

O ENFOQUE CENTRADO NA PESSOA NO TRATAMENTO DE UM CASO DE ESQUIZOFRENIA*

Virginia Moreira Leitão**, ***
Universidade Estadual do Ceará

RESUMO - O estudo discute diagnóstico e psicopatologia, tecendo considerações sobre a noção de intersubjetividade no procedimento fenomenológico-existencial em psicoterapia. Relata um caso de atendimento psicoterápico diagnosticado como esquizofrenia, baseado neste enfoque teórico.

THE PERSON-CENTERED APPROACH IN THE TREATMENT OF A SCHIZOPHRENIA CASE

ABSTRACT - This study discusses diagnosis and psychopathology, pondering on the intersubjective meaning in the phenomenologic-existential psychotherapeutic procedure. A psychotherapeutic treatment of a case diagnosed as schizophrenia, based on that theoretical approach, is described.

"O mundo fenomenológico não é o ser puro, mas sim o significado que transparece na interseção de minhas experiências e das experiências do outro, pela engrenagem de umas com as outras, ele é portanto inseparável da subjetividade e da intersubjetividade que fazem sua unidade pela retomada de minhas experiências passadas nas minhas experiências presentes, da experiência do outro na minha."

Merleau-Ponty

INTRODUÇÃO

A idéia de escrever este trabalho tem estado muito presente a partir de

* Trabalho apresentado no III Encontro Latino de Abordagem Centrada na Pessoa, Sapucaí Mirim, 1986.

** Psicóloga, Mestre em Educação pela Universidade Federal do Ceará, Doutoranda em Psicologia Clínica na PUC-São Paulo, Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará.

***Endereço para correspondência: R. Padre Luis Figueira, 515 Apt. 502 CEP 60.150 Fortaleza-CE.

uma experiência de atendimento em consultório, que para mim foi significativa enquanto psicoterapeuta e enquanto pessoa. As dificuldades para fazê-lo são várias. Em primeiro lugar, a própria dificuldade de descrição do caso, sua fidedignidade, tendo em vista que as sessões realizadas com esta cliente não foram gravadas e nem mesmo transcritas literalmente. O material que disponho sobre essas sessões são algumas anotações, desenhos realizados pela cliente e minha própria experiência subjetiva e objetiva como psicoterapeuta durante esse atendimento. Essa vivência pessoal é talvez o que existe de mais concreto para mim e que me impulsiona a registrá-la.

Ciente dos aspectos acima levantados, quero deixar claro que muito do que passo a relatar nesse estudo faz parte de minha experiência subjetiva na relação terapeuta-cliente, apesar de minha decisão de ater-me o mais possível à realidade objetiva das sessões e da relação com a cliente. Este é um aspecto presente a partir de minha proposta de trabalho em uma atitude fenomenológica-existencial e chego, inclusive, a acreditar que minha disponibilidade de compartilhar minha experiência subjetiva nesse trabalho torna-o mais rico e genuíno, mais inteiro e real. Além do mais só desta forma sinto motivação para escrevê-lo como algo que vem de dentro e é registrado livremente.

E o diagnóstico?

A questão do diagnóstico está diretamente vinculada à questão da definição de saúde e de patologia

Segundo Augras (1981) "o normal é aquele que supera os conflitos criando-se dentro de sua liberdade, atendendo igualmente às coações da realidade. Patológico é o momento em que o indivíduo permanece preso à mesma estrutura, sem mudança e sem criação. Nessa perspectiva, estabelecer o diagnóstico é identificar em que ponto desse processo se encontra o indivíduo, detectar as eventuais áreas de parada ou de desordem, e avaliar as suas possibilidades de expansão e de criação" (p. 12).

Esse diagnóstico não trata, portanto, da rotulação do indivíduo inserindo-o em uma determinada "categoria" de doença mental, mas de tentar identificar em que ponto de sua existência a pessoa se encontra e que significados ela atribui a si e ao mundo.

O diagnóstico será dessa forma elaborado a partir de uma atitude fenomenológico-existencial do psicoterapeuta na sua relação com o cliente. A esse respeito diz Augras (1981): "a significação da situação transparece no encontro de minhas vivências com as do outro. Isto ocorre em qualquer evento de comunicação entre dois sujeitos. A objetividade do processo de diagnóstico, preferíamos dizer, do **processo de reconhecimento e compreensão do cliente***, fundamenta-se na intersubjetividade. Isto supõe por parte do psicólogo a observação de sua própria subjetividade (...) O que se deseja focalizar é a necessidade de o psicólogo assumir a intervenção de sua própria subjetividade (...) longe de deixar-se atemorizar pelo fantasma do receio de 'se projetar', atribuindo ao outro suas próprias 'fantasias', o psicólogo deve ater-se a pesquisar, dentro de suas próprias vivências, os caminhos que o possam levar à compreensão do outro. Onde estará o entender, senão dentro da percepção do real? Assumir a própria subjetividade não é substituir as suas problemáticas aos con-

* em itálico no original.

flitos do paciente. E reconhecê-la para delimitá-la, transformando-a em ferramenta para a compreensão do outro". (p. 14).

