvido e tente amar as próprias questões." Eu acrescentaria: "Tente amar também os questionadores."

Capítulo 4

Empenhe o paciente

Muitos de nossos pacientes têm conflitos no reino da intimidade e obtêm ajuda na terapia simplesmente por vivenciar um relacionamento íntimo com o terapeuta. Alguns têm medo da intimidade porque acreditam que existe dentro deles algo basicamente inaceitável, algo repugnante e imperdoável. Dado isso, o ato de se revelar inteiramente a um outro e ainda ser aceito pode ser o principal veículo da ajuda terapêutica. Outros podem evitar a intimidade por causa do medo da exploração, colonização ou abandono; também para eles, o relacionamento terapêutico íntimo e afetivo que não resulte na catástrofe prevista torna-se uma experiência emocional corretiva.

Portanto, nada tem precedência sobre o cuidado e preservação do meu relacionamento com o paciente, e fico muito atento a todas as nuances de como nos respeitamos reciprocamente. O paciente parece distante hoje? Competitivo? Desatento aos meus comentários? Faz uso do que digo na vida privada, mas se recusa a reconhecer minha ajuda abertamente? Seria ela excessivamente respeitosa? Obsequiosa? Expressa muito raramente qualquer objeção ou discordância? Indiferente ou desconfiada? Entro em seus sonhos ou devaneios? Quais são as palavras das conversas imaginárias comigo? Todas essas coisas eu quero saber, e mais. Nunca deixo passar uma hora sem conferir nosso relacionamento, às vezes com uma simples declaração como: "Como é que você e eu estamos hoje?" ou "Como você está sentindo o espaço entre nós hoje?" Às vezes, peço ao paciente que se projete no futuro: "Imagine daqui a meia hora — você está a caminho de casa, olhando para trás e pensando na nossa sessão. Como estará se sentindo sobre você e eu hoje? Quais serão as observações não

expressas ou as perguntas não formuladas sobre o nosso relacionamento hoje?"

Capítulo 5

Dê apoio

Um dos grandes benefícios de uma terapia pessoal intensiva é sentir na própria pele o enorme valor do apoio positivo. Pergunta: de que os pacientes se lembram quando olham para trás, anos depois, sobre sua experiência na terapia? Resposta: não do *insight,* não das interpretações do terapeuta. É mais freqüente que eles se lembrem das declarações de apoio positivo de seu terapeuta.

Considero essencial expressar regularmente meus pensamentos e sentimentos positivos sobre meus pacientes, além de uma ampla gama de atributos — por exemplo, suas aptidões sociais, curiosidade intelectual, afetuosidade, lealdade com os amigos, capacidade de articular idéias, coragem de enfrentar seus demônios internos, dedicação à mudança, disposição de se auto-revelar, delicadeza amorosa com os filhos, compromisso com a ruptura do circuito de abuso e decisão de não passar a "batata quente" para a próxima geração. Não seja sovina — não há nenhuma razão para isso; existem muitos motivos para expressar essas observações e seus sentimentos positivos. Fique também atento aos elogios vazios — torne seu apoio tão incisivo quanto seu *feedback* ou interpretações. Tenha sempre em mente o grande poder do terapeuta — poder que, em parte, se origina de estarmos a par dos eventos de vida, pensamentos e fantasias mais íntimos dos nossos pacientes. A aceitação e o apoio de alguém que o conhece com tal intimidade são extremamente encorajadores.

Se os pacientes dão um passo terapêutico importante e ousado, elogie-os por isso. Se eu estive profundamente empenhado durante a sessão e lamento que ela tenha chegado ao fim, digo que odeio encerrá-la. E (uma confissão — todo terapeuta tem um repertório de pequenas transgressões secretas!) não hesito em

expressar esse sentimento não-verbalmente, passando alguns minutos além da hora.

Muitas vezes o terapeuta é a única platéia a assistir aos grandes dramas e atos de coragem. Tal privilégio exige uma reação para o ator. Embora os pacientes possam ter outros confidentes, é improvável que algum deles tenha a avaliação abrangente que o terapeuta tem de certos atos de enorme importância. Por exemplo, anos atrás, Michael, um paciente, e romancista, certo dia me informou que tinha acabado de encerrar sua caixa postal secreta. Durante anos, essa caixa postal tinha sido seu método de comunicação numa longa série de casos extraconjugais secretos. Assim sendo, fechar a caixa era um ato de extrema importância, e considerei como minha responsabilidade dar valor à grande coragem de seu ato, e fiz questão de expressar-lhe a minha admiração por sua atitude.

Alguns meses depois, ele ainda se sentia atormentado pelas imagens e anseios recorrentes de sua última amante. Ofereci-lhe apoio.

> — Você sabe, Michael, que o tipo de paixão que vivenciou não desaparece rapidamente. É claro que você será revisitado por nostalgias. É inevitável; faz parte da natureza humana.
>
> — Desfazer-me da minha fraqueza, você quer dizer. Gostaria que eu fosse um homem de aço e conseguisse deixá-la de lado para sempre.
>
> — Temos um nome para homens de aço desse tipo: robôs. E um robô, graças a Deus, é algo que você não é. Conversamos muitas vezes sobre a sua sensibilidade e sua criatividade. São esses os seus bens mais valiosos; é por esse motivo que a sua escrita é tão poderosa, e é por essa razão que os outros se sentem atraídos para você. Mas esses mesmos traços têm um lado obscuro: a ansiedade. Eles fazem com que seja impossível você viver e passar por tais circunstâncias com equanimidade.

Um belo exemplo de um comentário reestruturado numa nova

formulação que ofereceu muito conforto para mim ocorreu algum tempo atrás, quando expressei minha decepção com uma crítica negativa de meus livros a um amigo, William Blatty, o autor de O *exorcista.* Ele respondeu, oferecendo-me apoio de maneira maravilhosa, curando instantaneamente a minha mágoa. "Irv, é claro que você está chateado com a crítica. Dê graças a Deus por isso! Se você não fosse tão sensível assim, não seria um escritor tão bom"

Todos os terapeutas descobrirão seu próprio modo de apoiar os pacientes. Tenho na minha mente uma imagem indelével de Ram Dass descrevendo sua despedida de um guru com quem ele tinha estudado num *ashram* na índia durante muitos anos. Quando Ram Dass lamentou que não estava preparado para partir por causa de seus muitos defeitos e imperfeições, seu guru levantou-se e, lenta e bem solenemente, deu uma volta ao redor dele num percurso de inspeção minuciosa, que ele concluiu com um pronunciamento oficial: "Não vejo imperfeições." Nunca dei uma volta literal ao redor dos pacientes, inspecionando-os visualmente, nem nunca senti que o processo de crescimento algum dia termina, mas, ainda assim, essa imagem muitas vezes guiou os meus comentários.

O apoio pode incluir comentários sobre a aparência: alguma peça do vestuário, um semblante bem descansado bronzeado de sol, um novo corte de cabelo. Se um paciente se vê obcecado com a falta de atração física, acredito que a coisa humana a fazer é comentar (se você se sentir de acordo) que você o considera atraente e especular sobre as origens do mito de sua falta de atratividade.

Num relato sobre psicoterapia em *Momma and the Meaning of life,* meu protagonista, dr. Ernest Lash, é encurralado por uma paciente excepcionalmente atraente, que o pressiona com perguntas explícitas: "Sou atraente para os homens? Para você? Se não fosse meu terapeuta, você reagiria a mim sexualmente?" São essas as perguntas consideradas o mais terrível dos pesadelos — as perguntas que os terapeutas mais temem, mais que todas as outras. É o medo de tais perguntas que faz com que muitos terapeutas dêem muito pouco de si próprios. Acredito, porém, que o medo não se justifica, Se você considerar que é no melhor interesse do

paciente, por que não dizer simplesmente, como o fez meu personagem ficcional: "Se tudo fosse diferente, se nos conhecêssemos em outro mundo, se eu fosse solteiro, se eu não fosse seu terapeuta, então, sim, eu a acharia bem atraente e com certeza me esforçaria para conhecê-la melhor." Qual é o risco? Em minha opinião, tal franqueza simplesmente aumenta a confiança do paciente em você e no processo da terapia. Naturalmente, isso não exclui outros tipos de investigação sobre a pergunta — sobre, por exemplo, a motivação do paciente, o momento escolhido para fazer a pergunta (a pergunta convencional "Por que agora?") ou uma preocupação desmedida com o aspecto físico ou a sedução, que pode estar obscurecendo perguntas ainda mais significativas.

Capítulo 6

Empatia: ver o mundo com os olhos do paciente

É estranho como certas frases ou eventos se alojam em nossa mente e oferecem orientação ou conforto contínuos. Décadas atrás, atendi uma paciente com câncer de mama que, durante toda a adolescência, tinha ficado presa numa longa e amarga luta com seu pai repressor. Desejando ardentemente alguma forma de conciliação, um novo e diferente começo para o relacionamento entre eles, ela aguardava ansiosamente pela ocasião em que o pai a levaria de carro até a faculdade — uma ocasião em que ela ficaria sozinha com ele por várias horas. Mas a viagem há tanto tempo esperada se revelou um desastre: o pai se comportou exatamente segundo o figurino, reclamando longamente do riacho feio entulhado de lixo às margens da estrada. Ela, por outro lado, não viu absolutamente nenhum entulho no belo e rústico córrego, que conservava a sua beleza natural. Não conseguiu descobrir nenhuma maneira de responder e, acabando por cair em silêncio, eles passaram o restante da viagem desviando o olhar um do outro.

Mais tarde, ela fez a mesma viagem sozinha e ficou surpresa ao notar que havia *dois* córregos — um em cada lado da estrada. "Desta vez, eu era a motorista" disse ela com tristeza, "e o córrego que tinha visto da minha janela no lado do motorista era tão feio e poluído quanto meu pai o tinha descrito." Mas na ocasião em que ela tinha aprendido a olhar pela janela do pai, era tarde demais — o pai estava morto e enterrado.

Esse relato me acompanha até hoje e, em muitas ocasiões, lembro a mim mesmo e aos meus alunos: "Olhem pela janela do outro. Tentem ver o mundo da forma como o seu paciente o vê." A mulher que me contou esta história morreu pouco tempo depois de câncer de mama, e lamento não ter podido contar a ela o quanto seu

relato tem sido útil ao longo dos anos, para mim, para meus alunos e muitos pacientes.

Cinqüenta anos atrás, Carl Rogers apontou a "empatia precisa" como uma das três características essenciais do terapeuta eficiente (ao lado da "consideração positiva incondicional" e da "sinceridade") e lançou o campo da pesquisa em psico-terapia, que acabou levando a evidências importantes que confirmam a eficácia da empatia.

A terapia será mais eficaz se o terapeuta entrar com precisão no mundo do paciente. Os pacientes lucram muito pela simples experiência de serem vistos em toda a sua plenitude e de serem inteiramente compreendidos. Portanto, é importante que apreciemos como o nosso paciente experimenta o passado, o presente e o futuro. Acho essencial e faço questão de verificar repetidas vezes os meus pressupostos. Por exemplo:

> Bob, quando penso no seu relacionamento com a Mary, o que entendo é o seguinte. Você diz que está convencido de que você e ela são incompatíveis, que quer muito se separar dela, que se sente entediado na companhia dela e evita passar noites inteiras com ela. Mas, agora, quando Mary agiu da forma que você queria e se afastou, você volta novamente a ansiar por ela. Acho que o ouço dizendo que não quer estar com ela e, no entanto, não consegue suportar a idéia de ela não estar disponível se, porventura, você precisar dela. Estou certo até aqui?

Empatia precisa é mais importante no domínio do presente imediato — isto é, no aqui-e-agora da hora da terapia. *Tenha sempre em mente que os pacientes enxergam as horas de terapia de maneira bem diferente dos terapeutas.* Muitas e muitas vezes, os terapeutas, mesmo aqueles com uma enorme experiência, ficam extremamente surpresos ao redescobrirem este fenômeno. Não é raro acontecer de um de meus pacientes começar uma sessão com a descrição de uma intensa reação emocional a algo que ocorreu durante a sessão anterior, e sinto-me desconcertado e não consigo imaginar, mesmo que minha própria vida possa depender disso, o que teria acontecido naquela

sessão para provocar uma resposta tão poderosa.

Tais pontos de vista divergentes entre paciente e terapeuta chamaram minha atenção pela primeira vez anos atrás, quando estava realizando uma pesquisa sobre a experiência de participantes de grupos, tanto em grupos de terapia quanto em grupos de encontros. Pedi a um grande número de participantes de grupos que respondessem a um questionário no qual eles identificavam incidentes cruciais de cada reunião. Os ricos e variados incidentes descritos diferiram muito das avaliações dos principais incidentes de cada reunião feitas pelos respectivos líderes de grupo, e houve uma diferença semelhante, entre os membros e os líderes, na seleção dos incidentes mais cruciais para o conjunto todo da experiência do grupo.

Meu contato seguinte com diferenças nas perspectivas de paciente e terapeuta ocorreu num experimento informal, no qual uma paciente e eu escrevemos, cada um, resumos de cada hora de terapia. O experimento tem uma história interessante. A paciente, Ginny, era uma escritora talentosa e criativa que passava não apenas por um grave bloqueio para escrever, mas por um bloqueio em todas as formas de expressão. A participação de um ano no meu grupo de terapia foi relativamente improdutiva: ela revelou pouco de si mesma, deu pouco de si aos outros membros e me idealizou com tal intensidade que não havia possibilidade de nenhum encontro genuíno. Assim, quando Ginny teve de deixar o grupo por causa de pressões financeiras, propus um experimento incomum. Ofereci atendê-la numa terapia individual com a condição de que, em lugar do pagamento, ela escrevesse um resumo livre, fluente e sem censuras de cada hora de terapia, expressando todos os sentimentos e pensamentos que não tivesse verbalizado durante nossa sessão. Eu, de minha parte, propus fazer exatamente o mesmo e sugeri que cada um de nós entregasse nossos relatórios semanais à minha secretária e que, a intervalos de poucos meses, cada um de nós lesse as anotações do outro.

Minha proposta tinha mais de uma finalidade. Eu esperava que a tarefa de escrever pudesse não apenas libertar o ato de escrever de

minha paciente, mas a incentivasse a se expressar mais livremente na terapia. Talvez, eu esperava, o ato de ela ler as minhas anotações pudesse melhorar nosso relacionamento. Eu pretendia escrever anotações sem censura, revelando minhas próprias experiências durante a hora: meus prazeres, frustrações, distrações. Era possível que Ginny, se conseguisse me ver mais realisticamente, conseguisse começar a me desidealizar e a se relacionar comigo em bases mais humanas.

(Como um aparte, não pertinente a essa discussão sobre empatia, eu acrescentaria que essa experiência ocorreu numa época em que eu estava tentando desenvolver minha voz como escritor, e que a minha oferta de escrever em paralelo com minha paciente também teve a finalidade de servir a mim mesmo: proporcionou-me um raro exercício de redação e uma oportunidade de romper meus grilhões profissionais, para libertar minha voz por meio do ato de escrever tudo que viesse à minha mente imediatamente após cada sessão.)

Em um intervalo de poucos meses, a troca de anotações proporcionou uma experiência ao estilo *Rashomon:* embora tivéssemos compartilhado a hora, vivenciamos e lembrávamos dela idiossincraticamente. De um lado, valorizamos partes bem diferentes da sessão. Minhas interpretações elegantes e brilhantes? *Ela sequer tinha as ouvido.* Pelo contrário, ela deu valor aos pequenos atos pessoais que eu mal percebia: meus elogios à sua roupa, aparência ou texto, meus desajeitados pedidos de desculpas por chegar alguns minutos atrasado, meus risos francos ante as sátiras dela, minhas implicâncias com ela quando encenávamos uma situação.[1]

Todas estas experiências me ensinaram a não pressupor que o paciente e eu temos a mesma experiência durante a hora. Quando os

[1] Mais tarde, usei os resumos de sessão para dar aulas de psicoterapia e fiquei impressionado com o seu valor pedagógico. Os alunos relataram que nossas anotações conjuntas assumiram as características de um romance epistolar, e finalmente, em 1974, a paciente Ginny Elkin (um pseudônimo) e eu as publicamos sob o título *Every Day Gets a Little Closer,* Vinte anos depois, o livro foi publicado em brochura e começou uma nova vida. Em retrospecto, o subtítulo, *A Twice-Told Therapy,* teria sido adequado, mas Ginny adorava a velha canção de Buddy Holly e queria estar sintonizada com ela.

pacientes discutem os sentimentos que tiveram na sessão anterior, acho essencial indagar sobre a experiência deles e quase sempre aprendo alguma coisa nova e inesperada. Ser empático é uma parte tão considerável da fala cotidiana — os cantores populares cantarolam chavões sobre estar na pele do outro, andar com os sapatos do outro — que tendemos a esquecer a complexidade do processo. É extraordinariamente difícil saber

O que o outro realmente sente; é demasiadamente freqüente projetarmos nossos próprios sentimentos no outro.

Quando dava aulas sobre empatia para os alunos, Erich Fromm freqüentemente citava a declaração de Terêncio de dois mil anos atrás — "Sou humano, e nada que é humano me é estranho" — e insistia que fôssemos abertos àquela parte de nós mesmos que corresponde a qualquer feito ou fantasia oferecido pelos pacientes, não importa quão hediondo, violento, lascivo, masoquista ou sádico. Se não o fizéssemos, ele sugeria que investigássemos por que decidimos fechar essa parte de nós mesmos.

Obviamente, um conhecimento do passado do paciente aumenta a capacidade de ver o mundo com os olhos do paciente. Se, por exemplo, os pacientes tiverem sofrido uma longa série de perdas, eles enxergarão o mundo através dos óculos da perda. Eles podem não ser propensos, por exemplo, a permitir que você se importe ou que chegue muito perto por causa do medo de sofrer mais uma perda. Portanto, a investigação do passado pode ser importante não em prol da construção de canais causais, mas porque nos permite ser empáticos com mais precisão.

Capítulo 7

Ensine empatia

Empatia na dose certa é um traço essencial não apenas para os terapeutas, mas também para os pacientes, *e devemos ajudar os pacientes a desenvolverem empatia pelos outros.* Tenha sempre em mente que nossos pacientes geralmente nos procuram porque não têm sucesso em desenvolver e manter relacionamentos interpessoais gratificantes. Muitos não conseguem empatizar com os sentimentos e experiências dos outros.

Acredito que o aqui-e-agora oferece aos terapeutas uma maneira poderosa de ajudar os pacientes a desenvolverem empatia. A estratégia é simples e direta: ajude os pacientes a sentirem empatia por você, e eles automaticamente farão as extrapolações necessárias para outras figuras importantes em suas vidas. É bem comum os terapeutas perguntarem aos pacientes como uma determinada sentença ou ação deles poderia afetar os outros. Sugiro simplesmente que o terapeuta inclua a si próprio nessa pergunta.

Quando os pacientes se aventuram a adivinhar como eu me sinto, geralmente esmiuço a questão. Se, por exemplo, algum deles interpretar um gesto ou comentário e disser: "Você deve estar muito cansado de me ver" ou "Sei que você lamenta ter se envolvido comigo um dia" ou "Devo ser sua sessão mais desagradável do dia" eu faço um teste de realidade e comento: "Existe aí uma pergunta para mim?*'

Isso, obviamente, é simples treino em competências sociais: incito o paciente a abordar a questão ou fazer uma pergunta direta para mim, e me empenho em responder de maneira que seja direta e útil. Por exemplo, eu poderia responder: "Você está me interpretando de uma forma inteiramente errada. Não tenho nenhum desses sentimentos. Estou contente com o nosso trabalho.

Você revelou muita coragem, trabalha duro, nunca perdeu uma sessão, não se atrasa, arriscou-se quando compartilhou tantas coisas intimas comigo. Aqui, em todos os aspectos, você faz a sua parte. Mas realmente percebo que, sempre que você se aventura a adivinhar meu sentimento a seu respeito, ele freqüentemente não se enquadra com a minha experiência interior e o erro tem sempre o mesmo sentido: você interpreta que eu me importo com você muito menos do que realmente me importo." Outro exemplo:

> — Sei que você já ouviu esta história antes, mas... (E o paciente continua contando uma longa história.)
>
> — Fico impressionado com a freqüência com que você diz que eu já ouvi a história antes e, depois, continua a contá-la.
>
> — Ê um mau hábito, eu sei. Não o entendo.
>
> — Qual é o seu palpite sobre como eu me sinto ouvindo a mesma história várias vezes?
>
> — Deve ser um tédio. Você provavelmente quer que a hora termine — você provavelmente fica verificando o relógio.
>
> — Há uma pergunta aí para mim?
>
> — Bem, você fica?
>
> — Eu *fico* impaciente ao ouvir novamente a mesma história. Fico com a sensação de que ela fica se interpondo entre nós dois, como se você não estivesse, na verdade, conversando comigo. Você tem razão sobre eu olhar para o relógio. Eu olhei — mas foi com a esperança de que, quando sua história terminasse, ainda teríamos tempo para estabelecer contato antes do fim da sessão.

Capítulo 8

Permita o paciente ser importante para você

Já se passaram mais de trinta anos desde que ouvi o mais triste dos relatos sobre psicoterapia. Estava passando um ano em Londres, como bolsista, na imponente clínica Tavistock, e conheci um proeminente psicanalista e terapeuta de grupo inglês que estava se aposentando aos 70 anos, e que na noite anterior tinha conduzido a última reunião de um grupo de terapia de longa data. Os membros, muitos dos quais estavam no grupo há mais de uma década, tinham refletido sobre as muitas mudanças que tinham testemunhado uns nos outros e todos tinham concordado em que havia uma única pessoa que não havia mudado em nada: o terapeuta! De fato, disseram que ele era *exatamente* o mesmo depois de dez anos. Ele então ergueu os olhos para mim e, batendo na mesa com ênfase, disse em sua voz mais professoral: "Isto, meu rapaz, é boa técnica."

Sempre fico entristecido quando me lembro desse incidente. É triste pensar em ficar junto com outros por tanto tempo e, ainda assim, nunca ter deixado que eles fossem importantes o bastante para ser influenciado e modificado por eles. Recomendo enfaticamente que deixe que seus pacientes sejam importantes para você, que deixe que eles entrem na sua mente, que o influenciem, que o modifiquem — não esconda isso deles.

Anos atrás, ouvi uma paciente difamar vários de seus amigos por "dormir com qualquer um". Isso era típico dela: era extremamente crítica a todas as pessoas que me descrevia. Especulei francamente sobre o impacto de seu hábito de julgar seus amigos:

> — O que você quer dizer? — ela respondeu. — O julgamento que faço dos outros tem um impacto sobre *você?*.
>
> — Acho que me faz ser cauteloso em revelar coisas demais sobre

mim mesmo. Se tivéssemos uma relação de amizade, eu teria cautela em mostrar a você o meu lado mais sombrio.

— Bem, esta questão me parece ser bem uma questão de preto ou branco. Qual a sua opinião sobre sexo casual? Você, pessoalmente, conseguiria imaginar separar sexo de amor?

— É claro que consigo. Faz parte da nossa natureza humana.

— Isso me causa repugnância.

A hora terminou com essa observação e, nos dias que se seguiram, senti-me irrequieto com a nossa interação e comecei a sessão seguinte dizendo-lhe que, para mim, tinha sido extremamente incômodo pensar que ela sentia repugnância por mim. Ela ficou espantada com a minha reação e me disse que eu tinha entendido inteiramente errado as palavras dela: o que ela quisera dizer era que tinha repugnância pela natureza humana e por seus próprios desejos sexuais, e não por mim ou minhas palavras.

Mais tarde, na mesma sessão, ela voltou ao incidente e disse que, embora lamentasse ter me causado incômodo, ainda assim se sentia comovida — e contente — por ter sido importante para mim. O intercâmbio catalisou dramaticamente a terapia: nas sessões subseqüentes, ela confiou mais em mim e assumiu riscos bem maiores.

Recentemente um dos meus pacientes me enviou um e-mail:

> Eu te adoro, mas também te odeio porque você parte, não apenas para Argentina e Nova York e, até onde sei, para o Tibete e Timbuktu, mas porque toda semana você parte, fecha a porta e, provavelmente, liga a tevê para ver o jogo de beisebol ou checar o índice Dow e fazer uma xícara de chá assobiando uma música alegre e não pensa nem um pouco em mim — e por que deveria?

Essa declaração dá voz à grande pergunta não feita por muitos pacientes: "Você alguma vez pensa em mim entre as sessões ou eu simplesmente saio da sua vida pelo restante da semana?"

Minha experiência é que freqüentemente os pacientes não

desaparecem da minha cabeça durante a semana e se, desde a sessão anterior, eu tiver pensamentos que poderiam ser úteis se eles soubessem, faço questão de compartilhar com eles.

Se sinto ter cometido um erro na sessão, acredito que é sempre melhor reconhecê-lo diretamente. Uma vez uma paciente descreveu um sonho:

> Estou na minha velha escola fundamental e converso com uma garotinha que está chorando e saiu correndo da sua sala de aula. Eu digo: "Você deve se lembrar que existem muitas pessoas que te amam e seria melhor não fugir de todo mundo."

Sugeri que ela era tanto a pessoa que falava quanto a garotinha, e que o sonho se equiparava e ecoava o próprio assunto que tínhamos discutido na nossa última sessão. Ela respondeu: "É claro."

Isso me exasperou: o típico era que ela não reconhecesse meus comentários úteis e, portanto, insisti em analisar o comentário dela, "É claro." Mais tarde, quando pensei sobre essa sessão insatisfatória, percebi que o problema entre nós era devido principalmente à minha obstinada determinação de esvaziar o "É claro" para obter o crédito total por meu *insight* do sonho.

Iniciei a sessão seguinte admitindo meu comportamento imaturo e, então, fomos em frente e tivemos uma das nossas sessões mais produtivas, na qual ela revelou vários segredos importantes que há muito estava guardando. A revelação do terapeuta gera revelação do paciente.

Os pacientes às vezes são importantes o bastante para entrar nos meus sonhos, e, se acredito que de alguma forma facilitará a terapia, não hesito em compartilhar o sonho. Certa vez, sonhei que encontrei uma paciente num aeroporto e tentei lhe dar um abraço, mas fui obstruído pela grande bolsa que ela estava carregando. Contei-lhe o sonho e o vinculei com nossa discussão na sessão anterior sobre a "bagagem" que ela tinha trazido em seu relacionamento comigo — isto é, seus sentimentos fortes e

ambivalentes para com o pai. Ela ficou comovida por eu ter compartilhado o sonho e reconheceu a lógica de eu o ter conectado com sua fusão entre o pai e mim, mas sugeriu um outro significado convincente para o sonho — a saber, que o sonho expressa o fato de eu lamentar que nosso contrato profissional (simbolizado pela bolsa, um porta-dinheiro, ou seja, os honorários da terapia) impossibilite um relacionamento plenamente consumado. Não pude negar que a sua interpretação fazia sentido, era convincente e refletia os sentimentos que se escondiam em algum lugar bem fundo dentro de mim.

Capítulo 9

Reconheça seus erros

Foi o analista D. W. Winnicott quem certa vez fez a observação incisiva de que a diferença entre mães boas e mães ruins não eram os erros *cometidos, mas o que elas faziam com eles.*

Atendi uma paciente que tinha deixado seu terapeuta anterior por algo que poderia parecer um motivo trivial. Em seu terceiro encontro, ela havia chorado copiosamente e tinha esticado o braço para pegar o lenço de papel, e acabou encontrando uma caixa vazia. O terapeuta tinha começado a procurar, em vão, por lenços de papel ou um lenço, e finalmente saiu correndo pelo corredor até o banheiro, para voltar com um punhado de papel. Na sessão seguinte, ela comentou que o incidente deveria ter sido constrangedor para ele, ao que ele respondeu negando qualquer espécie de constrangimento. Quanto mais ela pressionava, mais ele teimava e rebatia perguntando por que ela insistia em duvidar da resposta dele. Finalmente ela concluiu (corretamente, me pareceu) que ele não tinha se comportado com ela de maneira autêntica e decidiu que não conseguiria confiar nele para o longo trabalho à frente.

Um exemplo de erro reconhecido: uma paciente que tinha sofrido muitas perdas anteriores e enfrentava a perda iminente de seu marido, que morria de um tumor cerebral, certa vez me perguntou se algum dia eu tinha pensando nela entre as sessões. Respondi: "Muitas vezes penso na sua situação." Resposta errada! Minhas palavras a insultaram. "Como você pôde dizer isto", ela perguntou, "você, que supostamente deve ajudar — você, que me pede para compartilhar meus sentimentos pessoais mais íntimos. Essas palavras reforçam meus temores de que não tenho um 'eu', que todo mundo pensa na minha situação e ninguém pensa em

mim." Mais tarde, ela acrescentou que não apenas não tem um "eu" *(self),* mas que eu também evitei introduzir meu próprio *self* nos meus encontros com ela.

Ruminei suas palavras durante a semana seguinte e, concluindo que ela estava absolutamente certa, iniciei a sessão seguinte reconhecendo o meu erro e pedindo-lhe que me ajudasse a identificar e a entender meus próprios pontos cegos nesta questão. (Muitos anos atrás, li um artigo de Sándor Ferenczi, um analista talentoso, no qual ele relatou ter dito a um paciente: "Talvez você possa me ajudar a localizar alguns de meus próprios pontos cegos." Essa é outra das frases que se alojaram na minha mente e que freqüentemente uso no meu trabalho clínico.)

Juntos, examinamos minha apreensão com a profundidade de sua angústia e meu profundo desejo de descobrir alguma maneira, qualquer maneira que não fosse um abraço físico, para confortá-la. Talvez, sugeri, eu estivesse me afastando dela nas sessões recentes por causa da preocupação de que tinha sido excessivamente sedutor em prometer muito mais alívio do que algum dia seria capaz de oferecer. Eu acreditava que fosse esse o contexto da minha declaração impessoal sobre a sua "situação". Teria sido muito melhor, eu lhe disse, simplesmente ter sido honesto sobre meu desejo de a consolar e minha confusão sobre como proceder.

Se você cometer um erro, admita-o. Qualquer tentativa de o ocultar acabará se transformando num tiro pela culatra. Em algum estágio, o paciente perceberá que você está agindo de má-fé, e a terapia sofrerá as conseqüências. Além do mais, uma confissão franca de erro é uma boa maneira de definir modelos para os pacientes e mais um sinal de que eles são importantes para você.

Capítulo 10

Crie uma terapia para cada paciente

Existe um grande paradoxo inerente em boa parte das pesquisas contemporâneas em psicoterapia. Já que os pesquisadores têm uma necessidade legítima de comparar uma forma de tratamento psicoterápico com algum outro tratamento (farmacológico ou outra forma de psicoterapia), eles precisam fornecer no projeto uma terapia "padronizada" — isto é, uma terapia uniforme para todos os indivíduos, que possa, no futuro, ser reproduzida por outros pesquisadores e terapeutas. (Em outras palavras, os padrões são iguais aos usados no teste dos efeitos de um agente farmacológico: a saber, que todos os indivíduos recebem uma droga com a mesma pureza e potência, e exatamente a mesma droga estará disponível para os futuros pacientes.) *E, no entanto, esse mesmo ato de padronização torna a terapia menos real e menos eficaz.* Acrescente a esse problema o fato de que parte considerável da pesquisa em psicoterapia emprega terapeutas inexperientes, ou terapeutas em fase de aprendizado, e não será difícil de entender por que esse tipo de pesquisa tem, na melhor das hipóteses, uma conexão frágil com a realidade.

Considere a tarefa dos terapeutas experientes. Eles precisam estabelecer com o paciente um relacionamento caracterizado por autenticidade, consideração positiva incondicional e espontaneidade. Eles instigam os pacientes a iniciar cada sessão com o seu "ponto de urgência" (como colocava Melanie Klein) e a explorar com profundidade cada vez maior suas questões importantes à medida que elas são reveladas no momento do encontro. Quais questões? Talvez algum sentimento pelo terapeuta. Ou algum problema que possa ter emergido em conseqüência da sessão anterior, ou dos sonhos tidos na noite anterior à sessão. Meu argumento é que a

terapia é espontânea, o relacionamento é dinâmico e em constante evolução, e existe uma seqüência contínua de se vivenciar e, em seguida, se examinar o processo.

Em sua essência, o fluxo da terapia deve ser espontâneo, sempre acompanhando os leitos de rio não previstos; ele será grotescamente distorcido se for empacotado numa fórmula que permita que terapeutas inexperientes treinados inadequadamente (ou computadores) apliquem um processo uniforme de terapia. Uma das verdadeiras abominações geradas pelo movimento da assistência médica gerenciada[1] por planos de saúde é a dependência cada vez maior, na terapia, de um protocolo, no qual se exige que os terapeutas obedeçam fielmente a uma seqüência prescrita, uma agenda de tópicos e exercícios a serem seguidos a cada semana.

Em sua autobiografia, Jung descreve sua avaliação da singularidade do mundo interno e linguagem de cada paciente — singularidade essa que exige que o terapeuta invente uma nova linguagem terapêutica para cada paciente. É possível que eu esteja exagerando a questão, mas acredito que a presente crise na psicoterapia é tão grave, e a espontaneidade do terapeuta encontra-se em tão grande perigo, que é necessário tomar medidas corretivas radicais. Precisamos avançar ainda mais: *o terapeuta deve se empenhar em criar uma terapia para cada paciente.*

Os terapeutas devem transmitir ao paciente que a tarefa maior de ambos é, juntos, construírem um relacionamento que, por si só, se tornará o agente de mudança. É extremamente difícil ensinar essa habilidade num curso intensivo, usando um protocolo. Acima de tudo, o terapeuta deve estar preparado para ir aonde quer que o paciente vá, fazer tudo o que seja necessário para continuar aumentando a confiança e segurança no relacionamento. Tento ajustar a terapia sob medida para cada paciente, descobrir a melhor maneira de trabalhar e considero o processo de moldar a terapia não o alicerce ou o prelúdio, mas sim a essência do trabalho. Esses comentários têm relevância, mesmo para os pacientes da terapia

[1] *Managed-care* no original em inglês. (N. do E.)

breve, mas são pertinentes principalmente à terapia com pacientes que estejam numa situação de se permitirem (ou de se qualificarem para) uma terapia de duração indefinida.

Tento evitar a técnica que seja pré-fabricada e me saio melhor se permito que minhas escolhas fluam espontaneamente das demandas da situação clínica imediata. Acredito que a "técnica" é fator de facilitação quando emana do encontro ímpar do terapeuta com o paciente. Sempre que sugiro alguma intervenção aos meus supervisionados, eles muitas vezes tentam encaixá-la na sessão seguinte e ela resulta sempre num fracasso. Portanto, aprendi a prefaciar meus comentários com: *"Não tentem isso na sua próxima sessão,* mas, nessa situação, eu poderia ter dito alguma coisa parecida com isto..." Meu argumento é que todo percurso de terapia consiste em respostas pequenas e grandes geradas espontaneamente, ou técnicas que são impossíveis de programar de antemão.

Naturalmente, técnica tem para o novato um significado que é diferente daquele para o experiente. Uma pessoa precisa de técnica para aprender a tocar piano, mas, no final, quando se quer criar música, é necessário transcender a técnica aprendida e confiar nos próprios gestos espontâneos.

Por exemplo, uma paciente que tinha sofrido uma série de perdas dolorosas apareceu certo dia em sua sessão em grande desespero, tendo acabado de saber da morte do pai. Ela já estava num luto tão profundo pela morte do marido poucos meses antes que não conseguia suportar o pensamento de voltar de avião para a casa dos pais para o funeral e de ver o túmulo do pai ao lado do túmulo do irmão, que tinha morrido bem jovem. Por outro lado, também não conseguiria lidar com a culpa de *não* comparecer ao enterro do próprio pai. Geralmente, ela era uma pessoa extraordinariamente engenhosa e eficiente, que tinha muitas vezes criticado a mim e aos outros por tentar "consertar" as coisas para ela. Mas, agora, ela precisava de algo de mim — uma coisa tangível, algo que absolvesse a culpa. Respondi dando-lhe a instrução de não comparecer ao funeral ("ordens médicas", disse eu). Em vez disso, marquei nosso próximo encontro exatamente no momento do

funeral e dediquei-o inteiramente às reminiscências do pai. Dois anos depois, ao encerrar a terapia, ela descreveu o quanto essa sessão tinha sido útil.

Outra paciente sentia-se tão esmagada pelo estresse em sua vida que, durante uma das sessões, ela mal conseguia falar, mas simplesmente se abraçou e se embalou suavemente. Senti uma forte necessidade de confortá-la, abraçá-la e lhe dizer que tudo ficaria bem. Rejeitei a idéia de abraço — ela tinha sofrido abuso sexual por um padrasto, e eu tinha de ser particularmente cuidadoso em manter a sensação de segurança do nosso relacionamento. Em vez disso, no final da sessão, ofereci impulsivamente trocar a hora da sua próxima sessão para torná-la mais conveniente para ela. Normalmente, ela tinha de sair do trabalho para se consultar comigo e, nessa única vez, ofereci-me a vê-la antes do trabalho, de manhã bem cedo.

A intervenção não proporcionou o conforto que eu tinha esperado, mas ainda assim se revelou útil. Lembre-se do princípio fundamental da terapia: tudo o que acontece é proveitoso, é matéria-prima a ser processada na usina. Nesse caso particular, a paciente ficou desconfiada e se sentiu ameaçada pela minha oferta, Ela estava convencida de que, na verdade, eu não queria me encontrar com ela, que nossas horas juntos eram o ponto mais baixo da minha semana e que eu estava mudando o horário do compromisso para a minha própria comodidade, e não a dela. Isso nos levou para o território fértil de seu autodesprezo e a projeção de seu ódio de si mesma sobre mim.

Capítulo 11

O ato terapêutico, não a palavra terapêutica

Tire proveito das oportunidades para aprender com os pacientes. Faça questão de investigar freqüentemente a concepção do paciente sobre o que existe de útil no processo da terapia. Já ressaltei anteriormente que os terapeutas e pacientes muitas vezes não concordam em suas conclusões sobre os aspectos úteis da terapia. As opiniões dos pacientes sobre os acontecimentos úteis na terapia são geralmente relacionais, freqüentemente envolvem algum ato do terapeuta que se estendeu para além da estrutura da terapia ou algum exemplo vivido da coerência e presença do terapeuta. Por exemplo, um paciente citou minha disposição de me encontrar com ele mesmo depois que me informou por telefone que estava doente, com uma gripe. (Recentemente, seu terapeuta de casal, com medo de contágio, tinha abreviado uma sessão quando ele começou a espirrar e a tossir.) Outra paciente, que tinha se convencido de que eu acabaria por abandoná-la por causa de sua raiva crônica, me contou no final da terapia que minha intervenção isolada mais útil tinha sido a de criar uma regra para agendar uma sessão extra automaticamente sempre que ela tivesse explosões de raiva contra mim.

Em outra sessão de avaliação de final de terapia, uma paciente citou um incidente em que, numa sessão logo antes de eu sair de viagem, ela me entregou um conto que tinha escrito e eu lhe enviara um bilhete para lhe dizer o quanto havia gostado do seu texto. A carta foi uma evidência concreta de que eu me importava e ela freqüentemente recorria a ela como um apoio durante a minha ausência. Telefonar para um paciente extremamente aflito ou suicida para uma checagem leva pouco tempo e é altamente significativo para ele. Uma paciente, uma cleptomaníaca compulsiva que já tinha

cumprido sentença de prisão, me contou que o gesto mais importante no longo curso de terapia foi um telefonema de apoio que fiz quando eu estava fora da cidade durante a temporada de compras natalinas — uma época em que ela freqüentemente estava fora de controle. Ela sentiu que não poderia ser tão ingrata a ponto de roubar, quando eu tinha me esforçado para demonstrar minha preocupação. Se os terapeutas tiverem uma preocupação com incentivar a dependência, poderão pedir ao paciente que os ajude a criar uma estratégia para que eles possam apoiá-los melhor durante os períodos críticos.

Em outra ocasião, a mesma paciente estava roubando compulsivamente, mas tinha mudado tanto o comportamento que roubava itens baratos — por exemplo, doces ou cigarros. Sua justificativa para roubar era, como sempre, que ela precisava ajudar a equilibrar o orçamento familiar. Essa crença era evidentemente irracional: por um lado, ela era rica (mas se recusava a se inteirar das posses do marido); além do mais, a quantia que ela economizava através dos roubos era insignificante.

"O que posso fazer para ajudá-la agora?" perguntei. "Como ajudamos você a superar a sensação de ser pobre?" "Poderíamos começar com você me dando algum dinheiro", disse ela maliciosamente. Imediatamente, tirei minha carteira e lhe dei cinqüenta dólares num envelope, com instruções para tirar dele o valor do item que ela estivesse prestes a roubar. Em outras palavras, ela roubaria de mim, e não do dono da loja. A intervenção lhe permitiu abreviar o acesso compulsivo que tinha tomado controle dela, e, um mês depois, ela me devolveu os cinqüenta dólares. Daquele momento em diante, mencionávamos freqüentemente o incidente sempre que ela usava a racionalização da pobreza.

Um colega me contou que tinha certa vez tratado de uma dançarina que lhe contou no final da terapia que o ato mais significativo do tratamento tinha sido ele ter comparecido a um de seus recitais de dança. Outra paciente, no final da terapia, citou minha disposição de realizar aurateрapia. Sendo uma pessoa que acreditava nos conceitos *New Age,* ela entrou no meu consultório

certo dia convencida de que estava se sentindo doente por causa de uma ruptura em sua aura. Ela deitou-se no meu tapete e eu segui suas instruções e tentei curar a ruptura passando as minhas mãos da cabeça dela até o dedo do pé, a meio palmo acima do seu corpo. Eu tinha freqüentemente revelado o meu ceticismo em relação às várias abordagens *New Age,* e ela considerou que o fato de eu ter concordado em atender ao seu pedido era um sinal de respeito carinhoso.

Capítulo 12

Dedique-se à terapia pessoal

Na minha opinião, a psicoterapia pessoal é, de longe, a parte mais importante do treino em psicoterapia. Pergunta: qual é o instrumento mais valioso do terapeuta? Resposta (e ninguém erra esta): o próprio *self* do terapeuta. Em todo este texto, discutirei, sob várias perspectivas, a justificativa e a técnica do uso do *self do* terapeuta. Quero começar afirmando simplesmente que os terapeutas devem mostrar o caminho para os pacientes através de modelo pessoal. Devemos demonstrar nossa disposição de entrar numa profunda intimidade com o nosso paciente; processo esse que exige que sejamos adeptos de explorar a melhor fonte de dados confiáveis sobre o nosso paciente — nossos próprios sentimentos.

Os terapeutas devem se familiarizar com o seu próprio lado sombrio e serem capazes de empatizar com todos os desejos e impulsos humanos, Uma experiência de terapia pessoal permite que o terapeuta em processo de aprendizado vivencie muitos aspectos do processo terapêutico se colocando no lugar do paciente: a tendência de idealizar o terapeuta, a ânsia pela dependência, a gratidão para com um ouvinte preocupado e atento, o poder concedido ao terapeuta. Os jovens terapeutas devem trabalhar profundamente as suas próprias questões neuróticas; devem aprender a aceitar *feedback,* descobrir seus próprios pontos cegos e ver a si próprios como os outros os vêem; devem avaliar seu impacto sobre os outros e aprender a proporcionar um *feedback* preciso. Por fim, a psicoterapia é uma jornada psicologicamente exigente, e os terapeutas devem desenvolver a percepção e força interna para enfrentar os muitos riscos ocupacionais inerentes a ela.

Muitos programas de especialização insistem em que os estudantes tenham um curso de psicoterapia pessoal: por exemplo,

algumas escolas de psicologia em nível de pós-graduação da Califórnia atualmente exigem de dezesseis a trinta horas de terapia individual. É um bom começo, mas apenas um começo. A auto-exploração é um processo para toda a vida e recomendo que a terapia seja, a mais profunda e prolongada possível — e que o terapeuta entre em terapia em muitos e diferentes estágios da vida.