A idéia do diagnóstico como processo de reconhecimento e compreensão do cliente encontra-se no relato do caso que me proponho a refletir no decorrer desse trabalho. A forma como isso acontece justifica-se pela noção de intersubjetividade contida na relação terapeuta-cliente.

O reconhecimento e compreensão do ponto de existência da cliente em estudo deu-se paralelamente ao reconhecimento da sua forma de expressão de si no mundo. Alguns momentos de sua forma de expressão têm sido definidos, na atual literatura psicológica, como "sintomas psicóticos", mais especificamente como "sintomas de esquizofrenia".

Redefinindo a psicopatologia da esquizofrenia

Segundo Reca (1979), a psicopatologia da psicose tem alguns traços comuns: "a grave ansiedade, o alheamento e inadequada apreciação da realidade, a debilidade das funções integradoras e dos controles do eu e a repressão, a facilidade de regressão, a erupção de conteúdos inconscientes, a frequência da projeção". (p. 19) A mesma autora define a personalidade do esquizofrênico como "tendendo a perder ou perdendo sua unidade. Fragmentos de idéias são conectados de modo ilógico. O curso do pensamento é amiúde detido, bloqueado, interceptado. A intensidade das relações afetivas pode ir desde a completa falta de expressão emocional à resposta exagerada em relação com os complexos de pensamento e pode ser qualitativamente anormal, inadequada ao processo intelectual correspondente (paratimia)". (p. 20).

Ainda para Reca (1979), na esquizofrenia "qualquer realidade desagradável é eliminada pela operação do autismo ou transformada em estados delirantes. Os conteúdos e os delírios constituem desejos, anseios e temores que, devido aos transtornos das associações, freqüentemente são distorcidos a ponto de ser irreconhecíveis... O temor da falta ou inadequação da atividade sexual, da inferioridade pessoal e da perseguição estão ligados a estes anseios". (p. 21).

Poliak (1985) descreve a psicose como resultado de experiências gravemente perturbadas na infância, a partir de alterações nas relações interpessoais com pessoas significativas, o que gera ansiedade e distorce a imagem e o conceito de si mesmo, assim como a relação com o outro (eu-tu).

Stevens (1976) cita a crença de Gendlin de que a esquizofrenia é a ausência ou grande estreitamento do processo de interação vivencial do que somos como pessoas e que sentimos como nossos eus concretos.

A mesma autora cita uma carta de Rogers onde ele define o significado da palavra esquizofrênico: "Na medida em que tem algum sentido definido, significa que aqui está uma pessoa extremamente sensível à sua vivência interior e também às relações interpessoais com outros, que foi tão derrotada e traumatizada ao tentar utilizar sua sensibilidade; que se afastou tanto de sua vivência, como de um contato real com os outros. Além desta noção básica, a palavra esquizofrênico significa também para mim que todos aqueles cujo comportamento se desvia, e que não podem ser facilmente compreendidos, são atirados nessa cesta muito ampla". (p. 198).

Todas essas definições, tanto dos sintomas como da "pessoa psicótica" adequaram-se em alguns momentos à cliente em questão. Nessa linha de

raciocínio poderia se dizer que ela não é psicótica, mas está psicótica nesses momentos. Como diz Shlien (1976), "a psicose pode representar apenas uma forma de ajustamento flutuante a um domínio da vivência de todos, de maneira que, embora a existência de um estado psicótico seja inegável por definição, a palavra 'psicótico' é muito discutível". (p. 174).

No entanto, para o trabalho psicoterápico em uma atitude fenomenológico-existencial essa questão vai além, já que, os chamados "sintomas psicóticos" serão vistos como uma linguagem, como forma de expressão de si no mundo.

De Nicola (1985) analisa a doença mental como uma linguagem, fazendo uma revisão desse conceito segundo Szasz (1971). Define saúde como a abertura à experiência, o contato ativo com a realidade, isto é, a realização da tendência atualizante*. Define doença como "congelamento do processo de ser, afastamento da responsabilidade de existir, aprisionamento a um mundo particular e afastamento de um mundo compartilhado". (p. 16).

Para De Nicola (1985), a patologia é um "bloqueio da possibilidade de comunicação e integração consigo mesmo, da possibilidade de ser quem se é e da possibilidade de saúde concebida de forma intrínseca e inerente à própria pessoa". (p. 18). Acrescenta que "não se percebe a existência autônoma da doença como algo que a pessoa tem, que vem de fora ou manipula de algum modo, mas como uma forma instrumentada pela pessoa, ante um conjunto de circunstâncias dadas, como alternativa de manutenção e sobrevivência, como a melhor forma possível dadas certas condições de existência que restringem a atualização dos potenciais". (p. 19).

Sob esse ponto de vista parece-me ser fundamental reconhecer essa forma de expressão a fim de se ter a possibilidade de compreender o cliente em sua existência, em seu mundo. Se essa forma de expressão é diferenciada, isso não significaria também que seu mundo é diferenciado?

Van Den Berg (1981) responde a essa questão afirmando que o paciente psiquiátrico vive em um outro mundo, que é o seu mundo real. Sua descrição da realidade através de delírios ou de alucinações, por exemplo, é a descrição do que é real para ele, é desta forma que ele se relaciona com esta realidade.

Trata-se, portanto, não de identificar ou tratar os sintomas psicóticos, mas de reconhecer a forma de expressão do cliente (seja ela através de sintomas psicótico ou não), a fim de compreender-se o cliente em seu mundo diferenciado. Através dessa compreensão torna-se, então, possível a compreensão dos significados da própria existência do cliente no mundo e como ele estabelece sua maneira de relacionar-se com a realidade.

A atitude fenomenológico-existencial na relação terapêutica

Tomando como referência a noção de psicopatologia discutida anteriormente não são os sintomas, indiscutivelmente presentes na cliente, o foco da psicoterapia. Esses sintomas, que formam um "quadro psicótico" são vistos como uma linguagem, como a forma de expressão do mundo do cliente.

Rogers (1976) salienta a pouca importância do material psicótico em si, já

* A tendência atualizante é definida por Rogers como a tendência existente no ser humano a auto-desenvolver-se, autogerir-se, realizar seu potencial inato de crescimento.

que isto poderia ser facilmente mal interpretado. Segundo Rogers (1976) "a alucinação, a ilusão, a linguagem ou postura excêntricas têm naturalmente o seu sentido na dinâmica psicológica do indivíduo esquizofrênico. Mas, no relacionamento terapêutico simplesmente forma uma linguagem mais difícil de comunicação. Ao trabalhar com uma criança em ludoterapia, sua linguagem é seu comportamento e, muitas vezes, isto é difícil de compreender. Ou ao trabalhar com um cliente estrangeiro, frases deturpadas e erros de pronúncia tornam mais difícil a compreensão. É o que acontece, ao que nos parece, com o esquizofrênico. Suas incoerências desordenadas, suas idéias paranóicas, a audição de vozes, representam apenas uma maneira de se comunicar, freqüentemente de difícil compreensão. Mas pensamos que esta diferença é mais de grau de espécie, e não damos grande importância a ela, nem aplicamos processos especiais quando lidamos com a pessoa que está francamente psicótica na maneira de se exprimir". (p. 218).

O mesmo autor acentua a importância da relação terapêutica em detrimento da sintomatologia do cliente ou da linha teórica do terapeuta. Sublinha que "o encontro existencial é que é importante, e que no momento imediato do relacionamento terapêutico a consciência da teoria não tem lugar útil. Outra maneira de afirmar isto é que na medida em que estamos pensando teoricamente em relação, tornamo-nos espectadores e não-participantes - e é como participantes que somos eficientes". (p. 218).

Isso não significa, a meu ver, negar ou negligenciar a teoria. Ao contrário, em uma atitude fenomenológico-existencial, colocar entre parênteses meu conhecimento teórico da significação dos sintomas psicóticos, por exemplo, significa duvidar para dar-se conta, isto é, tomar consciência dessa forma de expressão do cliente. Trata-se de por em suspenso esse conhecimento afim de tentar reconhecê-lo sob o ponto de vista do seu significado para o cliente. A busca da essência através do método fenomenológico na situação de terapia revela-se como a busca da essência do outro, no caso do cliente, na intersubjetividade que caracteriza essa situação de encontro da subjetividade do psicoterapeuta e da subjetividade do cliente. É através do reconhecimento dessa intersubjetividade que será alcançada uma compreensão objetiva da realidade do cliente. Nas palavras de Merleau-Ponty (1945) "o mundo fenomenológico não é o ser puro, mas sim o significado que transparece na interseção de minhas experiências e das experiências do outro, pela engrenagem de umas com as outras, ele é portanto inseparável da subjetividade e da intersubjetividade que chegam à unidade pela retomada de minhas experiências passadas em minhas experiências presentes, da experiência do outro na minha", (p. XV).