Minha própria odisséia de terapia, durante minha carreira de quarenta e cinco anos, é a seguinte: uma psicanálise freudiana ortodoxa cinco vezes por semana, num total de 750 horas, na minha residência em psiquiatria (com um analista didata da conservadora Escola de Baltimore Washington), análise de um ano com Charles Rycroft (um analista no ensino médio do Instituto Psicanalítico Britânico), dois anos com Pat Baumgartner (um terapeuta gestáltico), três anos de psicoterapia com Rollo May (um analista de orientação interpessoal e existencial do Instituto William Alanson White), e vários períodos mais curtos com terapeutas de uma variedade de disciplinas, entre as quais terapia comportamental, bioenergética, Rolfing, trabalho conjugai e de casais, um grupo de apoio contínuo e sem líder de dez anos (no momento em que escrevo) de terapeutas do sexo masculino e, nos anos de 1960, grupos de encontro de toda uma gama de tipos diversos, inclusive um grupo de maratonistas nudistas.

Note dois aspectos dessa lista. Primeiro, a *diversidade de abordagens*. É importante que o jovem terapeuta evite o sectarismo e faça uma avaliação dos pontos fortes de todas as variadas abordagens terapêuticas. Embora os alunos possam ter de sacrificar a certeza que acompanha a ortodoxia, eles obtêm algo bem precioso — uma maior apreciação da complexidade e da incerteza que fundamentam a jornada terapêutica.

Acredito que não exista uma melhor maneira de aprender sobre uma abordagem psicoterápica que entrar nela como um paciente. Assim sendo, considerei que um período de desconforto em minha vida seria uma oportunidade educativa de explorar o que as várias abordagens têm a oferecer. Obviamente, o tipo particular de desconforto tem de se ajustar ao método; por exemplo, a terapia

comportamental se presta mais a tratar um sintoma bem definido — portanto, recorri a um behaviorista para ajudar com a insônia, que ocorria quando eu viajava para dar palestras ou oficinas.

Em segundo lugar, entrei em terapia *em vários estágios diferentes da vida.* Apesar de um excelente e extenso curso de terapia no início da carreira, uma coletânea inteiramente diferente de questões pode chegar em diferentes conjunturas do ciclo de vida. Foi somente quando comecei a trabalhar extensamente com pacientes agonizantes {na minha quarta década) que vivenciei uma considerável e explícita angústia perante a morte. Ninguém gosta de ansiedade — eu certamente não gosto —, mas recebi de bom grado a oportunidade de explorar esse domínio interior com um bom terapeuta. Além do mais, na época eu estava empenhado em escrever um manual, *Existential Psychotherapy,* e sabia que uma exploração pessoal profunda ampliaria o meu conhecimento das questões existenciais. Iniciei, então, um processo frutífero e esclarecedor de terapia com Rollo May.

Muitos programas de especialização oferecem, como parte do currículo, um grupo de treinamento em experiência — isto é, um grupo que se concentra em seu próprio processo. Esses grupos têm muito a ensinar, embora freqüentemente sejam causadores de ansiedade para os participantes (não sendo fácil para os líderes, tampouco — eles precisam ter um controle sobre a competitividade entre os membros estudantes e seus complexos relacionamentos fora do grupo). Acredito que o psicoterapeuta jovem geralmente tire ainda mais proveito de um grupo experimental "estranho" ou, melhor ainda, um grupo de psicoterapia contínua e de alto desempenho. Só poderemos apreciar verdadeiramente fenômenos como a pressão de grupo, o alívio da catarse, o poder inerente no papel de líder de grupo, o processo doloroso, mas valioso, de obtenção de *feedback* válido sobre a nossa apresentação interpessoal, se formos integrantes de um grupo. Por fim, se tiver sorte o bastante para estar num grupo coeso que trabalha duro, garanto que você jamais o esquecerá e se empenhará em oferecer tal experiência terapêutica em grupo para os seus futuros pacientes.

Capítulo 13

O terapeuta tem muitos pacientes; o paciente, um único terapeuta

Há ocasiões em que meus pacientes lamentam a desigualdade da situação da psicoterapia. Eles pensam em mim muito mais do que penso neles. Estou presente em suas vidas muito mais intensamente do que eles na minha. Se os pacientes pudessem fazer a pergunta que quisessem, tenho certeza de que, para muitos, ela seria: Você alguma vez pensa em mim?

Existem muitas maneiras de abordar esta situação. Por exemplo, tenha sempre em mente que, embora a desigualdade possa ser irritante para muitos pacientes, é ao mesmo tempo importante e necessária. *Queremos* estar presentes de maneira intensa na mente do paciente. Freud certa vez enfatizou que é importante que a presença do terapeuta seja marcante na mente do paciente de forma que as interações entre eles comecem a influenciar a evolução da sintomatologia do paciente (isto é, a psiconeurose é gradualmente substituída por uma neurose de transferência). Queremos que a hora da terapia seja um dos eventos mais importantes na vida do paciente.

Embora não seja nosso objetivo abolir todos os sentimentos poderosos dirigidos ao terapeuta, existem ocasiões em que os sentimentos de transferência são demasiado disfóricos; ocasiões em que o paciente sente-se tão atormentado pelos sentimentos pelo terapeuta que é necessário um certo desafogo. Eu me disponho a realçar o desafio à realidade ao comentar sobre a crueldade inerente à situação da terapia — a natureza básica do arranjo impõe que paciente pense mais no terapeuta do que o contrário: *o paciente tem apenas um terapeuta, enquanto o terapeuta tem muitos pacientes*. Muitas vezes acho útil a analogia com o professor e enfatizo que o professor tem

muitos alunos, mas os alunos têm apenas um professor, e, *é claro,* os alunos pensam mais no seu professor do que ele neles. Se o paciente teve experiência em lecionar, isso poderá ser particularmente relevante. Outras profissões relevantes — por exemplo, médico, enfermeira, supervisor — também podem ser citadas.

Outra ajuda que tenho usado freqüentemente é fazer referência à minha experiência pessoal como paciente de psicoterapia, dizendo algo como: "Sei que dá a impressão de ser injusto e desigual que você pense em mim mais do que eu em você, que você entabule conversas comigo entre as sessões, sabendo que não converso da mesma forma fantasiosa, com você. Mas essa é simplesmente a natureza do processo. Tive exatamente a mesma experiência durante o meu próprio período em terapia, quando sentava na cadeira do paciente e desejava ardentemente que meu terapeuta pensasse mais em mim."

Capítulo 14

O aqui-e-agora — use-o, use-o, use-o

O aqui-e-agora é a principal fonte de poder terapêutico, a recompensa da terapia, o melhor amigo do terapeuta (e, conseqüentemente, do paciente). Tão vital para uma terapia eficiente é o aqui-e-agora, que discutirei mais longamente que qualquer outro tópico neste texto. .

O aqui-e-agora refere-se aos eventos imediatos da hora terapêutica, ao que acontece *aqui* (neste consultório, neste relacionamento, na *intermedialidade* — o espaço entre mim e você) e *agora* —, nesta hora imediata. É basicamente uma abordagem não-histórica e *tira a ênfase* (mas *não nega a importância)* do passado ou de eventos históricos da vida exterior do paciente.

Capítulo 15

Por que usar o aqui-e-agora?

A justificativa para o emprego do aqui-e-agora está em duas premissas básicas: (1) a importância dos relacionamentos interpessoais e (2) a idéia da terapia como um microcosmo social.

Para o cientista social e o terapeuta contemporâneo, os relacionamentos interpessoais são tão óbvia e monumentalmente importantes que elaborar sobre a questão é aceitar o risco de pregar para o convertido. Basta dizer que, independentemente de nossa perspectiva profissional — não importa se estudamos nossos parentes primatas não-humanos, culturas primitivas, a história do desenvolvimento do indivíduo ou os padrões de vida atuais —, é evidente que somos criaturas intrinsecamente sociais. Durante toda a vida, nosso ambiente interpessoal circundante — colegas, amigos, professores, bem como família — tem uma enorme influência sobre o tipo de indivíduo que nos tornamos. Nossa auto-imagem é formada, em grande medida, com base nas avaliações refletidas que percebemos nos olhos de figuras importantes em nossas vidas.

Além do mais, a maioria absoluta dos indivíduos que buscam terapia tem problemas fundamentais em seus relacionamentos; de modo geral, as pessoas caem em desespero por causa de sua incapacidade de constituir e manter relacionamentos interpessoais duradouros e gratificantes. A psicoterapia baseada no modelo interpessoal é dirigida para a remoção de obstáculos aos relacionamentos satisfatórios.

O segundo postulado — de que a terapia é um microcosmo — significa que, no final (desde que não a estruturemos demais), *os problemas interpessoais do paciente se manifestarão no aqui-e-agora do relacionamento terapêutico.* Se, em sua vida, o paciente for exigente, ou medroso, ou arrogante, ou retraído, ou sedutor, ou controlador, ou

julgador, ou mal-adaptado interpessoalmente de qualquer outra maneira, *esses traços se expressarão no relacionamento do paciente com o terapeuta.*

De novo, essa abordagem é basicamente não-histórica: é pequena a necessidade de se tirar uma história extensa para se apreender a natureza dos padrões inadequados de adaptação, *porque não demorará muito até que sejam exibidos em cores vivas no aqui-e-agora da hora terapêutica.*

Para resumir, a justificativa para o uso do aqui-e-agora é que os problemas humanos são em grande parte de relacionamento e os problemas interpessoais de um indivíduo acabarão se manifestando no aqui-e-agora do encontro terapêutico.

Capítulo 16

Usando o aqui-e-agora — cultive ouvidos afiados

Um dos primeiros passos na terapia é identificar no aqui-e-agora os equivalentes dos problemas interpessoais do seu paciente. Uma parte essencial do seu aprendizado é aprender a se concentrar no aqui-e-agora. *Você precisa desenvolver ouvidos afiados para o aqui-e-agora.* Os eventos cotidianos de cada hora terapêutica são ricos em dados: considere a maneira como os pacientes o cumprimentam, sentam-se, inspecionam ou deixam de inspecionar o ambiente, começam e terminam uma sessão, voltam a contar sua história, relacionam-se com você.

Meu consultório fica num chalé isolado, ligado à minha casa por um caminho sinuoso de cerca de trinta metros que atravessa o jardim. Já que todo paciente caminha pelo mesmo caminho, acumulei ao longo dos anos muitos dados comparativos. A maioria dos pacientes comenta sobre o jardim — a profusão de florações da alfazema; a doce e intensa fragrância da glicínia; a superabundância de roxo, rosa, coral e carmim —, embora alguns não o façam. Um paciente nunca deixou de fazer algum comentário negativo: o barro no caminho, a necessidade de corrimãos na chuva ou o som do aspirador de folhas de uma casa vizinha. Dou a todos os pacientes as mesmas instruções para chegar ao meu consultório em sua primeira visita: ande oitocentos metros pela rua X partindo da estrada XX, vire à direita na avenida XXX, onde existe uma placa para o Fresca (um atraente restaurante local) na esquina. Alguns pacientes fazem comentários sobre as instruções, outros não. Um paciente em particular (o mesmo que se queixou do caminho de barro) confrontou-me numa das primeiras sessões: "Como é que você escolheu o Fresca como um marco, e não o Taco Tio?" (Taco Tio é um fast-food de comida mexicana de aparência feia na esquina

em frente.)

Pará cultivar ouvidos afiados, lembre-se sempre deste princípio: *um estímulo, muitas reações*. Se os indivíduos forem expostos a um estímulo complexo comum, é provável que apresentem respostas bem diferentes. Esse fenômeno é particularmente evidente na terapia de grupo, na qual membros do grupo vivenciam simultaneamente o mesmo estímulo — por exemplo, o choro de um membro, um atraso na chegada ou o confronto com o terapeuta — e, ainda assim, cada um deles tem uma resposta bem diferente frente ao acontecimento.

Por que isso acontece? Existe uma única explicação possível: *cada indivíduo tem um mundo interno diferente, e o estímulo tem um significado diferente para cada um*. Na terapia individual, prevalece o mesmo princípio, só que os eventos ocorrem seqüencialmente e não simultaneamente (isto é, muitos pacientes de um único terapeuta são, ao longo do tempo, expostos ao mesmo estímulo. A terapia é como um teste vivo de Rorschach — os pacientes projetam nela as percepções, atitudes e significados de seu próprio inconsciente).

Desenvolvo certas expectativas básicas porque todos os meus pacientes encontram a mesma pessoa (pressupondo que eu seja razoavelmente estável), recebem as mesmas instruções para chegar ao meu consultório, seguem pelo mesmo caminho para chegar lá, entram na mesma sala com os mesmos móveis. Portanto, a resposta idiossincrática do paciente é profundamente informativa — uma *via regia* que nos permite entender o mundo interno dele.

Quando o trinco da minha porta com tela mosquiteira quebrou, impedindo que a porta fechasse firmemente, meus pacientes reagiram de diversas maneiras. Uma paciente invariavelmente gastava muito tempo mexendo com ela e toda semana se desculpava por isso como se a tivesse quebrado. Muitos a ignoraram, enquanto outros nunca deixaram de chamar a atenção para o defeito e de sugerir que eu deveria mandar consertá-la. Alguns estranhavam por que eu demorava tanto tempo.

Mesmo a banal caixa de lenços de papel pode ser uma rica fonte de dados. Uma paciente pedia desculpas se movesse

ligeiramente a caixa ao tirar um lenço. Outra se recusava a tirar o último lenço da caixa. Outra não deixava que eu lhe pegasse um, dizendo que ela mesma poderia fazê-lo. Certa vez, quando esqueci de substituir uma caixa vazia, uma paciente fez piadas sobre isso por semanas ("Então você se lembrou desta vez." Ou "Uma caixa nova! Você deve estar esperando uma sessão pesada hoje"). Outra me trouxe de presente duas caixas de lenços de papel.

A maioria dos meus pacientes leu alguns dos meus livros, e suas reações ao meu texto constituem uma rica fonte de material. Alguns se sentem intimidados por eu ter escrito tanto. Outros expressam preocupação com a possibilidade de não se revelarem interessantes para mim. Um paciente me contou que leu um livro meu aos pedaços na livraria e não quis comprá-lo, uma vez que ele "já tinha feito uma doação no consultório". Outros, que partem da premissa de uma economia da escassez, odeiam os livros porque minhas descrições de relacionamentos íntimos com outros pacientes sugerem que sobrará pouco amor para eles.

Além das reações às cercanias do consultório, os terapeutas têm uma variedade de outros pontos de referência-padrão (por exemplo, inícios e términos das horas, pagamentos de contas) que geram dados comparativos. E, então, naturalmente, existe o que é o mais elegante e complexo instrumento de todos — o *Stradivarius* da prática da psicoterapia: o próprio *self* do terapeuta. Terei muito mais a dizer sobre o uso e os cuidados com esse instrumento.

Capítulo 17

Busca pelos equivalentes do aqui-e-agora

O que o terapeuta deve fazer quando um paciente levanta uma questão envolvendo uma interação infeliz com outra pessoa? Geralmente, os terapeutas exploram a situação profundamente e tentam ajudar o paciente a entender seu papel no processo, explorar as opções de comportamentos alternativos, investigar a motivação inconsciente, adivinhar as motivações da outra pessoa e buscar padrões — isto é, situações semelhantes que o paciente tenha criado no passado. Essa estratégia consagrada pelo tempo tem limitações: não somente o trabalho tende a ser racionalizado, mas é muito freqüente que se baseie em dados imprecisos fornecidos pelo paciente.

O aqui-e-agora oferece uma maneira muito melhor de trabalhar. A estratégia geral é descobrir um *equivalente do aqui-e-agora* da interação disfuncional. Uma vez que isso for feito, o trabalho se tornará bem mais preciso e imediato. Alguns exemplos:

Keith e os ressentimentos permanentes

Keith, um paciente de longa data e psicoterapeuta praticante, relatou um relacionamento altamente corrosivo com seu filho adulto. O filho, pela primeira vez, tinha decidido tomar as providências para a viagem anual de pesca e acampamento da família. Embora contente pela chegada do seu filho à maioridade e pelo alívio do encargo, Keith não conseguia ceder o controle, e quando tentou invalidar o planejamento do filho ao insistir em uma data ligeiramente anterior e um local diferente, o filho explodiu, chamando o pai de intrometido e controlador. Keith ficou arrasado e estava totalmente convencido de que tinha perdido

permanentemente o amor e o respeito do filho.

Quais são as minhas tarefas nessa situação? Uma tarefa de longo alcance, à qual voltaríamos no futuro, era explorar a incapacidade de Keith de abrir mão do controle. Uma tarefa mais imediata foi oferecer algum conforto imediato e auxiliar Keith a restabelecer o equilíbrio. Procurei ajudá-lo a adquirir uma perspectiva mais ampla para que conseguisse entender que esse contratempo não era nada além de um episódio efêmero ante o horizonte de uma vida repleta de interações amorosas com o filho. Considerei ineficiente que eu analisasse em grande e interminável profundidade esse episódio entre Keith e o filho, a quem nem sequer conhecia e cujos verdadeiros sentimentos eu poderia apenas conjecturar. Muito melhor, pensei, era identificar e trabalhar minuciosamente um equivalente aqui-e-agora do evento perturbador.

Mas qual evento aqui-e-agora? É aqui que ouvidos atentos se fazem necessários. Acontece que eu tinha recentemente encaminhado a Keith um paciente que, depois de duas sessões com ele, não retornou. Keith tinha sentido uma enorme ansiedade por perder este paciente e ficou angustiado por muito tempo antes de se "confessar" na sessão anterior. Keith estava convencido de que eu o julgaria severamente, que não o perdoaria pelo fracasso e que nunca voltaria a encaminhar outro paciente para ele. Note a equivalência simbólica desses dois eventos — em cada um, Keith supôs que um ato isolado o macularia para sempre aos olhos de alguém a quem ele dava muito valor.

Decidi explorar o episódio aqui-e-agora por causa de seu maior imediatismo e precisão. Fui objeto da apreensão de Keith e pude acessar meus próprios sentimentos em vez de ficar limitado a conjecturar sobre como o filho dele se sentiu. Disse-lhe que ele estava me interpretando inteiramente errado, que eu não tinha nenhuma dúvida sobre sua sensibilidade e compaixão, e que tinha certeza de que ele fazia um excelente trabalho clínico. Para mim, era impensável ignorar minha longa experiência com ele com base nesse único episódio e eu disse que encaminharia a ele outros pacientes no

futuro. Na análise final, tive certeza de que o trabalho terapêutico desse aqui-e-agora foi muito mais poderoso que uma investigação "naquela-hora-e-lá" da crise com o filho, e que ele se lembraria do nosso encontro muito tempo depois que tivesse esquecido qualquer análise intelectual do episódio com o filho.

Alice e a crueza

Alice, uma viúva de 60 anos procurando desesperadamente um outro marido, queixou-se de uma série de relacionamentos fracassados com homens que freqüentemente desapareciam da vida dela sem qualquer explicação. No nosso terceiro mês de terapia, ela fez um cruzeiro com seu mais recente galã, Morris, que expressou contrariedade por ela ficar regateando os preços, abrindo sem inibição o caminho até a frente das filas e saindo em disparada em busca dos melhores lugares nos ônibus de excursão. Depois da viagem deles, Morris desapareceu e se recusou a retornar suas ligações.

Em lugar de embarcar numa análise do relacionamento dela com Morris, recorri ao meu próprio relacionamento com Alice. Eu estava ciente de que eu também queria cair fora e tinha fantasias agradáveis nas quais ela anunciava que tinha decidido terminar a terapia. Mesmo tendo negociado impetuosamente (e com sucesso) um preço consideravelmente mais baixo para a terapia, ela continuava a me dizer o quanto era injusto que eu cobrasse dela honorários tão altos. Ela nunca deixou de fazer algum comentário sobre o honorário — sobre se eu o teria merecido naquele dia ou sobre minha falta de disposição de lhe oferecer um preço ainda menor para uma cidadã de terceira idade. Além disso, ela pressionava pedindo um tempo extra por trazer questões urgentes exatamente quando a hora estava acabando ou dando-me textos para ler ("quando eu tivesse tempo", como ela colocava) — seu diário de sonhos; artigos sobre viuvez, jornadas terapêuticas ou a falácia das crenças de Freud. De modo geral, ela não tinha nenhuma

sutileza e, assim como tinha feito com Morris, transformou nosso relacionamento em algo grosseiro. Eu sabia que esta realidade aqui-e-agora era onde precisávamos trabalhar e a exploração delicada de como ela tinha embrutecido o seu relacionamento comigo se mostrou tão útil que, meses depois, alguns cavalheiros idosos bem espantados receberam telefonemas dela com pedidos de desculpa.

Mildred e a falta de presença

Mildred sofrerá abuso sexual quando criança e tinha tanta dificuldade em seu relacionamento físico com o marido que o casamento estava em perigo. Assim que o marido a tocava sexualmente, ela começava a reviver os eventos traumáticos de seu passado. Esse paradigma tornou muito difícil trabalhar no seu relacionamento com o marido porque exigia que ela se libertasse antes do passado — um processo intimidador.

Enquanto eu examinava o relacionamento aqui-e-agora entre nós dois, pude avaliar as várias similaridades entre a maneira como ela se relacionava comigo e a maneira como ela se relacionava com o marido. Eu me sentia freqüentemente ignorado durante as sessões. Embora ela fosse cativante como contadora de histórias e tivesse a capacidade de me entreter bastante, eu achava difícil estar "presente" com ela — isto é, ligado, envolvido, próximo dela, com algum senso de reciprocidade. Ela divagava, nunca perguntava nada sobre mim, parecia possuir pouco sentimento ou curiosidade sobre minha experiência durante a sessão, nunca estava "lá" relacionando-se comigo. Gradualmente, à medida que eu perseverava em focalizar o "envolvimento entre nós" do nosso relacionamento, a intensidade da ausência dela e sobre como eu me sentia deixado de fora, Mildred começou a avaliar o quanto ela mantinha o marido afastado e, um dia, iniciou uma sessão dizendo: "Por algum motivo, não sei bem por quê, acabo de fazer uma grande descoberta: nunca olho meu marido nos olhos quando fazemos sexo."

Albert e a raiva reprimida

Albert, que levava mais de uma hora para chegar ao meu consultório, muitas vezes experimentava pânico nas ocasiões em que sentia que tinha sido explorado. Ele sabia que era dominado pela raiva, mas não conseguia descobrir nenhuma maneira de expressá-la. Numa das sessões, ele descreveu um encontro frustrante com uma namorada que, em sua opinião, estava obviamente debochando dele, embora, ainda assim, ele ficasse paralisado de medo de confrontá-la. A sessão me deu a sensação de ser repetitiva; tínhamos gastado um tempo considerável em muitas sessões discutindo o mesmo material e sempre senti que tinha lhe oferecido pouca ajuda. Eu conseguia captar a frustração dele comigo: ele dava a entender que tinha falado com muitos amigos que haviam repassado todos os mesmos pontos básicos que eu, e tinham acabado por aconselhá-lo a contar tudo a ela ou a sair do relacionamento. Tentei falar por ele:

> Albert, deixe-me ver se consigo adivinhar o que você poderia estar experimentando nesta sessão. Você viaja uma hora para vir me ver e me paga uma boa soma de dinheiro. Ainda assim, parece que estamos nos repetindo. Você sente que não lhe dou muito valor. Digo as mesmas coisas que os seus amigos, que lhe dão isso de graça. Você deve estar decepcionado comigo, até mesmo se sentindo roubado e furioso comigo por eu lhe dar tão pouco.

Ele deu um pequeno sorriso e reconheceu que minha avaliação era bem precisa. Eu estava bem perto. Pedi-lhe que o repetisse nas suas próprias palavras. Ele o fez com um certo estremecimento e respondi que, embora não pudesse me sentir feliz por não ter dado o que ele queria, tinha gostado muito de ele ter declarado essas coisas diretamente para mim: sermos francos e diretos um com o outro dava uma sensação melhor e, de qualquer maneira, ele vinha transmitindo esses sentimentos indiretamente. Todo esse intercâmbio se mostrou útil para Albert. Seus sentimentos por mim

eram uma analogia aos seus sentimentos pela namorada, e a experiência de expressá-los sem um resultado calamitoso foi poderosamente instrutivo.

Capítulo 18

Trabalhando as questões no aqui-e-agora

Até agora consideramos como reconhecer os principais problemas dos pacientes no aqui-e-agora. Mas, uma vez que isso tenha sido alcançado, como avançaremos? Como poderemos usar essas observações do aqui-e-agora no trabalho da terapia?

Exemplo: Voltemos à cena que descrevi antes — a porta com tela mosquiteira com o trinco quebrado e minha paciente que mexia nela toda semana e sempre se desculpava, repetidas vezes, por não conseguir fechar a porta.

> — Nancy — eu disse —, estou curioso com isso de você ficar se desculpando comigo. É como se minha porta quebrada e meu descuido em providenciar o conserto fossem de algum modo culpa sua.
>
> — Você tem razão. Sei disso. E mesmo assim eu continuo.
>
> — Tem algum palpite do por quê?
>
> — Acho que tem a ver com o quanto você é importante, com o quanto a terapia é importante para mim e com o meu desejo de garantir que você não se ofenda de nenhuma maneira.
>
> — Nancy, você poderia tentar adivinhar como me sinto a cada vez que você pede desculpas?
>
> — Provavelmente você se irrita.
>
> Assenti. — Não posso negá-lo. Mas você não hesitou nem um segundo para dizer isso; como se fosse uma experiência familiar para você. Existe uma história por trás dela?
>
> — Já ouvi isso antes, muitas vezes — diz ela. — Posso lhe dizer que ela deixa o meu marido maluco. Sei que irrito muitas pessoas e, mesmo assim, continuo fazendo.

— Portanto, sob o pretexto de pedir desculpas e ser educada, você acaba irritando os outros. Além do mais, apesar de você saber disso, ainda assim, acha difícil parar. Deve haver alguma espécie de recompensa para você. Eu me pergunto, qual seria?

Aquela entrevista e as sessões subseqüentes se abriram em várias direções férteis, particularmente no terreno da raiva dela contra todo mundo — o marido, os pais, os filhos e eu. Meticulosa em seus hábitos, ela revelou o quanto a porta com tela mosquiteira quebrada a incomodava. E não somente a porta, mas também minha mesa atulhada, amontoada até o alto com pilhas desalinhadas de livros. Ela também afirmou o quanto ficava muito impaciente comigo por não trabalhar mais rápido com ela.

Exemplo: Depois de vários meses de terapia, Louise, uma paciente que era extremamente crítica comigo — com o mobiliário do consultório, o esquema insatisfatório de cores, o desmazelo geral com a minha mesa, minhas roupas, a informalidade e o quanto meus recibos eram incompletos —, contou-me sobre um novo relacionamento romântico. Durante o curso de seu relato, ela comentou:

— Bem, a contragosto, devo admitir que estou me saindo melhor.

— Fico espantado com a sua expressão "a contragosto". Por que "a contragosto"? Parece que, para você, é difícil dizer coisas positivas a meu respeito e sobre nosso trabalho juntos. O que você tem a dizer sobre isso? Sem resposta. Louise sacudiu a cabeça em silêncio.

— Basta pensar em voz alta, Louise, diga qualquer coisa que lhe vier à mente.

— Bem, você vai ficar de cabeça cheia.

— Continue.

— Você vai ganhar. Eu vou perder.

— Ganhar e perder? Estamos numa batalha? E a que se refere a batalha? E a guerra por trás dela?

— Não sei, só uma parte de mim que sempre esteve aí, sempre

fazendo gozação com as pessoas, procurando o seu lado ruim, vendo-as sentar num monte da sua própria merda.

— E comigo? Estou pensando em o quanto você critica o meu consultório. E também o caminho. Você nunca deixa de mencionar o barro, mas nunca fala das flores se abrindo.

— Acontece com meu namorado o tempo todo — ele me traz presentes e não consigo deixar de concentrar minha atenção somente no pouco cuidado que ele teve com o embrulho. Tivemos uma briga na semana passada, quando ele me assou um pão e fiz um comentário provocativo sobre o canto ligeiramente queimado na crosta.

— Você sempre dá voz a esse seu lado e mantém o outro lado mudo — o lado que dá valor a ele lhe fazer pão, o lado que gosta de mim e me dá valor. Louise, volte ao início desta discussão — seu comentário sobre admitir "a contragosto" que você está melhor. Diga-me, qual seria a sensação se você desacorrentasse a sua parte positiva e falasse de uma maneira direta, sem a parte "a contragosto"?

— Vejo tubarões em círculos.

— Pense apenas em falar comigo. O que você imagina?

— Beijá-lo nos lábios.

Durante várias sessões depois disso, exploramos seus temores de intimidade, de querer demais, as ânsias insatisfeitas e insaciáveis, do amor pelo pai e temores dela de que eu fugiria em disparada se realmente soubesse o quanto ela queria de mim. Observe que recorri a incidentes que tinham ocorrido no passado, em ocasiões anteriores em nossa terapia. O trabalho no aqui-e-agora não é estritamente não-histórico, já que pode incluir quaisquer eventos que tenham ocorrido durante todo o nosso relacionamento com o paciente. Como disse Sartre: "Introspecção é sempre retrospecção."

Capítulo 19

O aqui-e-agora revigora a terapia

O trabalho no aqui-e-agora é sempre mais excitante que o trabalho com um foco mais abstrato ou histórico. Isso é particularmente evidente na terapia de grupo. Consideremos, por exemplo, um episódio histórico num trabalho de grupo. Em 1946, o estado de Connecticut patrocinou um *workshop* para abordar as tensões raciais no local de trabalho. Pequenos grupos chefiados pelo eminente psicólogo Kurt Lewin e uma equipe de psicólogos sociais participaram de uma discussão dos problemas "lá em casa" levantados pelos participantes. Os líderes e observadores dos grupos (sem os membros do grupo) participavam de reuniões noturnas pós-grupo, nas quais discutiam não somente o conteúdo, mas também o "processo" das sessões. *(Nota bene:* "conteúdo" refere-se às palavras e conceitos reais expressos. "Processo" refere-se à natureza do relacionamento entre os indivíduos que expressam as palavras e os conceitos.)

A notícia sobre essas reuniões noturnas do pessoal se espalhou, e, dois dias depois, os membros dos grupos pediram para comparecer. Depois de muita hesitação (tal procedimento era inteiramente inédito), a aprovação foi dada e os membros do grupo observavam a si mesmos sendo discutidos pelos líderes e pesquisadores.

Houve vários relatos publicados dessa sessão monumental na qual a importância do aqui-e-agora foi descoberta. Todos concordaram em que a reunião foi eletrizante; os membros ficaram fascinados em ouvir a discussão sobre eles próprios e seu comportamento. Em pouco tempo, eles não conseguiam mais continuar em silêncio e interpunham comentários como "não, não foi isto que eu disse" ou "como eu o disse" ou "o que quis dizer".

Os cientistas sociais perceberam que tinham se deparado com um importante axioma da pedagogia (e também da terapia): a saber, que aprendemos melhor sobre nós mesmos e sobre nosso comportamento pela participação pessoal na interação, combinada com a observação e análise dessa interação.

Na terapia de grupo, a diferença entre um grupo discutindo os problemas "lá em casa" dos membros e um grupo envolvido no aqui-e-agora — isto é, na discussão de seu próprio processo — ficou bem evidente: o grupo aqui-e-agora é revigorado, os membros se envolvem e, se questionados (seja através de entrevistas ou de instrumentos de pesquisa), eles sempre comentarão que o grupo ganha vida quando se concentra no processo.

Nos laboratórios de grupo de duas semanas organizados por décadas em Bethel, Maine, ficou logo evidente que todo aquele poder e fascínio dos grupos de processo — inicialmente denominados grupos de treinamento de sensibilidade (isto é, sensibilidade interpessoal), mais tarde, "grupos T" (treinamento) e, mais tarde ainda, "grupos de encontro" (termo de Carl Rogers) — imediatamente apequenaram os outros grupos que o laboratório oferecia (por exemplo, grupos de teoria, grupos de aplicação ou grupos de resolução de problemas) no que diz respeito interesse e entusiasmo dos membros. De fato, dizia-se freqüentemente que os grupos T "devoraram inteiramente o resto do laboratório". As pessoas querem interagir umas com as outras, ficam entusiasmadas em dar e receber *feedback* direto, anseiam por saber como as outras pessoas as percebem, querem deixar cair as suas máscaras e se tornarem íntimas.

Muitos anos atrás, quando eu tentava desenvolver um modo mais eficiente de liderar grupos de terapia breve em enfermarias de pacientes internados por problemas agudos, visitei dezenas de grupos em hospitais de todo o país e descobri que cada um deles era ineficaz — e, exatamente, pela mesma razão. Cada reunião de grupo empregava o formato de "revezamento, um de cada vez" ou "registrar a presença", que consistia em os membros discutirem seqüencialmente algum evento "naquela-hora-e-lá" — por exemplo,

experiências alucinatórias ou inclinações suicidas passadas, ou os motivos de sua internação em hospital —, enquanto os demais membros ouviam em silêncio e muitas vezes desinteressadamente. Ao final, formulei, num texto sobre terapia de grupo com pacientes internados, uma abordagem aqui-e-agora para esses pacientes agudamente perturbados, o que, acredito, ampliou enormemente o grau da participação dos membros.

A mesma observação vale para a terapia individual. A terapia é invariavelmente revigorada quando se concentra no relacionamento entre o terapeuta e o paciente. *Every Day Gets a Little Closer* descreve um experimento no qual uma paciente e eu escrevemos, cada um de nós separadamente, resumos da hora da terapia. Foi impressionante que, sempre que líamos e discutíamos as observações um do outro — isto é, sempre que nos concentrávamos no aqui-e-agora —, as sessões de terapia que se seguiam ganhavam vida.

Capítulo 20

Use seus próprios sentimentos como informações

Uma das nossas maiores tarefas na terapia é prestar atenção aos nossos sentimentos imediatos — eles representam dados preciosos. Se, numa sessão, você se sentir entediado ou irritado, confuso, sexualmente excitado ou deixado de fora por seu paciente, considere tais sentimentos como informações valiosas. É essa precisamente a razão pela qual dou tanta ênfase à terapia pessoal para os terapeutas. Se você desenvolver um profundo conhecimento de si mesmo, eliminar a maioria dos seus pontos cegos e tiver uma boa base de experiência com pacientes, começará a saber quanto do tédio, ou da *confusão, é seu e* quanto é evocado pelo paciente. É importante fazer essa distinção porque se for o paciente quem evoca o tédio em você na hora da terapia, poderemos supor com segurança que ele é tedioso para os outros em outros cenários.

Portanto, em vez de ficar desanimado com o tédio, acolha-o com boa vontade e procure uma forma de transformá-lo em vantagem terapêutica. Quando começou? O que exatamente faz o paciente que o entedia? Quando me deparo com tédio, poderia dizer algo como o seguinte:

> Mary, deixe-me lhe dizer uma coisa. Nos últimos minutos, percebi que estou me sentindo desconectado de você, um tanto distanciado. Não tenho bem certeza do por quê, mas sei que, agora, estou me sentindo diferente de como me sentia no início da sessão, quando você descrevia os seus sentimentos por não ter conseguido o que você queria de mim, ou na última sessão, quando você falou mais do fundo do coração. Eu me pergunto, qual é o seu nível de conexão comigo hoje? Seu sentimento é parecido com o meu? Vamos tentar entender o que está acontecendo.

Alguns anos atrás, tratei de Martin, um comerciante de sucesso, que tinha de fazer uma viagem de negócios no dia da terapia e me pediu que remarcasse sua hora para outro dia da semana. Não consegui providenciar isso sem atrapalhar minha agenda e disse a Martin que teríamos de perder uma sessão e nos encontrar no nosso horário normal na semana seguinte. Mais tarde, porém, quando pensei a respeito, percebi que não teria hesitado em reorganizar minha agenda para qualquer um dos meus outros pacientes.

Por que não pude fazer isso por Martin? Foi porque não ansiava por vê-lo. Havia algo em sua veemência maliciosa que me desgastava. Ele fazia críticas incessantes a mim, aos móveis do meu consultório, à falta de estacionamento, à minha escrivaninha, aos meus honorários e geralmente começava as sessões fazendo referência aos meus erros da semana anterior.

Meu sentimento desgastado por Martin teve grandes implicações. Ele tinha entrado inicialmente em terapia por causa de uma série de fracassos nos relacionamentos com as mulheres, nenhuma das quais, achava ele, tinha lhe dado o bastante — nenhuma tinha se mostrado suficientemente disposta a pagar a parte que lhe cabia das contas do restaurante e do supermercado, ou de dar presentes de aniversário equivalentes em valor àqueles que ele tinha lhes dado (a renda dele, saiba disso, era várias vezes maior que a delas). Quando faziam viagens juntos, ele insistia em que cada um colocasse a mesma quantia de dinheiro num "pote de viagem", e todas as despesas de viagem, inclusive gasolina, estacionamento, manutenção do carro, gorjetas e até jornais seriam pagos com o dinheiro arrecadado para a viagem. Além do mais, ele reclamava freqüentemente porque suas namoradas não cumpriam integralmente a parte que lhes cabia em dirigir, planejar a viagem ou ler os mapas. No final, a falta de generosidade de Martin, sua obsessão com imparcialidade absoluta e suas críticas implacáveis cansavam as mulheres de sua vida. E ele estava fazendo exatamente o mesmo comigo! Era um bom exemplo de uma profecia que se cumpre sozinha — ele tinha tanto medo de que os outros não

cuidassem dele que seu comportamento fazia com que acontecesse exatamente isso. Foi meu reconhecimento desse processo que me permitiu evitar reagir criticamente (isto é, levar a coisa no lado pessoal), mas perceber que esse era um padrão que ele repetira muitas vezes e que, no fundo, queria mudar.

Capítulo 21

Estruture com cuidado os comentários sobre o aqui-e-agora

Comentários sobre o aqui-e-agora são um aspecto singular do relacionamento terapêutico. São poucas as situações humanas em que podemos — menos ainda em que somos *estimulados* a — tecer comentários sobre o comportamento imediato do outro. A sensação é libertadora, excitante até — exatamente o motivo pelo qual a experiência do grupo de encontro foi tão absorvente. Mas também parece arriscado, já que não estamos habituados a dar e receber *feedback*.

Os terapeutas precisam aprender a formular seus comentários de maneira a que pareçam afetuosos e aceitáveis para os pacientes. Consideremos o *feedback* sobre o tédio que dei na última dica: evitei usar a palavra "tédio" com o meu paciente; não é uma palavra produtiva; dá a impressão de uma acusação e pode (ou deve) incitar algum sentimento falado ou não-falado como "Não estou pagando a você para que se divirta."

É bem preferível empregar termos como "distanciado", "excluído" ou "desconectado"; eles dão voz ao seu desejo de se tornar mais próximo, mais conectado e mais envolvido, e dificilmente nossos clientes se ressentirão com isso. Em outras palavras, fale sobre como *você se sente,* e não sobre o que o paciente está fazendo.

Capítulo 22

Tudo é experiência útil para o aqui-e-agora

Tudo o que acontece no aqui-e-agora é um combustível útil para a usina da terapia. Às vezes, é melhor oferecer um comentário no momento; outras vezes, é melhor simplesmente guardar o incidente e voltar a ele mais tarde. Se, por exemplo, um paciente chora de angústia, é melhor guardar a investigação sobre o aqui-e-agora até alguma outra ocasião em que for possível retomar o incidente e fazer um comentário do tipo: "Tom, eu gostaria de voltar à semana passada. Aconteceu uma coisa fora do comum: você me confiou muito mais dos seus sentimentos e chorou profundamente, pela primeira vez, na minha frente. Diga-me, como isso foi para você? Qual foi a sensação de ter deixado as barreiras caírem aqui? De permitir que eu visse suas lágrimas?"

Lembre-se, os pacientes simplesmente não choram ou exibem sentimentos num vácuo — eles o fazem *na sua presença,* e é uma exploração do aqui-e-agora que permite que consigamos apreender todo o significado da expressão dos sentimentos.

Ou consideremos um paciente que possa ter ficado muito abalado durante uma sessão e, algo bem pouco característico, peça um abraço no final. Se eu sinto que é a coisa certa a fazer, abraço o paciente, mas nunca deixo de, em algum momento, geralmente na sessão seguinte, voltar ao pedido e ao abraço. Tenha sempre em mente que a terapia eficaz consiste numa seqüência alternada: *evocação e experiência* do afeto, seguidas de *análise e integração* do afeto. O tempo que se espera para se iniciar uma análise do evento afetivo é uma função da experiência clínica. Muitas vezes, quando há um profundo sentimento envolvido — angústia, pesar, raiva, amor —, é melhor aguardar até que o sentimento arrefeça e a postura de defesa diminua. (Veja o capítulo 40, *"Feedback* não malhe em ferro frio.")

Jane era uma mulher zangada, profundamente desmoralizada, que, depois de vários meses, desenvolveu confiança suficiente em mim para revelar a profundidade do seu desespero. Muitas e muitas vezes eu me senti tão comovido que tentei oferecer-lhe algum conforto. Porém nunca consegui. Toda vez que tentava, eu era mordido. Mas ela era tão frágil e hipersensível às críticas recebidas que esperei muitas semanas antes de compartilhar essa observação.

Tudo — especialmente os episódios carregados de uma emoção intensificada — é combustível útil para a usina. Ocorrem muitos eventos ou reações inesperados na terapia: os terapeutas podem receber e-mails ou telefonemas raivosos dos pacientes, podem não conseguir oferecer o conforto que o paciente deseja, podem ser considerados oniscientes, nunca são questionados ou são sempre desafiados, podem estar atrasados, podem fazer um erro na conta, podem até agendar dois pacientes para o mesmo horário. Embora eu não me sinta à vontade ao passar por algumas dessas experiências, também tenho a confiança de que, se eu abordá-las corretamente, poderei transformá-las em algo útil no trabalho terapêutico.

Capítulo 23

Verifique o aqui-e-agora a cada sessão

Eu me empenho em investigar o aqui-e-agora em cada sessão, mesmo que ela tenha sido produtiva e sem problemas. Perto do fim da hora, sempre digo: "Vamos parar um minuto para examinar como você e eu estamos nos saindo hoje" Ou "Algum sentimento sobre o modo como estamos trabalhando e nos relacionando?" Ou "Antes de pararmos, que tal darmos uma olhada no que está acontecendo neste espaço entre nós?" Ou, se percebo dificuldades, poderia dizer algo como: "Antes de pararmos, vamos examinar o nosso relacionamento hoje. Você falou sobre se sentir a quilômetros de distância de mim algumas vezes e, em outras, muito próximo. E hoje? Que distância existe entre nós hoje?" Dependendo da resposta, posso prosseguir para explorar quaisquer barreiras no relacionamento ou sentimentos não-verbalizados sobre mim.

Inicio esse padrão mesmo na primeira sessão, antes que muita história tenha sido incorporada ao relacionamento. De fato, é particularmente importante começar a estabelecer normas nas primeiras sessões. Na sessão inicial, não deixo de investigar como os pacientes decidiram vir me consultar. Se foram encaminhados por alguém, um colega ou um amigo, quero saber o que lhes contaram a meu respeito, quais são as suas expectativas e, então, até que ponto a impressão que tiveram de mim, mesmo nessa primeira sessão, correspondeu às expectativas. Geralmente digo algo no seguinte sentido: "A sessão inicial é uma entrevista de mão dupla. Eu o entrevisto, mas é também uma oportunidade para você me avaliar e formar opiniões sobre como seria trabalhar comigo." Isso faz muitíssimo sentido, e o paciente geralmente reage inclinando a cabeça em assentimento. Em seguida, sempre complemento com: "Poderíamos dar uma olhada no que você apresentou até agora?"

Muitos dos meus pacientes me procuram depois de terem lido um dos meus livros, e, conseqüentemente, faz parte do aqui-e-agora indagá-los sobre isso. "O que especificamente havia no livro que o trouxe até mim? Até que ponto a realidade de me ver corresponde àquelas expectativas? Algum tipo de preocupação com um terapeuta que é também um escritor? Que perguntas você quer me fazer sobre isso?"

Desde que escrevi sobre as histórias de pacientes num livro *(Loves Executioner)* há muitos anos, suponho que novos pacientes que me consultam possam ficar com receio de que eu escreva sobre eles. Portanto, tranqüilizo os pacientes sobre a confidencialidade e garanto-lhes que nunca escrevi sobre pacientes sem antes obter uma permissão e sem usar um grande disfarce para a identidade. Mas com o tempo, observei que as preocupações dos pacientes eram bem diferentes — em geral, eles estão menos preocupados com alguém escrever sobre eles que com não ser interessantes o bastante para serem selecionados.

Capítulo 24

Que mentiras você me contou?

Muitas vezes durante o curso da terapia, os pacientes podem descrever exemplos de engano em suas vidas — algum incidente no qual eles ocultaram ou distorceram informações sobre eles mesmos. Usando ouvidos afiados para o aqui-e-agora, acho tal confissão uma oportunidade excelente para investigar as mentiras que eles me contaram durante o curso da terapia. Sempre existe alguma ocultação, alguma informação não revelada por causa de vergonha, por causa de alguma forma particular pela qual eles querem que eu os considere. Uma discussão sobre tais ocultações e omissões quase invariavelmente provoca uma discussão frutífera na terapia — freqüentemente um reexame da história do relacionamento terapêutico e uma oportunidade para retrabalhar e fazer um ajuste fino, não apenas no relacionamento, mas no que diz respeito a outros temas importantes que emergiram anteriormente na terapia.

A estratégia geral dos ouvidos afiados é simplesmente sondar todo o material numa sessão para verificar as implicações de aqui-e-agora e, sempre que possível, aproveitar a oportunidade para passar a um exame da relação terapêutica.

Capítulo 25

Tela em branco? Esqueça! Seja verdadeiro

O primeiro modelo postulado do relacionamento ideal terapeuta-paciente foi a agora antiquada "tela em branco", na qual o terapeuta permanecia neutro e mais ou menos anônimo na esperança de que os pacientes projetassem nessa tela em branco as principais distorções da transferência. Uma vez que a transferência (a manifestação viva de relacionamentos parentais anteriores) estivesse disponível para estudo na análise, o terapeuta poderia reconstruir com relativa precisão a vida anterior do paciente. Se o terapeuta se manifestasse como um indivíduo nítido e bem definido, ficaria mais difícil (era o que se pensava) a ocorrência da projeção.

Mas esqueça a tela em branco! Não é agora, nem nunca foi, um bom modelo para uma terapia eficaz. A idéia de usar as distorções atuais para recriar o passado fez parte de uma visão antiga, agora abandonada, do terapeuta como um arqueólogo, que espana pacientemente a poeira de décadas para entender (e, dessa maneira, de maneira misteriosa, desfazer) o trauma original. È um modelo muito melhor pensar em *entender o passado para apreender o relacionamento terapeuta-paciente presente.* Mas, nenhuma destas considerações merece que se sacrifique um autêntico encontro humano na psicoterapia.

Teria o próprio Freud usualmente seguido o modelo da tela em branco? Freqüentemente, quem não sabe geralmente. Sabemos disso pela leitura de seus relatos de terapia (veja, por exemplo, as descrições de terapia em *Estudos sobre histeria)* ou pelas descrições feitas por seus analisandos sobre a análise com Freud.

Pense em Freud oferecendo a seu paciente um charuto de "celebração" ou de "vitória" depois de fazer uma interpretação particularmente incisiva. Pense nele impedindo que os pacientes

passassem apressados a outros tópicos em lugar de reduzir sua velocidade para se deleitarem com ele nos rescaldos de um *insight* elucidativo. O psiquiatra Roy Grinker me descreveu um incidente em sua análise com Freud no qual o cachorro de Freud, que sempre estava presente na terapia, caminhou até a porta no meio de uma sessão. Freud levantou-se e deixou o cachorro sair. Alguns minutos depois, o cachorro arranhou a porta para entrar de volta e Freud levantou-se, abriu a porta e disse: "Veja você, ele não agüentou ficar ouvindo toda aquela bobagem de resistência. Agora, ele está voltando para lhe dar uma segunda chance."

Nas histórias de caso em *Estudos sobre histeria,* Freud entrou pessoal e ousadamente nas vidas de seus pacientes. Fez sugestões poderosas a eles, interveio em nome deles junto aos membros da família, deu um jeito de comparecer a reuniões sociais para ver seus pacientes em outros ambientes, instruiu um paciente a visitar o cemitério e meditar junto ao túmulo de um irmão.

O modelo inicial da tela em branco foi fortalecido por uma fonte inesperada nos anos 1950, quando o modelo de terapia não-diretiva de Carl Rogers instruiu os terapeutas a oferecer uma direção mínima, freqüentemente se limitando a intervenções que ecoassem a última frase do paciente. À medida que Carl Rogers amadureceu como terapeuta, ele logo abandonou inteiramente essa postura não-comprometida da técnica de entrevista da "última frase" em favor de um estilo interativo bem mais humanista. Ainda assim, piadas, paródias e mal-entendidos da abordagem não-diretiva o perseguiram até o fim de sua vida.

Na terapia de grupo, é mais que evidente que uma das tarefas do terapeuta de grupo é demonstrar um comportamento que passe gradualmente a servir de modelo para os membros do grupo. Acontece o mesmo, embora seja menos dramático, na terapia individual. A literatura sobre desfechos da psicoterapia corrobora fortemente a visão de que a revelação do terapeuta gera a revelação do cliente.

Sou há muito tempo fascinado pela transparência do terapeuta e fiz experiências com a auto-revelação em vários formatos

diferentes. Talvez meu interesse tenha suas raízes na minha experiência em terapia de grupo, na qual as exigências para que o terapeuta seja transparente são especialmente grandes. Os terapeutas de grupo têm um conjunto particularmente complicado de tarefas porque precisam atentar não apenas para as necessidades de cada paciente individual no grupo, mas para a criação e manutenção do sistema social que o rodeia — o grupo pequeno. Portanto, eles precisam cuidar do desenvolvimento de normas, particularmente as normas de auto-revelação tão necessárias para o sucesso da experiência em grupo pequeno. O terapeuta não tem um método mais potente para criar normas comportamentais que o modelo pessoal.

Muitos dos meus próprios experimentos em auto-revelação do terapeuta tiveram origem como uma resposta à observação de grupos terapêuticos de estudantes. Os programas de especialização em psicoterapia raramente oferecem aos estudantes uma oportunidade de observar sessões de psicoterapia individual — os terapeutas insistem na privacidade e na intimidade, partes integrantes e essenciais do processo de terapia individual. Mas praticamente todos os programas de especialização de grupo proporcionam observação de grupo, seja por um espelho unidirecional ou da reprodução de gravação em vídeo. Os terapeutas de grupo devem, é claro, obter a permissão para a observação, e os membros do grupo geralmente concedem essa permissão, embora o façam de má vontade. Caracteristicamente, os membros se sentem importunados com os observadores e freqüentemente relatam que se sentem como "cobaias". Eles questionam se a fidelidade fundamental do terapeuta é para com os membros do grupo ou para os observadores estudantes, e têm uma grande curiosidade pelos comentários dos observadores (e dos líderes) sobre eles na discussão pós-grupo.

Para eliminar essas desvantagens da observação do grupo, pedi aos membros do grupo e aos estudantes que trocassem de sala depois da reunião de cada grupo: os membros do grupo passavam para a sala de observação, onde observavam os estudantes e eu

discutindo o grupo. Os membros do grupo, na reunião seguinte, tiveram reações tão fortes à observação da reunião pós-grupo que logo modifiquei o formato, convidando os membros para a sala de conferência para observar a discussão e responder às observações dos estudantes. Em pouco tempo, os membros do grupo davam *feedback* aos estudantes, não somente sobre o conteúdo das observações dos estudantes, mas sobre o processo deles — por exemplo, de eles serem exageradamente deferentes ao líder, ou mais cautelosos, reservados e tensos que o grupo de terapia.

Tenho usado exatamente o mesmo modelo nos grupos diários na enfermaria de pacientes internados por crise aguda, onde divido a reunião do grupo em três partes: (1) uma reunião de uma hora com os pacientes; (2) uma sessão de dez minutos no "aquário" (os líderes e os observadores rediscutindo o grupo, sentados num círculo interno circundados pelos membros do grupo como observadores); e (3) um grande círculo final de dez minutos, no qual os membros reagem aos comentários dos observadores. Uma pesquisa por questionário realizada após a sessão indica que a maioria dos membros do grupo considera os vinte minutos finais a parte mais gratificante da reunião.

Em outro formato voltado à transparência pessoal, escrevo rotineiramente um resumo detalhado e com minhas impressões pessoais das reuniões dos grupos de pacientes ambulatoriais e envio-o aos membros antes da reunião seguinte. Essa técnica teve origem nos anos 1970, quando comecei a liderar grupos de pacientes alcoólicos. Na época, a terapia dinâmica de grupo para pacientes alcoólicos tinha má reputação, e a maioria dos conselheiros alcoólicos tinha decidido que

0 melhor era deixar o tratamento de grupo de alcoólicos nas mãos do A.A. Decidi tentar mais uma vez, mas empregando um formato aqui-e-agora intensivo e desviando o foco da dependência do álcool para os problemas interpessoais de base, que alimentavam a ânsia de beber. (Era obrigatório que todos os membros do grupo participassem do A.A. ou de algum outro programa para controlar seu hábito de beber.)

O foco aqui-e-agora galvanizou o grupo. As reuniões eram elétricas e intensas. Infelizmente, intensas demais! Uma ansiedade exagerada foi despertada entre os membros que, como ocorre com muitos alcoólicos, tinham uma grande dificuldade de criar vínculos e tolerar ansiedade de qualquer outra maneira que não pela atuação.[1] Os membros do grupo logo começaram a ansiar por uma bebida depois das reuniões e a anunciar: "Se algum dia tiver que ficar sentando durante toda a reunião como nessa última, farei uma parada no bar no meu caminho para casa."

Já que pareceu que as reuniões aqui-e-agora eram o alvo e lidavam com questões ricas e relevantes para cada membro do grupo, procurei desenvolver um método para diminuir a ameaça e ansiedade das sessões. Empreguei uma série de técnicas.

Em primeiro lugar, uma pauta aqui-e-agora escrita para cada reunião no quadro-negro, contendo itens como os seguintes:

• Permitir que John e Mary continuem a examinar suas diferenças, mas lidando um com o outro de maneira menos ameaçadora e dolorosa.

• Ajudar Paul a pedir um pouco do tempo do grupo para falar sobre si mesmo.

Em segundo lugar, víamos gravações em vídeo de partes selecionadas das reuniões.

Terceiro, depois de cada reunião, eu redigia e enviava aos membros um resumo semanal que era não apenas uma narrativa do conteúdo de cada sessão, mas também auto-revelador. Eu descrevia minha experiência no grupo — minha perplexidade, meu prazer com certas contribuições minhas, minha contrariedade com os erros que tinha cometido, ou com problemas que tinha deixado passar ou frente aos membros que senti que tinha negligenciado.

De todos estes métodos, o resumo semanal foi de longe o

[1] Em inglês, *acting out.* Ação, geralmente de caráter impulsivo, que rompe em certa medida com as motivações habituais do indivíduo; constitui defesa análoga à somatização e toma freqüentemente a forma de agressão a si próprio ou a outrem (no caso, aos terapeutas). (N. do E.)

mais eficiente e, desde então, tornei uma prática regular nos meus grupos que se reúnem uma vez por semana enviar um resumo detalhado para os membros antes da reunião seguinte. (Se eu tenho um co-líder, alternamos a responsabilidade pelo resumo.) O resumo tem muitos e variados benefícios — por exemplo, aumenta a continuidade do trabalho terapêutico por imergir o grupo de novo nos temas da reunião anterior —, mas eu o menciono aqui porque proporciona um veículo para a revelação do terapeuta.

"Terapia múltipla" é um outro formato de ensino baseado em revelação que empreguei durante vários anos e, nele, dois instrutores e cinco estudantes (residentes de psiquiatria) entrevistam um mesmo paciente durante uma série de seis sessões. Mas, em lugar de se concentrar unicamente no paciente, tornamos essencial examinar o processo do nosso próprio grupo, inclusive questões como o estilo de formulação de perguntas dos estudantes, o relacionamento de um com o outro e com os líderes da faculdade, o grau de competitividade ou empatia no grupo. Obviamente, dado o arrocho econômico da assistência médica hoje, a terapia múltipla não tem nenhum futuro econômico, mas, como um recurso didático, demonstrou vários efeitos da revelação pessoal dos terapeutas: é um bom modelo para os pacientes e incentiva sua própria revelação, acelera o processo terapêutico, demonstra o respeito dos terapeutas pelo processo terapêutico devido à sua disposição de se engajarem pessoalmente nele.

Lembremos o experimento no qual eu e a paciente chamada Ginny trocamos resumos com nossas impressões de cada sessão. Esse formato também foi um exercício desafiador de transparência do terapeuta. A paciente tinha me idealizado tanto, me colocado num pedestal tão elevado, que um encontro verdadeiro entre nós não era possível. Portanto, nas minhas anotações tentei deliberadamente revelar exatamente os sentimentos e experiências humanas que eu tinha: minhas frustrações, minhas irritações, minha insônia, minha vaidade. Esse exercício, feito no início da minha carreira, facilitou a terapia e me libertou um bocado no trabalho terapêutico subseqüente.

Um experimento ousado em transparência do terapeuta que me intrigou por muito tempo foi realizado por Sándor Ferenczi (1873-1933) — um psicanalista húngaro que foi membro do círculo psicanalítico mais íntimo de Freud e, talvez, o profissional e confidente pessoal mais íntimo dele. Mais atraído pelas questões especulativas sobre a aplicação da psicanálise para a compreensão da cultura, Freud era basicamente pessimista ante a terapia e raramente fazia pequenos ajustes nos métodos para melhorar a técnica terapêutica. De todos os analistas do círculo íntimo, foi Sándor Ferenczi quem buscou incansável e arrojadamente a inovação técnica.

Ele nunca foi mais ousado do que em seu experimento radical de transparência de 1932 descrito em seu *Diário clínico,* em que expandiu a auto-revelação do terapeuta até o limite, empenhando-se numa "análise mútua" — um formato no qual ele e uma de suas pacientes (uma psicoterapeuta a quem ele vinha analisando há algum tempo) alternavam as horas analisando um ao outro.

Ao final, Ferenczi ficou cada vez mais desanimado e abandonou o experimento por causa de duas preocupações importantes: (1) *confidencialidade* — um problema porque uma participação real e verdadeira numa livre associação exigiria que ele compartilhasse quaisquer pensamentos que porventura ocorressem sobre seus outros pacientes; e (2) *honorários* — Ferenczi se inquietava quanto ao pagamento. Quem deveria pagar quem?

Sua paciente não compartilhava o desânimo de Ferenczi. Ela sentia que o procedimento tinha facilitado a terapia e que Ferenczi não estava disposto a continuar porque tinha medo de confessar que estava apaixonado por ela. Ferenczi defendeu uma opinião contrária. "Não, não, não", opinou; seu verdadeiro motivo era que ele não estava disposto a expressar o fato de que a odiava.

As reações negativas de Ferenczi às suas tentativas de auto-revelação parecem arbitrárias e extremamente datadas. Meu romance *Mentiras no diva* tenta repetir o experimento dele numa terapia contemporânea. O protagonista, um psiquiatra, resolveu ser inteiramente transparente com uma paciente que, como ocorre

nesse conto ficcional, tinha se comprometido com a duplicidade. Um dos meus principais intentos nesse romance é afirmar que a autenticidade do terapeuta acabará se revelando redentora, mesmo sob as piores circunstâncias — isto é, um encontro clínico com uma pseudopaciente maquinadora.

Capítulo 26

Três tipos de auto-revelação do terapeuta

É contraproducente o terapeuta se manter opaco e escondido do paciente. Existem todos os motivos para se revelar ao paciente e nenhum bom motivo para a ocultação. Ainda assim, sempre que faço uma palestra sobre essa questão para os terapeutas, observo um considerável mal-estar, que se origina, em parte, da imprecisão do termo "auto-revelação". A auto-revelação do terapeuta não é uma entidade única, mas um aglomerado de comportamentos, sendo alguns dos quais invariavelmente facilitadores da terapia e outros problemáticos e potencialmente contraproducentes. Para lançar um pouco de luz à questão, podemos delinear três domínios de revelação do terapeuta: (1) o mecanismo de terapia; (2) os sentimentos do aqui-e-agora; e (3) a vida pessoal do terapeuta. Examinemos um de cada vez.

Capítulo 27

O mecanismo da terapia — seja transparente

O grande inquisidor em *Os irmãos Karamázov,* de Dostoiévski, proclamou que os homens sempre quiseram "mágica, mistério e autoridade". Durante toda a história, os curadores sempre souberam disso e cobriram sua prática curativa com um manto de sigilo. Estudos e práticas xamanistas sempre estiveram sob um véu de mistério, enquanto os médicos ocidentais têm usado, há séculos, equipamentos e apetrechos criados para inspirar reverência e maximizar um efeito placebo: aventais brancos, paredes recobertas de diplomas de prestígio e prescrições escritas em latim.

Proponho uma concepção diametralmente oposta do processo curativo em todo este livro. O estabelecimento de um relacionamento autêntico com os pacientes, devido à sua própria natureza, exige que renunciemos ao poder do triunvirato formado pela magia, mistério e autoridade. A psicoterapia é intrinsecamente tão robusta que ganha muito pela revelação total do processo e da base racional do tratamento. Um grupo convincente de pesquisa em psicoterapia demonstra que o terapeuta deve preparar cuidadosamente os novos pacientes, informando-os sobre a psicoterapia — suas premissas, sua base racional e o que cada cliente pode fazer para maximizar seu próprio progresso.

Os pacientes já carregam o fardo da ansiedade primária que os leva até a terapia e faz pouco sentido mergulhá-los num processo que possa criar uma ansiedade secundária — ansiedade por causa de uma exposição a uma situação social ambígua sem diretrizes para o comportamento ou participação apropriados. Portanto, é sensato preparar os pacientes sistematicamente para o processo da psicoterapia.

A preparação dos novos pacientes é particularmente eficaz na

terapia de grupo porque a situação do grupo de interação é por si bem estranha e assustadora. O poder do grupo pequeno — a pressão de grupo, o grau de intimidade, a intensidade global — freqüentemente torna ansiosos os novos membros, em particular os sem experiência anterior em grupo. O oferecimento de uma estrutura de alívio da ansiedade e a elucidação das diretrizes de procedimento são absolutamente essenciais na terapia de grupo.

A preparação para a psicoterapia individual também é essencial. Embora seja provável que os indivíduos tenham tido experiência com relacionamentos intensos, é altamente improvável que tenham estado num relacionamento que exija que eles confiem inteiramente, revelem tudo, não ocultem nada, examinem todas as nuanças de seus sentimentos a outro e recebam aceitação sem julgamento. Nas entrevistas iniciais, abordo as regras básicas importantes, entre elas a confidencialidade, a necessidade de revelação total, a importância dos sonhos, a necessidade de paciência. Já que o foco do aqui-e-agora pode parecer incomum para os pacientes, apresento sua base racional. Se um novo paciente tiver descrito dificuldades no relacionamento (e isso implica praticamente todos os pacientes), eu poderia dizer, por exemplo:

Sem dúvida, uma das áreas que precisamos abordar é seu relacionamento com os outros. É difícil que eu saiba qual a natureza precisa das suas dificuldades nos relacionamentos porque, é claro, conheço as outras pessoas na sua vida somente através dos seus próprios olhos. Algumas vezes suas descrições poderão ser inadvertidamente tendenciosas e descobri que posso ser mais útil a você se me concentrar no único relacionamento do qual tenho as informações mais precisas — o relacionamento entre mim e você. Ê por esse motivo que deverei muitas vezes pedir-lhe que examine o que está acontecendo entre nós dois.

Em resumo, sugiro uma revelação total sobre o mecanismo da terapia.

Capítulo 28

Revelando os sentimentos do aqui-e-agora — use o seu tato

Para você estabelecer um relacionamento genuíno com o seu paciente, é essencial *revelar seus sentimentos pelo paciente no presente imediato.* Mas a revelação do aqui-e-agora não deve ser indiscriminada; a transparência não deve ser buscada como um objetivo em si mesma. Todos os comentários devem passar num único teste: essa revelação é para o melhor interesse do paciente? Muitas e muitas vezes, enfatizarei neste texto que a fonte mais valiosa de dados são os seus próprios sentimentos. Se, durante uma sessão, você sentir que o paciente está distante, tímido, insinuante, desdenhoso, com medo, contestador, infantil ou exibe qualquer um de uma infinidade de comportamentos que uma pessoa pode ter com uma outra, estes são dados, dados valiosos, e você precisa descobrir um modo de transformar essa informação em vantagem terapêutica — como mostram os exemplos de minha revelação de que me senti excluído por uma paciente, ou mais íntimo e mais envolvido, ou irritado com repetidos pedidos de desculpas por tirar uma caixa de lenços do lugar.

Exemplo clínico

Um paciente habitualmente descrevia incidentes problemáticos em sua vida, mas raramente falava, mais tarde, sobre o que acontecia depois deles. Muitas vezes me senti excluído e curioso. Eu me perguntava o que teria acontecido, por exemplo, quando ele confrontou o chefe para pedir um aumento. Qual teria sido a reação do seu amigo quando ele se recusou a lhe dar o empréstimo pedido? Ele seguiu até o fim o seu plano de convidar a colega de sua

ex-namorada para sair? Talvez parte da minha curiosidade fosse voyeurista, emanada do meu desejo de conhecer os finais das histórias. Mas também senti que minhas reações continham informações importantes sobre o paciente. Ele nunca se colocou na minha posição? Não pensou que eu teria alguma curiosidade sobre a sua vida? Talvez ele sentisse que eu não me importava com ele. Talvez pensasse em mim como uma máquina sem nenhuma curiosidade e desejos próprios.

Finalmente, discuti todos esses sentimentos (e conjecturas), e minha exposição levou-o a revelar sua preferência de que eu não fosse uma pessoa de verdade, para que ele não descobrisse minhas deficiências e, conseqüentemente, perdesse a confiança em mim.

Exemplo clínico

Um paciente tinha uma sensação de ilegitimidade onipresente em todos os seus relacionamentos pessoais e transações comerciais. No aqui-e-agora de nossas sessões de terapia, sua culpa sem controle muitas vezes emergia quando ele se censurava severamente por seu comportamento dissimulado no nosso relacionamento. Ele odiava a maneira como tentava me impressionar com sua esperteza e inteligência. Por exemplo, ele adorava os idiomas e, embora inglês fosse sua segunda língua, ele revelou domínio em suas nuanças e confessou que, antes das sessões, tinha freqüentemente procurado no dicionário palavras esotéricas para usar em nossa discussão. Fiquei consternado ante sua autopunição severa. Por um momento, consegui sentir a força de sua culpa e autocrítica, já que fui um verdadeiro cúmplice: tinha sempre gostado muito de seu jogo de palavras e, sem dúvida, tinha incentivado seu comportamento. Compartilhei esse fato e, então, tratei de ambos exclamando: "Mas não estou engolindo tudo isso sem contestar. Afinal de contas, onde está o crime? Estamos trabalhando bem juntos e qual é o mal que existe em gostarmos do jogo intelectual que compartilhamos?"

Um terapeuta talentoso (Peter Lomas) descreve a seguinte

interação com um paciente que iniciou uma sessão à sua maneira característica, falando de uma maneira retraída e desesperançada sobre sua solidão.

> TERAPEUTA: — Não acha que eu também poderia ser solitário? Estou aqui sentado com você nesta sala, e você está retraído e afastado de mim. Você não reconhece que não é isso que eu quero, que quero conseguir conhecê-lo melhor?
> PACIENTE: — Não, como você poderia? Não acredito nisso. Você é auto-suficiente. Você não me quer.
> TERAPEUTA: — O que o faz pensar que sou auto-suficiente? Por que eu deveria ser diferente de você? Preciso de pessoas, assim como você. E preciso que você pare de se manter longe de mim.
> PACIENTE: — O que eu poderia lhe dar? Não consigo imaginar. Sinto ser um grande nada. Nunca faço nada na minha vida.
> TERAPEUTA: — Mas, de qualquer maneira, a gente não gosta das pessoas só por causa das suas realizações, mas por aquilo que elas são. Não é assim com você?
> PACIENTE: — É. No meu caso, isso é verdade.
> TERAPEUTA: — Então, por que você não acredita que os outros poderiam gostar de você por aquilo que você é?

O terapeuta relatou que essa interação diminuiu dramaticamente o abismo entre ele próprio e o paciente. O paciente terminou a sessão dizendo: "É um mundo muito cruel" mas essa afirmativa foi feita não no sentido de "pobre de mim", mas no sentido de "É um mundo cruel para você e para mim, não é? Para você, para mim e todos os outros que vivem nele."

Capítulo 29

Revelando a vida pessoal do terapeuta — seja prudente

A exposição nos dois primeiros domínios — o mecanismo da terapia e o aqui-e-agora (corretamente estruturado) — parece simples, direta e não-problemática. Mas existe uma considerável controvérsia em torno do terceiro tipo de exposição, a vida pessoal do terapeuta.

Se a exposição do terapeuta fosse graduada num contínuo, tenho certeza de que eu estaria posicionado na extremidade superior. Ainda assim, nunca passei pela experiência de me expor demais. Pelo contrário, sempre facilitei a terapia quando compartilhei alguma faceta minha.

Muitos anos atrás, minha mãe morreu e fui de avião a Washington para o seu funeral e para passar um tempo com minha irmã. Na época, eu coordenava um grupo de pacientes ambulatoriais e meu co-terapeuta, um jovem residente em psiquiatria, não tinha certeza do que fazer e simplesmente informou ao grupo que eu estaria ausente por causa de uma morte em minha família. As reuniões do grupo estavam sendo gravadas em vídeo para fins de pesquisa e ensino e, depois de minha volta, passada uma semana, assisti à fita da reunião — uma seção produtiva, altamente revigorada.

O que fazer na reunião seguinte? Já que eu não tinha nenhuma dúvida de que ocultar a morte de minha mãe seria prejudicial para o processo do grupo, decidi ser inteiramente transparente e dar ao grupo tudo que pedisse. É axiomático que se um grupo evita ativamente alguma questão importante, nenhuma outra questão será abordada efetivamente.

Abri a reunião informando-os da morte de minha mãe e respondi a todas as perguntas. Alguns quiseram detalhes da morte e

funeral, outros perguntaram como eu estava lidando com ela, outros indagaram sobre o meu relacionamento com a minha mãe e irmã. Respondi a todos com grande franqueza e lhes contei, por exemplo, de meu relacionamento rebelde com minha mãe e como tinha decidido viver na Califórnia, em parte com a finalidade de colocar quase cinco mil quilômetros entre nós. Contei-lhes que ela tinha sido um bicho-papão em diversos sentidos, mas tinha perdido suas garras à medida que envelheceu, e há vários anos nosso relacionamento tinha se tornado mais íntimo e eu tinha sido um filho zeloso. Finalmente o grupo perguntou se haveria alguma coisa que eles poderiam fazer por mim na reunião. Respondi que acreditava que não, porque vinha lidando sem parar com a morte de minha mãe, falando intensivamente com amigos e membros da família. Finalmente, eu disse que acreditava que agora tinha energia suficiente para trabalhar efetivamente no grupo, e, com isso, retornamos às questões do grupo e tivemos uma reunião extremamente produtiva.

Durante anos depois disso, usei o videoteipe dessa reunião para ensinar processo de grupo. Tive certeza de que minha revelação não apenas removeu um bloqueio potencial para o grupo, mas que meu modelo de auto-revelação fora um evento liberador.

Outro exemplo, que descrevi num conto, "Seven Advanced Lessons in the Therapy of Grief" (*Momma and the Meaning of Life*), envolve um incidente semelhante. Um pouco antes da consulta em que eu deveria me encontrar com uma paciente em luto, recebi um telefonema me comunicando a morte de meu cunhado. Já que minha paciente era uma cirurgia em crise (por causa da morte de seu marido e de seu pai) e eu tinha tempo antes de ir ao aeroporto, decidi manter meu compromisso com ela e iniciei a sessão informando-a do que tinha acontecido e dizendo-lhe que, ainda assim, tinha decidido manter o compromisso com ela.

Ela explodiu numa grande fúria e me acusou de tentar comparar meu luto com o dela. "E permita-me dizer", ela acrescentou, "se eu posso aparecer numa sala cirúrgica para os meus pacientes, então, é claro que você pode aparecer para me ver." O

incidente se mostrou bem útil para a terapia — minha revelação permitiu que ela revelasse sua raiva pelo luto, que iniciou um novo período fértil em nosso trabalho.

Há muito tempo um colega trabalhou com um paciente cujo filho tinha morrido de câncer. O longo curso de terapia tinha sido útil, mas não inteiramente bem-sucedido. Meu colega, que também tinha perdido um filho jovem vinte anos antes, optou por não compartilhar essa informação com o seu paciente. Muitos anos depois, o paciente voltou a entrar em contato com ele e eles retomaram a terapia, O terapeuta, que tinha continuado a ser assombrado por sua própria perda e tinha passado anos escrevendo um longo artigo sobre a morte de seu filho, decidiu compartilhar o texto com o paciente. Essa revelação, algo que era inédito para ele, se mostrou vastamente útil na aceleração do trabalho terapêutico.

Se os pacientes querem saber se sou casado, tenho filhos, gostei de um determinado filme, li um determinado livro ou me senti estranho com nosso encontro em algum evento social, sempre respondo diretamente. Por que não? Qual o problema? Como é possível ter um encontro genuíno com outra pessoa e, ao mesmo tempo, permanecer tão opaco?

Voltemos, uma última vez, ao paciente que me criticou tão contundentemente por usar um restaurante refinado como referência nas instruções sobre como chegar ao meu consultório e não mencionar o quiosque vizinho fast-food de comida mexicana. Optei por responder francamente: "Bem, Bob, você tem razão! Em vez de dizer para virar à direita no Fresca, eu poderia ter dito para virar à direita ao chegar ao quiosque Taco Tio. E por que fiz essa escolha? Tenho certeza de que é porque prefiro me associar com um restaurante mais refinado. Eu não me sentiria à vontade de dizer 'Vire no quiosque Taco Tio? De novo, qual o risco? Só estava admitindo algo que ele obviamente sabia. E foi somente quando tiramos do caminho a minha admissão é que pudemos nos voltar para a questão importante de explorar o desejo dele de me causar constrangimento.

Portanto, de forma alguma a auto-exposição do terapeuta

substitui a exploração do processo das indagações pessoais do paciente. Faça as duas coisas! Alguns terapeutas fazem questão de responder às perguntas com: "Ficarei feliz em responder a isso, mas, antes, gostaria de saber o máximo possível sobre a formulação dessa pergunta." Algumas vezes, uso essa abordagem, mas raramente encontrei alguma vantagem particular em insistir em qualquer ordem particular. ("Você vai primeiro e depois eu respondo") Se for um paciente novo, freqüentemente opto por simplesmente apresentar o modelo da exposição e guardar o incidente na minha mente para voltar a ele mais tarde.

Se for algo fora do comum o paciente fazer perguntas, considere o ato dele de questionar como um combustível para a usina e certifique-se de voltar a ele. É necessário ponderar se o momento é o certo. Muitas vezes, o terapeuta pode decidir esperar até que a interação termine, talvez até a sessão seguinte e, então, fazer um comentário no seguinte sentido: "Parece-me que algo fora do comum aconteceu na semana passada: *você* me fez algumas perguntas pessoais. Podemos retomar isto? Que tal lhe parece a troca? O que permitiu que você me abordasse de uma maneira diferente? Como se sentiu com a minha resposta?"

Capítulo 30

Revelando sua vida pessoal — advertências

Um dos medos mais profundos que terapeutas têm sobre a exposição pessoal é que nunca terá um fim, que, uma vez aberta a porta, o paciente exigirá cada vez mais até eles serem submetidos a um interrogatório cerrado sobre seus segredos mais profundos e constrangedores. É um medo sem fundamento. Na minha experiência, a maioria esmagadora e absoluta dos pacientes aceita o que ofereço, eles não pressionam por mais revelações nem por uma revelação incômoda e, então, passam ao assunto da terapia, como o grupo de terapia fez ao tomar conhecimento da morte de minha mãe.

Entretanto, faço algumas advertências: tenha sempre em mente que, embora os pacientes gozem da confidencialidade, os terapeutas não a têm. Nem se pode pedir tal coisa aos pacientes, que, no futuro, poderão consultar outro terapeuta e precisarão se sentir sem amarras naquilo que possam discutir. Se existir uma determinada informação que você tem um forte desejo de que não se torne pública, *não a compartilhe na terapia.* Muitos terapeutas são até mais cautelosos e tomam o cuidado de não compartilhar qualquer material pessoal que, fora do contexto, poderia ser mal interpretado e se revelar constrangedor.

Mas não permita que esta preocupação restrinja o seu trabalho e o torne cauteloso e autoprotetor a ponto de perder a sua efetividade. Você não pode se proteger contra os pacientes apresentarem você de uma maneira distorcida ao próximo terapeuta deles. Lembre-se disso na próxima vez em que ouvir os pacientes descreverem o comportamento ultrajante dos terapeutas anteriores. Não chegue automaticamente à conclusão de que o terapeuta anterior era tolo ou perverso. É melhor ouvir, compreender e

aguardar. É muito freqüente que o paciente acabe fornecendo o contexto do ato do terapeuta, que muitas vezes lança uma luz bem diferente sobre ele.

Certa vez, encaminhei a esposa de um paciente a um colega, um amigo íntimo. Dois meses depois, porém, meu paciente pediu que eu recomendasse outra pessoa porque meu colega tinha agido mal: ele insistia em cheirar a mulher do meu paciente e comentar sobre o seu odor. Cheirar pacientes? Soou tão bizarro que me senti preocupado com meu amigo e, com o máximo de cuidado possível, investiguei o incidente. Ele me informou que tinha de fato havido um problema de odor com sua paciente: ela usava costumeiramente um perfume que, embora agradável, era tão forte e dominante que alguns de seus outros pacientes tinham reclamado e insistido em ter a sessão em um outro dia ou em outra sala!

Existem ocasiões em que, para salvar a terapia, somos forçados a fazer escolhas difíceis. Um colega certa vez me contou sobre um incidente no qual uma paciente chegou à sessão extremamente perturbada porque uma amiga dela tinha declarado que tivera um caso com ele. Como o terapeuta deveria responder? Meu colega, que tinha um compromisso com a honestidade, fez das tripas coração e contou à sua paciente que, de fato, tinha tido um "caso numa convenção" de fim de semana com aquela mulher mais de vinte anos antes e que eles não tinham tido contato desde então. Sua revelação teve um impacto considerável sobre ela e impulsionou a terapia subseqüente. Ele e sua paciente mergulharam.em questões importantes não discutidas anteriormente, como o ódio dela contra outros pacientes dele, a quem ela via como competidores pela atenção dele, e a visão que ela teve durante toda a vida de que ela não era escolhida, não era feminina e não era atraente.

Outro exemplo: um supervisionando meu, que era homossexual, mas não era assumido, contou sobre um problema irritante que surgiu no primeiro mês da terapia. Um de seus pacientes homossexuais que o tinha visto malhando numa academia freqüentada basicamente por homens homossexuais confrontou-o diretamente sobre a sua orientação sexual. Meu aluno,

extremamente constrangido, evitou a pergunta e se concentrou na busca da razão pela qual o paciente estava fazendo a pergunta. Não foi nenhuma surpresa o paciente cancelar sua sessão seguinte e nunca mais voltar à terapia. Grandes segredos inocultáveis são inimigos do processo terapêutico. Os terapeutas homossexuais assumidos que conheço são francos sobre sua orientação sexual com sua clientela homossexual e estão dispostos a ser francos com seus clientes heterossexuais, se isso parecer importante para a terapia.

Capítulo 31

Transparência e universalidade do terapeuta

Um fator terapêutico fundamental na terapia de grupo é a universalidade. Muitos pacientes começam a terapia sentindo-se únicos em sua desgraça; acreditam que somente eles têm pensamentos e fantasias horríveis, proibidos, considerados tabus, sádicos, egoístas e sexualmente perversos. A auto-revelação de pensamentos semelhantes por outros membros do grupo é maravilhosamente reconfortante e proporciona uma experiência de "bem-vindo à raça humana".

Na terapia individual, nossos pacientes revelam muitos sentimentos que nós terapeutas também vivenciamos, e existe um lugar e um tempo na terapia para compartilhá-los. Se, por exemplo, um paciente expressa culpa pelo fato de que, sempre que visita um pai ou mãe idoso, se sente impaciente depois de algumas horas, posso compartilhar com ele que meu limite pessoal para uma visita à minha mãe era de cerca de três horas. Ou se um paciente estiver desestimulado por não sentir nenhuma melhora depois de vinte horas de terapia, não hesito em chamar essa quantidade como uma "gota no oceano", considerando minhas próprias centenas de horas de tratamento ao longo de vários cursos de terapia. Ou se os pacientes ficarem desnorteados com a intensidade da transferência, eu lhes conto sobre meus sentimentos parecidos quando eu estava em terapia.

Capítulo 32

Os pacientes resistirão à sua revelação

Meu comentário anterior de que a auto-revelação do terapeuta não desperta o apetite dos pacientes, nem faz com que eles aumentem suas exigências por mais revelações é, de fato, uma declaração atenuada. É bem freqüente ocorrer o contrário — os pacientes deixam claro que são contra ficar sabendo muito sobre a vida pessoal do terapeuta.

Os que desejam magia, mistério e autoridade se mostram relutantes em olhar por baixo da aparência exterior do terapeuta. Eles se sentem bem reconfortados pelo pensamento de que existe uma figura sábia e onisciente para ajudá-los. Mais de um dos meus pacientes evocaram a metáfora do Mágico de Oz para descrever sua preferência pela crença feliz de que o terapeuta conhece o caminho para casa — um caminho livre e seguro, sem dor. De forma alguma eles querem olhar por trás da cortina e ver um falso mágico perdido e confuso. Um paciente, que vacilava entre me "magificar" e me humanizar, descreveu o dilema de Oz neste poema intitulado "Dorothy se rende":

Meu avião pousou em queda na planície do Kansas
Despertei para verdades caseiras reduzidas a preto e branco.
Senti as pantufas, uma vida passando com desenvoltura,
E cristal vazio. Tentei. Mas noites de néon
Procurei pelas esmeraldas na grama verde,
Pelos mágicos por trás dos homens de palha, eu veria
O cavalo de muitas cores passar em galope —
E envelheci, ele correu rápido demais para mim.
Os ventos em fúria nos quais voei
Desnudaram-me. Agora de joelhos eu escolheria

Deixar à bruxa a vassoura, trocar o pano,
Recusar a ver o homem por trás da voz
Para sempre seguindo aquela estrada mágica
Que me leva a um lugar que não é nenhum lugar como a nossa casa.

Os pacientes querem que o terapeuta seja onisciente, infinitamente confiável e imperecível. Algumas de minhas pacientes que tiveram muitos encontros com homens não-confiáveis temem minha fragilidade (e de todos os homens). Outras têm medo de que eu acabe me tornando o paciente. Uma paciente, cujo método de terapia descrevi em profundidade em *Momma and the Meaning of Life,* evitava me olhar ou perguntar qualquer coisa pessoal, mesmo, por exemplo, quando apareci numa sessão com muletas depois de uma cirurgia no joelho. Quando perguntei, ela explicou:

> — Não quero que você tenha uma narrativa da sua vida.
> — Uma narrativa? — perguntei. — O que você quer dizer?
> — Quero mantê-lo fora do tempo. Uma narrativa tem um começo, um meio e um fim — especialmente um fim.

Ela havia sofrido a morte de vários homens importantes em sua vida — o marido, o irmão, o pai, o afilhado — e estava apavorada com a perspectiva de mais uma perda. Respondi que não poderia ajudá-la sem que tivéssemos um encontro humano; eu precisava que ela me visse como uma pessoa real e a estimulei a me fazer perguntas sobre a minha vida e minha saúde. Depois de sair do meu consultório naquele dia, ela teve um pensamento obsessivo: *o próximo funeral a que irei será o de Irv.*

Capítulo 33

Evite a cura distorcida

O que é a cura distorcida? É um termo usado nos primórdios da psicanálise para se referir a uma cura por transferência — uma melhora súbita e radical no paciente baseada em mágica, emanada de uma visão ilusória do poder do terapeuta.

Uma mulher solteira, solitária, de 45 anos freqüentemente saía do meu consultório irradiando uma profunda sensação de bem-estar que persistia durante dias depois de cada sessão. No início, eu só poderia acolher com satisfação seu alívio depois de meses de desespero lúgubre. E também receber com satisfação seus comentários impetuosos a meu respeito: os muitos *insights* que lhe ofereci, minha extraordinária presciência. Mas em pouco tempo, quando ela descrevia como, no intervalo entre as horas de terapia, ela me enrolava ao redor dela como um manto protetor mágico, como ela se enchia de coragem e paz simplesmente ao ouvir a minha voz gravada na minha secretária eletrônica, fiquei cada vez mais incomodado com os poderes xamanísticos.

Por quê? Por um lado, eu sabia que estava encorajando a regressão por ignorar que a melhora dela fora construída sobre areia movediça e que, assim que eu desaparecesse da vida dela, essa melhora evaporaria. Também me vi cada vez mais inquieto com a natureza irreal e inautêntica do nosso relacionamento. Quanto mais diminuíam os seus sintomas, mais ampla e mais profunda se tornava a fissura entre nós.

Finalmente confrontei a questão e expliquei que boa parte de sua experiência em nosso relacionamento era uma construção dela própria — ou seja, eu não tinha conhecimento dela. Contei-lhe tudo: que eu realmente não estava envolto ao redor dos seus ombros como um manto mágico, que eu não compartilhava de

muitas das manifestações reveladoras que ela tinha vivenciado em nossas sessões, que eu gostava de ser tão importante para ela, mas que, ao mesmo tempo, sentia-me fraudulento. Toda a ajuda mágica que ela obtivera de mim? Bem, fora ela, e não eu, que tinha sido o mágico, era ela que tinha de fato dado esta ajuda a ela mesma.

Meus comentários, ela me contou mais tarde, pareceram poderosos, cruéis e desorientadores. Entretanto, àquela altura ela tinha mudado o bastante para assimilar a idéia de que sua melhora se originava não do meu poder, mas de fontes dentro dela mesma. Além do mais, ela acabou chegando a um entendimento de que os meus comentários não eram uma rejeição, mas, pelo contrário, um convite para se relacionar comigo mais íntima e honestamente.

Talvez existam ocasiões em que precisamos fornecer "magia, mistério e autoridade" — ocasiões de grande crise ou ocasiões em que nossa prioridade é tranqüilizar o paciente para a terapia. Mas se precisarmos flertar com o papel de mago, aconselho manter o flerte breve e voltado a ajudar o paciente a fazer rapidamente a transição para um relacionamento terapêutico mais genuíno.

Uma paciente que tinha me idealizado no início da terapia teve dois sonhos numa mesma noite: no primeiro, um tornado se aproximou e eu a guiei e os outros a subir por uma escada de incêndio que acabou levando a um muro. No segundo sonho, ela e eu estávamos fazendo uma prova e nenhum de nós sabia as respostas. Acolhi com satisfação esses sonhos porque eles informaram a paciente dos meus limites, meu lado humano, minha necessidade de enfrentar os mesmos problemas fundamentais da vida que ela enfrentava.

Capítulo 34

Sobre levar os pacientes mais longe do que você foi

Freqüentemente, quando encontro um paciente lutando com algumas das mesmas questões neuróticas que me perseguiram durante toda a vida, questiono se posso levar meu paciente para além do ponto em que eu mesmo cheguei.

Há dois pontos de vista opostos: uma visão analítica tradicional mais antiga, em menor evidência hoje, defende que somente o terapeuta cabalmente analisado é capaz de acompanhar os pacientes até uma resolução completa dos problemas neuróticos, ao passo que os pontos cegos dos clínicos com questões neuróticas não-resolvidas limitam a ajuda que são capazes de oferecer.

Um dos aforismos de Nietzsche expressa uma concepção oposta: "Alguns não conseguem afrouxar suas algemas e, ainda assim, são capazes de redimir seus amigos" O ponto de vista de Karen Horney sobre o impulso de auto-realização (que indubitavelmente emerge da obra de Nietzsche) é relevante: se o terapeuta remover os obstáculos, os pacientes amadurecerão naturalmente e perceberão seu potencial, até mesmo atingindo um nível de integração além daquele do terapeuta facilitador. Considero essa visão bem mais consoante com minha experiência em trabalhar com os pacientes. De fato, freqüentemente tive pacientes cujas mudanças e cuja coragem me deixaram boquiaberto de admiração.

Existem no mundo das letras dados análogos consideráveis. Alguns dos *lebens-philosophers* (filósofos que tratam de problemas inerentes à existência) mais+ importantes eram indivíduos singularmente atormentados. Para começar, consideremos Nietzsche e Schopenhauer (almas extraordinariamente solitárias, angustiadas), Sartre (usuário de álcool e drogas, interpessoalmente explorador e insensível) e Heidegger (que escreveu com tanta profundidade sobre

autenticidade e, contudo, apoiou a causa nazista e traiu seus próprios colegas, entre os quais Husserl, seu professor).

O mesmo argumento pode ser defendido para muitos dos primeiros psicólogos cujas contribuições substanciais foram tão úteis quanto numerosas: Jung, que não foi nenhum exemplo de aptidões interpessoais, explorou os pacientes sexualmente, como o fizeram muitos dos membros do círculo íntimo de Freud — por exemplo, Ernest Jones, Otto Rank e Sándor Ferenczi. Consideremos, também, o impressionante nível de discórdia característico de todos os principais institutos psicanalíticos, cujos membros, apesar de sua perícia em ajudar os outros, têm ao mesmo tempo exibido, com característica, tanta imaturidade, tanta acrimônia mútua e tanto desrespeito, que ocorreu uma cisão atrás da outra, com institutos novos — freqüentemente formando feudos — se separando turbulentamente de seus institutos parentais.

Capítulo 35

Sobre receber ajuda de seu paciente

No fragmento de uma peça, *Emergency,* o psicanalista Helmut Kaiser conta a história de uma mulher que visita um terapeuta e implora que ajude o seu marido, um psiquiatra que está profundamente deprimido e com propensão a se matar. O terapeuta responde que naturalmente ficaria feliz em ajudar e sugere que o marido telefone para marcar uma consulta. A mulher responde que é aí que está o problema: o marido nega a depressão e rejeita todas as sugestões para obter ajuda. O terapeuta fica desconcertado. Ele diz à mulher que não consegue imaginar como ele pode ajudar alguém que não está disposto a consultá-lo.

A mulher responde que tem um plano. Ela incita o psiquiatra a consultar o marido, fingindo ser um paciente e, gradualmente, à medida que continuem a se encontrar, descubra uma maneira de ajudá-lo.

Essa e outras narrativas, bem como minha experiência clínica, permearam a trama do meu romance *Quando Nietzsche chorou,* em que Friedrich Nietzsche e Josef Breuer serviram simultaneamente (e sub-repticiamente) como terapeuta e paciente um do outro.

Acredito que seja um lugar-comum que terapeutas sejam auxiliados por seus pacientes. Jung freqüentemente falava da maior eficácia do curador ferido. Ele chegava a afirmar que a terapia funcionava melhor quando o paciente trazia o ungüento perfeito para a ferida do terapeuta e que, se o terapeuta não mudasse, então, o paciente, tampouco, mudaria. Talvez os curadores feridos sejam eficazes porque são mais capazes de empatizar com as feridas do paciente; talvez seja porque eles participam mais profunda e pessoalmente do processo de cura.

Sei que comecei, incontáveis vezes, uma sessão de terapia num

estado de inquietação pessoal e a terminei sentindo-me consideravelmente melhor, sem comentar explicitamente o meu estado interno. Penso que a ajuda chegou a mim de diversas formas. Algumas vezes, é resultante de eu ser simplesmente eficiente em meu trabalho, de me sentir melhor comigo mesmo por usar minhas aptidões e conhecimento para ajudar outra pessoa. Outras vezes, é resultado de ter me afastado de mim mesmo e ter sido colocado em contato com outra pessoa. A interação íntima é sempre salutar.

Tenho encontrado esse fenômeno particularmente na minha prática de terapia de grupo. Muitas vezes começo uma sessão de terapia de grupo sentindo-me perturbado com algum problema pessoal e termino a reunião me sentindo consideravelmente aliviado. A atmosfera curativa íntima de um bom grupo de terapia é quase tangível e coisas boas acontecem quando entramos em sua aura. Scott Rutan, um eminente terapeuta de grupo, certa vez comparou o grupo de terapia com uma ponte construída durante uma batalha. Embora possa haver algumas baixas sofridas durante o estágio de construção (isto é, desistências da terapia de grupo), a ponte, uma vez instalada, pode transportar um número bem grande de pessoas até um lugar melhor.

Esses são os subprodutos dos curadores fazendo o seu trabalho, ocasiões em que o curador recolhe sub-repticiamente parte dessa boa matéria-prima da terapia. Algumas vezes, a terapia do curador é mais explícita e transparente. Mesmo que o paciente não esteja ali para tratar o terapeuta, surgem ocasiões em que o terapeuta é sobrecarregado com dores e pesares difíceis de ocultar. O luto é talvez a dor mais comum, e muitos pacientes buscam levantar o ânimo do terapeuta enlutado, como no exemplo que citei sobre a resposta do meu grupo de terapia à morte de minha mãe. Lembro-me, também, de cada um dos meus pacientes individuais naquela ocasião estendendo-me a mão de maneira humana — e não apenas para me ajudar a entrar em sintonia para que eu pudesse cuidar das terapias deles com maior eficiência.

Depois da publicação de *Loves Executioner,* recebi uma crítica negativa no *The New York Times Book Review* e, mais tarde na mesma

semana, uma resenha bem positiva no diário *New York Times*. Vários dos meus pacientes deixaram mensagem para mim ou iniciaram a sessão seguinte me perguntando se eu tinha visto a resenha positiva e compadecendo-se de mim pela negativa. Em outra ocasião, após uma entrevista de um jornal particularmente maldoso, um paciente me lembrou que o fim do jornal seria embrulhar peixe no dia seguinte.

Dizem que Harry Stack Sullivan, um influente teórico americano em psiquiatria, teria certa vez descrito a psicoterapia como uma discussão de questões pessoais entre duas pessoas, uma delas mais ansiosa que a outra. E se o terapeuta desenvolve mais ansiedade que o paciente, *ele* se torna o paciente; e o paciente, o terapeuta. Além do mais, a auto-estima do paciente é radicalmente amplificada se ela for de ajuda para o terapeuta. Tive várias oportunidades de cuidar de figuras importantes em minha vida. Em um dos casos, pude oferecer consolo a um mentor em desespero e fui então convocado para tratar de seu filho. Em outro, eu muitas vezes aconselhei e confortei um ex-terapeuta idoso, visitei-o durante uma enfermidade de longa duração e tive o privilégio de estar ao seu lado no momento de sua morte. Apesar de revelar a fragilidade dos mais velhos, essas experiências serviram para me enriquecer e fortalecer.

Capítulo 36

Incentive a auto-revelação do paciente

Auto-revelação é um ingrediente indubitavelmente essencial na psicoterapia. Nenhum paciente tira proveito da terapia sem a auto-revelação. Trata-se de uma dessas ocorrências automáticas na terapia que só notamos quando de sua ausência. Muito do que fazemos na terapia — oferecer um ambiente seguro, estabelecer confiança, explorar fantasias e sonhos — serve ao propósito de incentivar a auto-revelação.

Quando um paciente se arrisca, desbrava um novo e significativo terreno, e revela algo novo, algo particularmente difícil de discutir — algo potencialmente constrangedor, vergonhoso ou incriminador —, considero essencial se concentrar no *processo* do comentário, bem como em seu *conteúdo.* (Tenha sempre em mente que *processo* se refere à natureza do relacionamento entre as pessoas na interação.) Em outras palavras, em algum momento, freqüentemente depois de uma discussão completa sobre o conteúdo, não deixo de voltar minha atenção para o ato de revelação do paciente. Primeiro, tomo o cuidado de tratar tal revelação com delicadeza e comentar como me sinto com a disposição do paciente de confiar em mim. Em seguida, volto minha atenção para a decisão de compartilhar este material comigo neste momento.

O constructo da "revelação vertical *versus* a revelação horizontal" pode ajudar a elucidar este ponto. *Revelação vertical* refere-se à revelação em profundidade sobre o conteúdo da revelação. Se a revelação tiver a ver, digamos, com estimulação sexual por travestismo, o terapeuta poderia encorajar a revelação vertical por uma indagação sobre o desenvolvimento histórico do travestismo ou dos detalhes e circunstâncias particulares da prática

— isto é, o que o paciente veste, quais as fantasias usadas, se é solitária ou compartilhada, e assim por diante.

Revelação horizontal, por outro lado, é a *revelação sobre o ato da revelação.* Para facilitar a revelação horizontal, fazemos perguntas como "O que permitiu discutir isso hoje? Foi muito difícil para você? Você queria compartilhar isso nas sessões anteriores? O que o impediu? Imagino que, já que somos somente você e eu aqui, deve ter alguma coisa a ver com o modo como você imaginou que eu reagiria a você. [Os pacientes geralmente concordam com essa verdade auto-evidente.] Como você imaginou que eu reagiria? Que reação você viu em mim hoje? Existe alguma pergunta sobre a minha reação que gostaria de me fazer?"

Na terapia de grupo, o processo de auto-revelação ganha um foco particularmente intenso porque as diferenças entre os membros do grupo são bem evidentes. Com considerável consenso, os membros do grupo podem classificar seus colegas de grupo de acordo com a transparência. No final, os grupos acabam ficando impacientes com os membros que se retraem e a má vontade em revelar se tornar um foco importante do grupo.

Freqüentemente, os membros reagem com impaciência a revelações que demoram muito a serem feitas. *"Só agora* você nos conta sobre o caso que vem tendo nos últimos três anos", eles dizem. "Mas o que me diz daquela tentativa absurda e infrutífera que você nos levou a fazer nos últimos seis meses? Olha o tempo que desperdiçamos — todas aquelas reuniões em que imaginamos que seu casamento estava desmoronando unicamente por causa da frieza e desinteresse da sua mulher por você." Esse processo exige uma intervenção ativa do terapeuta porque os pacientes não devem ser punidos pela auto-revelação, não importa o quanto demorem para fazê-lo. O mesmo vale para a terapia individual. Todo momento em que você sentir vontade de dizer "Que diabo, todas essas horas desperdiçadas, por que você não me contou isso antes?", será justamente essa a hora de morder a língua e deslocar o foco para a questão de que o paciente, *de fato,* finalmente desenvolveu a confiança para revelar essa informação.

Capítulo 37

Feedback em psicoterapia

A janela de Johari, um venerável paradigma de personalidade usado no ensino de líderes e membros de grupo sobre a auto-revelação e *feedback,* tem muito a oferecer também na terapia individual. Seu nome estranho é uma fusão (Joe + Harry) dos nomes de dois indivíduos que a descreveram pela primeira vez -Joe Luft e Harry Ingram. Observe os quatro quadrantes: público, cego, secreto, inconsciente.

	Conhecido pelo *self*	Desconhecido pelo *self*
Conhecido por outros	1. público	2. cego
Desconhecido por outros	3. secreto	4. inconsciente

Quadrante 1 *(conhecido por mim mesmo e pelos outros): é* o *self* público.
Quadrante 2 *(desconhecido pelo* self *e conhecido pelos outros): é* o *self* cego.
Quadrante 3 *(conhecido pelo* self *e desconhecido pelos outros):* é o *self* secreto.
Quadrante 4 *(desconhecido pelo* self *e pelos outros):* é o self inconsciente.

Os quadrantes variam em tamanho entre os indivíduos: algumas células são grandes em alguns indivíduos e reduzidas em outros. Na terapia, tentamos mudar o tamanho das quatro células. Tentamos ajudar a célula pública a crescer à custa das outras três e o *self* secreto a se contrair, à medida que os pacientes, pelo processo de auto-revelação, compartilham mais de si mesmos — inicialmente com o terapeuta e, depois, criteriosamente, com as outras figuras pertinentes em suas vidas. E, é claro, esperamos diminuir o tamanho do *self* inconsciente ao ajudarmos os pacientes a explorarem e se familiarizarem com as camadas mais profundas de si mesmos.

Mas é a célula 2, o *self* cego, que miramos particularmente

como o alvo — tanto na terapia individual quanto na de grupo. Uma meta da terapia é aumentar a testagem da realidade e ajudar os indivíduos a se verem como os outros o vêem. É pela mediação do *feedback* que o *self* cego se torna apreciavelmente menor.

Na terapia de grupo, *o feedback é* basicamente entre um membro e outro. Nas sessões de grupo, os membros interagem muito com os outros, e se produzem dados consideráveis sobre os padrões interpessoais. Se o grupo for guiado corretamente, os membros receberão bastante *feedback* dos outros membros do grupo sobre como eles os percebem. Mas o *feedback* é uma ferramenta delicada, e os membros logo aprendem que é muito útil se:

1. Ele se origina de observações do aqui-e-agora.
2. Ele se segue mais próximo possível do evento gerador.
3. Ele se concentra nas observações e sentimentos específicos gerados no ouvinte, e não nas suposições ou interpretações sobre a motivação do falante.
4. O receptor conferir *o feedback* com outros membros para obter uma validação consensual.

No sistema de duas pessoas da terapia individual, *o feedback* é menos diversificado e volumoso, mas, ainda assim, é uma parte útil do processo terapêutico. É pelo *feedback* que os pacientes se tornam melhores testemunhas de seu próprio comportamento e aprendem a apreciar o impacto de seu comportamento sobre os sentimentos dos outros.

Capítulo 38

Ofereça feedback com eficiência e delicadeza

Se você tiver algumas impressões nítidas do aqui-e-agora que parecem pertinentes às questões centrais do seu paciente, você deverá desenvolver modos de comunicar essas observações, de maneira que o paciente consiga aceitá-las.

São estas as etapas que considero úteis no início da terapia. Em primeiro lugar, convoco o paciente a ser um aliado e peço sua permissão para lhe oferecer minhas observações do aqui-e-agora. Em seguida, deixo claro que essas observações são altamente relevantes para as razões pelas quais o paciente está em terapia. Por exemplo, numa das primeiras sessões, eu poderia dizer:

> Talvez eu possa ajudá-lo a entender o que acontece de errado nos relacionamentos na sua vida, examinando como ocorre o nosso relacionamento. Mesmo que o nosso relacionamento não seja o mesmo que uma amizade, ainda assim existe muito em comum, em especial a natureza íntima da nossa discussão. Se eu puder fazer observações sobre você que pudessem lançar luz sobre o que acontece entre você e os outros, eu gostaria de fazê-las. Pode ser assim?

Dificilmente o paciente rejeitará essa oferta e uma vez firmado esse contrato, me sentirei mais ousado e menos intrometido ao fornecer um *feedback*. Como regra geral, um acordo desse tipo é uma boa idéia, e posso lembrar o paciente do nosso contrato, se surgir um constrangimento sobre *o feedback*.

Consideremos, por exemplo, estes três pacientes:

> Ted, que durante meses fala com uma voz suave e se recusa a olhar

diretamente nos meus olhos.

Bob, um executivo-chefe eficiente altamente enérgico, que chega a cada sessão com uma pauta escrita, toma notas durante a sessão e pede que eu repita muitas das minhas frases para não perder uma palavra.

Sam, que divaga e tece continuamente histórias longas, tangenciais, irrelevantes.

Cada um desses três pacientes relatou uma enorme dificuldade em estabelecer relacionamentos íntimos e, em cada um dos casos, seu comportamento no aqui-e-agora era obviamente relevante quanto aos seus problemas de relacionamento. A tarefa, em cada caso, era descobrir um método adequado de compartilhar minhas impressões.

Ted, tenho bem claro que você nunca olha diretamente nos meus olhos. Não sei, é claro, por que você desvia o olhar, mas sei bem que isso me incita a conversar com você com grande delicadeza, quase como se você fosse frágil, e essa sensação de sua fragilidade me faz ponderar com muito cuidado cada coisa que lhe digo. Acredito que essa cautela me impede de ser espontâneo e me sentir próximo de você. Os meus comentários o surpreendem? Talvez você já tenha ouvido isso antes.

Bob, quero dividir com você alguns sentimentos. Seu hábito de fazer anotações e as agendas que você traz às sessões significam para mim o quanto você está trabalhando duro para fazer bom uso desse tempo. Dou valor à sua dedicação e preparação, mas, ao mesmo tempo, estas atividades têm um impacto bem definido em mim. Tenho consciência de uma atmosfera altamente profissional, mas não pessoal, em nossos encontros e freqüentemente também me sinto tão minuciosamente examinado e avaliado que minha espontaneidade é sufocada. Acho que sou mais cauteloso com você do que gostaria de ser. É possível que você afete os outros da mesma maneira?

> Sam, deixe-me interrompê-lo. Você está entretido em contar uma longa história e estou começando a me sentir perdido — estou perdendo de vista a relevância dela para o nosso trabalho. Muitas das suas histórias são tremendamente interessantes. Você é um ótimo contador de histórias e eu me envolvo com elas, mas, ao mesmo tempo, elas funcionam como uma barreira entre nós. As histórias me mantêm longe de você e impedem um encontro mais profundo. Será que você já ouviu outros dizerem algo assim?

Observe cuidadosamente como as palavras foram usadas nessas reações. Em cada caso, eu me restringi às minhas observações do comportamento que vi e a como esse comportamento me fez sentir. Tomo cuidado de evitar conjecturas sobre o que o paciente está tentando fazer — isto é, não comento que o paciente não olha para mim numa tentativa de me evitar, ou que tenta me controlar com as pautas escritas ou me entreter com as longas histórias. Se eu coloco o foco nos meus próprios sentimentos, é bem menos provável que eu evoque uma atitude defensiva — afinal de contas, são sentimentos *meus* e não podem ser contestados. Em cada caso, também introduzo a idéia de que é meu desejo tornar-me mais íntimo desses pacientes e conhecê-los melhor, de que o comportamento em questão me distancia e pode também distanciar os outros.

Capítulo 39

Melhore a receptividade *ao feedback* com o uso de "partes"

Mais algumas sugestões sobre o *feedback*. Evite oferecer um *feedback* generalizado; em vez disso, torne-o focado e explícito. Evite simplesmente responder de maneira afirmativa a perguntas gerais dos pacientes sobre o seu afeto por eles. Pelo contrário, amplie a utilidade da sua resposta, reformulando a questão e discutindo os aspectos do paciente que o atraem para mais perto e os que o distanciam.

O uso de "partes" é freqüentemente um recurso útil para diminuir a atitude de defesa. Consideremos, por exemplo, um paciente que quase sempre atrasa o pagamento de sua conta. Sempre que isso é discutido, ele fica dolorosamente envergonhado e oferece muitas desculpas pouco convincentes. Achei úteis formulações como esta:

> Dave, entendo que possam existir motivos reais para você não pagar minha conta em dia. Realmente percebo que você trabalha muito na terapia, que você me valoriza e que acha o nosso trabalho valioso. Mas também acho que existe uma pequena parte resistente em você que tem alguns sentimentos fortes sobre me pagar. Por favor, gostaria de falar com essa parte.

O uso de "partes" é um conceito útil para debilitar a negação e a resistência em muitas fases da terapia, e é freqüentemente uma forma graciosa e gentil de explorar a ambivalência. Além do mais, para os pacientes que não conseguem tolerar a ambivalência e tendem a ver a vida em preto-e-branco, é uma introdução eficaz à noção de tons de cinza.

Por exemplo, consideremos um dos meus pacientes homossexuais que é imprudente em relação a sexo sem proteção e oferece inúmeras racionalizações. Minha abordagem foi: "John, entendo que você acredita que, nesta situação, suas chances de pegar HIV é de apenas uma em mil e quinhentas. Mas também sei que existe uma parte particularmente imprudente ou descuidada em você. Quero conhecer e conversar com essa parte — essa uma parte em mil e quinhentas de você."

Ou para um paciente desesperançado ou suicida: "Entendo que você se sente profundamente desanimado, que às vezes tem vontade de desistir, que, neste exato momento, você tem vontade de tirar sua vida. Mas, mesmo assim, você está aqui hoje. Alguma parte de você trouxe o restante de você ao meu consultório. Agora, por favor, quero conversar com essa sua parte — a parte que quer viver."

Capítulo 40

Feedback: não malhe em ferro frio

Uma nova paciente, Bonny, entra em meu consultório. Ela tem 40 anos, é atraente e tem um rosto angelical que brilha como se tivesse acabado de ser esfregado. Embora seja popular e tenha muitos amigos, ela me conta que é sempre deixada para trás. Os homens ficam felizes de ir para a cama com ela, mas invariavelmente decidem sair da sua vida em poucas semanas. "Por quê?", ela pergunta. "Por que ninguém me leva a sério?"

No meu consultório, ela é sempre fervorosa e entusiasmada, e me lembra uma guia turística animada ou um adorável cãozinho de estimação abanando o rabo. Parece uma criancinha — inocente, alguém que adora se divertir, descomplicada, mas basicamente irreal e desinteressante. Não é difícil entender por que os outros não a levam a sério.

Tenho certeza de que minhas observações são importantes e que devo fazer uso delas na terapia. Mas como? Como evitar que eu a magoe, fazendo-a se fechar e ficar na defensiva? Um princípio que se mostrou útil muitas e muitas vezes é *malhar a ferro frio* — isto é, dar-lhe *o feedback* sobre este comportamento quando ela estiver se comportando de maneira diferente.

Por exemplo, certo dia, ela chorou amargamente em meu consultório quando falava sobre sua ida ao casamento de sua irmã mais jovem. A vida estava passando por ela; seus amigos estavam todos se casando, enquanto ela não fazia nada além de envelhecer. Recompondo-se rapidamente, ela irradiou um enorme sorriso e se desculpou por "ser um bebê" e se permitir ficar tão abatida no meu consultório. Aproveitei a oportunidade para lhe dizer que não apenas os pedidos de desculpas eram desnecessários, mas que, pelo contrário, era particularmente importante que ela compartilhasse

comigo seus momentos de desespero.

> — Eu me sinto — eu disse — muito mais próximo de você hoje. Você parece bem mais real. É como se eu realmente a conhecesse agora — mais do que antes.
> Silêncio.
> — Seus pensamentos, Bonny?
> — Você está dizendo que preciso desmoronar para que você sinta que me conhece?
> — Entendo o que acontece para você pensar assim. Deixe-me explicar. Muitas vezes em que você entra no consultório tenho a sensação de que você é luminosa e divertida; ainda assim, sinto-me bem distante da verdadeira você. Existe uma efervescência em você nessas ocasiões que é bem encantadora, mas que também age como uma barreira, mantendo-nos distantes. Hoje é diferente. Hoje, eu me sinto verdadeiramente ligado a você — e tenho o palpite de que é esse o tipo de conexão que anseia nos seus relacionamentos sociais. Diga-me, minha reação lhe parece bizarra? Ou familiar? Alguém mais já lhe disse isso? É possível que o que estou dizendo tenha alguma relevância para o que acontece com você em outros relacionamentos?

Outra técnica associada a essa emprega fases etárias. Algumas vezes, sinto que um paciente está numa fase etária, outras vezes em outra, e tento descobrir uma forma aceitável de compartilhar isso com o paciente, geralmente fazendo um comentário quando sinto o paciente num estado próprio para a idade. Alguns pacientes acham esse conceito particularmente importante e podem se monitorar freqüentemente e falar sobre a idade em que se sentem durante uma dada sessão.

Capítulo 41

Converse sobre a morte

O medo da morte sempre se infiltra por baixo da superfície. Ele nos assombra durante toda a vida e nós erguemos defesas — muitas delas baseadas na negação — para nos ajudar a lidar com a consciência da morte. Mas não podemos mantê-la fora da mente. Ela se difunde pelas nossas fantasias e sonhos. Ela explode sem freios em cada pesadelo. Quando éramos crianças, ficávamos preocupados com a morte, e uma das nossas principais tarefas no desenvolvimento era a de conseguir enfrentar o medo da obliteração.

A morte é um visitante em todo curso de terapia. Ignorar sua presença transmite a mensagem de que é terrível demais para ser discutida. Ainda assim, a maioria dos terapeutas evita uma discussão direta sobre a morte. Por quê? Alguns terapeutas a evitam porque não sabem o que fazer com a morte. "Com que finalidade?", perguntam. "Vamos voltar ao processo neurótico, algo sobre o qual podemos fazer alguma coisa." Outros terapeutas questionam a relevância da morte para o processo terapêutico e seguem o conselho do grande Adolph Meyer, que aconselhou a não cocar onde não estiver cocando. Outros, ainda, se recusam a trazer à baila um assunto que inspira uma enorme ansiedade num paciente já ansioso (e também no terapeuta).

Ainda assim, existem vários bons motivos pelos quais deveríamos confrontar a morte no decorrer da terapia. Primeiro, tenha sempre em mente que a terapia é uma exploração profunda e abrangente do curso e significado da vida de uma pessoa; dada a centralidade da morte em nossa existência, uma vez que vida e morte são interdependentes, como poderíamos ignorá-la? Desde os primórdios dos pensamentos escritos, os seres humanos percebem

que tudo se desvanece, que temos medo do desvanecimento e que precisamos descobrir uma forma de viver apesar do medo e do desvanecimento. Os psicoterapeutas não podem se dar ao luxo de ignorar os vários grandes pensadores que concluíram que aprender a viver bem é aprender a morrer bem.

Capítulo 42

Morte e melhoria da qualidade de vida

Para a maioria dos trabalhadores do setor de saúde mental que cuida dos pacientes em estado terminal aconselhou-se, durante o treinamento, a leitura do romance de Tolstoi *A morte de Ivan llyich.* Ivan Ilyich, um burocrata maldoso que estava morrendo em agonia, depara-se com uma súbita e assombrosa percepção bem no fim de sua vida: ele nota que está morrendo muito mal porque viveu muito mal. Essa percepção repentina gera uma enorme mudança pessoal e, nos seus últimos dias, a vida de Ivan Ilyich é inundada com uma paz e significado que ele nunca tinha alcançado antes. Muitas outras grandes obras da literatura contêm uma mensagem semelhante. Por exemplo, em *Guerra e paz,* Pierre, o protagonista, se transforma depois de um adiamento de último segundo de sua execução por uni pelotão de fuzilamento. Scrooge, em *Um conto de Natal,* não se torna subitamente um novo homem por causa de uma injeção de ânimo pelas festividades natalinas; sua transformação ocorre quando o espírito do futuro permite que ele testemunhe sua própria morte e os estranhos brigando por causa de suas propriedades. A mensagem em todas estas obras é simples e profunda: embora o aspecto físico da morte nos destrua, a idéia da morte pode nos salvar.

Nos anos em que trabalhei com pacientes em estágios terminais de doença, vi muitos pacientes que, ao enfrentarem a morte, passaram por uma mudança pessoal significativa e positiva. Os pacientes sentem que ficam mais sábios; eles revêem as prioridades de seus valores e começam a trivializar as trivialidades de suas vidas. É como se o câncer curasse a neurose — fobias e preocupações pessoais mesquinhas parecem se desfazer.

Sempre fiz os estudantes observarem meus grupos de pacientes com câncer. Normalmente, numa instituição de ensino, os

grupos permitem a observação dos estudantes, mas o fazem com uma grande má vontade e freqüentemente com algum ressentimento latente. Mas não os meus grupos de pacientes com câncer no estágio terminal da doença! Pelo contrário, eles acolheram com satisfação a oportunidade de compartilhar o que tinham aprendido. "Mas que lástima" ouvi muitos pacientes lamentarem, "que tenhamos tido que esperar até agora, até que nossos corpos estivessem devastados pelo câncer, para aprender a viver."

Heidegger falava de dois modos de existência: o modo cotidiano e o modo ontológico. No modo cotidiano, somos consumidos e distraídos pelos meios materiais — ficamos assombrados em saber *como as coisas são* no mundo. No modo ontológico, nós nos concentramos em ser *per se* — isto é, ficamos assombrados em saber *que as coisas são* no mundo. Quando existimos no modo ontológico — o reino que está além das preocupações do dia-a-dia —, estamos num estado de prontidão particular para mudanças pessoais.

Mas como mudamos do modo cotidiano para o modo ontológico? Os filósofos freqüentemente falam das "experiências-limite" — experiências prementes que nos arrancam subitamente da nossa "cotidianidade" e fixam nossa atenção no próprio "ser". A experiência-limite mais poderosa é um confronto com a própria morte. Mas o que dizer das experiências-limite na prática clínica comum? Como o terapeuta obtém a alavanca para mudança disponível no modo ontológico nos pacientes que não estão diante de uma morte iminente?

Cada curso de terapia é repleto de experiências que, embora menos dramáticas, ainda podem efetivamente alterar a perspectiva. O luto, lidar com a morte do outro, é uma experiência-limite cujo poder é raramente aproveitado no processo terapêutico. É extremamente freqüente no trabalho de luto que nos concentremos extensa e exclusivamente na perda, nas questões inacabadas no relacionamento, na tarefa de nos desprender do morto e de voltar a entrar no fluxo da vida. Embora todas essas etapas sejam importantes, não devemos negligenciar o fato de que a morte do

outro também serve para confrontar cada um de nós, de maneira violenta e pungente, com a nossa própria morte. Anos atrás, num estudo sobre luto, descobri que muitos cônjuges em luto foram mais longe que simplesmente passar pela reparação e voltar ao seu estágio de funcionamento antes do luto: entre um quarto e um terço dos indivíduos atingiram um novo nível de maturidade e sabedoria.

Além da morte e do luto, surgem muitas outras oportunidades para o discurso relacionado à morte durante o curso de cada terapia. Se tais questões nunca emergem, acredito que o paciente esteja simplesmente seguindo as instruções dissimuladas do terapeuta. Morte e mortalidade formam o horizonte de todas as discussões sobre o envelhecimento, mudanças do corpo, estágios da vida e muitos marcos significativos da vida, como as grandes datas comemorativas, a ida dos filhos para a faculdade, o fenômeno do ninho vazio, a aposentadoria, o nascimento de netos. Uma reunião de ex-colegas pode ser um catalisador particularmente potente. Cada paciente discute, num momento ou outro, as notícias de jornal sobre acidentes, atrocidades, e os obituários. E, além disso, também existe o inconfundível rastro da morte em cada pesadelo.

Capítulo 43

Como conversar sobre a morte

Prefiro falar sobre morte de maneira direta e natural. Bem no início do curso da terapia, faço questão de obter uma história das experiências dos meus pacientes com a morte e fazer perguntas como: quando foi a primeira vez que você tomou consciência da morte? Com quem você discutiu o assunto? Como os adultos em sua vida responderam às suas perguntas? Que mortes você vivenciou? Em que funerais compareceu? Crenças religiosas referentes à morte? Como as suas atitudes em relação à morte mudaram durante a sua vida? Quais as fantasias e sonhos fortes sobre a morte?

Abordo os pacientes com uma grave angústia de morte da mesma maneira direta. Uma dissecação calma e inteiramente natural da angústia é freqüentemente tranqüilizadora. Muitas vezes é útil dissecar o medo e indagar calmamente sobre o que exatamente existe de aterrorizante na morte. As respostas a essa pergunta geralmente incluem medos do processo de morrer, preocupação com os que sobrevivem, preocupações com a vida após a morte (que se esquivam da pergunta, transformando a morte num evento não-terminal) e preocupações quanto à obliteração.

Depois que os terapeutas demonstrarem sua equanimidade pessoal quando discutirem a morte, seus pacientes levantarão o tópico com uma freqüência muito maior. Por exemplo, Janice, com 32 anos e mãe de três filhos, tinha feito uma histerectomia dois anos antes. Preocupada em ter mais filhos, ela tinha inveja das outras mães jovens, ficava irritada quando era convidada a um chá-de-bebê de amigas e rompeu inteiramente com sua melhor amiga, grávida, por causa de uma inveja profunda e amarga.

Nossas sessões iniciais se concentraram no seu desejo

irrefutável de ter mais filhos e suas ramificações em tantas esferas de sua vida. Na terceira sessão, perguntei-lhe se sabia em que estaria pensando se não estivesse pensando em ter filhos.

> — Deixe-me mostrar a você — disse Janice. Ela abriu a bolsa, tirou uma tangerina, descascou-a, ofereceu-me um gomo (que aceitei) e comeu o restante.
> — Vitamina C — disse ela. — Como quatro tangerinas por dia.
> — E por que a vitamina C é tão importante?
> — Impede que eu morra. Morrer — é essa a resposta à sua pergunta sobre em que eu estaria pensando. Penso sobre morrer o tempo todo.

A morte assombrava Janice desde que tinha 13 anos, quando a mãe morreu. Tomada pela raiva contra a mãe por sua doença, ela tinha se recusado a visitá-la no hospital durante as últimas semanas de sua vida. Pouco tempo depois, ela entrou em pânico porque achou que um episódio de tosse indicava câncer de pulmão e os médicos do pronto-socorro não conseguiram tranqüilizá-la. Por ter a mãe morrido de câncer de mama, Janice tentou retardar o crescimento das mamas amarrando o peito e dormindo sobre a barriga. A culpa por abandonar a mãe marcou-a por toda a vida e ela acreditava que a dedicação aos filhos era uma expiação por não ter cuidado da mãe, bem como uma forma de garantir que ela não morreria sozinha.

Tenha sempre em mente que as preocupações com a morte freqüentemente se disfarçam em trajes sexuais. O sexo é o grande neutralizador da morte, a antítese vital absoluta da morte. Alguns pacientes que são expostos a uma grande ameaça da morte subitamente são tomados por preocupações com pensamentos sexuais. (Existem estudos TAT [Testes de Apreciação Temática] que documentam um maior conteúdo sexual em pacientes com câncer.) O termo francês para orgasmo, *la petite mort* ("pequena morte"), aponta para a perda orgásmica do *self,* que elimina a dor da separação — o "eu" solitário desaparecendo no "nós" fundidos.

Uma paciente portadora de câncer abdominal certa vez se consultou comigo porque tinha se apaixonado loucamente por seu cirurgião, a ponto de suas fantasias sexuais com ele terem substituído seus medos em relação à morte. Quando, por exemplo, foi marcado para ela um exame importante de ressonância magnética, no qual ele estaria presente, a decisão sobre que roupa vestir a consumiu tanto que ela perdeu de vista o fato de que sua vida estava por um fio.

Outro paciente, uma "eterna criança", um menino-prodígio da matemática com enorme potencial, tinha permanecido infantil e fortemente ligado à mãe já na fase adulta. Extraordinariamente talentoso para conceber grandes idéias, em *brainstorms* de improviso, em captar rapidamente a essência de novos e complexos campos de pesquisa, nunca conseguiu tomar a resolução de concluir um projeto, para construir uma carreira, uma família ou uma casa. As preocupações com a morte não eram conscientes, mas entravam em nossas discussões por um sonho:

> Minha mãe e eu estamos num quarto grande. Parece um quarto da nossa velha casa, mas tem uma praia no lugar de uma das paredes. Caminhamos na praia, e minha mãe insiste para que eu entre na água. Reluto, mas pego uma pequena cadeira para ela se sentar e sigo em frente. A água é bem escura, e logo, à medida que avanço mais para fundo, até a altura dos meus ombros, as ondas se transformam em granito. Desperto ansiando desesperadamente por ar e encharcado de suor.

A imagem das ondas de granito cobrindo-o, uma imagem poderosa de terror, morte e enterro, ajudou-nos a entender sua relutância em abandonar a infância e a mãe, e entrar por inteiro na vida adulta.

Capítulo 44

Converse sobre o significado da vida

Nós, seres humanos, parecemos ser criaturas em busca de significados que tiveram o infortúnio de serem lançadas num mundo destituído de significado intrínseco. Uma das nossas maiores tarefas é inventar um significado consistente o bastante para sustentar a vida e executar a difícil manobra de negar nossa autoria pessoal desse significado. Assim sendo, concluímos, pelo contrário, que essa coisa está "aí fora" esperando por nós. Nossa procura incessante por sistemas substanciais de significados freqüentemente nos lança em crises de significado.

Mais indivíduos buscam terapia por causa de preocupações com o significado da vida do que os terapeutas muitas vezes percebem. Jung relatou que um terço de seus pacientes o consultavam por esse motivo. As queixas podem assumir diferentes formas. Por exemplo: "Minha vida não tem nenhuma coerência", "Não tenho paixão por nada", "Por que estou vivendo? Para quê?" "Com certeza a vida deve ter algum significado mais profundo." "Sinto-me tão vazio — assistir tevê toda noite me faz sentir sem sentido, tão inútil" "Mesmo agora, aos 50 anos de idade, ainda não sei o que quero fazer quando crescer."

Certa vez tive um sonho (descrito em *Momma and the Meaning of Life)* no qual, enquanto pairava próximo da morte num quarto de hospital, subitamente me vi em um passeio no parque de diversões (A Casa dos Horrores). Quando o carro estava prestes a entrar nas sombrias entranhas da morte, repentinamente avistei minha mãe morta no meio da multidão que assistia e gritei para ela: "Mamãe, mamãe, o que faço?"

O sonho, e especialmente meu grito — "Mamãe, mamãe, o que faço?" —, me assombrou durante muito tempo, não por causa

do imaginário da morte no sonho, mas por causa de suas implicações sombrias sobre o significado da vida. Seria possível, especulei, que eu vinha conduzindo minha vida inteira com o objetivo primário de obter a aprovação da minha mãe? Por ter tido um relacionamento problemático com minha mãe e não ter dado valor à sua aprovação quando ela estava viva, o sonho foi tanto mais mordaz.

A crise de significado descrita no sonho me incitou a explorar minha vida de maneira diferente. Num conto que escrevi imediatamente depois do sonho, travei uma conversa com o fantasma da minha mãe para curar a brecha entre nós e para entender como nossos significados de vida se entrelaçavam, e, ao mesmo tempo, conflitavam um com o outro.

Alguns *workshops* experienciais empregam truques para estimular o discurso sobre o significado da vida. Talvez o mais comum seja perguntar aos participantes o que eles poderiam desejar como epitáfio em suas lápides. A maioria dessas indagações sobre o significado da vida leva a uma discussão de metas como altruísmo, hedonismo, dedicação a uma causa, generatividade, criatividade, auto-realização. Muitos sentem que projetos com um sentido assumem um significado mais profundo e mais poderoso se forem autotranscendentes — isto é, dirigidos para algo ou alguém fora deles mesmos, tais como o amor por uma causa, uma pessoa, uma essência divina.

O recente sucesso precoce de jovens milionários do setor de alta tecnologia freqüentemente gera uma crise existencial que pode ser instrutiva sobre os sistemas de significado de vida não autotranscendentes. Muitos desses indivíduos iniciam suas carreiras com uma visão bem clara — realizar-se, ganhar muito dinheiro, viver a boa vida, receber o respeito dos colegas, aposentar-se cedo. E um número sem precedentes de jovens na casa dos trinta fizeram exatamente isso. Mas, então, surgiu a pergunta: "E agora? E quanto ao restante da minha vida — os próximos quarenta anos?"

A maioria dos jovens milionários do setor de alta tecnologia que tenho visto continua a fazer muito do mesmo: iniciam novas

empresas, tenta repetir seus sucessos. Por quê? Eles dizem a si mesmos que precisam provar que não foi um golpe de sorte, que conseguem vencer sozinhos, sem um determinado sócio ou mentor. Eles aumentam o nível de exigência. Para sentir que eles e sua família estão seguros, que não precisam de mais um ou dois milhões no banco — precisam de cinco, dez, até cinqüenta milhões para se sentirem seguros. Percebem a falta de sentido e a irracionalidade de ganhar mais dinheiro quando já têm mais do que conseguiriam gastar, mas isso não os detém. Percebem que estão tirando o tempo de suas famílias, das coisas mais próximas ao coração, mas simplesmente não conseguem desistir de jogar o jogo. "O dinheiro está lá fora à espera" eles me dizem. "Tudo que preciso fazer é apanhá-lo." Eles precisam fazer negócios. Um empreendedor imobiliário me disse que sentia que desapareceria se parasse. Muitos têm medo do tédio — mesmo o menor indício de tédio faz com que voltem correndo para o jogo. Schopenhauer disse que o próprio desejo nunca é satisfeito — assim que um desejo é satisfeito, aparece um outro. Embora possa existir alguma pausa bem breve, algum período fugaz de saciedade, ele é imediatamente transformado em tédio. "Cada vida humana", ele disse, "é lançada para trás e para frente, entre dor e tédio."

Diferentemente da minha abordagem das outras preocupações existenciais supremas (morte, isolamento, liberdade), penso que o significado da vida é mais bem abordado obliquamente. O que devemos fazer é mergulhar num dos muitos significados possíveis, particularmente um com uma base autotranscendente. É o compromisso que conta, e nós, terapeutas, fazemos mais bem quando identificamos e ajudamos a remover os obstáculos ao compromisso. Como ensinou Buda, a questão do significado da vida não é edificante. Devemos mergulhar no rio da vida e deixar que a questão seja carregada pela corrente.

Capítulo 45

Liberdade

Descrevi anteriormente quatro preocupações últimas, quatro fatos fundamentais da existência — morte, isolamento, significado, liberdade — que, quando confrontados, evocam uma profunda ansiedade, A ligação entre "liberdade" e ansiedade não é intuitivamente evidente porque, à primeira vista, "liberdade" parece conter somente as conotações indubitavelmente positivas. Afinal de contas, não desejamos ardentemente e lutamos pela liberdade política durante todo o curso da civilização ocidental? Ainda assim, a liberdade tem um lado mais sombrio. Vista da perspectiva da autocriação, escolha, vontade e ação, a liberdade é psicologicamente complexa e permeada de ansiedade.

Somos, no sentido mais profundo, responsáveis por nós mesmos. Somos, como colocou Sartre, os autores de nós mesmos. Através do conjunto de nossas escolhas, nossas ações e nossa omissão em agir, acabamos por projetar a nós mesmos. Não podemos evitar essa responsabilidade, essa liberdade. Nas palavras de Sartre, "estamos condenados à liberdade".

Nossa liberdade corre ainda mais fundo que nosso projeto de vida individual. Mais de dois séculos atrás, Kant nos ensinou que somos responsáveis por dar forma e significado não somente ao mundo interno, mas também ao externo. Encontramos o mundo externo somente à medida que ele seja processado através de nosso próprio aparelho neurológico e psicológico. A realidade nem sempre é como a imaginamos na infância — não entramos em (e, em última instância, saímos de) um mundo bem-estruturado. Pelo contrário, desempenhamos um papel central em constituir esse mundo — e nós o constituímos como se ele parecesse ter uma existência independente.

E a relevância do lado sombrio da liberdade para a angústia e para o trabalho clínico? Uma resposta pode ser encontrada olhando-se para baixo. Se somos os constituintes mundanos primais, onde está o solo firme debaixo de nós? O que está debaixo de nós? O nada, *Das Nichts,* como colocaram os filósofos existenciais alemães. O precipício, o abismo da liberdade. E, com a compreensão do nada no centro do ser, vem a profunda angústia.

Portanto, embora o termo *liberdade* esteja ausente nas sessões de terapia e nos manuais de psicoterapia, seus derivados — responsabilidade, vontade, desejo, decisão — são freqüentadores altamente visíveis de todos os esforços da psicoterapia.

Capítulo 46

Ajudando os pacientes a assumirem responsabilidade

Enquanto os pacientes continuarem a acreditar que seus maiores problemas são resultado de algo fora de seu controle — ações de outras pessoas, nervosismo, injustiças de classes sociais, genes —, nós, terapeutas, estaremos limitados naquilo que podemos oferecer. Podemos nos compadecer, sugerir outros métodos de adaptação para reagir às agressões e às injustiças da vida; podemos ajudar os pacientes a conseguir equanimidade ou ensinar-lhes a ser mais eficientes em alterar seu meio ambiente.

Mas se tivermos esperança de uma mudança terapêutica mais significativa, deveremos incentivar nossos pacientes a assumirem responsabilidade — isto é, a apreender como eles próprios contribuem para o seu sofrimento. Uma paciente pode, por exemplo, descrever uma série de experiências horrendas no mundo dos solteiros: os homens a destratam, os amigos a traem, os empregadores a exploram, os amantes a enganam. Mesmo que o terapeuta esteja convencido da veracidade dos eventos descritos, chegará um momento em que será necessário prestar atenção ao papel do próprio paciente na seqüência de eventos. O terapeuta poderá ter que dizer, na verdade, "Mesmo que noventa e nove por cento das coisas ruins que acontecem a você sejam culpa de alguma outra pessoa, quero examinar o um por cento restante — a parte que é sua responsabilidade. Temos que examinar o seu papel, mesmo que seja bem limitado, porque é onde posso ser mais útil."

A disposição para admitir responsabilidade varia muito de um paciente para outro. Alguns chegam rapidamente a um entendimento de seu papel em sua frustração; outros acham tão difícil assumir responsabilidade que isso constitui a principal parte da terapia e, assim que esse passo for dado, a mudança terapêutica

poderá ocorrer quase que automaticamente e sem esforço.

Todo terapeuta desenvolve métodos para facilitar o ato de assumir responsabilidade. Algumas vezes enfatizo a um paciente muito explorado que, para cada explorador, deve existir um explorado — isto é, se eles se encontram num papel de explorado vezes seguidas, certamente, o papel deve conter algum atrativo para eles. O que poderia ser? Alguns terapeutas defendem o mesmo argumento, confrontando os pacientes com a pergunta, "Qual a recompensa para você nessa situação?"

O formato de terapia de grupo oferece uma alavanca particularmente poderosa em ajudar os pacientes a compreender sua responsabilidade pessoal. Todos os pacientes começam no grupo juntos, no mesmo pé de igualdade, e, no decorrer das primeiras semanas ou meses, cada membro forja um papel interpessoal particular dentro do grupo — papel que é semelhante ao papel que cada um ocupa em sua vida fora do grupo. Além do mais, o grupo está a par de como cada membro molda esse papel interpessoal. Estas etapas são bem mais óbvias quando acompanhadas no aqui-e-agora do que quando o terapeuta tenta reconstruí-las a partir do próprio relato pouco fidedigno do paciente.

A ênfase do grupo de terapia sobre o *feedback* inicia uma seqüência para se assumir responsabilidade:

1. Os membros tomam conhecimento de como seu comportamento é visto pelos outros.
2. Depois ficam sabendo como seu comportamento faz os outros se sentirem.
3. Eles observam como o seu comportamento molda as opiniões dos outros sobre eles.
4. Finalmente, eles aprendem que essas três primeiras etapas moldam a maneira como eles passam a se sentir sobre eles mesmos.

Portanto, o processo começa com o comportamento do paciente e termina com o modo como cada um vem a ser valorizado

pelos outros e por si próprio.

Esta seqüência pode formar a base de intervenções poderosas do terapeuta do grupo. Por exemplo:

> Joe, vamos examinar o que está acontecendo com você no grupo. Aqui está você, depois de dois meses, sem se sentir bem acerca de você mesmo no grupo e com vários dos membros impacientes com você (ou intimidados, evitando-o, irritados, aborrecidos ou sentindo-se seduzidos ou traídos). O que aconteceu? É um lugar familiar para você? Estaria disposto a examinar o seu papel nesses acontecimentos?

Terapeutas individuais também tiram proveito dos dados aqui-e-agora ao chamarem a atenção para a responsabilidade do paciente no processo terapêutico — por exemplo, o atraso do paciente, a omissão de informações e sentimentos, o esquecimento de anotar os sonhos.

A premissa da responsabilidade é um primeiro passo essencial no processo terapêutico. Assim que os indivíduos reconhecem seu papel em criar a difícil condição da sua própria vida, eles também percebem que eles, e somente eles» têm o poder de mudar essa situação.

Olhar para trás para examinar a própria vida e aceitar a responsabilidade sobre aquilo que fez para si mesmo podem levar a um enorme arrependimento. O terapeuta precisa prever tal arrependimento e tentar reformulá-lo. Freqüentemente estimulo os pacientes a se projetarem para o futuro e considerarem como eles podem viver *agora* para que daqui a cinco anos possam olhar para trás na vida sem que o arrependimento volte a devastá-los.

Capítulo 47

(Quase) Nunca tome decisões pelo paciente

Alguns anos atrás, Mike, um médico de 33 anos, consultou-me por causa de um dilema urgente: ele tinha um imóvel em sistema de temporada[1] no Caribe e planejava sair de férias em um mês. Mas havia um problema — um grande problema. Ele tinha convidado duas mulheres para acompanhá-lo e ambas tinham aceitado — Darlene, sua namorada de longa data, e Patrícia, uma mulher nova e vibrante que tinha conhecido dois meses antes. O que deveria fazer? Ele estava paralisado pela angústia.

Ele descreveu seu relacionamento com as duas mulheres. Darlene, uma jornalista, tinha sido a rainha no baile do colégio, com quem ele tinha voltado a encontrar numa reunião de ex-alunos alguns anos antes. Ele a achava bonita e sedutora, e apaixonou-se por ela imediatamente. Embora Mike e Darlene vivessem em cidades diferentes, eles mantiveram um romance intenso durante os três últimos anos, falavam-se diariamente pelo telefone e passavam juntos a maioria dos finais de semana e férias.

Havia vários meses, entretanto, o ardor do relacionamento tinha esfriado. Mike sentia-se menos atraído por Darlene, a vida sexual deles definhava, suas conversas pelo telefone pareciam desconexas. Além do mais, os deveres jornalísticos de Darlene exigiam tantas viagens que ela dificilmente saía nos finais de semana e era impossível ela se mudar para mais perto dele. Mas Patrícia, sua nova amiga, parecia um sonho que se tornara realidade: pediatra, elegante, rica, a menos de um quilômetro de distância e muito ansiosa por estar com ele.

Parecia tão simples que não havia no que pensar. Refleti de volta para ele as suas descrições das duas mulheres, ao mesmo

[1] *Time-sharing,* no original em inglês. (N. do R.)

tempo que estranhava, "Qual é o problema?" A decisão parecia tão óbvia — Patrícia era tão certa e Darlene tão problemática —, e o prazo final, se esgotava tão rapidamente, que senti uma enorme tentação de entrar de sola e lhe dizer para que simplesmente continuasse e anunciasse sua decisão, a única decisão razoável, a única que era possível se tomar. Qual era o motivo do adiamento? Por que piorar as coisas para a pobre Darlene, mantendo-a cruel e desnecessariamente ligada a ele?

Embora tenha evitado a armadilha de lhe dizer explicitamente o que fazer, consegui transmitir minhas opiniões para ele. Nós terapeutas temos nossos jeitinhos ardilosos — declarações como: "Eu me pergunto o que o impede de agir em relação a uma decisão que parece que você já tomou." (E eu me pergunto, que diabos os terapeutas fariam sem recorrer ao recurso do "eu me pergunto"?) E, portanto, de uma forma ou de outra, prestei-lhe o grande serviço (em apenas três sessões em ritmo acelerado!) de mobilizá-lo a escrever para Darlene a inevitável "carta de adeus" de fim de relacionamento, e embarcar para um pôr-do-sol caribenho febril com Patrícia.

Mas ele não ardeu por muito tempo. Nos vários meses seguintes, coisas estranhas aconteceram. Embora Patrícia continuasse sendo um sonho de mulher, Mike ficou cada vez mais incomodado com sua insistência por intimidade e compromisso. Ele não gostou de ela lhe dar as chaves do apartamento e de insistir que ele fizesse o mesmo. E, então, quando Patrícia sugeriu que vivessem juntos, Mike recusou. Nas nossas sessões, ele começou a falar com entusiasmo sobre o quanto ele valorizava o seu espaço e solidão. Patrícia era uma mulher extraordinária, sem defeitos. Entretanto ele se sentia invadido. Não queria viver com ela, nem com ninguém, e logo eles se separaram.

Estava na hora de Mike procurar um novo relacionamento, e, certo dia, ele me mostrou um anúncio que tinha colocado num site de encontros. O anúncio especificava características particulares da mulher que ele desejava (beleza, lealdade, mais ou menos com a mesma idade e formação que as dele) e descrevia o tipo de

relacionamento que buscava (um acordo exclusivo, mas separado, no qual ele e ela manteriam, cada um, o seu próprio espaço, falariam-se freqüentemente pelo telefone e passariam juntos os finais de semanas e as férias). "Sabe de uma coisa, doutor", ele disse melancolicamente, "isso certamente parece muito com a Darlene."

A moral dessa história é: cuidado com uma intervenção apressada de tomar decisões pelo paciente. É sempre uma má idéia. Como ilustra essa vinheta, não apenas não temos uma bola de cristal, mas trabalhamos com dados não fidedignos. A informação fornecida pelo paciente não somente é distorcida, mas provavelmente muda à medida que o tempo passa ou à medida que muda o relacionamento com o terapeuta. Inevitavelmente, emergem novos e inesperados fatores. Se, como foi verdadeiro neste caso, a informação que o paciente apresenta apóia fortemente um curso de ação específico, o paciente, por inúmeros motivos, busca o apoio a uma determinada decisão que pode ou não ser o curso de ação mais sensato.

Tornei-me particularmente mais cético com os relatos dos pacientes sobre a culpabilidade dos cônjuges. Muitas e muitas vezes, tive a experiência de encontrar o cônjuge e ficar estarrecido com a falta de convergência entre a pessoa à minha frente e a pessoa sobre a qual tinha ouvido por tantos meses. O que é geralmente omitido, nos relatos de discórdia conjugai é o papel do paciente no processo.

Ficamos numa situação muito melhor quando confiamos em dados mais seguros — dados não filtrados pelo viés do paciente. Existem duas fontes particularmente úteis de observações mais objetivas: (1) sessões de casais, onde um terapeuta pode ver a interação entre os parceiros; e (2) se concentrar no relacionamento terapêutico aqui-e-agora, no qual os terapeutas podem ver como os pacientes contribuem aos seus relacionamentos interpessoais.

Uma advertência: existem ocasiões em que as evidências de que o paciente está sofrendo abuso de outro são tão fortes — e a necessidade de uma ação decisiva é tão clara — que é obrigação do terapeuta usar de toda a influência possível em favor de certas decisões. Faço tudo que posso para desencorajar uma mulher com

evidências de abuso físico a voltar para um ambiente no qual é provável que ela seja novamente machucada. Daí o "Quase" no título deste capítulo.

Capítulo 48

Decisões: uma *via regia* para os fundamentos existenciais básicos

Intervir apressadamente para tomar decisões pelos pacientes é uma boa maneira de perdê-los. Os pacientes para os quais é designada uma tarefa que eles não podem executar ou não realizarão são pacientes infelizes. Independentemente de se sentirem importunados por serem controlados, de se sentirem inadequados ou de estremecerem com a perspectiva de decepcionar seu terapeuta, o resultado é freqüentemente o mesmo — desistem da terapia.

Entretanto, para além da possibilidade de erro técnico, há um motivo ainda mais premente para não se tomar decisões pelos pacientes: existe algo muito melhor a fazer com os dilemas de decisão. As decisões são uma *via regia,* uma estrada real, para um rico domínio existencial — o reino da liberdade, responsabilidade, escolha, arrependimento, desejos e vontades. Conformar-se com um conselho antecipado superficial é renunciar à oportunidade de explorar esse reino com seu paciente.

Já que os dilemas decisórios inflamam a angústia da liberdade, muitos fazem o possível e o impossível para se desviar das decisões ativas. É por essa razão que alguns pacientes buscam se libertar das decisões e, através de recursos ardilosos, induzem terapeutas incautos a afastar deles o fardo da decisão.

Ou forçam outros em sua vida a tomar a decisão por eles: todo terapeuta já atendeu a pacientes que terminam os relacionamentos por maltratar tanto os parceiros que esses optam por partir. Outros apenas esperam alguma transgressão aberta do outro. Por exemplo, uma de minhas pacientes, presa a um relacionamento altamente destrutivo, disse: "Não consigo me decidir a terminar este

relacionamento, mas rezo para que eu consiga apanhá-lo na cama com outra mulher para que eu possa deixá-lo."

Um dos meus primeiros passos na terapia é ajudar os pacientes a assumirem a responsabilidade por suas ações. Tento ajudá-los a entender que eles tomam uma decisão mesmo quando não decidem ou quando manobram o outro para que tome uma decisão por eles. Uma vez que os pacientes aceitam essa premissa e se apropriam de seus comportamentos, de uma forma ou outra, apresento a questão terapêutica crucial: "Está satisfeito com isto?" (Satisfeito tanto com a natureza da decisão quanto com seu modo de tomar a decisão.)

Tomemos, por exemplo, um homem casado que está tendo um caso que o afasta de sua mulher. Ele a maltrata muito para que ela, e não ele, tome a decisão de terminar o casamento. Vou em frente, desnudando seu padrão de renegar as decisões, um padrão que resulta na sua sensação de que ele é controlado por eventos externos. Enquanto ele negar sua própria atuação, será improvável que sofra uma mudança real porque sua atenção estará dirigida para a modificação de seu ambiente, e não de si mesmo.

Quando esse paciente percebe sua responsabilidade pelo término do casamento e percebe também que foi ele quem optou por dar um fim a ele, chamo sua atenção para o quanto ele está satisfeito com o modo como tomou a decisão. Teria ele agido de boa-fé com sua companheira de tantos anos, com a mãe de seus filhos? Que arrependimentos ele terá no futuro? Quanto ele respeitará a si mesmo?

Capítulo 49

Foco sobre a resistência à decisão

Por que as decisões são difíceis? No romance *Grendl,* de John Gardner, o protagonista, confuso com os mistérios da vida, consulta um sacerdote sábio que profere duas frases curtas e simples, aterrorizantes: "Tudo passa, e as alternativas são excludentes."

"As alternativas são excludentes" — esse conceito situa-se no coração de muitas dificuldades decisórias. Para cada "sim" deve haver também um "não". As decisões são caras porque exigem renúncia. Esse fenômeno atraiu grandes mentes em todas as épocas. Aristóteles imaginou um cachorro faminto incapaz de escolher entre duas porções de comida, igualmente atraentes e os escolásticos medievais escreveram sobre o asno de Burridan, que morreu de fome entre dois fardos de feno com cheiros igualmente doces.

No capítulo 42, descrevi a morte como uma experiência-limite capaz de mover um indivíduo de um estado de espírito cotidiano para um estado ontológico (um estado de ser no qual estamos cientes de ser), em que uma mudança é mais possível. A decisão é uma outra experiência-limite. Ela não apenas nos confronta com até que ponto criamos a nós mesmos, mas também com os limites das possibilidades. Tomar uma decisão nos tira as demais possibilidades. Escolher uma mulher, ou uma carreira, ou uma escola, significa abrir mão das possibilidades das demais. Quanto mais encaramos nossos limites, mais temos de renunciar ao nosso mito de qualidade especial pessoal, potencial ilimitado, imortalidade e imunidade ante as leis do destino biológico. É por esses motivos que Heidegger referiu-se à morte como a *impossibilidade de possibilidade adicional.* O caminho para a decisão pode ser difícil porque leva o território tanto da finitude quanto da infundamentabilidade — domínios mergulhados em angústia: *Tudo passa,* e *as alternativas são excludentes.*

Capítulo 50

Dando conselhos para facilitar a percepção

Embora ajudemos os pacientes a lidar com os dilemas da decisão, principalmente ajudando-os a assumir responsabilidade e expondo as profundas resistências ao ato de escolher, todo terapeuta usa muitas outras técnicas de facilitação.

Algumas vezes, ofereço conselho ou prescrevo determinados comportamentos, *não como uma forma de usurpar a decisão do meu paciente, mas para dar uma sacudidela num padrão arraigado de pensamento ou de comportamento.* Por exemplo, Mike, um cientista de 34 anos, ficava angustiado sobre se deveria fazer uma parada na casa dos pais para visitá-los durante uma viagem profissional que faria em breve. Todas as vezes que tinha feito isso nos últimos anos, ele havia, sem exceção, tido uma briga com seu pai, um operário ríspido, que ficava contrariado por ter de encontrá-lo no aeroporto e o repreendia por não ter alugado um carro.

Sua última viagem tinha provocado uma cena tão áspera no aeroporto que ele encurtou sua visita e foi embora sem voltar a falar com o pai. Ainda assim, ele queria ver a mãe, de quem ele era íntimo e que concordava com ele na avaliação do pai como uma pessoa vulgar, insensível e desprezível.

Recomendei vigorosamente que Mike visitasse seus pais, mas que dissesse ao pai que insistia em alugar um carro. Mike pareceu chocado com a minha sugestão. O pai sempre tinha ido buscá-lo no aeroporto — esse era o seu papel. Talvez o pai pudesse ficar magoado em não ser necessário. Além do mais, por que desperdiçar o dinheiro? Ele não teria utilidade para um carro assim que chegasse à casa dos pais. Por que pagar para o carro ficar parado lá, sem uso, durante um dia ou dois?

Eu o lembrei de que o seu salário de cientista-pesquisador era

mais que o dobro do salário de seu pai. E se ele estava preocupado com o pai ficar magoado, por que não tentar ter uma conversa cortês com ele pelo telefone, explicando os motivos para a decisão de alugar um carro?

"Uma conversa pelo telefone com meu pai?" disse Mike. "É impossível. Nunca nos falamos pelo telefone. Só falo com minha mãe quando telefono."

"Tantas regras. Tantas regras familiares fixas", falei pensativo. "Você diz que quer que as coisas mudem com seu pai? Para que isso aconteça, pode ser que algumas regras da família tenham de ser mudadas. Qual o risco em abrir tudo para discussão — pelo telefone, pessoalmente ou, mesmo, através de uma carta?"

O paciente finalmente cedeu às minhas exortações e, em seu próprio estilo e própria voz, se dispôs a mudar seu relacionamento com o pai. A mudança de uma das partes do sistema familiar sempre afeta as outras partes e, neste caso, a mãe dele substituiu o pai como o principal problema familiar durante semanas. Ao final, isso também foi resolvido; a família gradualmente se uniu, e Mike teve uma sensação nítida do papel que desempenhara na distância que tinha existido entre ele e o pai.

Outro paciente, Jared, não conseguia tomar as providências necessárias para renovar a sua permissão de trabalho e residência para estrangeiros [o *green card*]. Embora eu soubesse que provavelmente havia questões dinâmicas férteis fundamentando sua protelação, elas teriam de esperar até que nós as explorássemos, porque, se ele não agisse imediatamente, seria forçado a deixar o país, abandonando não somente um promissor empreendimento de pesquisa e um relacionamento romântico florescente, mas também a terapia. Perguntei se ele queria minha ajuda com o requerimento para o *green card.*

Ele respondeu que sim, e colocamos no papel um plano e cronograma de ação. Ele prometeu que, em vinte e quatro horas, me enviaria por e-mail as cópias dos seus pedidos de cartas de referência

de ex-professores e empregadores, e, na nossa próxima visita, sete dias a partir de então, ele traria seu requerimento preenchido para o meu consultório.

Essa intervenção foi suficiente para resolver a crise do *green card,* e permitiu que voltássemos nossa atenção ao significado da sua protelação, seus sentimentos sobre minha intervenção, seu desejo de que eu assumisse o controle por ele e sua necessidade de ser observado e socorrido.

Outro exemplo envolve Jay, que desejava romper um relacionamento com Meg, uma mulher de quem era íntimo havia vários anos. Ela era uma amiga íntima de sua esposa e o ajudara a cuidar dela durante uma doença terminal. Mais tarde, apoiou-o durante um terrível luto de três anos. Ele tinha se apegado a Meg e vivido com ela durante esse tempo, mas, à medida que se recuperava de seu luto, percebeu que eles não eram compatíveis e, depois de mais um ano inteiro de indecisão, ele finalmente pediu a ela que se mudasse da casa dele.

Embora não a quisesse como esposa, ele era extremamente grato a ela e lhe ofereceu um apartamento sem pagamento de aluguel, num prédio que pertencia a ele. A partir de então, ele teve uma série de relacionamentos curtos com mulheres. Sempre que um desses relacionamentos terminava, ele ficava tão angustiado pelo isolamento que recorria novamente a Meg, até que alguém mais adequado aparecesse. Todo esse tempo, ele continuou a fazer ligeiras insinuações a Meg de que talvez, no final, os dois pudessem voltar a ser um casal. Meg respondia colocando sua vida em compasso de espera e permanecendo num estado de perpétua prontidão para ele.

Sugeri-lhe que suas ações de má-fé com Meg eram responsáveis não apenas por ela estar paralisada na vida, mas também por parte considerável de sua própria angústia de disforia e culpa. Ele negou que estivesse agindo de má-fé e citou como prova sua generosidade para com Meg ao lhe oferecer um apartamento sem pagamento de aluguel. Se ele realmente se sentia generoso para com ela, salientei, por que não ser generoso com ela de uma forma

que não a mantivesse ligada a ele — por exemplo, dar-lhe uma única vez um presente em dinheiro ou a escritura de um apartamento? Mais algumas dessas sessões de confronto resultaram na sua admissão para si próprio e para mim de que, por egoísmo, ele impedia que ela partisse — ele a queria manter aguardando, como reserva, como um seguro contra a solidão.

Em cada um desses casos, o conselho que ofereci não tinha como objetivo ser um fim em si mesmo, mas um meio de incentivar a exploração: das regras dos sistemas familiares; do significado e recompensa na protelação e dos anseios de dependência; da natureza e conseqüências da má-fé.

Mais freqüentemente é o processo de oferecer conselhos que ajuda, e não o conteúdo específico do conselho. Por exemplo, um médico me consultou num estado paralisado de protelação. Ele estava num sério apuro com o seu hospital por causa de sua incapacidade de preencher os prontuários médicos, o que resul-tava numa montanha de várias centenas de prontuários em seu consultório.

Tentei de tudo para mobilizá-lo. Visitei seu consultório para avaliar a magnitude da tarefa. Pedi-lhe que trouxesse os prontuários e uma máquina de ditar ao meu consultório para que eu pudesse fazer sugestões sobre sua técnica de ditado. Elaboramos um cronograma semanal de ditados, e eu lhe telefonava para conferir se ele estava seguindo fielmente o cronograma.

Nenhum dos conteúdos dessas intervenções específicas foi útil, mas, ainda assim, ele foi despertado pelo processo — isto é, com a minha preocupação ter sido suficiente para me fazer sair do espaço do meu consultório. A melhora que se seguiu em nosso relacionamento acabou levando a um bom trabalho terapêutico e, como resultado, ele descobriu seus próprios métodos para lidar com seu trabalho atrasado.

Capítulo 51

Facilitando as decisões — outros expedientes

Como todos os terapeutas, tenho técnicas preferidas de mobilização, desenvolvidas ao longo de muitos anos de prática. Algumas vezes, acho útil sublinhar o absurdo da resistência baseada em eventos passados irreversíveis. Certa vez, tive um paciente com resistência, extremamente paralisado na vida, que insistia em culpar a mãe por eventos que ocorreram décadas antes. Para ajudá-lo a apreender o absurdo de sua postura, pedi-lhe que repetisse várias vezes a seguinte frase: "Não vou mudar, mãe, até você me tratar de maneira diferente daquela de quando eu tinha oito anos." De tempos em tempos, ao longo dos anos, usei esse recurso com eficácia (com variações no texto, é claro, para adequá-lo à situação particular do paciente). Algumas vezes, simplesmente lembro os pacientes de que, mais cedo ou mais tarde, eles terão de desistir da meta de ter um passado melhor.

Outros pacientes dizem que não podem agir porque não sabem o que querem. Nestes casos, tento ajudá-los a localizar e sentir seus desejos. Isso pode ser extenuante e, no final, muitos terapeutas se cansam e desejariam gritar, "Você nunca quer nada?" Karen Horney algumas vezes disse, talvez exasperada, "Alguma vez você já pensou em se perguntar o que você quer?" Alguns pacientes não sentem que têm o direito de querer qualquer coisa, outros abrem mão do desejo para tentar evitar a dor da perda. ("Se eu nunca desejar, nunca mais me sentirei decepcionado") Outros, ainda, não sentem nem expressam desejos, na esperança de que os adultos ao seu redor adivinhem suas necessidades.

Ocasionalmente, os indivíduos podem reconhecer que só desejam quando algo lhes é tirado. Algumas vezes, achei útil, quando trabalhava com indivíduos confusos sobre quanto a seus sentimentos em relação a um outro, imaginar (ou encenar) uma

conversa por telefone na qual o outro rompe o relacionamento. O que eles sentem, então? Tristeza? Mágoa? Alívio? Exaltação? Podemos, assim, encontrar uma forma de permitir que esses sentimentos mobilizem seu comportamento e decisões proativos?

Algumas vezes, estimulei pacientes presos num dilema decisório citando uma frase de *A queda,* de Camus: "Acredite, para um homem, a coisa mais difícil de desistir é daquilo que, afinal de contas, ele realmente não quer."

Experimentei várias maneiras de ajudar os pacientes a verem a si mesmos mais objetivamente. Algumas vezes, um estratagema de alterar a perspectiva que aprendi de um supervisor, Lewis Hill, é útil. Convoco o paciente como um auto-consultor da seguinte maneira:

> Mary, estou um pouco emperrado com uma de minhas pacientes e gostaria de a consultar; talvez você possa ter algumas sugestões úteis. Estou atendendo a uma mulher inteligente, sensível e atraente, de 45 anos, que me diz que ela está num casamento terrível. Durante anos, ela tinha planejado deixar o marido quando a filha entrasse na faculdade. Esse tempo chegou e se foi, e, apesar do fato de ela ser muito infeliz, continua na mesma situação. Ela diz que o marido não é carinhoso e é verbalmente abusivo com ela, mas não está disposta a lhe pedir que entre numa terapia de casais, já que ela decidiu ir embora e, se ele mudar na terapia de casais, ficaria mais difícil ela fazê-lo. Mas passaram cinco anos desde que a filha saiu de casa, ela ainda está lá e as coisas ainda continuam iguais. Ela nem entra numa terapia conjugai nem sai de casa. Eu me pergunto se ela estaria desperdiçando a única vida que tem com o intuito de puni-lo. Ela diz que deseja que ele tome a iniciativa. E reza para pegá-lo na cama com outra mulher (ou com um homem — ela tem suas suspeitas a respeito) e assim, seria capaz de deixá-lo.

Obviamente, Mary rapidamente se conscientiza de que a paciente é ela mesma. Ouvir ela própria ser descrita a certa distância na voz de uma terceira pessoa lhe permitiu ganhar mais objetividade sobre sua situação.

Capítulo 52

Conduza a terapia como uma sessão contínua

Muitos anos atrás, me consultei com Rollo May em terapia por um período de mais de dois anos. Ele vivia e trabalhava em Tiburon e, eu, em Paio Alto, uma viagem de setenta e cinco minutos de carro. Achei que poderia tentar fazer bom uso do tempo em trânsito, ouvindo uma fita da sessão terapêutica da semana anterior. Rollo concordou em que eu gravasse as sessões e logo descobri que ouvir a fita intensificava maravilhosamente a terapia, já que eu mergulhava mais rapidamente no trabalho mais profundo, nos temas importantes que tinham surgido na sessão anterior. Foi tão útil que, desde então, gravo rotineiramente as sessões de pacientes que fazem uma longa viagem até o meu consultório. Ocasionalmente, faço o mesmo com pacientes que vivem nas proximidades, mas que têm alguma incapacidade especial para lembrar da sessão anterior — talvez uma grande labilidade de afeto ou breves episódios dissociativos.

Essa técnica particular ilustra uma importante faceta da terapia — a saber, que *a terapia funciona melhor se ela se aproximar de uma sessão contínua.* As horas de terapia que têm uma descontinuidade de uma sessão à seguinte são bem menos eficazes. O uso de cada hora da terapia para resolver as crises que se desenvolveram durante a semana é uma forma particularmente ineficaz de trabalhar. Quando comecei nesse campo de trabalho, ouvi David Hamburg, o catedrático de psiquiatria em Stanford, referir-se à psicoterapia, em tom de gozação, como "cicloterapia", e, de fato, há algo a ser dito a favor dessa visão, no sentido de estarmos continuamente nos dedicando a "trabalhar do começo ao fim". Abrimos novos temas, trabalhamos neles por algum tempo, mudamos para outras questões, mas voltamos regularmente e repetidas vezes aos mesmos temas, a

cada vez nos aprofundando mais na pesquisa. Esse aspecto cíclico do processo psicoterápico tem sido comparado à troca de um pneu de automóvel. Colocamos as porcas no parafuso, apertamos uma de cada vez até voltarmos à primeira, em seguida repetimos o processo até que o pneu esteja no lugar em condições ideais.

Raramente sou aquele que começa a sessão. Assim como a maioria dos terapeutas, prefiro esperar pelo paciente. Quero saber seu "ponto de urgência" (como Melanie Klein se referia a ele). Entretanto, se algum dia eu chego de fato a iniciar a sessão, é invariavelmente para fazer uma referência ao último encontro. Portanto, se houve uma sessão particularmente importante, emotiva ou truncada, eu poderia começar com: "Discutimos muitas coisas importantes na semana passada. Eu me pergunto, que tipo de sentimentos você levou para casa com você?"

Minha intenção, naturalmente, é vincular a sessão atual à anterior. Minha prática de escrever resumos para o grupo de terapia e enviá-los aos membros do grupo antes da reunião seguinte serve exatamente à mesma finalidade. Algumas vezes, os grupos começam com os membros discordando com o resumo. Eles enfatizam que viram as coisas de maneira diferente ou que, agora, têm um entendimento diferente daquela do terapeuta. Acolho com satisfação a divergência porque consolida a continuidade das sessões.

Capítulo 53

Faça anotações de cada sessão

Se os terapeutas pretendem ser historiadores do processo terapêutico e ficar atentos à continuidade das sessões, segue-se que eles devem manter alguma crônica dos eventos. A assistência médica gerenciada, e a ameaça de processos judiciais, as pragas gêmeas que ameaçam a estrutura da psicoterapia, nos deram um presente positivo: incitaram os terapeutas a fazerem anotações regularmente.

Nos tempos antigos das secretárias, eu rotineiramente ditava e transcrevia, resumos detalhados de cada sessão. (Muito do material para este e outros livros é extraído dessas anotações.) Hoje, imediatamente depois da sessão, gasto alguns minutos para colocar no computador as principais questões discutidas em cada sessão, assim como meus sentimentos e as questões inacabadas de cada hora. Sempre organizo minha agenda para que, sem exceção, eu gaste os minutos necessários para ler as anotações antes da sessão seguinte. Se considero que não há nada de significativo a escrever, isso, por si só, é um dado importante e provavelmente significa que a terapia está estagnada e que o paciente e eu não estamos desbravando nenhum campo novo. Muitos terapeutas que vêem os pacientes várias vezes por semana têm menos necessidade de anotações detalhadas porque as sessões permanecem mais vivas na mente.

Capítulo 54

Incentive o automonitoramento

A aventura terapêutica é um exercício de auto-exploração, e insisto muito com os pacientes para que aproveitem toda oportunidade para intensificar nossa investigação. Se um paciente que sempre se sentiu pouco à vontade em reuniões sociais conta que recebeu um convite para uma grande festa, geralmente respondo, "Maravilhoso! Que oportunidade para aprender a si mesmo! Só que, dessa vez, monitore a você mesmo — e não deixe de fazer algumas anotações depois da festa para que possamos discuti-las na sessão seguinte."

Visitas à casa dos pais são fontes particularmente ricas de informação. Seguindo minha sugestão, muitos dos meus pacientes começam a ter com os irmãos conversas mais longas e mais profundas do que antes. E qualquer tipo de reunião de ex-colegas é uma mina de ouro de dados, como também o são quaisquer oportunidades para revisitar velhos relacionamentos. Peço com insistência aos pacientes que também tentem obter *feedback* dos outros sobre a impressão que eles causavam ou causam. Conheço um senhor de idade que se encontrou com uma colega da sua classe da quinta série que lhe disse que se lembrava dele como um "garoto bonito com cabelos pretos como carvão e um sorriso travesso". Ele chorou ao ouvir isso. Ele sempre tinha se considerado sem graça e desajeitado. Se pelo menos alguém, qualquer um, tivesse lhe dito, *então,* que ele era bonito, ele acreditava que isso teria mudado toda a sua vida.

Capítulo 55

Quando o seu paciente chora

O que você faz quando um amigo chora em sua presença? Normalmente, você tenta oferecer conforto. "Pronto, pronto, passou", você poderia dizer para consolar, ou poderia abraçar o amigo, sair em busca de lenços ou tentar encontrar alguma forma de ajudar seu amigo a voltar a se controlar e parar de chorar. A situação terapêutica, entretanto, pede algo para além de reconfortar.

Já que o choro freqüentemente significa a entrada nos compartimentos mais profundos da emoção, a tarefa do terapeuta não é a de ser educado e ajudar o paciente a parar de chorar. Muito pelo contrário — é possível que você queira encorajar seus pacientes a mergulhar ainda mais fundo. Você pode simplesmente pedir insistentemente que eles compartilhem seus pensamentos: "Não tente sair desse espaço. Permaneça nele. Por favor, continue a falar comigo; tente colocar seus sentimentos em palavras." Ou você pode fazer uma pergunta que eu uso freqüentemente: "Se suas lágrimas tivessem uma voz, o que estariam dizendo?"

Podemos pensar na psicoterapia como uma *alternância seqüencial de expressão de afeto e análise de afeto.* Em outras palavras, você incentiva atos de expressão emocional, mas sempre os complemente com uma reflexão sobre as emoções expressas. Essa seqüência é muito mais evidente na terapia de grupo porque emoções bem fortes são evocadas num cenário de grupo, mas seja também evidente no cenário individual, particularmente no ato de chorar. Portanto, quando ocorre um choro, primeiro mergulho o paciente no conteúdo e significado do choro e, depois, não deixo de analisar o ato do choro, especialmente no que se refere ao aqui-e-agora. Assim sendo, investigo não apenas os sentimentos com relação ao choro em geral, mas, em particular, qual é a sensação de chorar *em minha presença.*

Capítulo 56

Reserve um tempo para você mesmo entre os pacientes

Espero que essa dica impopular seja repassada rapidamente por muitos terapeutas cujo exercício profissional é assolado pela corrente veloz da necessidade econômica, mas, de qualquer maneira, aqui vai a dica.

Não deprecie você mesmo e o paciente, pelo simples ato de não reservar um bom tempo entre as sessões. Sempre mantive notas detalhadas de cada sessão e nunca iniciei uma sessão sem as consultar. Minhas notas freqüentemente apontam a questão inacabada — temas e tópicos que devem ser explorados ou sentimentos entre mim e o paciente que não foram trabalhados em profundidade. Se você levar cada sessão a sério, então o paciente também o fará.

Alguns terapeutas agendam as sessões num cronograma tão rígido e sem brechas, que eles não têm folga de nenhuma espécie entre os pacientes. Mesmo dez minutos serão insuficientes, na minha opinião, se boa parte desse tempo for gasta em retornar telefonemas. Nunca reservo menos de dez minutos inteiros e prefiro quinze minutos para fazer anotações, ler as anotações e pensar entre os pacientes. Intervalos de quinze minutos trazem complicações: as consultas precisam ser marcadas em horários quebrados — por exemplo, dez minutos antes ou depois da hora —, mas todos os meus pacientes aceitaram isso sem maiores problemas. Isso também torna o seu dia mais longo e pode diminuir seus ganhos. Mas vale a pena. Conforme a voz corrente, Abraham Lincoln teria dito que, se tivesse oito horas para cortar uma árvore, gastaria várias dessas horas para afiar seu machado. Não se transforme no lenhador apressado demais para afiar o machado.

Capítulo 57

Expresse seus dilemas abertamente

Geralmente, quando estou paralisado e tenho dificuldade em responder a um paciente, estou preso entre duas ou mais deliberações concorrentes. Acredito que dificilmente você cometerá um erro ao expressar abertamente o seu dilema. Seguem alguns exemplos.

> Ted, deixe-me interromper. Sinto-me hoje um pouco aprisionado entre dois sentimentos opostos: de um lado, sei que a história do seu conflito com seu chefe é importante e sei, também, que muitas vezes você se sente magoado quando eu o interrompo; mas, por outro lado, tenho uma sensação extremamente forte de que você está evitando alguma coisa importante hoje.

> Mary, você diz que não acredita que eu esteja sendo inteiramente honesto com você, que sou exageradamente diplomático e delicado com você. Acho que tem razão: eu me contenho. Muitas vezes, sinto-me aprisionado em um dilema: por um lado, quero ser mais natural com você e, contudo, por outro lado, por sentir que você se magoa facilmente e confere aos meus comentários um poder desmesurado, sinto que preciso considerar cada palavra com extremo cuidado.

> Pete, estou com um dilema. Sei que Ellie é o tópico que você quer discutir comigo: sinto sua forte pressão para fazê-lo e não quero frustrá-lo. Mas, por outro lado, você diz saber que o seu relacionamento com ela não faz nenhum sentido, que é todo errado para você, que nunca dará certo. Parece-me que precisamos ver o que há por baixo ou para além de Ellie, e tentar descobrir mais

> sobre o que alimenta a sua poderosa paixão. Suas descrições detalhadas de seu relacionamento com ela consumiram tanto das nossas horas recentes que tivemos pouco tempo para uma exploração mais profunda. Sugiro que limitemos o tempo que discutimos Ellie — talvez dez minutos em cada sessão.
>
> Mike, não quero evitar sua pergunta. Sei que você sente que me esquivo de suas indagações pessoais. Não quero fazer isso e prometo voltar às suas perguntas. Mas realmente sinto que seria mais útil para o nosso trabalho se examinássemos antes todos os motivos por trás das suas perguntas.

Um exemplo final. Susan era uma paciente que tinha vindo me ver quando estava prestes a deixar o marido. Depois de vários meses de terapia produtiva, ela se sentiu melhor e tinha aperfeiçoado seu relacionamento com ele. Numa certa sessão, descreveu uma conversa recente com o marido enquanto faziam amor, na qual ela mimetizava uma frase minha (distorcendo-a também), que lhes proporcionou uma boa risada. O ato conjunto de me ridicularizar os aproximou ainda mais.

Como responder? Eu tinha várias possibilidades. Em primeiro lugar, este evento refletia o quanto ela se sentia próxima do marido — o mais próximo que eles tinham estado havia muitíssimo tempo, talvez anos. Vínhamos trabalhando arduamente com esta finalidade, e eu poderia ter expressado um pouco do meu prazer pelo seu progresso. Ou poderia ter respondido à sua distorção do meu comentário para ele. Ou, ainda, poderia ter comentado sobre como ela manuseava os triângulos em geral — ela tinha um padrão bem estabelecido de enorme inquietude nos relacionamentos a três, inclusive no triângulo edipiano — ela, o marido e o filho; ela e dois amigos; e, agora, ela, o marido e eu. Mas meu sentimento preponderante foi de que ela tinha me tratado com má-fé e não gostei disso. Eu sabia que ela era muito grata e tinha muitos sentimentos positivos dirigidos a mim, mas, ainda assim, tinha optado por trivializar seu relacionamento comigo para engrandecer

seu relacionamento com o marido. Mas seria esse sentimento justificado? Não estaria eu colocando meu ressentimento pessoal no caminho daquilo que era profissionalmente melhor para a paciente?

Por fim, decidi revelar cada um desses sentimentos e meu dilema sobre revelá-los. Minha revelação levou-nos a uma discussão frutífera de várias questões importantes. Ela compreendeu imediatamente que nosso triângulo era um microcosmo e que outros de seus amigos deviam ter tido sentimentos semelhantes aos meus. Sim, era verdade que o marido sentia-se ameaçado por mim, que ela quisera acalmá-lo e, para isso, me ridicularizou. Mas seria também possível que, na verdade, ela tivesse inconscientemente atiçado os sentimentos competitivos dele? E não haveria nenhuma maneira de ela genuinamente tranqüilizá-lo um pouco e, ao mesmo tempo, manter a integridade do relacionamento dela comigo? Dar voz aos meus sentimentos iniciou uma investigação do seu padrão arraigado e inadequado de jogar uma pessoa contra a outra.

Capítulo 58

Faça consultas domiciliares

Fiz alguns atendimentos domiciliares aos meus pacientes. Muito poucos, pois, sem exceção, cada um deles se mostrou bem proveitoso. Cada visita informou-me sobre aspectos de meus pacientes que, do contrário, eu nunca teria conhecido — seus passatempos, a intromissão de seu trabalho na casa, sua sensibilidade estética (evidenciada pelos móveis, decorações, obras de arte), seus hábitos recreativos, evidências de livros e revistas em casa. Um paciente que se queixava da falta de amigos tinha uma casa particularmente desarrumada que revelava baixa suscetibilidade às sensibilidades dos visitantes. Uma mulher jovem, atraente e bem-arrumada que procurou ajuda por causa de sua incapacidade de criar um bom relacionamento com homens mostrou tão pouco cuidado com o ambiente da sua casa — tapetes com muitas manchas, uma dúzia de caixas de papelão cheias de correspondências antigas, móveis esfarrapados — que não me surpreendeu que seus visitantes masculinos perdessem o interesse.

Numa visita domiciliar a outra paciente, soube pela primeira vez que ela mantinha mais de doze gatos e que sua casa tinha um cheiro tão forte de urina de gato que ela nunca poderia receber convidados em casa. Uma visita à casa de um homem brusco e insensível mostrou, para meu espanto, paredes cobertas de exemplos de suas primorosas paisagens e caligrafia chinesas.

A discussão que antecede à visita domiciliar pode ser particularmente produtiva. Os pacientes podem desenvolver ansiedade ante tal exposição; podem vacilar sobre se deveriam fazer uma faxina na casa ou deixar que seu lar seja visto ao natural. Uma paciente ficou muito ansiosa e resistiu à minha visita por algum tempo. Quando vi seu apartamento, ela pareceu exageradamente

constrangida enquanto me mostrava uma parede coberta com lembranças de amores passados: bonecas de carnaval, canhotos de ingressos de ópera, instantâneos de Taiti e Acapulco. O constrangimento dela? Ela tinha um forte desejo de ganhar meu respeito por sua capacidade intelectual e estava envergonhada de que eu a visse tão aprisionada ao passado. Ela sabia que era bobagem ficar sonhando com seus amores passados e sentia que eu ficaria decepcionado com ela quando eu visse quão intensamente ela própria se bloqueava.

Outro paciente em profundo luto falava tão freqüentemente da presença dos pertences e fotografias da esposa que sugeri uma visita domiciliar e descobri que sua casa estava cheia de lembranças materiais da esposa, inclusive, no meio da sala de estar, o velho e surrado sofá no qual ela havia morrido. As paredes estavam cobertas por suas fotografias, dela ou que ela havia tirado, e por estantes com livros dela. Mais importante de tudo: havia bem pouco dele na casa — seu gosto, seus interesses, do que lhe dava conforto! A visita se mostrou significativa para o paciente no que diz respeito ao processo — que eu me importava o bastante para me oferecer a fazer a visita — e foi o prelúdio de um estágio de mudança dramático, quando ele declarou que queria minha ajuda para modificar sua casa. Juntos, elaboramos um cronograma e abordagem para uma série de modificações na casa que facilitava e, ao mesmo tempo, refletia o progresso no trabalho do luto.

Outros ainda revelaram cuidar bem pouco deles mesmos, como se não merecessem nenhuma beleza, nenhum conforto, em suas vidas. Um paciente, para minha grande surpresa, revelou ter mania de acumular centenas de revistas e listas telefônicas velhas empilhadas por toda a casa — um fato que, de outra forma, eu poderia nunca ficar sabendo. Um de meus alunos tinha uma paciente também com mania de acumular. Depois de dois anos de terapia, ela finalmente concordou com uma visita do terapeuta, mas com as seguintes palavras: "Você tem que prometer que não vai gritar." Este comentário sugere que sua permissão para a visita era um indício de que ela tinha genuinamente iniciado o processo de

mudança.

Visitas domiciliares são eventos significativos, e não é minha intenção dizer que terapeutas principiantes assumam tal passo levianamente. Limites devem ser antes estabelecidos e respeitados, mas, quando a situação assim o exigir, devemos estar dispostos a sermos flexíveis, criativos e individualizados na terapia que oferecemos. Por outro lado, entretanto, eu me pergunto por que a tradição de consultas domiciliares, tão comuns na assistência médica, agora parece tão ousada e arriscada. Fico feliz ao ver as mudanças que atualmente ocorrem, a começar pelos terapeutas de família, que mais freqüentemente fazem questão de agendar sessões nas casas de seus pacientes.

Capítulo 59

Não leve muito a sério as explicações

Num experimento que descrevi, no qual uma paciente e eu registrávamos, cada um isoladamente, nossas opiniões sobre cada sessão terapêutica, aprendi que lembrávamos e dávamos valor a aspectos bem diferentes do processo. Eu dava valor às minhas interpretações intelectuais, enquanto essas tinham pouco impacto sobre a paciente, que, pelo contrário, dava valor aos pequenos atos pessoais relevantes ao nosso relacionamento. A maioria dos relatos de psicoterapia publicados em primeira mão aponta para a mesma discrepância: *os terapeutas dão um valor muito maior que os pacientes para a interpretação e o* insight. Nós terapeutas supervalorizamos o conteúdo da caça ao tesouro intelectual; tem sido assim desde o princípio de tudo, quando Freud nos ofereceu um mau começo com duas de suas metáforas sedutoras, porém mal-orientadas.

A primeira foi a imagem do terapeuta-arqueólogo, passando a escova com extremo cuidado para retirar a poeira das memórias enterradas a fim de revelar a verdade — o que realmente aconteceu nos primeiros anos do paciente: o trauma original, a cena primai, os eventos primordiais. A segunda metáfora foi aquela do quebra-cabeça. Encontre apenas a última peça que falta, sugeriu Freud, e todo ele será resolvido. Muitas de suas histórias de caso pareciam mistérios, e os leitores avançavam ansiosamente, antecipando um desenlace saboroso no qual todos os enigmas encontrariam sua solução.

Naturalmente, transmitimos nosso entusiasmo pela caça intelectual junto aos nossos pacientes e observamos ou imaginamos suas reações do tipo "arrá!" às nossas interpretações. Nietzsche disse: "Até inventamos a expressão no rosto do outro com quem conversamos para que coincida com o pensamento brilhante que

imaginamos ter enunciado." Freud não se esforçou para ocultar seu entusiasmo pelas soluções intelectuais. Mais de um de seus ex-pacientes descreveram seu hábito de pegar sua caixa de "charutos da vitória" para comemorar uma interpretação particularmente incisiva. E a mídia popular há muito apresenta essa visão equivocada da terapia para o público. Hollywood caracteristicamente retrata psicoterapeutas ultrapassando muitos obstáculos, seguindo muitas pistas erradas, superando a luxúria e o perigo para acabar chegando, ao final, ao grande *insight* esclarecedor e redentor.

Não quero com isso dizer que a aventura intelectual não seja importante. Na verdade, é, mas não pelos motivos que geralmente imaginamos. Ansiamos pelo conforto da verdade absoluta porque não podemos suportar a desolação de uma existência puramente caprichosa. Como afirmou Nietzsche: "Verdade é uma ilusão sem a qual uma dada espécie não poderia sobreviver." Ungidos que somos com uma necessidade interna de busca de soluções e satisfação gestaltista, nós nos apegamos tenazmente à crença de que uma explicação, alguma explicação, é possível. Isso torna as coisas suportáveis, ungindo-nos com uma sensação de controle e domínio.

Entretanto não é o *conteúdo* do tesouro intelectual escondido que importa, mas a *caçada,* que é a tarefa de acoplamento terapêutico perfeito, oferecendo algo para cada participante: os pacientes se deleitam com a atenção dada aos minúsculos detalhes de suas vidas, e o terapeuta fica extasiado com o processo de resolver o enigma de uma vida. A beleza disso é que mantém o paciente e o terapeuta firmemente conectados, enquanto o verdadeiro agente de transformação — *o relacionamento terapêutico* — germina.

Na prática, há uma enorme complexidade na ligação entre o projeto intelectual e o relacionamento terapeuta-paciente. Quanto mais os terapeutas conhecem a vida passada e presente do paciente, mais penetram nela e se transformam em testemunhas mais íntimas e mais simpáticas. Além do mais, muitas interpretações são explicitamente dirigidas para melhorar o relacionamento terapeuta-paciente — repetidamente, os terapeutas se concentram na identificação e elucidação dos obstáculos que bloqueiam o

encontro entre eles próprios e seu paciente.

E no nível mais fundamental, o relacionamento entre *insight* e mudança continua um enigma. Embora tomemos como certo que o *insight* leva à transformação, de forma alguma essa seqüência é estabelecida empiricamente. De fato, existem analistas experientes, sérios, que levantaram a possibilidade de uma seqüência inversa — isto é, que *o* insight *se segue* à mudança, em vez de precedê-la.

E, finalmente, tenham em mente a máxima de Nietzsche: "Não existe verdade, só existe interpretação." Portanto, mesmo que de fato ofereçamos algum *insight* extraordinário elegantemente acondicionado, devemos ter em conta que é um constructo, uma explicação, não *a* explicação.

Consideremos uma viúva desesperada que não conseguia ficar sozinha e sem um par, mas, ainda assim, sabotava qualquer novo relacionamento potencial com um homem. Por quê? Ao longo de vários meses de investigação, chegamos a várias explicações:

- Ela tinha medo de que estivesse amaldiçoada. Todo homem que ela havia amado acabara encontrando um fim prematuro. Ela evitava intimidade para proteger o homem contra seu péssimo carma.
- Ela tinha medo de que um homem se aproximasse demais porque ele conseguiria ver dentro dela e descobrir sua maldade fundamental, indecência e fúria mortífera.
- Se ela realmente se permitisse amar um outro, reconheceria definitivamente que o marido estava de fato morto.
- Amar outro homem constituiria traição: significaria que o amor dela pelo marido não era tão profundo quanto tinha pensado.
- Ela tivera perdas demais e não conseguiria sobreviver a mais uma. Os homens eram frágeis demais; sempre que olhava para um novo homem em sua vida, via o crânio dele brilhando debaixo da pele e era assolada por pensamentos de que ele em breve se transformaria num saco de ossos.
- Odiava enfrentar seu próprio desamparo. Houve ocasiões

em que o marido ficou irritado com ela e ela se viu devastada pela raiva dele. Ela estava determinada a nunca mais deixar que isto acontecesse, a nunca ceder a qualquer pessoa tanto controle sobre ela.

• Decidir por um homem significava desistir da possibilidade de qualquer outro homem, e ela relutava em renunciar às suas possibilidades.

Qual dessas explicações era verdadeira, qual era a correta? Uma só? Algumas? Todas? Cada uma representa um constructo diferente: as explicações existentes são tão numerosas quanto o são os sistemas explicativos existentes. Na época, nenhuma mostrou ter uma importância crucial. Mas a busca pela explicação nos manteve comprometidos, e nosso compromisso acabou fazendo a diferença. Ela se arriscou e decidiu se relacionar profundamente comigo, e eu não me esquivei dela. Não fui destruído por sua ira, continuei próximo dela, segurei sua mão quando ela estava extremamente desesperada, continuei vivo e não caí vítima de seu carma amaldiçoado.

Capítulo 60

Recursos para acelerar a terapia

Grupos de terapia ou de crescimento pessoal têm usado, há décadas, técnicas de aceleração, ou de "descongelamento". Algumas que achei úteis incluem a "queda de confiança", na qual o grupo forma um círculo ao redor de um membro, que, de olhos fechados, cai para trás para ser apanhado pelos membros do grupo. No exercício "ultra-secreto", cada um dos membros escreve, em tiras de papel idênticas e sem detalhes identificadores, um grande segredo que pareceria arriscado que eles revelassem. As declarações são então redistribuídas, e cada membro lê o grande segredo de outra pessoa e discute como se sentiria se tivesse tal segredo. Outra técnica é reproduzir partes selecionadas do videoteipe de uma reunião anterior. Ou, em grupos de estudantes, os membros se alternam no papel do líder do grupo e criticam o desempenho uns dos outros. Ou, para quebrar um longo silêncio inicial, o líder pode sugerir uma rápida "volta" na qual os membros revelam algumas de suas livres associações durante o silêncio.

Todas essas técnicas de descongelamento, ou aceleração, *formam apenas o primeiro estágio do exercício.* Em cada caso, o líder do grupo deve instruir, deve ajudar os membros do grupo a colher os dados gerados pelo exercício: por exemplo, as atitudes deles para com a confiança, empatia e auto-revelação.

Uma das intervenções mais poderosas que tenho usado (nos grupos de pacientes com câncer, bem como num ambiente didático para grandes platéias) é o exercício do "Quem sou eu?" Cada membro recebe oito tiras de papel e a instrução de escrever uma resposta a "Quem sou eu?" em cada tira. (Algumas respostas prováveis: uma esposa, uma mulher, um cristão, um amante de

livros, uma mãe, um médico, um atleta, um ser sexual, um contador, um artista, uma filha, etc.) Em seguida, cada membro coloca as tiras em ordem da mais periférica para a mais central (isto é, mais perto do cerne da pessoa).

Depois disso, os membros são instruídos a meditar sobre uma tira, começando pela mais periférica, e imaginar qual seria a sensação de largar essa parte da própria identidade. Um sinal (uma campainha ou sino suave) a cada dois minutos leva os membros para a próxima tira e, depois que o sino tocar oito vezes e todas as tiras tiverem sido cobertas, o procedimento é revertido, e os membros voltam a se apoderar dos aspectos de sua identidade. Na discussão após o exercício (essencial tanto nesse exercício como em todos os outros), os membros discutem os problemas evocados para eles: por exemplo, problemas de identidade e *self* nuclear, a experiência de abrir mão, as fantasias sobre morte.

Em geral, considero esses recursos de aceleração menos necessários ou úteis na terapia individual. Algumas abordagens terapêuticas — por exemplo, a terapia gestáltica — usam um número enorme de exercícios que, se utilizados criteriosamente, podem facilitar a terapia. Mas também é verdade que alguns jovens terapeutas erram por desenvolver uma caixa de surpresas de exercícios e lançam mão dela para animar a terapia sempre que ela parece diminuir de ritmo. Os terapeutas principiantes precisam aprender que existem ocasiões para se ficar em silêncio, algumas vezes em comunhão silenciosa, outras vezes simplesmente enquanto se espera que os pensamentos dos pacientes surjam numa forma em que possam ser expressos.

Entretanto, de acordo com a máxima que diz que devemos inventar uma terapia diferente para cada paciente, existem ocasiões próprias para que um terapeuta desenvolva algum exercício que se adapte às necessidades de um paciente em particular.

Em outra parte deste texto, discuto vários desses recursos: uma visita domiciliar, a encenação de papéis ou um pedido para que os pacientes redijam seu epitáfio. Também peço que os pacientes tragam velhas fotos de família. Não apenas me sinto mais ligado ao

paciente quando compartilho algumas de suas imagens de figuras importantes do passado, mas a memória do paciente sobre eventos e sentimentos passados significativos é intensamente catalisada pelas fotos antigas. Ocasionalmente é útil pedir aos pacientes que escrevam uma carta (para ser compartilhada comigo e não necessariamente para ser enviada) para alguém com quem eles possam ter uma importante questão inacabada — por exemplo, um pai ou mãe indisponível, ou morto, uma ex-mulher, um filho.

A técnica mais comum que uso é a encenação informal. Se, por exemplo, uma paciente discute sua incapacidade de confrontar um parceiro sobre alguma questão — digamos que ela esteja ansiosa com as férias de uma semana junto ao mar com uma amiga porque ela precisa ter um período de descanso diário para ficar sozinha para meditar, ler ou pensar. Eu poderia sugerir um breve exercício de encenação de papéis, em que ela desempenha o papel de sua amiga e eu assumo o seu papel para demonstrar como ela poderia fazer tal pedido. Em outras ocasiões, eu poderia fazer o oposto: fazer o papel da outra pessoa e fazê-la praticar o que ela poderia dizer.

Algumas vezes, a técnica da cadeira vazia de Fritz Perls é útil. Instruo alguns pacientes, com uma forte voz interna de autodesprezo, a colocar a parte deles que julga e faz autocrítica numa cadeira vazia e falar com ela, e, em seguida, trocar de cadeira e fazer o papel de juiz que expressa os comentários críticos para o *self* manifesto. Novamente, enfatizo, tais técnicas são úteis não como um fim em si mesmas, mas para gerar dados para exploração subseqüente.

Capítulo 61

Terapia como um ensaio geral para a vida

Muitos terapeutas estremecem e se encolhem quando ouvem críticos caracterizarem seu trabalho como meramente uma "compra de amizade". Embora exista um grão de verdade nessa frase, ela não merece um acaneamento. A amizade entre o terapeuta e o paciente é uma condição necessária no processo da terapia — *necessária, mas não, entretanto, suficiente.* A psicoterapia não é um substituto para a vida, mas um ensaio geral para a vida. Em outras palavras, embora a psicoterapia exija um relacionamento íntimo, o relacionamento não é um fim — é um meio para um fim.

A proximidade do relacionamento terapêutico serve a vários propósitos. Proporciona um porto seguro para os pacientes revelarem a si próprios o mais inteiramente possível. Mais que isso, oferece-lhes a experiência de serem aceitos e compreendidos depois de uma profunda exposição. Ensina aptidões sociais: o paciente aprende o que um relacionamento íntimo exige. E ele aprende que uma intimidade é possível, e até mesmo alcançável. Por fim, e talvez o mais importante de tudo, é a observação de Carl Rogers de que o relacionamento terapêutico serve como um ponto de referência interno para o qual os pacientes podem voltar em sua imaginação. Uma vez atingido esse nível de intimidade, eles podem abrigar a esperança e até a expectativa de relacionamentos semelhantes.

É freqüente ouvir falar sobre pacientes (quer na terapia de grupo ou na terapia individual) que são pacientes ou excelentes membros do grupo, e, ainda assim, continuam essencialmente os mesmos em suas vidas exteriores. Eles podem se relacionar bem com o terapeuta individual ou ser membros centrais de grupos — fazendo auto-revelações, trabalhando com afinco, catalisando interações, e, ainda assim, não aplicarem o que aprenderam a sua

condição exterior. Em outras palavras, usam a terapia mais como um substituto do que um ensaio para a vida.

Esta distinção poderá se revelar útil nas decisões de encerramento: a mudança comportamental na situação terapêutica não é obviamente suficiente; os pacientes precisam transferir sua mudança para seu ambiente de vida. Nos estágios finais da terapia, sou enérgico na garantia da transferência do aprendizado. Se me parecer necessário, começo a prepará-lo ativamente, para pressionar o paciente a experimentar novos comportamentos nos ambientes de trabalho, sociais e familiares.

Capítulo 62

Use a queixa inicial como uma alavanca

Não perca de vista as queixas iniciais dos pacientes. Como ilustra o exemplo a seguir, os motivos para se procurar a terapia dados na primeira sessão podem lhe prestar bons serviços durante as fases difíceis da terapia.

Uma terapeuta de 55 anos veio me consultar por causa de um impasse em seu trabalho com Ron, um aluno de psicologia clínica de 40 anos a quem ela vinha atendendo havia alguns meses. Um pouco tempo antes, Ron fora rejeitado por uma mulher com quem tinha saído algumas vezes e, a partir de então, se tornara cada vez mais exigente nas horas de terapia e insistia em que sua terapeuta segurasse sua mão e lhe desse abraços para reconfortá-lo. Para defender o seu ponto de vista, ele tinha levado um exemplar do meu livro *Momma and the Meaning of Life,* no qual descrevi os efeitos salutares de se dar a mão a uma viúva em luto. Ron ficou amuado, recusou-se a dar a mão ao final das sessões e elaborou listas das deficiências de sua terapeuta.

A terapeuta sentia-se cada vez mais desconfortável, confusa, manipulada e aborrecida com o comportamento infantil de Ron. Cada abordagem que ela havia feito para resolver o impasse tinha fracassado, e, cada vez mais assustada com a profundidade da raiva de seu paciente, ela pensava seriamente em encerrar a terapia.

Na supervisão, revisamos o motivo inicial que levou Ron a procurar a terapia — para trabalhar seus relacionamentos com mulheres. Um homem atraente que tinha facilidade para estabelecer relacionamentos com as mulheres, Ron passava a maioria de suas noites com seus colegas de bar, escolhendo mulheres para passar

uma única noite e passando rapidamente para outras. Nas poucas ocasiões em que ele encontrava uma mulher particularmente atraente e desejava continuar o relacionamento, ele tinha sido dispensado apressadamente. Ele não tinha certeza sobre a razão disso, mas imaginava que ela havia se cansado com sua insistência em conseguir exatamente o que queria o tempo todo. Era precisamente por causa desses problemas que ele tinha escolhido uma terapeuta mulher.

Essa informação lançou muita luz sobre o impasse da terapia e funcionou como um impulso importante. Os contratempos entre o paciente e a terapeuta não foram uma complicação infeliz na terapia, foram um desenvolvimento inevitável e essencial. *É claro* que Ron exigiria demais da sua terapeuta. *É claro* que ele a rebaixaria, e *é claro* que ela desejaria deixá-lo. Mas como transformar isso em benefício terapêutico?

Lembremos o capítulo 40, *"Feedback:* não malhe em ferro frio". A escolha do momento certo é extremamente importante: as interpretações serão mais eficientes quando a emoção do paciente tiver diminuído o bastante para permitir que ele assuma uma postura mais desapaixonada quanto a seu comportamento. Quando esse momento chegar, use a alavanca oferecida pelo problema apresentado no início. Tome como base a aliança terapêutica e sugira que, juntos, o terapeuta e o paciente tentem entender o curso dos eventos. Por exemplo:

> Ron, acho que o que vem acontecendo entre nós nas últimas semanas é realmente importante. Gostaria de lhe dizer por quê. Vamos pensar novamente nos motivos pelos quais você veio me ver. Foi por causa dos problemas que surgiam persistentemente entre você e as mulheres. Dado isso, era inevitável que essas questões desconfortáveis surgissem entre nós dois. E isso passou a acontecer. Portanto, mesmo que não seja confortável para você — e nem para mim —, deveríamos considerar esse fato uma oportunidade rara de aprendizado. Aconteceram aqui coisas que são um reflexo daquilo que acontece na sua vida social, mas há uma

> diferença fundamental — e é isso que existe de singular na situação terapêutica: *não vou romper o contato e estarei à sua disposição para que você possa descobrir alguma coisa à qual nunca teve acesso nos relacionamentos passados — os sentimentos que suas ações evocam na outra pessoa.*

Depois disso, a terapeuta pode avançar e compartilhar os sentimentos que ela tem sobre o comportamento de Ron, tomando o cuidado de formulá-los com delicadeza e apoio.

Capítulo 63

Não tenha medo de tocar seu paciente

No início da minha especialização em psiquiatria na Johns Hopkins, assisti a uma discussão de caso analítico na qual um debatedor criticou firmemente o jovem terapeuta que apresentava um caso, por esse ter ajudado sua paciente (uma mulher idosa) a vestir o sobretudo no final de uma sessão. Seguiu-se um longo e acalorado debate. Alguns participantes da conferência, menos propensos a fazer julgamentos, concordaram em que, embora fosse óbvio que o terapeuta tivesse cometido um erro, a idade avançada da paciente e a forte nevasca lá fora diminuíam a gravidade da ofensa.

Nunca esqueci aquela conferência e, mesmo agora, décadas depois, um colega residente de quem continuei amigo e eu ainda fazemos piadas sobre a história do sobretudo e a visão desumana da terapia que ela representava. Foram necessários anos de prática e experiências compensatórias para desfazer o mal de um treinamento tão rígido.

Uma dessas experiências compensatórias ocorreu enquanto eu desenvolvia métodos de liderança para grupos de apoio a pacientes com câncer. Depois que meu primeiro grupo se reunia havia alguns meses, uma participante sugeriu uma forma diferente de encerrar a reunião. Ela acendeu uma vela, pediu que déssemos as mãos e, em seguida, liderou o grupo numa meditação dirigida. Eu nunca tinha dado as mãos a um paciente antes, mas, nessa situação, não tive escolha. Juntei-me a eles e imediatamente senti, assim como todos os demais, que aquela era uma maneira inspirada de encerrar nossas reuniões e, durante vários anos, fechamos toda sessão dessa maneira. A meditação era calmante e restauradora, mas foi o toque das mãos que me comoveu particularmente. Os limites artificiais —

entre paciente e terapeuta, enfermos e sãos, agonizantes e viventes — evaporavam à medida que todos nos sentíamos unidos aos outros por uma humanidade comum.

Considero essencial tocar cada paciente em toda sessão — um aperto de mãos, uma batidinha no ombro, geralmente ao final da hora, enquanto acompanho o paciente até a porta. Se um paciente quiser segurar minha mão por mais tempo ou quiser um abraço, eu só recusarei se existir algum motivo imperioso — por exemplo, preocupações com sentimentos sexuais. Mas, qualquer que seja o contato, faço questão de esclarecer na sessão seguinte — talvez algo simples como: "Mary, nossa última sessão terminou de uma maneira diferente: você ficou apertando a minha mão com as suas duas mãos durante um longo tempo [ou "Você pediu um abraço"]. Tive a impressão de que você estava sentindo alguma coisa forte. Qual é a sua lembrança disso?" Acredito que a maioria dos terapeutas tenha suas próprias regras secretas sobre o toque. Décadas atrás, por exemplo, uma terapeuta idosa, particularmente competente, contou que, durante muitos anos, seus pacientes rotineiramente terminavam a sessão beijando-a no rosto.

Toque. Mas certifique-se de que o toque se transforme em combustível para a usina interpessoal.

Se um paciente estiver num grande desespero por causa, digamos, de uma recidiva do câncer ou de qualquer outro evento terrível da vida e pedir durante a sessão para segurar minha mão ou dar um abraço, eu não recusaria da mesma forma como não me negaria a ajudar uma senhora de idade frente a uma nevasca a vestir seu sobretudo. Se eu não conseguir descobrir nenhuma maneira de atenuar a dor, posso perguntar o que ele/a gostaria de mim nesse dia — ficar sentado em silêncio, fazer perguntas e dirigir mais ativamente as sessões? Aproximar minha cadeira? Dar as mãos? Com o melhor de minha capacidade, tento responder de uma forma amável e humana, porém, mais tarde, como sempre, esclareço: converso sobre quais sentimentos minhas ações produziram e também compartilho meus sentimentos. Se estou preocupado com a possibilidade de minhas ações serem interpretadas como sexuais,

compartilho abertamente essas preocupações e deixo claro que, embora sentimentos sexuais possam surgir no relacionamento terapêutico e devam ser expressos e discutidos, nunca haverá gestos nesse sentido. Nada tem precedência, enfatizo, sobre a importância de o paciente se sentir seguro no consultório de terapia e durante a hora da terapia.

Eu nunca, é claro, faço pressão por um contato. Se, por exemplo, um paciente vai embora com raiva, recusando um aperto de mão, eu imediatamente respeito esse desejo por distância. Os pacientes mais profundamente perturbados por vezes vivenciam sentimentos poderosos e idiossincráticos sobre o toque, e se não tenho certeza sobre esses sentimentos, faço perguntas explícitas. "Devemos apertar as mãos hoje, como de costume? Ou seria melhor, hoje, que não o fizéssemos?" Em todos esses casos, examino invariavelmente o incidente na sessão seguinte.

Esses pontos gerais servem como guias para a terapia. Os dilemas sobre o toque na terapia não são comuns, mas, quando ocorrem, é importante que os terapeutas não fiquem presos a preocupações legais e sejam capazes, como demonstra o exemplo a seguir, de serem responsivos, responsáveis e criativos em seu trabalho.

Uma mulher de meia-idade que eu vinha atendendo havia um ano tinha perdido a maior parte do seu cabelo por causa da radioterapia para um tumor cerebral. Ela estava preocupada com a sua aparência e freqüentemente comentava sobre o quanto os outros a achariam medonha sem a peruca. Perguntei como ela achava que eu reagiria. Ela achava que eu, também, mudaria minhas opiniões sobre ela e a acharia tão repulsiva que me esquivaria e me afastaria dela. Opinei que eu não conseguia imaginar me esquivando e me afastando dela.

Nas semanas seguintes, ela nutriu a idéia de remover sua peruca no meu consultório e, numa certa sessão, anunciou que tinha chegado a hora. Ela engoliu em seco e, depois de me pedir para desviar o olhar, tirou a peruca e, com ajuda de um espelho de bolso, arrumou os tufos restantes de cabelo. Quando dirigi de novo o meu

olhar para ela, tive um momento, apenas um momento, de choque com o quanto ela tinha subitamente envelhecido, mas voltei rapidamente a me conectar com a essência da pessoa adorável que eu conhecia e tive uma fantasia de correr meus dedos por seus tufos de cabelo. Quando ela perguntou sobre meus sentimentos, compartilhei a fantasia. Seus olhos encheram-se de lágrimas e ela esticou o braço para pegar lenços de papel. Decidi pressionar ainda mais. "Devemos tentar fazê-lo?" perguntei. "Isso seria uma coisa maravilhosa", ela respondeu, e, então, aproximei-me dela e afaguei seu cabelo e couro cabeludo. Embora a experiência tenha durado poucos momentos apenas, permaneceu indelével nas nossas mentes. Ela sobreviveu ao seu câncer e, anos depois, quando voltou por causa de outro problema, ela comentou que o meu gesto de tocar seu couro cabeludo tinha sido uma epifania, um gesto imensamente positivo que mudou radicalmente a imagem negativa que tinha dela mesma.

Um testemunho semelhante veio de uma viúva que estava em tal desespero que freqüentemente chegava ao meu consultório perturbada demais para falar, mas ficava profundamente reconfortada meramente por eu segurar sua mão. Muito mais tarde, ela comentou que aquilo havia sido ponto de virada na terapia: fizera com que ela se reconfortasse e permitira que se sentisse conectada a mim. Minha mão, disse ela, fora uma âncora que a impedira de ficar à deriva e se afastar em desespero.

Capítulo 64

Nunca se envolva sexualmente com os pacientes

A elevada incidência de transgressões sexuais tornou-se um problema grave nos últimos anos, não somente na psicoterapia, é claro, mas em todas as situações em que existe um diferencial de poder: no sacerdócio, nas forças armadas, no local de trabalho corporativo e político, na medicina, nas instituições de ensino — onde você quiser pensar. Embora tais transgressões constituam um problema de importância capital em cada um desses cenários, elas têm um significado particular no campo da psicoterapia, no qual relacionamentos intensos e íntimos são essenciais à jornada e no qual relações sexuais são imensamente destrutivos para todas as partes, tanto para os terapeutas quanto para os pacientes.

A psicoterapia é duplamente amaldiçoada por tais transgressões. Não apenas os pacientes são traídos e feridos, mas a conseqüente reação violenta tem sido altamente destrutiva para o campo todo. Os terapeutas foram forçados a exercer a profissão defensivamente. As organizações de defesa de classe orientam os profissionais a exercerem uma cautela extrema. Eles são advertidos não apenas contra qualquer intimidade incomum, mas contra qualquer coisa que pareça intimidade, porque o olhar jurídico pressupõe que onde há fumaça deve haver fogo. Em outras palavras, somos aconselhados a adotar uma mentalidade de "fotos instantâneas" — isto é, a evitar qualquer momento que, fora do contexto, possa parecer suspeito. Evitem a informalidade — esta é a instrução dada aos terapeutas; evitem apelidos, não ofereçam café nem chá, não ultrapassem a hora de cinqüenta minutos e não se encontrem com um membro do sexo oposto na última hora do dia (para todas essas ofensas, eu me declaro culpado). Algumas clínicas estudaram a possibilidade de gravar em vídeo todas as sessões para

garantir a segurança dos pacientes. Conheço um terapeuta que, tendo sido injustamente acusado numa ação judicial, agora se recusa a qualquer contato físico, mesmo um aperto de mãos, com os pacientes.

Esses procedimentos são perigosos. Se não conseguirmos reconquistar um equilíbrio nessa área, sacrificaremos o próprio cerne da psicoterapia. Foi por este motivo que redigi a dica anterior sobre o toque. E é para garantir que o estudante não caia no erro de equiparar intimidade terapêutica à intimidade sexual, que me apresso agora a oferecer os comentários a seguir sobre transgressão sexual.

Sentimentos sexuais poderosos rondam a situação terapêutica. Como não o fariam, dada a extraordinária intimidade entre o paciente e o terapeuta? Os pacientes desenvolvem regularmente sentimentos de amor e/ou sentimentos sexuais por seu terapeuta. A dinâmica de tal transferência positiva é freqüentemente sobredeterminada. Para começar, os pacientes são expostos a uma situação bem incomum, gratificante e deliciosa. Todas as suas manifestações são examinadas com interesse, cada evento de sua vida passada e presente é explicado, eles são acalentados, recebem cuidados e são incondicionalmente aceitos e amparados.

Alguns indivíduos não sabem como reagir a tal generosidade. O que podem oferecer em troca? Muitas mulheres, em particular as com baixa auto-estima, acreditam que o único e verdadeiro dote que têm a oferecer é sexual. Sem sexo — uma mercadoria da qual podem ter dependido em relacionamentos passados —, elas só conseguem prever uma perda de interesse e, ao final, abandono pelo terapeuta. Para outros, que elevam o terapeuta a uma posição irrealista, grandiosa, maior que a vida, pode também existir o desejo de se fundir com algo maior que eles mesmos. Outros, ainda, podem competir pelo amor com os demais pacientes desconhecidos na clínica do terapeuta.

Todas essas dinâmicas devem se tornar parte do diálogo terapêutico: de uma forma ou de outra, elas criaram dificuldades para o paciente em sua vida, e é bom, e não lamentável, que elas venham à tona no aqui-e-agora da hora da terapia. Uma vez que a

atração pelo terapeuta é de ser esperada; esse fenômeno, assim como todos os eventos na sessão terapêutica, deve ser explicitamente abordado e compreendido. Se os terapeutas se flagrarem excitados pelo paciente, essa própria excitação constitui um dado sobre o modo de ser do paciente (supondo que o terapeuta tenha clareza de suas próprias reações).

O terapeuta não bate nos pacientes masoquistas para gratificá-los. Nem deve se envolver sexualmente com pacientes que anseiam por sexo. Embora a maioria absoluta das transgressões sexuais ocorra entre um terapeuta homem e uma paciente mulher (e por esse motivo, uso "ele" para o terapeuta nesta discussão), problemas e tentações semelhantes se aplicam para terapeutas mulheres e homossexuais.

Os terapeutas que têm uma história de se sentirem não-atraentes às mulheres podem se sentir eufóricos e perder a estabilidade quando avidamente perseguidos por pacientes mulheres. Tenha sempre em mente que os sentimentos que surgem na situação terapêutica geralmente pertencem mais ao papel que à pessoa: não cometa o equívoco de tomar a adoração transferencial como um sinal de sua atratividade ou charme pessoal irresistível.

Alguns terapeutas se vêem em apuros porque têm uma vida sexual insatisfatória ou vivem num isolamento excessivo para fazer os contatos sexuais adequados e necessários. Obviamente, é um erro grave recorrer ao próprio exercício profissional como uma oportunidade para tais contatos. É importante que os terapeutas façam tudo o que for necessário para corrigir sua situação — seja por meio de uma terapia individual, terapia conjugai, agências de casamento, sites de encontros, o que quer que seja. Quando me encontro com tais terapeutas em terapia ou supervisão, sinto vontade, e freqüentemente digo, que *qualquer* opção, inclusive visita a uma prostituta, é preferível à escolha calamitosa de se envolver sexualmente com os pacientes; tenho vontade de lhes dizer, e freqüentemente o faço, que encontrem alguma forma de satisfazer suas necessidades sexuais com um dos bilhões de parceiros em potenciais no mundo: qualquer parceiro, exceto seus pacientes. Isso

simplesmente não constitui uma opção profissional ou moral.

Se, ao final de tudo, o terapeuta não conseguir encontrar nenhuma solução para impulsos sexuais incontroláveis e não for capaz ou não estiver disposto a obter ajuda por meio da terapia pessoal, acredito que ele não deveria exercer a psicoterapia.

A transgressão sexual é também destrutiva para os terapeutas. Os terapeutas transgressores, uma vez que examinam a si próprios com honestidade, entendem que agem para sua própria satisfação, e não a serviço de seu paciente. Os terapeutas que estabeleceram um profundo compromisso com uma vida a serviço dos outros praticam uma grande violência contra eles próprios e contra seus preceitos morais mais íntimos. Em última instância, eles pagam um preço devastadoramente elevado não apenas para o mundo exterior, na forma de censura e punição civis e uma desaprovação generalizada, mas também internamente, na forma de vergonha e culpa penetrantes e persistentes.

Capítulo 65

Busque aniversários e questões relacionadas ao estágio da vida

Determinadas datas podem ter um grande significado para muitos pacientes. Como resultado de muitos anos de trabalho com indivíduos de luto, passei a respeitar a persistência e o poder das reações em datas comemorativas. Muitos cônjuges de luto se sentem tomados por súbitas ondas de desespero que coincidem com marcos referentes ao falecimento do cônjuge — por exemplo, a data do diagnóstico definitivo, a morte ou o funeral. Não é raro que o paciente não tenha consciência das datas precisas — um fenômeno que sempre me pareceu uma prova convincente, se é que é necessário, da existência da influência inconsciente sobre os pensamentos e sentimentos conscientes. Tais reações a aniversários podem ocorrer repetidamente sem redução na intensidade durante anos, e até mesmo décadas. A literatura profissional contém muitos estudos surpreendentes que documentam a reação a aniversários, tais como a maior incidência de internações em hospitais psiquiátricos nos aniversários, até décadas depois do dia da morte do pai ou da mãe.

Determinadas datas marcantes proporcionam aberturas para investigação terapêutica de incontáveis maneiras. As datas de nascimento, especialmente aquelas significativas, podem oferecer uma janela aberta às preocupações existenciais e levar a uma maior contemplação do ciclo de vida. Na idade adulta, tenho a impressão de que as celebrações do aniversário de nascimento são sempre acontecimentos agridoces com uma faceta de lamentação. Alguns indivíduos são afetados por um aniversário que signifique viver mais que seus pais. As datas de aniversário de aposentadoria, casamento ou divórcio e de muitos outros marcadores tornam clara ao indivíduo a marcha inexorável do tempo e a fugacidade da vida.

Capítulo 66

Nunca ignore a "ansiedade da terapia"

Embora eu enfatize que a psicoterapia é um processo criativo e espontâneo moldado pelo estilo único de cada psicoterapeuta e personalizado para cada paciente, existem, contudo, certas regras universais. Uma dessas regras é *explorar sempre a ansiedade relacionada à sessão.* Se um paciente sente ansiedade durante ou depois da sessão (a caminho de casa ou mais tarde enquanto pensa sobre a sessão) ou quando se prepara para ir à sessão seguinte, sempre faço questão de focar essa ansiedade em profundidade.

Embora a ansiedade possa algumas vezes resultar do *conteúdo* da discussão terapêutica, é muito mais comum que ela se origine do *processo* — dos sentimentos acerca do relacionamento paciente-terapeuta.

Por exemplo, um paciente disse que se sentia ansioso ao entrar no meu consultório:

> — Por quê? O que o deixa ansioso em vir para cá? — perguntei.
>
> — Estou apavorado. Sinto que estou patinando sobre gelo fino aqui.
>
> — Qual é o equivalente de cair através do gelo em nossa terapia?
>
> — Que você vai se enjoar das minhas queixas e gemidos, e não vai mais querer me ver.
>
> — Isso deve complicar muito as coisas para você. Eu recomendo que você expresse todos os seus pensamentos perturbadores. Isso em si já é bem difícil, e, então, você acrescenta mais alguma coisa — que precisa tomar cuidado para não me sobrecarregar ou desencorajar.

Ou outra paciente:

— Não queria vir hoje. Fiquei chateada a semana inteira sobre aquilo que você me disse quando fui pegar o lenço de papel.

— O que você me ouviu dizer?

— Que você estava farto de me ouvir reclamar e não aceitar a sua ajuda.

— A minha lembrança é bem diferente. Você estava chorando e, querendo confortá-la, estiquei o braço para pegar o lenço para você. Fiquei impressionado com a rapidez com que se movimentou para pegá-lo você mesma — como se fosse para evitar de aceitar alguma coisa de mim — e eu tentei incentivá-la a explorar os seus sentimentos sobre receber minha ajuda. Mas isso não é, de forma alguma, o mesmo que uma crítica ou estar 'farto'.

— Realmente tenho alguns sentimentos sobre receber sua ajuda. Penso que você tem uma quantidade finita de afeto — somente cem pontos — e não quero consumir inteiramente todos os meus pontos.

Se um paciente desenvolve ansiedade durante a sessão, transformo-me num detetive e convoco a ajuda do paciente para repassar microscopicamente a sessão a fim de determinar precisamente quando surgiu o desconforto. O processo dessa investigação implica que a ansiedade não despenca sobre alguém por capricho, como chuva, mas tem explicação: possui causas que podem ser descobertas (e, portanto, podem ser evitadas e controladas).

Algumas vezes, se tenho um forte palpite de que pode existir uma reação tardia a eventos da hora, sugiro, mais para perto do final da sessão, um experimento do pensamento envolvendo uma projeção para o futuro:

Ainda nos restam vários minutos, mas me pergunto se você poderia se recostar, fechar os olhos e imaginar que a hora terminou e você está a caminho de casa. Em que estará pensando ou o que estará sentindo? Como julgará nossa sessão de hoje? Que sentimentos você terá sobre mim ou sobre a maneira como estamos nos

relacionando?

Capítulo 67

Doutor, acabe com a minha ansiedade

Se um paciente se sente oprimido pela ansiedade e pede ou suplica por alívio, geralmente considero útil perguntar, "Diga-me, qual seria a coisa perfeita para eu dizer? O que exatamente eu poderia dizer que levaria você a se sentir melhor?" Não estou falando, é claro, com a mente racional do paciente, mas sim me dirigindo à parte criança do paciente e pedindo livres associações sem censuras.

Em resposta a tal indagação, uma paciente me disse, "Quero que me diga que sou a mais bela e perfeita bebê do mundo." Eu lhe disse, então, exatamente o que ela tinha pedido, e juntos examinamos os efeitos balsâmicos das minhas palavras, bem como outros sentimentos emergentes: seu constrangimento por seus desejos infantis e a enorme irritação por precisar me dizer o que falar. Esse exercício de autoconforto cria um certo paradoxo: o paciente é lançado num estado de espírito jovem e dependente por pedir ao terapeuta que profira as palavras mágicas de alívio, mas, ao mesmo tempo, é forçado a assumir uma posição de autonomia por inventar exatamente as palavras que o tranqüilizarão.

Capítulo 68

Sobre ser o carrasco do amor

> Não gosto de trabalhar com pacientes que estão apaixonados. Talvez seja por inveja — também anseio por encantamento. Talvez seja porque amor e psicoterapia são fundamentalmente incompatíveis. O bom terapeuta combate as trevas e busca a iluminação, enquanto o amor romântico é sustentado pelo mistério e desmorona ante um exame. Odeio ser o carrasco do amor.

Um paradoxo: embora essas linhas iniciais retiradas do *Love's Executioner* expressem meu desconforto de trabalhar com pacientes apaixonados, ainda assim, elas incitaram muitos pacientes apaixonados a me consultar.

Naturalmente, o amor chega sob muitas formas e essas linhas se referem somente a um tipo particular de experiência amorosa: o estado de espírito inteiramente enamorado, obcecado, altamente enfeitiçado que possui completamente o indivíduo.

Normalmente, tal experiência é gloriosa, mas existem ocasiões em que o estado de total paixão causa mais sofrimento que prazer. Algumas vezes, a satisfação do amor é eternamente ilusória — por exemplo, quando uma ou ambas as partes são casadas e não estão dispostas a deixar seu casamento. Algumas vezes, o amor não é correspondido — uma das pessoas ama, e a outra evita contato ou deseja apenas um relacionamento sexual. Algumas vezes, a pessoa amada é inteiramente inalcançável — um professor, um ex-terapeuta, o cônjuge de um amigo. Freqüentemente, uma pessoa pode ficar tão absorvida no amor que ela dedica muito tempo à espera de alguma breve visão da pessoa amada, negligenciando tudo o mais — o trabalho, os amigos, a família. Um amante num caso extraconjugal pode afastar-se de seu cônjuge, pode evitar intimidade

para ocultar algum segredo, pode recusar terapia de casais, pode manter deliberadamente o relacionamento conjugai insatisfatório para diminuir a culpa e justificar o caso extraconjugal.

Por mais variadas que sejam as circunstâncias, a experiência é a mesma — o amante idealiza a pessoa amada, fica obcecado por ela, freqüentemente não deseja nada além de passar o resto de sua vida acalentando-se em sua presença.

Para desenvolver um relacionamento empático com pacientes apaixonados, você não deve perder de vista o fato de que a experiência deles é bem maravilhosa: a fusão extática e bem-aventurada; a dissolução do solitário "eu" no "nós" encantados pode ser uma das grandes experiências da vida do paciente. Em geral, é aconselhável expressar seu reconhecimento do estado de espírito deles e se abster de críticas contra o sentimento dourado que cerca a pessoa amada.

Ninguém jamais colocou este dilema melhor que Nietzsche, que, pouco depois de ter "se recobrado" de um caso amoroso apaixonado (mas casto) com Lou Salomé, escreveu:

> Certo dia, um pardal passou voando por mim; e... pensei ter visto uma águia. Agora, todo o mundo está ocupado em provar o quanto estou errado — e existe uma especulação bem européia sobre isso. Bem, quem está melhor? Eu, "o iludido", como dizem, que por conta do canto desse pássaro morou durante todo um verão num mundo superior de esperança — ou aqueles, para quem não existe logro?

Portanto, é necessário ser delicado com um sentimento que permite que uma pessoa viva num "mundo superior de esperança" Dê valor ao arroubo do paciente, mas ajude-o também a se preparar para o seu fim. E ele sempre termina. Existe uma propriedade verdadeira do amor romântico: nunca perdura — a evanescência faz parte da natureza de um estado de amor enamorado. Mas tenha cuidado ao tentar apressar sua extinção. Não tente competir com o amor mais do que você o faria com poderosas crenças religiosas —

são duelos que você não pode vencer (e existem similaridades entre estar apaixonado e sentir o êxtase religioso: um paciente referiu-se ao seu "estado de Capela Sistina" outro descreveu seu amor como sua doença celestial imperecível). Seja paciente — deixe que o cliente descubra e expresse sentimentos sobre a irracionalidade de seus sentimentos ou desilusão pela pessoa amada. Quando ocorrem quaisquer de tais expressões, eu lembro cuidadosamente das palavras do paciente. Se e quando ele voltar a entrar naquele estado e voltar a idealizar a pessoa amada, poderei relembrá-lo de seus comentários.

Ao mesmo tempo, exploro ao máximo a experiência, como faria com qualquer estado emocional poderoso. Digo coisas como "Que maravilhoso para você... é como voltar novamente à vida, não é? É fácil entender por que você não quer abrir mão disso. Vamos examinar o que lhe permitiu experimentar isso agora?... Conte-me sobre sua vida nas semanas antes de isso lhe acontecer. Quando foi a última vez que você sentiu amor como esse? O que aconteceu àquele amor?"

Há vantagem em focar o estado de paixão, em vez de se concentrar na pessoa que é amada. É a experiência, o estado emocional de se amar — não a outra pessoa — que é tão imperioso. A frase de Nietzsche "Uma pessoa ama o seu próprio desejo, não o objeto desejado", se revelou freqüentemente inestimável para mim no meu trabalho com pacientes atormentados pelo amor.

Já que a maioria dos indivíduos sabe (embora eles procurem não saber) que a experiência não persistirá para sempre, tento introduzir suavemente uma perspectiva de longo alcance e desestimular o paciente a tomar qualquer decisão irreversível com base nos sentimentos que provavelmente serão efêmeros.

Estabeleça as metas da terapia bem no início de seus encontros. Que tipo de ajuda se busca? Obviamente, existe algo de disfuncional na experiência do paciente ou, do contrário, ele não estaria se consultando com você. O paciente está pedindo ajuda para se retirar do relacionamento? Freqüentemente evoco a imagem de uma balança e indago sobre o equilíbrio entre prazer e desprazer (ou

felicidade e infelicidade) oferecido pelo relacionamento. Algumas vezes uma folha de tabulação ilustra o equilíbrio, e peço aos pacientes que mantenham um registro, com vários pontos de observação por dia, do número de vezes que eles pensam na pessoa amada, ou mesmo o número de minutos ou horas por dia dedicados a essa atividade. Os pacientes algumas vezes ficam surpresos com os números, com o quanto de sua vida é consumido por pensamentos circulares repetitivos e, reciprocamente, o quão pouco eles participam da vida em tempo real.

Algumas vezes, tento oferecer ao paciente uma perspectiva, discutindo a natureza e as diferentes formas de amor. A monografia atemporal de Erich Fromm, *A arte de amar,* é um recurso igualmente valioso tanto para o paciente quanto para o terapeuta. Freqüentemente penso no amor maduro como o amor ao ser e ao crescimento do outro, e a maioria dos clientes será simpática a esse ponto de vista. Qual é, então, a natureza particular de seu amor? Estariam eles enamorados de alguém que, no fundo, realmente não respeitam, ou de alguém que os trata mal?

Infelizmente, é claro, existem aqueles cujo amor é intensificado por não serem tratados bem.

Se eles desejarem que você os ajude a sair do relacionamento, você poderia muito bem lembrá-los (e a você mesmo) que a liberação é árdua e vagarosa. Ocasionalmente, um indivíduo emerge quase que instantaneamente de uma grande paixão, de maneira parecida à dos personagens de *Sonho de uma noite de verão* quando emergem de seu encantamento, mas, na maioria das vezes, os indivíduos ficam atormentados com a ânsia pela pessoa amada durante muitos meses. Algumas vezes, anos e até décadas se passam antes que eles consigam se encontrar com a outra pessoa, ou mesmo pensar nela, sem pontadas de desejo ou ansiedade.

A dissolução também não é um processo constante. Ocorrem retrocessos — e nada é mais propenso a desencadear um retrocesso que um novo encontro com a pessoa amada. Os pacientes oferecem muitas racionalizações para um novo contato: insistem que, agora, está tudo superado e que uma conversa cordial, um café ou almoço

com a ex-amada ajudará a esclarecer as coisas, ajudará a entender o que aconteceu de errado, ajudará a estabelecer uma amizade adulta duradoura ou até lhes permitirá dizer adeus como pessoas maduras. *É provável que nenhuma dessas coisas venha a acontecer.* Geralmente, a recuperação do indivíduo é retardada, assim como um deslize é um retrocesso para um alcoólico em recuperação.

Não se frustre com os retrocessos — algumas grandes paixões estão destinadas a continuar durante anos. Não é uma questão de falta de vontade; existe algo na experiência que toca o paciente em níveis muito profundos. Tente entender o papel crucial que a obsessão desempenha na vida interna do indivíduo. Acredito que a obsessão amorosa freqüentemente serve como uma distração, mantendo o olhar do indivíduo longe dos pensamentos mais dolorosos. Mais cedo ou mais tarde, espero chegar à pergunta: Em que você estaria pensando se não estivesse obcecado por...?

Capítulo 69

Extraindo uma história

Bem no início do curso de especialização, os estudantes de psicoterapia têm aulas sobre alguns esquemas sistemáticos para se extrair histórias. Estes esquemas sempre incluem itens como a queixa atual do paciente, a enfermidade presente e a história (inclusive história familiar, grau de instrução, saúde física, terapia anterior, amizades, etc). Existem vantagens evidentes para um método passo a passo de coleta de dados. Os médicos, por exemplo, recebem treinamento para que, a fim de evitar descuidos, tirem uma história e façam um exame físico de maneira altamente rotineira, que consiste numa revisão sistemática dos sistemas e órgãos (sistema nervoso, sistema gastrointestinal, sistema geniturinário, sistema cardiovascular, sistema musculoesquelético).

Determinadas situações na prática terapêutica exigem um método bem sistemático de levantamento de história — por exemplo, nas duas primeiras sessões, quando se tenta obter uma rápida leitura do contexto de vida do paciente; uma consulta limitada pelo tempo; ou ocasiões em que é necessário colher rapidamente os dados para se fazer uma apresentação sucinta aos colegas. Entretanto, uma vez que os terapeutas ganham experiência, eles raramente seguem uma lista sistemática de perguntas na maior parte de seu trabalho em psicoterapia. A coleta de dados torna-se intuitiva e automática. Não antecede a terapia, mas faz parte da própria terapia. Como afirmou Erik Erikson, "Extrair história é fazer história."

Capítulo 70

Uma história das rotinas diárias do paciente

Apesar da minha confiança no modo intuitivo de coleta de dados, existe uma investigação particularmente produtiva que sempre faço na primeira ou segunda sessão: "Peço-lhe que me faça um relato detalhado do seu dia típico."

Certifico-me de que tudo seja discutido, inclusive hábitos alimentares e de sono, sonhos, recreação, períodos de desconforto e de alegria, tarefas precisas no trabalho, o uso de álcool e drogas e, mesmo, preferências de leitura, filmes e tevê. Se essa investigação for suficientemente detalhada, os terapeutas poderão tomar conhecimento de muitas coisas, descobrindo dados que são freqüentemente perdidos nos outros sistemas de obtenção de história.

Presto atenção a muitas coisas: hábitos alimentares, preferências estéticas, atividades em períodos de lazer. Em particular, fico atento às pessoas que fazem parte das vidas dos meus pacientes. Com quem eles têm um contato regular? Que rostos vêem regularmente? Com quem têm conversas pelo telefone ou falam pessoalmente durante a semana? Com quem fazem as refeições?

Por exemplo, em entrevistas iniciais recentes, este questionário permitiu que eu tomasse conhecimento de atividades que, do contrário, eu poderia ficar sem saber durante meses: duas horas por dia jogando paciência no computador; três horas por noite nas salas de bate-papo sobre sexo na internet sob uma identidade diferente; grande protelação no trabalho e a conseqüente vergonha; um cronograma diário tão exigente que fiquei cansado só de ouvir; telefonemas diários extensos (algumas vezes a cada hora) de uma mulher de meia-idade com o pai; as longas conversas por telefone

de uma lésbica com uma ex-amante de quem não gostava, mas de quem se sentia incapaz de se separar.

Uma investigação dos pequenos detalhes da vida do paciente não apenas leva a um material rico que, do contrário, é freqüentemente perdido, mas também oferece um bom início ao processo de criar laços. Tal discussão intensa das pequenas atividades cotidianas aumenta rapidamente a sensação de intimidade terapeuta-paciente, tão necessária no processo de mudança.

Capítulo 71

Quem faz parte da vida do paciente?

Num estudo valioso de relacionamentos interpessoais, a psicóloga Ruthellen Josselson usa lápis e papel para criar um instrumento ao estilo "sistema solar" e dá instruções aos indivíduos participantes de sua pesquisa para que representem a si mesmos como um ponto no centro de uma página, e as pessoas em sua vida como objetos ao seu redor a distâncias variadas. Quanto mais perto o ponto do centro, mais central o relacionamento. Seu estudo particular acompanhou as mudanças de posição nos satélites em órbita durante um período de vários anos. Embora esse instrumento possa ser desajeitado demais para um uso clínico cotidiano, ainda assim ele serve como um excelente modelo para se visualizar os padrões interpessoais.

Uma das minhas principais tarefas nos meus contatos iniciais é descobrir como a vida do paciente é preenchida. Boa parte dessa informação pode ser obtida durante uma checagem das atividades diárias do paciente, mas não deixo de fazer uma investigação detalhada de todas as pessoas importantes na vida do paciente, bem como quaisquer contatos interpessoais num dia representativo recente. Acho também instrutivo indagar sobre todos os melhores amigos, passados e presentes, na vida do paciente.

Capítulo 72

Entreviste o outro significante

Nunca me arrependi de entrevistar alguma figura significativa na vida dos meus pacientes — geralmente um cônjuge ou um parceiro. De fato, ao final de uma entrevista desse tipo, eu invariavelmente me pergunto, "Por que esperei tanto tempo?" ou "Por que não faço isso com maior freqüência?" Quando ouço os pacientes descreverem seus outros significativos, crio uma imagem mental da outra pessoa, esquecendo freqüentemente que minhas informações são altamente distorcidas por terem sido filtradas através dos olhos imperfeitos e parciais do paciente. Mas uma vez que conheço os outros significativos, eles ganham carne e osso, e entro mais plenamente na vida do meu paciente. Por conhecer o parceiro do paciente numa situação tão fora do comum, sei que eu realmente não o "vejo", mas não é essa a questão — a questão é que minha imagem do rosto e da pessoa do outro permite que eu tenha um encontro mais rico com meu paciente. Além do mais, o parceiro pode oferecer uma nova perspectiva e informações valiosas sobre o paciente.

Os outros significativos sentem-se, é claro, ameaçados por um convite para conhecer o terapeuta de seu parceiro. O parceiro entende que o terapeuta que estará o avaliando tem, compreensivelmente, uma lealdade primordial com o paciente. Mas existe uma estratégia que raramente deixa de diminuir a ameaça e é geralmente eficiente para convencer o parceiro a ir à sessão. Instrua o seu paciente da seguinte maneira:

> John, por favor diga a X que ela poderia me ajudar a ser mais útil para você. Eu gostaria de obter um pouco do *feedback* dela em relação a você — especialmente sobre algumas das coisas em você

que ela poderia gostar que mudassem. Não é um exame dela, mas uma discussão das observações dela sobre você.

Além do mais, recomendo que a sessão seja realizada exatamente dessa maneira. Já que prefiro não ter nenhum conhecimento externo secreto sobre meus pacientes, sempre entrevisto o outro significativo na presença do meu paciente. Incite *ofeedback* do parceiro e suas sugestões sobre idéias de mudanças que o paciente poderia fazer, em vez de realizar uma entrevista pessoal do parceiro. Você conseguirá um quadro suficientemente complexo do parceiro simplesmente pela maneira que ele(a) lhe der o *feedback*.

E aconselho também que você não transforme a sessão numa sessão de casais. Quando sua lealdade principal é com um dos membros de um par com quem você tem um compromisso terapêutico, você não é a pessoa indicada para tratar do casal. Se tentar uma terapia de casais com uma carga de informações confidenciais obtidas de um dos membros do casal, você logo será envolvido em um comportamento de supressão e de duplicidade. Será melhor que um outro terapeuta, cuja aliança seja equivalente com ambos os participantes, conduza a terapia de casais.

Capítulo 73

Explore a terapia anterior

Se meus pacientes fizeram uma terapia anterior, realizo uma investigação detalhada de sua experiência. Se a terapia tiver sido insatisfatória, os pacientes quase sempre citarão a falta de comprometimento de seu terapeuta anterior. O terapeuta, dirão eles, era distante demais, era omisso demais, dava muito pouco apoio, era impessoal demais. Ainda estou para ouvir um paciente reclamar que um terapeuta se exponha demais, apóie demais ou que seja pessoal demais (com a exceção, é claro, de casos em que o paciente e terapeuta tiveram um envolvimento sexual).

Uma vez que você toma conhecimento dos erros do terapeuta anterior, você poderá evitar repeti-los. Deixe isso explícito, com verificações periódicas por meio de perguntas diretas simples. Por exemplo: "Mike, nós já nos encontramos em quatro sessões e talvez devêssemos verificar como você e eu estamos nos saindo. Você falou dos seus sentimentos pelo dr. X, seu terapeuta anterior. Eu me pergunto como isso está se desenrolando comigo. Você consegue pensar nas ocasiões em que teve sentimentos semelhantes por mim ou que lhe pareceu que você e eu estivéssemos nos aproximando de padrões semelhantes e improdutivos?"

Se um paciente teve um curso de terapia bem-sucedido no passado (e, por um motivo qualquer não pôde continuar com o mesmo terapeuta), acredito que seja igualmente importante explorar o que deu certo na terapia anterior para incorporar esses aspectos na terapia presente. Não espere que esses relatos da terapia bem ou malsucedida deles sejam estáticos: eles geralmente mudam à medida que mudam as visões dos pacientes sobre outros eventos passados. Com o tempo, os pacientes podem começar a se lembrar dos efeitos positivos dos terapeutas que tinham inicialmente caluniado.

Capítulo 74

Compartilhando o lado sombrio

De que me lembro das setecentas horas que gastei no diva na minha primeira análise? Minha memória mais vivida da minha analista, Ouve Smith, aquela ouvinte silenciosa e paciente, é de um dia em que eu tinha me censurado por esperar ansiosa e gananciosamente pelo dinheiro que eu poderia herdar quando meus pais morressem. Eu fazia um trabalho particularmente bom de crítica a mim mesmo quando, de maneira inteiramente fora do habitual, ela entrou subitamente em ação e contestou a acusação com uma única frase: "Essa é simplesmente a forma como nós somos feitos."

Não foi apenas o gesto de me confortar, embora eu o tenha recebido bem. Também não foi a normalização dos meus impulsos objetos. Não, foi algo mais: foi a palavra *nós.* Foi a inferência de que ela e eu éramos iguais, que ela, também, tinha seu lado sombrio.

Guardei o presente dela como um tesouro. E o passei adiante muitas vezes. Tento normatizar os impulsos mais sombrios dos meus pacientes de todas as maneiras ao meu alcance. Eu tranqüilizo, imito Olive Smith no uso da palavra *nós,* chamo atenção para a ubiqüidade de certos sentimentos ou impulsos, recomendo aos pacientes materiais adequados de leitura (por exemplo, para sentimentos sexuais, sugiro os relatórios de Kinsey, Masters e Johnson, ou os relatórios Hite).

Eu acolho dentro da normalidade o lado sombrio de todas as maneiras possíveis. Nós, os terapeutas, devemos estar abertos a todas as nossas próprias partes sombrias, ignóbeis, e existem ocasiões em que as compartilhar permitirá que os pacientes parem de se flagelar por suas próprias transgressões reais ou imaginárias.

Certa vez, depois de eu ter elogiado uma paciente pelo tipo de

mãe que ela estava sendo para seus dois filhos, ela ficou visivelmente desconfortável e anunciou num tom sério que me contaria algo que ela nunca tinha me contado antes, ou seja, que depois de dar à luz seu primeiro filho, ela tinha sentido uma forte inclinação para sair andando do hospital e abandonar o recém-nascido. Embora quisesse ser mãe, ela não conseguia suportar a idéia de desistir dos muitos anos de liberdade. "Mostre-me a mãe que nunca teve tais sentimentos" eu disse. "Ou o pai. Embora eu ame meus filhos", eu lhe disse, "houve incontáveis vezes em que me senti profundamente importunado com o cerceamento que eles causavam nas minhas outras tarefas e interesses na vida."

O eminente analista britânico D. W. Winnicott foi particularmente corajoso em compartilhar seus impulsos mais sombrios, e um colega meu, quando atende a pacientes preocupadas com a raiva dirigida aos filhos, freqüentemente cita um artigo de Winnicott em que ele enumera dezoito motivos pelos quais as mães odeiam seus bebês. Winnicott também cita as cantigas de ninar hostis que as mães cantam para os bebês, que, felizmente, não entendem as palavras. Por exemplo:

Nana nenê, na copa da árvore,
Quando o vento soprar, o berço balançará,
Quando o galho quebrar, o berço cairá,
E abaixo virá o bebê, com o berço e tudo o mais

Capítulo 75

Freud nem sempre esteve errado

Criticar Freud tornou-se moda. Nenhum leitor contemporâneo pode escapar das recentes críticas sarcásticas condenando a teoria psicanalítica por ser tão ultrapassada quanto a cultura de outrora da qual ela surgiu. A psicanálise é atacada por ser considerada uma pseudociência baseada num paradigma científico obsoleto e eclipsado pelos recentes avanços na neurobiologia dos sonhos e na genética da esquizofrenia e dos transtornos afetivos. Além do mais, os críticos afirmam que se trata de uma fantasia predominantemente masculina do desenvolvimento humano, prolífica em sexismo, construída a partir de histórias de caso distorcidas e observações imprecisas, por vezes imaginárias.

Tão dominantes e perniciosas foram essas críticas que elas se infiltraram até mesmo nos programas de treinamento em terapia, e toda uma geração de profissionais de saúde mental foi educada com uma visão crítica e inteiramente desinformada do homem cujas idéias compõem o próprio alicerce da psicoterapia.

Deixe-me sugerir um experimento mental. Imagine que você esteja desesperado por causa do fracasso de um relacionamento. Você é perseguido por pensamentos de ódio e de menosprezo por uma mulher que, durante meses, você tinha idealizado. Você não consegue parar de pensar nela, sente-se profundamente, talvez mortalmente, magoado e pensa na possibilidade de cometer suicídio — não apenas para acabar com a sua dor, mas para punir a mulher que a causou. Você continua petrificado em desespero apesar dos melhores esforços dos seus amigos para consolá-lo. Qual seria o seu próximo passo?

É bem provável que você pensasse em consultar um psicoterapeuta. Seus sintomas — depressão, raiva, pensamentos

obsessivos —, tudo sugere não apenas que você precisa de terapia, mas que você tiraria um grande proveito dela.

Tente, agora, uma variação desse experimento. Imagine que você tem os mesmos sintomas. Mas a época é há mais de cem anos, digamos 1882, e que você vive na Europa Central. O que você faria? É este precisamente o desafio que enfrentei há alguns anos enquanto escrevia meu romance *Quando Nietzsche chorou.* Meu enredo exigia que Nietzsche consultasse um terapeuta em 1882 (o ano em que ele estava profundamente desesperado por causa do término de seu relacionamento com Lou Salomé).

Mas quem seria o terapeuta de Nietzsche? Depois de muita pesquisa histórica, ficou evidente que não existia tal criatura em 1882 — um pouco mais de um século atrás. Se Nietzsche tivesse recorrido à ajuda de um médico, ele teria sido informado de que o mal de amor não era um problema médico e teria sido aconselhado a uma temporada em Marienbad ou entre outros balneários da Europa para uma cura com sombra e água fresca. Ou, talvez, ele poderia ter sido encaminhado a um simpático sacerdote para aconselhamento religioso. Terapeutas seculares praticantes? Não havia nenhum! Embora Liebault e Bernheim tivessem uma escola de hipnoterapia em Nancy, na França, eles não ofereciam nenhuma psicoterapia *per se;* somente remoção hipnótica dos sintomas. O campo da psicoterapia secular ainda tinha de ser inventado; aguardava a chegada de Freud, que, em 1882, ainda era um interno de medicina e não tinha entrado no campo da psiquiatria.

Não apenas Freud inventou sozinho o campo da psicoterapia, mas o fez de uma só vez. Em 1895 (em *Estudos sobre histeria,* de co-autoria de Josef Breuer), ele escreveu um capítulo incrivelmente presciente sobre psicoterapia, que prefigura muitos dos principais progressos que ocorreriam durante os cem anos seguintes. Nele, Freud postula os fundamentos do nosso campo: o valor do *insight* e da profunda auto-exploração e expressão; a existência da resistência, transferência, trauma reprimido; o uso de sonhos e fantasias, a encenação, a associação livre; a necessidade de abordar problemas caracterológicos, bem como os sintomas; e a necessidade absoluta

de um relacionamento terapêutico de confiança.

Eu realmente considero essas questões tão instrumentais para o ensino do terapeuta que, durante décadas, ofereci em Stanford um curso de apreciação de Freud no qual enfatizava dois pontos: uma leitura dos textos de Freud (em lugar das fontes secundárias) e uma apreciação de seu contexto histórico.

Freqüentemente, as obras de divulgação são úteis para que os estudantes leiam os trabalhos de pensadores que não são capazes de escrever com clareza (ou escolhem obscuridade) — por exemplo, filósofos como Hegel, Fichte ou mesmo Kant, ou, no campo da psicoterapia, Sullivan, Fenichel ou Fairbairn. Não é o caso com

Freud. Embora não tenha ganhado um Prêmio Nobel pela contribuição científica, foi concedido a ele o Prêmio Goethe por realização literária. Do início ao fim dos textos de Freud, sua prosa brilha, mesmo através do véu da tradução. De fato, muitas das narrativas clínicas lembram as de um exímio contador de histórias.

Nas minhas aulas, concentro-me particularmente nos primeiros textos, *Estudos sobre histeria,* seções selecionadas de *A interpretação de sonhos,* e *Três ensaios para a teoria da sexualidade,* e faço um esboço do contexto histórico — ou seja, o *Zeitgeist* psicológico de fins do século XIX — o que permite que o estudante perceba o quanto seus *insights* foram verdadeiramente revolucionários.

Mais um ponto: não devemos avaliar as contribuições de Freud com base nas posições propostas pelos vários institutos psicanalíticos freudianos. Freud teve muitos seguidores sedentos por alguma ortodoxia ritualizada, e muitos institutos analíticos adotaram um ponto de vista conservador e estático do seu trabalho, totalmente em desacordo com sua inclinação criativa e inovadora em eterna transformação.

No meu próprio progresso profissional, fui excessivamente ambivalente em relação aos institutos de ensino psicanalítico tradicional. Eu tinha a impressão de que a postura analítica conservadora da minha época supervalorizava a importância do *insight,* particularmente nas questões do desenvolvimento psicossexual, e, além do mais, não tinha a menor idéia da

importância do encontro humano no processo terapêutico. (Iheodor Reik escreveu: "O próprio demônio não poderia apavorar muitos analistas mais que o uso da palavra eu?') Conseqüentemente, optei por não entrar num instituto analítico e, quando olho para trás para analisar minha carreira, considero que essa foi uma das melhores decisões da minha vida. Embora eu tenha me deparado com um enorme sentimento de isolamento profissional e incerteza, tive a liberdade de me dedicar aos meus próprios interesses e pensar sem preconcepções limitantes.

Hoje, meus sentimentos sobre a tradição psicanalítica mudaram consideravelmente. Embora não goste de muitos dos arreios e posturas ideológicas dos institutos psicanalíticos, ainda assim essas instituições são freqüentemente as únicas que existem, o único lugar onde questões psicodinâmicas técnicas sérias são discutidas pelas melhores e mais brilhantes mentes clínicas em nosso campo. Além do mais, está havendo, em minha opinião, um desenvolvimento salutar recente no pensamento e prática analíticos: isto é, um interesse e literatura analíticos em rápido crescimento acerca da intersubjetividade e a psicologia de duas pessoas, que refletem uma nova consciência sobre o papel crucial do encontro humano básico no processo de mudança. Num grau significativo, analistas progressistas se empenham por uma maior autenticidade e exposição no seu relacionamento com os pacientes.

Já que a assistência médica gerenciada incentiva uma especialização mais breve (e, portanto, o corte de custos através de uma menor remuneração do terapeuta), os terapeutas mais do que nunca precisam de um treinamento clínico suplementar em nível de pós-graduação. Os institutos psicanalíticos (liberalmente definidos — freudianos, junguianos, interpessoais, existenciais) oferecem, de longe, a pós-graduação mais séria e cuidadosa em terapia dinâmica. Além do mais, a cultura do instituto compensa o isolamento tão inerente à prática terapêutica, por oferecer uma comunidade de mentes semelhantes, um grupo de colegas que enfrentam desafios intelectuais e profissionais semelhantes.

Talvez eu seja desmesuradamente alarmista, mas me parece

que, nestes dias de ataque implacável ao campo da psicoterapia, os institutos analíticos podem se tornar o último bastião, o repositório de sabedoria coligida sobre psicoterapia, basicamente da mesma maneira que a Igreja foi, durante séculos, o repositório da sabedoria filosófica e o único reino em que as questões existenciais sérias — propósito da vida, valores, ética, responsabilidade, liberdade, morte, comunidade, conectividade — eram discutidas. Existem similaridades entre os institutos psicanalíticos e as instituições religiosas do passado, e é importante que não repitamos as tendências de algumas instituições religiosas de suprimir outros fóruns do discurso pensador e legislar sobre o que os pensadores têm permissão para pensar.

Capítulo 76

A TCC não é tão boa quanto dizem... ou: *não tenha medo da temível TEV*

O conceito de TEV (terapia empiricamente validada) teve um enorme impacto recente — até agora, só negativo — sobre o campo da psicoterapia. Somente terapias empiricamente validadas — na realidade, isso significa a terapia cognitivo-comportamental (TCC) breve — são autorizadas por muitos dos provedores de assistência médica gerenciada. Escolas de pós-graduação em psicologia que concedem graus de mestrado e doutorado estão reformulando seus currículos para se concentrar no ensino das TEVs; exames para a concessão de licença garantem que os psicólogos sejam adequadamente imbuídos do conhecimento da superioridade da TEV; e as principais agências federais de financiamento de pesquisas em psicoterapia sorriem com particular benevolência para a pesquisa em TEV.

Todos estes acontecimentos criam uma dissonância para muitos especialistas clínicos veteranos que são expostos diariamente aos gestores da assistência médica gerenciada que insistem no uso das TEVs. Os clínicos veteranos vêem uma aparente avalanche de evidências científicas que "demonstram" que sua própria abordagem é menos eficaz que a oferecida pelos terapeutas novatos (e baratos) que aplicam a TCC regrada em períodos de tempo assombrosamente breves. No fundo, eles sabem que isso está errado, suspeitam da presença de fumaça sem substância, mas não têm nenhuma réplica baseada em evidências e, de modo geral, retraíram-se e tentam ocupar-se com seu trabalho na esperança de que o pesadelo acabe.

Publicações metanalíticas recentes estão recuperando parte do equilíbrio. (Baseio-me fortemente na excelente revisão e análise de

Weston e Morrison.) Em primeiro lugar, insisto com os clínicos que tenham sempre em mente que terapias *não-validadas* não são terapias *invalidadas*. A pesquisa, para ser financiada, deve ter um desenho claro comparável ao das pesquisas que testam a eficácia dos fármacos. As exigências de desenho incluem pacientes "limpos" (isto é, pacientes com um único transtorno, sem sintomas de quaisquer outros grupos diagnósticos — um tipo de paciente raramente encontrado na prática clínica), uma intervenção terapêutica breve e um modo de tratamento reproduzível, preferencialmente regrado (isto é, passível de ser reduzido a um manual escrito passo a passo). Um desenho deste tipo favorece fortemente a TCC e exclui a maioria das terapias tradicionais que dependem de um relacionamento terapeuta-paciente íntimo (sem *script),* forjado na autenticidade e focado no aqui-e-agora, à medida que evolui espontaneamente.

Parte-se de muitas premissas falsas na pesquisa da TEV: que problemas de longo prazo podem ceder com a terapia breve; que os pacientes têm apenas um sintoma definível, que eles podem relatar com precisão no início da terapia; que os elementos da terapia eficaz são dissociáveis uns dos outros; e que um manual de procedimento sistemático escrito pode permitir que indivíduos minimamente treinados apliquem a psicoterapia com efetividade.

A análise dos resultados da TEV (Weston e Morrison) indica desfechos clínicos bem menos impressionantes do que se imaginava. Há pouco acompanhamento ao final de um ano e quase nenhum depois de dois anos. A resposta positiva inicial das TEVs (que é encontrada em qualquer intervenção terapêutica) levou a um quadro distorcido da eficácia. Os ganhos não são mantidos, e a percentagem de pacientes que permanece melhorada é surpreendentemente baixa. Não existem evidências de que a adesão do terapeuta aos manuais apresente uma correlação positiva com a melhora — de fato, existem evidências do contrário. Em geral, as implicações da pesquisa em TEV foram estendidas para muito além da evidência científica.

A pesquisa naturalista da prática clínica da TEV revela que a

terapia breve não é tão breve: os clínicos que empregam as TEVs breves atendem aos pacientes por muito mais horas que as citadas nos relatos de pesquisa. As pesquisas indicam (o que não é surpresa para ninguém) que um sofrimento agudo pode ser rapidamente aliviado, mas um sofrimento crônico exige uma terapia bem mais longa e uma mudança caracterológica — o mais longo curso de terapia de todos.

Não consigo resistir a levantar mais um ponto maldoso. Tenho um forte palpite (substanciado somente informalmente) de que os praticantes da TEV que precisam de ajuda psicoterápica pessoal não buscam uma terapia cognitivo-comportamental breve, mas, pelo contrário, recorrem a terapeutas altamente treinados, experientes, dinâmicos e não-regrados.

Capítulo 77

Sonhos — use-os, use-os, use-os

Por que tantos jovens terapeutas evitam trabalhar com sonhos? Meus supervisionados me dão várias respostas. Muitos se sentem intimidados pela natureza da literatura do sonho — tão volumosa, complexa, misteriosa, especulativa e controversa. Os estudantes freqüentemente ficam inebriados pelos livros sobres símbolos em sonhos, e pelos eflúvios dos debates cáusticos entre freudianos, junguianos, gestaltistas e visionários. Mas, também, existe a literatura em rápido desenvolvimento sobre a nova biologia dos sonhos, que algumas vezes é simpática ao trabalho dos sonhos e outras vezes o deprecia quando afirma que os sonhos são criações puramente aleatórias e sem sentido.

Outros se sentem frustrados e desestimulados pela própria forma dos sonhos — por sua natureza efêmera, críptica, extravagante e fortemente dissimulada. Outros, trabalhando numa estrutura de terapia breve exigida pela assistência médica gerenciada por planos de saúde, não têm tempo para o trabalho com sonhos. Por fim, e talvez o mais importante, muitos jovens terapeutas não tiveram a experiência de uma terapia pessoal investigativa que, ela própria, tiraria proveito do trabalho com sonhos.

Considero essa desatenção aos sonhos uma grande lástima e uma enorme perda para os pacientes de amanhã. Os sonhos podem oferecer uma ajuda inestimável numa terapia eficaz. Representam uma reformulação incisiva dos problemas mais profundos do paciente, embora numa linguagem diferente — uma linguagem de imaginário visual. Terapeutas com grande experiência sempre confiaram em sonhos. Freud considerava-os "a estrada real para o inconsciente". Embora eu concorde, não é essa, como discutirei, a principal razão pela qual considero os sonhos tão úteis.

Capítulo 78

Interpretação completa de um sonho? Esqueça!

De todas as concepções equivocadas que os jovens terapeutas têm sobre o trabalho com sonhos, a mais problemática é a noção de que a meta é interpretar um sonho de maneira completa e precisa. Essa idéia é destituída de mérito para a prática da psicoterapia, e peço com insistência aos meus alunos que a abandonem.

Freud fez uma tentativa heróica e celebrada de uma interpretação total na sua obra pioneira *Interpretação de sonhos* (1900), na qual ele analisou minuciosamente um de seus sonhos referente a uma mulher chamada Irmã, a quem ele tinha encaminhado a um amigo e colega para uma cirurgia. Desde a publicação do sonho de Irmã, muitos teóricos e clínicos propuseram novas interpretações e, mesmo agora, cem anos depois, perspectivas inéditas sobre aquele sonho continuam a surgir na literatura psicanalítica.

Mesmo que fosse possível interpretar um sonho integralmente, isso não seria necessariamente um bom uso da hora da terapia. Na minha própria prática, faço uma abordagem pragmática dos sonhos e uso-os como posso para facilitar a terapia.

Capítulo 79

Use os sonhos pragmaticamente: pilhagem e saque

O princípio fundamental que constitui a base do meu trabalho com sonhos é extrair deles tudo o que apressa e acelera a terapia. Saqueie e se apodere do sonho, extraia dele o que quer que pareça valioso e não se irrite com o invólucro descartado. Consideremos este sonho terrível que se seguiu à primeira sessão de uma paciente:

> Eu ainda estava na faculdade de direito, mas defendia um caso num tribunal aberto, grande, lotado. Eu ainda era uma mulher, mas meu cabelo estava aparado curto e estava vestida com um paletó masculino com botas de cano alto. Meu pai, vestindo uma longa toga branca estava em julgamento e eu era a promotora que o levava ao julgamento por uma acusação de estupro. Eu sabia na época que estava sendo suicida porque ele acabaria me perseguindo, me apanhando e me matando pelo que eu estava fazendo a ele.

O sonho a despertou às três da manhã e foi tão apavorante e tão real que, aterrorizada com um possível intruso, ela correu pela casa para verificar as trancas em todas as janelas e portas. Mesmo ao contar o sonho para mim três dias depois, ela ainda se sentia apreensiva.

Como nos apoderamos desse sonho a serviço da terapia? Em primeiro lugar, consideremos a ocasião em que ocorreu. Já que estávamos apenas começando a terapia, minha tarefa primordial era forjar uma forte aliança terapêutica. Conseqüentemente, minhas perguntas e comentários se concentraram primordialmente nos aspectos do sonho pertinentes ao compromisso e à segurança na situação terapêutica. Levantei questões como "O que você acha de levar seu pai a julgamento? Eu me pergunto se isso poderia estar

relacionado com você me falar sobre ele na nossa primeira sessão terapêutica. Você sente que é perigoso se expressar livremente neste consultório? E seus pensamentos sobre o tribunal ser aberto e estar lotado? Fico imaginando se você teria preocupações ou dúvidas sobre a privacidade e confidencialidade dos nossos encontros..."

Observe que *não* tentei interpretar o sonho. *Não* indaguei sobre muitos aspectos curiosos do sonho: a confusão de gênero, suas roupas, a toga branca do pai, a acusação de estupro. Eu os rotulei, e os guardei longe. Talvez eu possa voltar a essas imagens do sonho em sessões futuras, mas, nos primeiros estágios da terapia, tenho outra prioridade: preciso cuidar do alicerce da terapia — confiança, segurança e confidencialidade.

Outro paciente teve este sonho na noite seguinte à nossa primeira sessão:

> Entrei numa loja de departamentos para comprar todas as mercadorias de que precisava para uma viagem, mas havia coisas que me faltavam. Estavam embaixo, no subsolo, e comecei a descer as escadas, que eram escuras e instáveis. Foi apavorante. Vi um lagarto. Isso foi bom: gosto de lagartos — são resistentes e não mudaram nos últimos cem milhões de anos. Mais tarde, voltei ao andar de cima e procurei meu carro, que tinha as cores do arco-íris, mas ele tinha desaparecido — talvez sido roubado. Vi então minha mulher no estacionamento, mas meus braços estavam muito cheios com pacotes e eu estava apressado demais para ir até eia ou fazer alguma coisa, exceto acenar para ela. Meus pais também estavam lá, mas eles eram pigmeus e estavam tentando acender uma fogueira no estacionamento.

O paciente, um homem inflexível e não-introspectivo de 40 anos, tinha resistido à terapia por muito tempo e concordou em me consultar somente quando sua mulher ameaçou deixá-lo a menos que ele mudasse. Seu sonho foi obviamente influenciado pelo início da terapia, que é freqüentemente representada em sonhos como uma viagem ou jornada. Ele se sente despreparado para a aventura

terapêutica porque as mercadorias de que precisa estão no subsolo (isto é, suas profundezas, seu inconsciente), mas o acesso é difícil e sinistro (as escadas são escuras, apavorantes e instáveis). Além do mais, ele resiste à aventura terapêutica — ele admira lagartos, que não mudam há cem milhões de anos. Ou, talvez, ele seja ambivalente sobre a mudança — seu carro tem as cores ousadas do arco-íris, mas ele não consegue encontrá-lo.

Minha tarefa nas sessões iniciais? Ajudá-lo a se engajar na terapia e ajudá-lo a superar sua resistência a ela. Assim sendo, concentrei-me somente nos componentes do sonho que tinham relação com o início da terapia: o símbolo da jornada, seu senso de despreparo e inadequação, as escadas sombrias e instáveis, a descida, o lagarto. Evidentemente, não indaguei sobre outros aspectos do sonho: a esposa e as dificuldades de se comunicar com ela e os pais, que, transformados em pigmeus, acenderam uma fogueira no estacionamento. Não que esses aspectos não fossem importantes — em sessões futuras, gastaríamos um tempo considerável na exploração dos seus relacionamentos com a esposa e os pais —, mas, na segunda sessão de terapia, havia outras questões que tinham precedência.

Este sonho, incidentalmente, ilustra um aspecto importante da compreensão do fenômeno, que Freud descreveu em *A interpretação dos sonhos*. Observe que o sonho lida com várias idéias abstratas — entrar na psicoterapia, medo de explorar o inconsciente pessoal, sentimentos de inadequação, incerteza sobre mudança pessoal. Ainda assim, os sonhos (além de uma experiência auditiva bem ocasional) são fenômenos visuais, e a instância da mente que produz os sonhos precisa encontrar um modo de transformar idéias abstratas para as formas visuais (uma jornada, escadas instáveis descendo para um subsolo, um lagarto, um carro com as cores do arco-íris).

Outro exemplo clínico

Um homem de 45 anos, que tinha estado em profundo luto desde a morte da esposa quatro anos antes, era um sonhador prolífico e relatava sonhos longos, complexos e impressionantes durante cada sessão. Era necessário fazer uma triagem: o tempo não permitiria uma investigação de todos os sonhos e tive de selecionar os que poderiam facilitar nosso trabalho no seu luto crônico patológico. Consideremos estes dois sonhos:

> Eu estava na minha casa de veraneio e minha mulher estava lá, indistinta — uma presença em segundo plano. A casa tinha um tipo diferente de telhado, um telhado de relva, e um cipreste alto crescia nele — era uma árvore bonita, mas estava colocando a casa em perigo e tive de cortá-la.
>
> Eu estava em casa e, para consertar o telhado, colocava uma espécie de ornamento nele quando senti um grande terremoto e vi a silhueta da cidade sacudindo ao longe, e vi duas torres gêmeas caírem.

Esses sonhos tinham obviamente relação com seu luto — suas associações com "relva", bem como o "ornamento" do telhado, eram o túmulo e a lápide da esposa. Não é raro que a vida de uma pessoa seja descrita como casa nos sonhos. A morte da esposa e seu luto interminável foram incorporados pelo cipreste, que colocava em risco a sua casa e que, portanto, ele teve de cortar. No segundo sonho, a morte da mulher foi representada pelo terremoto, que fez desmoronar as torres gêmeas — o casal casado. (Este sonho, incidentalmente, ocorreu anos antes do ataque terrorista ao World Trade Center.) Vínhamos trabalhando na terapia sobre a problemática de aceitar o fato de que o estado de casal no qual ele tinha vivido sua vida não existia mais, que a mulher estava realmente morta e que ele tinha que se desprender gradualmente da mulher e retomar a vida. Os reforços fornecidos por seus sonhos foram de

grande utilidade na terapia — representaram para ele uma mensagem da fonte de sabedoria dentro dele de que tinha chegado a hora de derrubar a árvore e voltar sua atenção para o viver.

Algumas vezes, o sonho de um paciente contém uma imagem tão poderosa, tão sobredeterminada, com tantas camadas de significado, que ele se aloja na minha mente e me refiro ao sonho vezes seguidas durante o curso subseqüente da terapia.

Por exemplo:

> Eu estava na varanda da minha casa, olhando pela janela para o meu pai sentado à sua mesa. Entrei e pedi-lhe dinheiro para a gasolina do meu carro. Ele colocou a mão no bolso e, ao me passar muitas notas, apontou para o meu bolso. Abri minha carteira e ela já estava cheia de dinheiro. Eu disse então que meu tanque de gasolina estava vazio, ele saiu, foi até o meu carro e apontou para o marcador de gasolina, que indicava CHEIO.

O principal tema neste sonho era o vazio *versus* a plenitude. A paciente queria alguma coisa do pai (e de mim, já que a sala no sonho lembrava a configuração do meu consultório), mas ela não conseguia imaginar o que seria. Ela pediu dinheiro e gasolina, mas sua carteira já estava recheada de dinheiro e seu tanque de gasolina estava cheio. O sonho representava seu sentimento dominante de vazio, bem como sua crença de que eu tinha o poder de saciá-la, se ela ao menos conseguisse descobrir qual era a pergunta certa a fazer. Portanto, ela insistia em implorar alguma coisa de mim — cumprimentos, idolatria, tratamento especial, presentes de aniversário —, sabendo o tempo todo que estava errada. Minha tarefa na terapia era redirecionar a atenção dela — afastar-se dos ganhos de suprimentos de um outro, para ir em direção à riqueza de seus próprios recursos internos.

Outra paciente sonhou que era corcunda e, estudando a própria imagem no espelho, tentou se desvencilhar da corcunda persistente, que, no final, acabou se transformando num bebê berrando com unhas longas agarradas e encravadas nas suas costas.

A idéia de seu bebê interior importuno gritando direcionou sua futura terapia de maneira importante.

Outra paciente, que se sentia aprisionada porque tinha de cuidar de sua mãe idosa exigente, sonhou que seu próprio corpo tinha se transformado e assumido o formato de uma cadeira de rodas.

Um terceiro paciente, que iniciou a terapia com amnésia relativa aos eventos dos dez primeiros anos de sua vida e com uma curiosidade incrivelmente pequena sobre o seu passado, sonhou que estava caminhando pela costa do Pacífico e descobriu um rio que corria para trás, afastando-se do oceano. Ele seguiu o rio e logo se deparou com o pai morto, um homem sem-teto, maltrapilho, de pé diante da entrada de uma caverna. Um pouco adiante, ele descobriu seu avô em circunstâncias idênticas. Esse paciente era perseguido por uma angústia frente à morte, e a imagem do sonho do rio correndo para trás sugeriu uma tentativa de interromper o avanço inexorável do tempo — caminhar para trás através do tempo para descobrir ainda vivos o seu pai e avô mortos. Ele se sentia muito envergonhado com as fraquezas e os fracassos de sua família, e o sonho abriu um importante segmento de trabalho, tanto sobre sua vergonha com relação ao seu passado quanto o seu terror de recapitulá-lo.

Outro paciente teve um pesadelo horrível:

> Minha filha e eu estávamos fazendo uma caminhada quando ela subitamente começou a afundar. Ela tinha caído em areia movediça. Fui correndo abrir minha mochila para pegar minha câmera, mas tive dificuldade em abrir o zíper da mochila e, em seguida, ela tinha desaparecido, havia afundado e eu não a via mais. Era tarde demais. Não pude salvá-la.

Um segundo sonho naquela mesma noite:

> Minha família e eu tínhamos sido aprisionados numa casa por um homem mais velho que matara pessoas. Fechamos alguns portões

> pesados e, depois, saí para conversar com o assassino, que tinha um rosto estranhamente familiar e estava vestido como se pertencesse à realeza, e disse: 'Não quero ofendê-lo, mas, nessas circunstâncias, você tem de entender nossa relutância em deixá-lo entrar'.

O paciente estava num grupo de terapia e, pouco antes do sonho, vários membros tinham ficado frente a frente com ele para lhe dizer que ele agia como o cameraman do grupo, um observador que não participava pessoalmente e não levava seus sentimentos para o grupo. Não raro, acontece uma continuação do sonho na mesma noite expressando a mesma questão, mas numa linguagem imagética diferente. (Freud se referia a tais sonhos como sonhos companheiros.) No nosso trabalho terapêutico, continuamos, como em todos os outros exemplos, a enfatizar as partes do sonho pertinentes ao estágio presente da terapia — nesse caso, a falta de comprometimento e o afeto restrito — e não fazemos nenhuma tentativa de entender o sonho em sua totalidade.

Capítulo 80

Domine algumas técnicas de navegação pelos sonhos

Existem vários recursos bem testados para se trabalhar com sonhos. Em primeiro lugar, deixe claro que você está interessado neles. Acho essencial indagar sobre sonhos na primeira sessão (freqüentemente no contexto da exploração dos padrões de sono). Pergunto particularmente sobre sonhos repetitivos, pesadelos ou outros sonhos fortes. Os sonhos que ocorrem na noite anterior ou nas noites mais recentes geralmente fornecem associações mais produtivas que os mais antigos.

Perto do final da minha primeira sessão, enquanto preparo o paciente para a terapia (veja o capítulo 27), incluo comentários sobre a importância dos sonhos. Se o paciente alega que não sonha ou que não se lembra dos sonhos, dou as instruções convencionais: "Mantenha um bloco de anotações ao lado da cama. Anote qualquer parte do sonho que você lembrar de manhã ou durante a noite. De manhã, reveja o sonho em sua mente, antes mesmo de abrir os olhos. Ignore a voz interna traiçoeira que lhe diz para não se dar ao trabalho de escrever porque é tão vivido que você não o esquecerá" Com estímulos persistentes, ao final (algumas vezes meses depois) mesmo os pacientes mais recalcitrantes começarão a se lembrar dos sonhos.

Embora eu geralmente não faça anotações durante a sessão (exceto na primeira sessão ou na segunda), sempre escrevo as descrições dos sonhos — eles são freqüentemente complexos e contêm muitos detalhes pequenos, porém carregados de significado. Além do mais, sonhos importantes podem surgir para discussão repetidas vezes durante o curso da terapia, e é útil ter um registro deles. (Alguns terapeutas fazem questão de pedir ao paciente que descreva um sonho uma segunda vez porque as discrepâncias entre

as duas descrições podem fornecer pistas sobre os pontos importantes do sonho.) Penso que pedir ao paciente que repita o sonho no tempo presente freqüentemente dá vida ao sonho e mergulha o paciente de volta nele.

Geralmente a minha primeira pergunta é sobre o efeito do sonho. "Quais são os sentimentos que você experimenta nas várias partes do sonho? Qual é o núcleo emocional do sonho?" Em seguida, peço insistentemente que os pacientes escolham partes do sonho e associem livremente com o conteúdo. Ou posso selecionar partes promissoras do sonho para que eles meditem sobre elas. "Pare por um minuto ou dois", eu os instruo, "e pense sobre [alguma parte do sonho] e deixe sua mente vagar livremente. Pense em voz alta. Diga qualquer coisa que vier à mente. Não censure nada, não rejeite os pensamentos porque parecem bobos ou irrelevantes."

E, é claro, indago sobre os eventos relevantes do dia que antecedeu o sonho (o "resíduo diurno"). Sempre achei bastante útil a formulação de Freud de que o sonho toma emprestado os componentes básicos do resíduo diurno, mas que, para que as imagens sejam suficientemente importantes para serem incorporadas a ele, elas precisam ser reforçadas por preocupações mais antigas, significativas, carregadas de afeto.

Algumas vezes, é útil considerar que todas as figuras no sonho são aspectos do sonhador. O terapeuta gestaltista Fritz Perls, que inventou várias técnicas poderosas para trabalhar sonhos, considerava que tudo no sonho representava algum aspecto do sonhador e pedia a ele que falasse de cada objeto no sonho. Lembro-me de vê-lo trabalhar eficazmente com um homem que sonhou que não era possível dar partida no seu carro por causa de uma vela de ignição com defeito. Ele pediu ao sonhador que desempenhasse o papel de várias partes — o carro, a vela de ignição, os passageiros — e falasse como se fosse cada uma delas. A intervenção lançou luz sobre sua protelação e sua ambivalência paralisante; ele não queria seguir adiante com sua vida da forma como a tinha definido, e, em vez disso, Perls ajudou-o a explorar

seus outros caminhos não percorridos e uma outra vocação de vida negligenciada.

Capítulo 81

Conheça a vida do paciente pelos sonhos

Outra utilidade valiosa dos sonhos tem pouco a ver com o inconsciente ou o desvendamento da distorção do sonho ou a descoberta do significado do sonho. O sonho é uma trama extraordinariamente rica, atravessada pelas memórias comoventes significativas do passado. O simples realce dessas memórias pode ser freqüentemente uma iniciativa valiosa. Consideremos este sonho:

> Estou num quarto de hospital. A enfermeira entra empurrando um carrinho coberto de jornais velhos e um bebê com um rosto vermelho vivo. 'De quem é o bebê?', eu pergunto. 'Não o querem', ela responde. Eu o pego e sua fralda vaza em mim. Eu grito, 'Não o quero, não o quero, não o quero'.

As associações da paciente com os dois pontos carregados de emoção desse sonho — o bebê vermelho e seu grito "não o quero" — foram intensas e profundamente informativas. Ela pensou sobre bebês vermelhos e depois pensou nos bebês azuis e amarelos. O bebê vermelho a fez pensar num aborto que fizera quando era adolescente e na raiva, rejeição e recusa dos pais em falar com ela, exceto para insistir em que ela conseguisse um trabalho depois da escola para ficar longe de novos problemas. Depois, ela pensou numa menina que havia conhecido na quarta série, que era o bebê azul, e que tinha feito uma cirurgia no coração e tinha desaparecido, para nunca mais voltar para a escola. Provavelmente tinha morrido, mas já que os professores da paciente nunca voltaram a mencioná-la, ela teve calafrios durante anos com a idéia da morte como um desaparecimento súbito e arbitrário sem deixar nenhum rastro. "Azul" também significava depressão, lembrando-a dos

irmãos mais jovens cronicamente deprimidos. Ela nunca quis irmãos e sentia-se contrariada por ter que dividir um quarto com eles. E, então, ela pensou no "bebê amarelo" e na hepatite grave que teve aos 12 anos, e em como se sentiu abandonada pelos amigos durante as semanas de internação hospitalar. Bebê amarelo também a lembrava do nascimento do filho e o quanto ela ficou aterrorizada quando ele teve icterícia ao nascer.

A outra parte emotiva do sonho — o grito "não o quero" — tinha muitas implicações para ela: o marido que não queria que ela tivesse o bebê, ela se sentindo in-desejada pela mãe, o pai sentado no seu leito dezenas de vezes e a tranqüilizando exageradamente, dizendo que ela fora uma criança desejada, sua própria rejeição pelos irmãos mais jovens. Ela lembrou como uma menina branca de 10 anos, tinha entrado numa escola de maioria negra no Bronx, recentemente integrada, onde era "indesejada" e atacada pelos outros estudantes. Mesmo sendo a escola perigosa, o pai, um advogado de direitos civis, apoiava vigorosamente a integração nas escolas e se recusou a transferi-la para uma escola particular — outro exemplo, ela pensou, de como ela e seus principais interesses não contavam para os pais. E, o mais relevante de tudo para o nosso trabalho, ela sentia que não era desejada por mim; considerava sua necessidade tão profunda que tinha ocultado isso de mim para que eu não ficasse farto disso e assim decidisse parar de tratá-la.

Se não fosse pelo seu sonho, muitas dessas memórias carregadas de emoção poderiam nunca ter vindo à tona em nossa terapia. O sonho forneceu material para semanas de ricas discussões.

As pessoas que aparecem nos sonhos podem freqüentemente ser figuras compostas — não parecem exatamente com ninguém, mas existem partes de muitas pessoas nelas. Freqüentemente peço aos pacientes, se eles ainda vêem o sonho e a pessoa mentalmente, que se concentrem no rosto e façam associação livre. Ou posso sugerir que fechem os olhos e permitam que o rosto se transforme em outros rostos e que me descrevam o que eles vêem. Desta maneira, muitas vezes tomei conhecimento de toda a espécie de indivíduos desaparecidos — tios, tias, melhores amigos, ex-amores,

professores — que desempenharam algum papel importante, embora esquecido, na vida do paciente.

Algumas vezes, é útil que você reaja espontaneamente, para expressar algumas das suas próprias associações frouxas com o sonho. Obviamente, isso poderá direcionar o trabalho, já que são as associações do paciente, e não as suas, que levam a uma visão mais verdadeira do sonho, mas já que estou preocupado com o que faz avançar o trabalho terapêutico, e não com alguma ilusória interpretação genuína do sonho, isso não me incomoda. Consideremos, por exemplo, o seguinte sonho:

> Estou no seu consultório, mas ele é muito maior e nossas cadeiras parecem grandes e muito afastadas uma da outra. Tento me aproximar, mas, em vez de caminhar, vou rolando pelo chão até você. Então você também se senta no chão e nós continuamos a conversar, com você segurando meus pés. Digo que não gosto que cheire os meus pés. Você então os coloca perto da sua bochecha. Gosto disso.

A paciente conseguiu usar bem pouco esse sonho. Perguntei sobre eu cheirar os seus pés, e ela descreveu seu medo de que eu visse seu lado mais sombrio, desagradável e que a rejeitasse. Mas o resto do sonho pareceu misterioso e opaco para ela. Então expressei minha reação: "Margaret, este sonho parece ser de alguém bem jovem — o quarto e os móveis grandes, você rolando sobre mim, nós dois no chão, eu cheirando seus pés, segurando-os contra a minha bochecha —, toda a atmosfera do sonho me faz sentir que se trata do ponto de vista de uma criança bem nova."

Meus comentários tocaram algum ponto importante, pois, a caminho de casa depois da sessão, ela foi inundada de memórias esquecidas da maneira como ela e a mãe freqüentemente massageavam os pés uma da outra enquanto tinham longas conversas íntimas. Ela tinha tido um relacionamento altamente problemático com a mãe e, durante muitos meses de terapia, ela havia defendido a posição de que a mãe tinha sido implacavelmente

distante e que elas tinham compartilhado poucos momentos de intimidade física. O sonho nos disse o oposto e conduziu ao próximo estágio da terapia, no qual ela reformulou o passado e sua visão sobre os pais com matizes mais suaves e mais humanos.

Outro sonho que anunciou ou conduziu a uma nova fase da terapia foi narrado por um paciente que tinha amnésia de parte considerável de sua infância e exibia uma estranha falta de curiosidade sobre o seu passado.

> Meu pai ainda estava vivo. Eu estava na casa dele e olhava alguns envelopes e cadernos que eu só deveria abrir depois que ele estivesse morto. Mas então percebi uma luz verde brilhando intermitentemente, que eu via através de um dos envelopes abertos. Parecia o meu celular piscando.

O despertar da curiosidade do paciente e a chamada do seu *self* interior (a luz verde piscante) instruindo-o a voltar seu olhar para o seu relacionamento com o pai são imediatamente evidentes neste sonho.

Um último exemplo de um sonho abrindo novos panoramas para a terapia:

> Estava me vestindo para um casamento, mas não conseguia encontrar meu vestido. Deram-me uma pilha de madeira para construir o altar do casamento, mas eu não tinha a menor idéia de como fazê-lo. Em seguida, minha mãe estava trançando meus cabelos ao estilo nagô. Na seqüência, estávamos sentadas num sofá, sua cabeça estava bem perto do meu rosto e pude sentir os bigodes dela; depois ela desapareceu e eu estava sozinha.

A paciente não teve nenhuma associação digna de nota para este sonho — especialmente a estranha imagem das trancas nagô (com a qual ela não tinha nenhuma experiência pessoal) —, até que, na noite seguinte, quando, deitada na cama e a ponto de adormecer,

ela subitamente se lembrou que Martha, sua amiga havia muito esquecida, mas a melhor amiga da primeira à terceira série, tinha trancas no estilo nagô! Ela contou sobre um episódio na terceira série, quando a professora lhe deu como prêmio pelo bom trabalho de classe o privilégio de armar as decorações do Dia das Bruxas da sala e de escolher outro aluno para ajudá-la. Pensando que seria uma boa idéia ampliar suas amizades, ela escolheu outra menina, e não a Martha.

"Martha nunca mais falou comigo", disse com tristeza, "e ela foi a última melhor amiga que já tive." Ela então continuou e contou a história de sua solidão durante toda a vida e todas as relações íntimas potenciais que ela de alguma forma sabotou. Outra associação (com a imagem onírica da cabeça perto dela) foi com sua professora da quarta série, colocando sua cabeça bem perto da dela, como se fosse murmurar algo meigo, mas, em vez disso, sibilando, "Por que você fez isto?" Os bigodes no sonho trouxeram-lhe à mente minha barba e o seu medo de deixar que eu me aproximasse demais dela. A reconexão da paciente com o sonho à medida que ela se aproximava do sono na noite seguinte é um exemplo de memórias associadas a estado mental — um fenômeno que não é raro.

Capítulo 82

Preste atenção ao primeiro sonho

Desde o artigo de Freud, de 1911, sobre o primeiro sonho em psicanálise, os terapeutas têm tido um respeito particular pelo primeiro sonho do paciente em terapia. Esse sonho inicial, Freud acreditava, é freqüentemente um documento de valor inestimável, que oferece uma visão excepcionalmente reveladora dos problemas centrais, porque o tecelão de sonhos no inconsciente do paciente ainda é ingênuo e está com a guarda baixa. (Apenas por motivos retóricos, Freud algumas vezes falou da instância da mente que elabora os sonhos como se fosse um homúnculo independente.) Mais tarde na terapia, quando a habilidade do terapeuta de interpretar os sonhos se tornar evidente, nossos sonhos tornam-se mais complexos e obscuros.

Lembremos a presciência dos dois primeiros sonhos do capítulo 79. No primeiro, uma mulher advogada foi a promotora que acusou o pai de estupro. No segundo, um homem partindo para uma longa jornada fez compras numa loja de departamentos na qual ele teve de descer uma escada escura. Aqui estão mais alguns.

Uma paciente cujo marido estava morrendo de um tumor cerebral teve este sonho na noite anterior à sua primeira sessão terapêutica:

> Ainda sou uma cirurgiã, mas sou também uma aluna de pós-graduação em inglês. Minha preparação para um curso envolve dois textos diferentes, um antigo e um moderno, cada um com o mesmo nome. Estou despreparada para o seminário porque não li nenhum dos dois textos. Em especial não tinha lido o primeiro texto, antigo, que teria me preparado para o segundo.

Quando perguntei se ela sabia o nome dos textos, ela respondeu, "Ah, sim, lembro-me claramente deles. Cada um dos livros, o antigo e o novo, era intitulado *A morte da inocência"*

Esse sonho extremamente presciente prefigurou muito do nosso trabalho futuro. O texto antigo e o moderno? Ela tinha certeza de que sabia o que representavam. O texto antigo era a morte do irmão num acidente de trânsito vinte anos antes. A morte anunciada do marido era o texto moderno. O sonho nos disse que ela só seria capaz de lidar com a morte do marido depois que tivesse aceitado a perda do irmão, perda essa que a tinha marcado por toda a sua vida, que tinha demolido todos seus jovens e inocentes mitos sobre a providência divina, a segurança do lar, a presença da justiça no universo, o senso de ordem que prescrevia que os velhos morrem antes dos jovens.

Os primeiros sonhos freqüentemente expressam as expectativas ou temores dos pacientes sobre a terapia iminente. Meu primeiro sonho na análise ainda está fresco na minha mente depois de quarenta anos.

> Estou deitado na mesa de exame de um médico. O lençol é pequeno demais para me cobrir adequadamente. Vejo uma enfermeira inserindo uma agulha na minha perna — na canela. De repente, surge um som explosivo sibilante, gorgolejante — RHUUUUUCH.

O significado do núcleo do sonho — o *rhuuuch* alto — foi instantaneamente claro para mim. Quando criança, eu era atormentado por uma sinusite crônica e todo inverno minha mãe me levava até o dr. Davis para uma drenagem e lavagem sinusal. Eu odiava os dentes amarelos dele e o olho de peixe me examinando minuciosamente pelo centro do espelho circular, preso à faixa em torno da cabeça que os otorrinolaringologistas costumavam usar. Lembro daquelas consultas: ele inserindo uma cânula no meu forame sinusal, eu sentindo uma dor aguda e, então, ouvindo um

rhuuuuuch ensurdecedor quando ele injetava uma solução para lavar os meus seios nasais. Lembro-me de observar o conteúdo nojento gelatinoso da panela semicircular de drenagem de cromo e de pensar que parte dos meus miolos tinha sido despejada juntamente com o pus e o muco.

Todos os meus medos pela análise iminente se expressaram no sonho: que eu seria exposto (o lençol pequeno demais) e que entrariam dolorosamente em mim (a inserção da agulha), que eu perderia minha mente, passaria por uma lavagem cerebral e sofreria uma lesão aflitiva numa parte longa e firme do corpo (representado como uma canela).

Uma paciente certa vez sonhou na noite anterior à sua primeira sessão que eu quebraria todas as janelas da sua casa e lhe daria uma injeção de anestesia no coração. Nossa discussão sobre a injeção de anestesia no coração revelou que, embora fosse uma cientista de grande sucesso, ela estava fortemente tentada a desistir de sua carreira e tentar se tornar pintora. Ela estava com medo de que minha terapia colocasse seu coração de artista para dormir e a forçasse a continuar com sua trajetória de vida mais racional, embora amortecida.

Esses sonhos nos fazem lembrar que as concepções equivocadas sobre a terapia são profundas e tenazes. Não se deixe enganar pelas aparências. Parta do pressuposto de que os novos pacientes têm medos e estão confusos sobre a terapia, e não deixe de preparar cada paciente para o curso da psicoterapia.

Capítulo 83

Fique atento aos sonhos com o terapeuta

De todos os sonhos oferecidos pelos pacientes, acredito que não exista nenhum mais valioso à jornada terapêutica que aqueles que envolvem o terapeuta (ou algum substituto simbólico do terapeuta). Esses sonhos representam um grande potencial para o desfecho da terapia e, como mostram os exemplos a seguir, merecem ser tratados com cuidado.

Um paciente sonhou o seguinte:

> Estou no seu consultório e você me diz, 'Você é um pássaro estranho. Nunca vi nada parecido com você antes'.

Como de costume, perguntei sobre a sensação que o sonho passava. "Caloroso e aconchegante" ele respondeu. Esse paciente, que tinha vários hábitos obsessivo-compulsivos ritualísticos incomuns, geralmente subestimava seus muitos recursos — sua inteligência, a grande amplitude de conhecimento e interesses, sua dedicação a uma vida de bons préstimos. Ele se convencera de que eu estaria interessado somente em sua estranheza. Da mesma forma como eu me interessaria por uma aberração de circo. O sonho nos levou para o importante terreno de sua prática ao longo de toda a vida de cultivar extravagâncias como um modo de interagir com os outros. Em pouco tempo, o caminho levou para o autodesprezo e aos temores de que ele fosse rejeitado pelos outros por causa de sua vacuidade, superfkialidade e fantasias sádicas.

Um sonho de outra paciente:

> Você e eu estamos fazendo sexo na minha classe da sexta série. Estou sem roupa, mas você ainda está inteiramente vestido.

> Pergunto se foi suficientemente satisfatório para você.

Essa paciente tinha sofrido abuso sexual por um professor no ensino fundamental e tinha se mostrado excessivamente contrariada para discutir sobre o tema nas nossas sessões recentes. Nosso trabalho com o sonho abriu várias questões cáusticas. Ela tinha se sentido sexualmente estimulada por nossa discussão íntima sobre sexo. "Falar de sexo com você é um pouco parecido com fazer sexo com você", ela disse, e suspeitou que eu, também, tivesse sido estimulado e viesse obtendo um prazer voyeurístico de suas revelações. Ela discutiu seu desconforto com a desigualdade da exposição — em nossas sessões, ela se despia enquanto eu continuava oculto. A questão levantada no sonho sobre minha satisfação sexual refletia o medo dela de que a única coisa que ela tinha a dar era sexo e que eu a abandonaria se ela deixasse de oferecê-lo para mim.

Outro sonho:

> Eu estava numa casa de dois andares. Havia uma menina de nove anos tentando derrubá-la e eu a rechacei. Vejo então um caminhão da Legião da Boa Vontade batendo várias vezes seguidas contra os alicerces do meu quarto. Ouço as palavras, 'A mão que ajuda volta a atacar'.

Meu papel nesse sonho como o caminhão da Legião da Boa Vontade que ameaça os alicerces da casa dela é inconfundível. Mas, só para o caso de não o percebermos, o sonho acrescenta redundantemente, "A mão que ajuda volta a atacar". A paciente, uma mulher reprimida, inibida, vinha de uma família de alcoólatras que investia muito em esconder os segredos da comunidade. O sonho expressou seus temores de exposição, bem como uma advertência para que eu fosse gentil e cuidadoso.

Outro exemplo clínico. Perto do fim da terapia, uma paciente sonhou o seguinte:

> Estamos assistindo a uma conferência juntos num hotel. Em algum momento você sugere que eu consiga um quarto vizinho ao seu para que possamos dormir juntos. Vou então até a recepção do hotel e tomo providências para que meu quarto seja trocado. Então, pouco tempo depois, você muda de idéia e me diz que não é uma boa idéia, afinal de contas. Volto à recepção para cancelar a transferência. Mas é tarde demais: todas as minhas coisas tinham sido levadas para o novo quarto. Entretanto, então, acabamos descobrindo que o novo quarto é muito melhor — maior, mais alto, tem uma vista melhor. E, numerologicamente, o número do quarto, 929, é bem mais propício.

Este sonho surgiu quando a paciente e eu estávamos começando a discutir o encerramento da terapia. Expressava a opinião dela de que, no início, eu fora sedutor (isto é, a imagem do sonho da minha sugestão de que ela e eu pegássemos quartos vizinhos e dormíssemos juntos) e que ela reagira se aproximando de mim (ela trocou de quarto), mas, depois, quando mudei de idéia sobre fazer sexo com ela, ela não conseguiu ter o velho quarto de volta — isto é, ela já tinha passado por uma mudança irreversível. Além do mais, a mudança tinha sido para melhor — o novo quarto era superior com implicações numerológicas salutares. Essa paciente era uma mulher excepcionalmente bonita que exsudava sexualidade e, no passado, tinha se relacionado com todos os homens por meio de alguma forma de sexualidade explícita ou sublimada. O sonho sugere que a energia sexual entre nós pode ter sido essencial para que a ligação terapêutica fosse forjada, o que, uma vez implantada, facilitara mudanças irreversíveis.

Outro exemplo clínico:

> Estou no seu consultório. Vejo uma mulher bonita de olhos escuros com uma rosa nos cabelos, reclinada num sofá. Ao me aproximar, percebo que a mulher não é o que tinha parecido: seu sofá é na verdade um ataúde, os olhos são escuros não de beleza, mas de morte, e sua rosa rubra não é uma flor, mas uma ferida

mortal sangrenta.

Essa paciente (descrita extensamente em *Momma and the Meaning of Life)* tinha expressado muitas vezes sua relutância em me ver como uma pessoa real. Na nossa discussão sobre o sonho, ela disse: "Sei que sou essa mulher e qualquer pessoa que se aproxima de mim será, *ipso facto,* apresentada à morte — outro motivo para mantê-lo afastado, mais um motivo para que você não se aproxime demais."

O sonho nos levou ao tema de ela ser amaldiçoada: muitos homens que ela amou tinham morrido e ela acreditava que carregava a morte com ela. Era a razão pela qual se recusava a permitir que eu me materializasse como uma pessoa — ela me queria fora do tempo, sem uma narrativa de vida que consistisse numa trajetória com um começo e, é claro, mais importante de tudo, com um fim.

Meus cadernos estão cheios de muitos outros exemplos de minha presença nos sonhos dos meus pacientes. Um paciente sonhou que urinou no meu relógio, outro que ficou perambulando pela minha casa, conheceu minha mulher e se tornou parte de minha família. À medida que envelheço mais, os pacientes sonham com minha ausência ou morte. Na introdução, citei o sonho de uma paciente que, ao entrar no meu consultório deserto, encontrou apenas uma chapeleira com meu chapéu-panamá coberto de teias de aranha. Outra entrou no meu consultório e encontrou um bibliotecário sentado à minha mesa, que a informou que meu consultório tinha sido convertido numa biblioteca memorial. Todos os terapeutas podem fornecer outros exemplos.

Capítulo 84

Tenha cuidado com os riscos ocupacionais

O ambiente aconchegante do consultório de psicoterapia — poltronas confortáveis, móveis de bom gosto, palavras gentis, o compartilhamento, o calor, o compromisso íntimo — muitas vezes obscurece os perigos ocupacionais. A psicoterapia é uma vocação exigente, e o terapeuta de sucesso deve ser capaz de tolerar o isolamento, a ansiedade e a frustração que são inevitáveis no trabalho.

Um grande paradoxo é o fato de que os psicoterapeutas, que apreciam tanto a busca dos seus pacientes pela intimidade, devem vivenciar o isolamento como um importante risco profissional. Ainda assim, freqüentemente os terapeutas são criaturas solitárias, passando todo o seu dia de trabalho enclausurados em sessões a dois (um terapeuta e um paciente) e raramente vendo os colegas, a menos que façam um esforço tremendo para criar atividades de estudo em grupo em suas vidas. Sim, é claro, as sessões a dois do cotidiano do terapeuta são banhadas em intimidade, mas é uma forma de intimidade insuficiente para sustentar a vida do terapeuta, uma intimidade que não fornece o alimento e a renovação que emana dos relacionamentos profundos e amorosos com os amigos e a família. Uma coisa é estar a favor do outro, mas outra coisa bem diferente é estar em relacionamentos que sejam igualmente recompensadores para si próprio e para o outro.

É demasiado freqüente nós, terapeutas, negligenciarmos nossos relacionamentos pessoais. Nosso trabalho torna-se nossa vida. No final do nosso dia de trabalho, tendo dado tanto de nós mesmos, sentimo-nos drenados de desejo por mais relacionamentos. Além disso, os pacientes são tão gratos, nos adoram tanto, nos idealizam tanto que nós terapeutas corremos o risco de passarmos a

apreciar menos os membros da família e os amigos, que não reconhecem nossa onisciência e excelência em todas as coisas.

A visão de mundo do terapeuta é, por si só, isoladora. Os terapeutas maduros vêem os relacionamentos de maneira diferente, algumas vezes perdem a paciência com o ritual e a burocracia sociais, não conseguem tolerar os encontros superficiais e fugazes e a conversa fiada de muitas reuniões sociais. Quando viajam, alguns terapeutas evitam contato com outros ou ocultam sua profissão porque são deixados de lado pelas reações distorcidas do público em relação a eles. Os terapeutas estão fartos não apenas de serem irracionalmente temidos ou desvalorizados, mas de serem sobrevalorizados e considerados capazes de ler a mente ou de apresentar soluções gerais a diversos problemas.

Embora os terapeutas devessem estar acostumados com a idealização ou depreciação que enfrentam no trabalho cotidiano, isso raramente acontece. Pelo contrário, freqüentemente vivenciam ondas perturbadoras de dúvidas sobre si próprios ou grandiosidade. Esses desvios na autoconfiança — na verdade, todas as mudanças nos estados internos — devem ser cuidadosa e minuciosamente examinados pelos terapeutas para que não interfiram no trabalho terapêutico. Experiências de vida negativas enfrentadas pelo terapeuta — tensões no relacionamento, nascimento de filhos, tensões na criação de filhos, luto, discórdia conjugai e divórcio, contratempos inesperados, calamidades da vida, doenças — podem aumentar dramaticamente a tensão e a dificuldade de praticar terapia.

Todos esses riscos profissionais são fortemente influenciados pelo cronograma de trabalho da pessoa. Os terapeutas que estão sob pressões financeiras pessoais e agendam de quarenta a cinqüenta horas por semana encontram-se sob um risco muito maior. Sempre considerei a psicoterapia mais como uma vocação que uma profissão. Se acumular riqueza, mais que prestar serviços, for a motivação primordial, a vida de psicoterapeuta não é uma boa escolha de carreira.

A desmoralização do terapeuta está também relacionada à

amplitude de sua atuação profissional. A especialização excessiva, particularmente nas áreas clínicas carregadas de grande dor e desolação — por exemplo, trabalhar com pessoas agonizantes ou grave e cronicamente doentes ou psicóticas —, coloca o terapeuta em grande risco; acredito que o equilíbrio e a diversidade do exercício profissional contribuem imensamente para um senso de renovação.

Quando discuti anteriormente a transgressão do envolvimento sexual com pacientes, chamei a atenção para a similaridade do relacionamento terapeuta-paciente com qualquer relacionamento passível de exploração contendo um diferencial de poder. Mas existe uma importante diferença inerente à própria intensidade do empreendimento terapêutico. A ligação terapêutica pode se tornar tão forte — tanto é revelado, tanto é indagado, tanto é oferecido, tanto é compreendido — que surge o amor, não apenas do paciente, mas também dos terapeutas, que precisam manter o amor no reino de *cantas* e evitar que resvale para o eros.

De todas as tensões na vida do psicoterapeuta, existem duas que são particularmente catastróficas: o suicídio de um paciente e um processo judicial por erro médico.

Se trabalharmos com pacientes perturbados, teremos sempre que conviver com a possibilidade do suicídio. Aproximadamente cinqüenta por cento dos terapeutas experientes enfrentaram o suicídio, ou uma grave tentativa de suicídio de um paciente no presente ou passado. Mesmo o terapeuta mais maduro e experiente será atormentado pelo choque, tristeza, culpa, sentimentos de incompetência e raiva voltados ao paciente.

O terapeuta que enfrenta um processo judicial por erro médico vivência emoções igualmente dolorosas. No mundo litigioso de hoje, a competência e a integridade não conferem proteção ao terapeuta: quase todo terapeuta competente que conheço foi, pelo menos uma vez, exposto a um processo judicial ou uma ameaça de processo judicial. Os terapeutas se sentem profundamente traídos pela experiência da questão judicial. Depois de se dedicarem a uma vida de serviços, sempre empenhados em acentuar o crescimento de

seus pacientes, os terapeutas ficam profundamente abalados e algumas vezes são permanentemente transformados pela experiência. Um novo e desagradável pensamento lhes ocorre ao fazerem uma avaliação inicial: "Esta pessoa me processará?" Conheço pessoalmente terapeutas que ficaram tão desmoralizados por um processo judicial por erro médico que se decidiram por uma aposentadoria precoce.

Há mais de sessenta anos, Freud aconselhou os terapeutas a voltarem a uma análise pessoal a cada cinco anos por causa da freqüente exposição a material reprimido primitivo, que ele equiparava a uma perigosa exposição aos raios X. Quer compartilhemos ou não da preocupação de Freud de que necessidades instintivas reprimidas do terapeuta poderiam ser despertadas, é difícil discordar da crença dele de que o trabalho interno dos terapeutas precisa prosseguir permanentemente.

Pessoalmente, acho que o grupo de apoio a psicoterapeutas é um poderoso baluarte contra muitos destes riscos. Nos últimos dez anos, tenho participado de um grupo sem líder que consiste de onze terapeutas homens, aproximadamente com a mesma idade e experiência, que se reúnem durante noventa minutos em semanas alternadas. Mas nenhuma dessas características desse grupo particular é essencial: por exemplo, por muitos anos chefiei um grupo semanal bem-sucedido de terapia semanal para psicoterapeutas de diversas idades e gêneros. O essencial é que o grupo ofereça uma arena segura e de confiança para o compartilhamento dos estresses da vida pessoal e profissional. Tampouco importa o nome dado ao grupo — isto é, não importa se é um "grupo de terapia" ou um "grupo de apoio" (que acontece de ser terapêutico para seus membros).

Se não houver nenhuma incompatibilidade interpessoal duvidosa entre os membros, um grupo de clínicos experientes não precisará de um líder profissional. De fato, a ausência de um líder designado possibilitará que todos os membros exerçam suas próprias aptidões bem afiadas mais integralmente. Um grupo de terapeutas menos experientes, por outro lado, pode obter benefícios

de um líder experiente que sirva como facilitador e como mentor. A formação de um grupo de apoio é mais fácil do que se poderia imaginar. Tudo o que é necessário é a determinação de um ou dois indivíduos dedicados que gerem uma lista de colegas compatíveis, entrem em contato com eles e acertem o horário e o local de uma sessão de planejamento.

Em minha opinião, os grupos constituem um poderoso veículo para gerar apoio e mudança pessoal. Acople a isso as aptidões e recursos inerentes a uma assembléia de clínicos experientes e ficará óbvio por que insisto tão veementemente com os terapeutas para que se beneficiem dessa oportunidade.

Capítulo 85

Dê valor aos privilégios ocupacionais

Raramente ouço meus colegas terapeutas se queixarem de que suas vidas não têm significado. A vida de terapeuta é uma vida de entrega na qual transcendemos diariamente nossos desejos pessoais e voltamos o nosso olhar para as necessidades e crescimento do outro. Obtemos prazer não apenas pelo crescimento do nosso paciente, mas também do efeito da reverberação — a influência salutar que nossos pacientes têm sobre aqueles com quem eles têm contato em suas vidas.

Há um privilégio extraordinário nisso. E uma satisfação extraordinária, também.

Na discussão anterior sobre os riscos profissionais, descrevi o árduo e perpétuo auto-escrutínio e trabalho interior exigidos pela nossa profissão. Mas exatamente essa exigência é mais um privilégio que um fardo, porque é uma salvaguarda embutida contra a estagnação. O terapeuta ativo está sempre evoluindo, crescendo continuamente no autoconhecimento e percepção. Como seria possível uma pessoa guiar os outros num exame das estruturas profundas da mente e da existência sem examinar a si mesmo? Tampouco é possível pedir a um paciente que se concentre no relacionamento interpessoal sem examinar seus próprios modos de se relacionar. Recebo muito *feedback* dos pacientes (que estou, por exemplo, me refreando, rejeitando, sempre julgando, que sou frio e distante) e é preciso levar esse retorno a sério. Eu pergunto a mim mesmo se coincide com minha experiência interna e se outros já me deram um *feedback* semelhante. Se concluo que *o feedback* é preciso e ilumina meus pontos cegos, sinto-me grato e agradeço a meus pacientes. Não o fazer, ou negar a veracidade de uma observação precisa, é debilitar a visão do paciente sobre a realidade e se engajar,

não na terapia, mas na antiterapia.

Somos guardiões de segredos. Todos os dias os pacientes nos honram com seus segredos, freqüentemente nunca antes compartilhados. Receber tais segredos é um privilégio concedido a bem poucos. Os segredos proporcionam uma visão de bastidores da condição humana, sem afetações sociais, encenação de papéis, bravatas ou poses de palco. Algumas vezes, os segredos me chamuscam e, então, vou para casa, abraço minha mulher e retomo as coisas abençoadas que tenho. Outros segredos pulsam dentro de mim e despertam minhas próprias memórias e impulsos fugidios, há muito esquecidos. Outros, ainda, me entristecem quando sou testemunha de toda uma vida que pode ser desnecessariamente consumida pela vergonha e incapacidade de se perdoar.

Aos que são guardiões de segredos é concedida uma lente esclarecedora pela qual podem ver o mundo — uma visão com menos distorção, negação e ilusão, uma visão da maneira como as coisas realmente são. (Consideremos, nesse aspecto, os títulos dos livros escritos por Allen Wheelis, um eminente psicanalista: *the Way Things Are, O esquema das coisas, The Illusionless Man.)*

Quando recorro a outros que dispõem do saber de que todos nós (terapeuta e paciente, igualmente) carregamos o fardo de segredos dolorosos — culpa por atos cometidos, vergonha por não ter agido, anseios de ser amado e apreciado, vulnerabilidades profundas, inseguranças e medos —, eu me aproximo deles. Ser um guardião de segredos tornou-me, com o passar dos anos, mais gentil e tolerante. Quando encontro indivíduos inflados de vaidade ou presunção, ou que se distraem por qualquer uma de uma infinidade de paixões devoradoras, eu intuo a dor de seus segredos profundos e não faço um juízo, mas sinto compaixão e, acima de tudo, conectividade. Quando fui exposto pela primeira vez, num retiro budista, à medição formal de benevolência, senti-me bem à vontade. Creio que muitos terapeutas, mais do que se acredita, estejam familiarizados com o reino da benevolência.

Não apenas o nosso trabalho nos dá a oportunidade de transcender a nós mesmos, de evoluir e crescer e de sermos

abençoados com uma clareza de visão do verdadeiro e trágico conhecimento da condição humana, como também nos oferece muito mais.

Somos desafiados intelectualmente. Tornamo-nos exploradores imersos na mais grandiosa e mais complexa de todas as buscas — o desenvolvimento e a preservação da mente humana. De mãos dadas com os pacientes, saboreamos o prazer das grandes descobertas — a experiência do "arrá!" —, quando fragmentos ideacionais discrepantes subitamente deslizam suavemente, unindo-se com coerência. Em outras ocasiões, somos parteiras do nascimento de algo novo, libertador e enobrecedor. Vemos nossos pacientes desvencilharem-se de padrões contraproducentes, desprenderem-se de antigos ressentimentos, desenvolverem entusiasmo pela vida, aprenderem a nos amar e, através deste ato, tornarem-se carinhosos com os outros. É uma satisfação ver outros abrirem as torneiras de suas próprias fontes da sabedoria. Às vezes, sinto-me como um guia que escolta os pacientes através dos cômodos de sua própria casa. Que prazer é vê-los abrirem as portas para os cômodos em que nunca entraram antes e descobrirem novas alas *de* sua casa contendo partes em exílio — partes sábias, belas e criativas da identidade. Algumas vezes, o primeiro passo desse processo está no trabalho dos sonhos, quando o paciente e eu ficamos maravilhados com as construções engenhosas e imagens luminosas que emergem da escuridão. Imagino que professores que ensinam a escrever com criatividade devam passar por experiências semelhantes.

Por fim, sempre considerei um privilégio extraordinário pertencer à venerável e honrada agremiação dos que curam. Nós, terapeutas, fazemos parte de uma tradição que remonta não apenas aos nossos ancestrais imediatos da psicoterapia, começando com Freud e Jung, e todos os ancestrais *deles* — Nietzsche, Schopenhauer, Kierkegaard —, mas também Jesus, Buda, Platão, Sócrates, Galeno, Hipócrates e todos os outros grandes líderes religiosos, filósofos e médicos que, desde o início dos tempos, ocuparam-se de cuidar do desespero humano.

Referências bibliográficas

p. 14: Erikson, Erik, *Identity: Youth and Crisis*. Nova York: W W. Norton, 1968, pp. 138-39.

p. 21: Karen Horney, *Neurose e desenvolvimento humano: a luta pela auto-realização*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1966.

p. 24: C. P. Rosenbaum, comunicação pessoal, 2001.

p. 25: André Malraux, *Antimemoirs*. Nova York: Holt, Rinehart, e Winston, 1968, p. 1.

p. 25: Arthur Schopenhauer, parerga and paralipomena, volume 2, traduzido por E. Payne. Clarendon Press. Oxford, 1974. p. 292.

p. 25, 26: Arthur Schopenhauer, *The Complete Essays of Schopenhauer,* trad. T. Bailey Saunders. Nova York: Wiley, 1942, p.2.

p. 26: Ibid., p. 298.

p. 26: Hermann Hesse, *O jogo das contas de vidro,* Editora Record, Rio de Janeiro, s/d.

p. 31: Ram Dass, comunicação oral, 1988.

p. 34: Carl Rogers, "The Necessary and Suílicient Conditions of Psychotherapeutic Personality *Change", Journal of Consulting Psychology 21* (1957): 95-103.

p. 36: Irvin Yalom, *Every Day Gets a Little Closer*. Nova York: Basic Books, 1974.

p. 36: Terence, *Lady of Andros, Self - Tormentor* & *Eunuch,* vol. 1, trad. John Sargeant. Cambridge: Harvard University Press, 1992.

p. 42: Este sonho é discutido em *Momma and the Meaning of Life*. Nova York: Basic Books, 1999.

p. 43,44: Este incidente é discutido em *Momma and the Meaning of Life*. Nova York: Basic Books, 1999.

p. 71: K. Benne, "History of the T-group in the laboratory setting", *in T-Group Theory and Laboratory Method,* eds.: L. Bradford, J. Gibb, K. Benne. Nova York: John Wiley, 1964, pp. 80-135.

p. 71: Irvin Yalom, *Inpatient Group Psychotherapy*. Nova York: Basic Books,

1983.

p. 71: Irvin Yalom, *Every Day Gets a Little Closer*. Nova York: Basic Books, 1974.

p. 79: Irvin Yalom, *Loves Executioner* (Nova York; Basic Books, 1989).

p. 81: Sigmund Freud: *Estudos sobre a histeria*. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Edição standard brasileira, vol. II. Rio de Janeiro, Imago, 1976.

p. 84: Irvin Yalom, "Group Therapy and Alcoholism" *Annals of the New York Academy of Sciences* 233 (1974): 85-103.

p. 86: Yalom, S. Bloch, S. Brown, "The Written Summary as a Group Psychotherapy Technique", *Archives of General Psychiatry* 32 (1975): 605-13.

p. 86: Sándor Ferenczi, *Diário clínico*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

p. 86: Irvin Yalom, *Mentiras no divã*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2006.

p. 92: Peter Lomas, *True and False Experience*. Nova York: Taplinger, 1993, pp. 15-16.

p. 104: Friedrich Nietzsche, *Assim falou Zaratustra*. São Paulo: Editora Martin Claret, 1999.

p. 106: Louis Fierman, ed., *Effective Psychotherapy: The Contributions of Helmut Kaiser*. Nova York: The Free Press, 1965, pp. 172-202.

p. 106: Irvin Yalom, *Quando Nietzsche chorou*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2000.

p. 107: Harry Stack Sullivan, *A entrevista psiquiátrica*. Rio de Janeiro. Interciência, 1983.

p. 111: J. Luft, *Group Processes: An Introduction to Group Dynamics*. Paio Alto, Califórnia: National Press, 1966.

p. 122,123: Irvin Yalom, M. Liebermann, "Bereavement and Heightened Existential Awareness", *Psychiatry,* 1992.

p. 125: Irvin Yalom, *Existential Psychotherapy*. Nova York: Basic Books, 1980), p. 146.

p. 140: J. Gardner, *Grendel*. Nova York: Random House, 1989.

p. 140: *Ser e tempo*. Petrópolis: Editora Vozes, 1995.

p. 158: Friedrich Nietzsche, *Gaia ciência*. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

p. 159: Friedrich Nietzsche, *The Will to Power*. Nova York: Vintage Books, 1967, p. 272.

p. 159, 160: Friedrich Nietzsche, *The Will to Power*. Nova York: Vintage Books,

1967, p. 267.

p. 180: Irvin Yalom, *Loves Executioner*. Nova York: Basic Books, 1989, p.15.

p. 181: Friedrich Nietzsche, Carta a P. Gast de 4 de agosto de 1882, citado por P. Fuss e H. Shapiro, em *Nietzsche: A Self-portraitfrom His Letters*. Cambridge: Harvard University Press, 1971, p. 63.

p. 181, 182: *Além do bem e do mal: prelúdio a uma filosofia do futuro*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

p. 182: Erich Fromm, *A arte de amar*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

p. 184: Erik Erikson, comunicação pessoal, 1970.

p. 187: Ruthellen Josselson, *The Space Between Us*. Nova York: Sage, 1995, p. 201.

p. 192: D. W. Winnicott, "Hate in the Counter-transference", *International Journal of Psychoanalysis* 30 (1949): 69.

p. 194: Sigmund Freud: *Estudos sobre a histeria*. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Edição standard brasileira, vol. II. Rio de Janeiro, Imago, 1976.

p. 197,198: Drew Weston e Kate Morrison, "A Multidimensional Meta-Analysis of Treatments for Depression, Panic, and Generalized Anxiety Disorder: An Empirical Examination of the Status of Empirically Supported Therapies", *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* dezembro de 2001, Volume 69, número 6.

p. 213: Sigmund Freud, *The Handling ofDream Interpretations,* Standard Edition, vol. 12. Londres: The Hogarth Press, 1958, p. 91.

p. 213, 214: Esses dois sonhos são descritos em *Momma and the Meaning of Life*. Nova York: Basic Books, 1999.

p. 218: Irvin Yalom, *Momma and the Meaning of Life*. Nova York: Basic Books, 1999, pp. 83-154.

p. 222, 223: *Análise terminável e interminável*. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Edição standard brasileira, vol. XXIII. Rio de Janeiro, Imago, 1969, pp. 283-284.

Esta obra foi digitalizada pelo grupo Digital Source para proporcionar, de maneira totalmente gratuita, o benefício de sua leitura àqueles que não podem comprá-la ou àqueles que necessitam de meios eletrônicos para ler. Dessa forma, a venda deste e-book ou até mesmo a sua troca por qualquer contraprestação é totalmente condenável em qualquer circunstância. A generosidade e a humildade é a marca da distribuição, portanto distribua este livro livremente.

Após sua leitura considere seriamente a possibilidade de adquirir o original, pois assim você estará incentivando o autor e a publicação de novas obras.



http://groups.google.com.br/group/digitalsource

http://groups.google.com/group/Viciados_em_Livros