A respeito da relação terapeuta-cliente enquanto uma relação intersubjetiva, De Nicola (1985) salienta que "só esse interesse profundo e genuíno pelo outro enquanto pessoa diferente e separada, ativa por direito próprio, encontra por resposta sua necessidade primordial de contato, sua ânsia de comunicação e seu desejo de realização pela plena satisfação do ser. Desse modo, conhecimento e amor fundem-se na matriz da humanidade vivida em comum, da reciprocidade humanizante." (p. 10).

Trata-se, portanto, de estabelecer uma relação interpessoal com o cliente, onde a subjetividade do terapeuta deve ser assumida de forma autêntica. Gendlin (1983) acentua a importância cada vez maior da autenticidade no trabalho com esquizofrênicos, afirmando que "o fato de sermos nós mesmos e

nos exprimirmos abertamente nos liberta de muitos acanhamentos e artificialismos e permite que o esquizofrênico (ou qualquer cliente) entre, tão diretamente quanto possível, em contato com outro ser humano". (p. 140).

O atendimento que passo a relatar em seguida tem como fundamento teórico as noções discutidas anteriormente. O foco do trabalho terapêutico deu-se na relação interpessoal com a cliente através de uma atitude fenomenológica existencial. Foi enfatizada basicamente minha autenticidade enquanto psicoterapeuta e enquanto pessoa, em uma relação intersubjetiva com a cliente, na busca da compreensão objetiva dos significados de sua existência.

Relato e reflexões sobre o caso

Bia foi encaminhada para mim por sua prima, que me conhecia. Perguntei-me se deveria acompanhá-la na primeira sessão. Como ela me informou que Bia tinha 26 anos, eu lhe respondi que não seria necessário.

Assim, Bia veio pela primeira vez ao meu consultório sozinha. Naquela primeira sessão, limitei-me basicamente a escutá-la. Ela não se sentia motivada para a psicoterapia, mas disse que gostou de mim porque eu lhe parecia jovem como ela. Passou a me relatar, de maneira confusa, pedaços de sua vida. Alguns vezes seu pensamento interrompia-se e ela passava bruscamente para outro assunto. Falou de seu pai, já morto, que, segundo ela, lhe havia feito muito mal na infância, mas de quem ela não guardava rancor, pois era seu pai. Relatou o pavor que sentira em uma ocasião em que ele a colocara de castigo em um corredor escuro e cheio de ratos. Contou trechos de uma viagem ao exterior, quando sofrera sua primeira "crise". Falou de sua irmã que se chamava Biá, a quem ela tentara imitar durante grande parte da vida já que ela era espontânea, com muitos amigos, ao contrário dela Bia, que era tímida. Comentou que muitas pessoas trocavam os dois nomes, que eram muito parecidos.

Bia não me olhava diretamente e parecia não escutar as poucas intervenções que eu fiz em seu relato. Seu tom de voz era linear, seu olhar distante. Falava de tudo o que se passara com ela sem demonstrar qualquer emoção, como se falasse de alguém que não lhe dizia respeito. Já nossa primeira sessão pude identificar em sua linguagem e em seu modo de contactar comigo que Bia estava bastante desvinculada da realidade concreta. A impressão que eu tinha é que ela estava realmente em um outro mundo como descrito por Van den Berg (1981). A linguagem interrompida, o olhar, os silêncios pareciam mostrar sua dificuldade em estar comigo, em comunicar-se. Estava claro para mim que muito do que ela relatava eram delírios e alucinações, eu não tinha condições de discernir o que era real no que ela me contava e também não me preocupava muito com isso já que era real para ela. Era sua realidade que eu estava querendo diagnosticar, segundo a definição de diagnóstico proposta por Augras (1981).

Nesse primeiro contato pude perceber vários dos sintomas psicóticos descritos por Reça (1979), o alheamento, a ansiedade, a fragmentação de idéias, os bloqueios de pensamento. Chamou-me bastante atenção ainda sua relação com a irmã, o fato de seus nomes serem tão parecidos: Bia e Biá. Parecia-me que Bia vivia desde a infância uma forte crise de identidade a partir de alterações na relação interpessoal com sua irmã mais velha Biá. Sua autoimagem estava distorcida, assim como seu conceito de si mesma, através de ex-

periência perturbadoras no relacionamento interpessoal na infância, o que, segundo Poliak (1985), tem como resultado a psicose.

Todas essas reflexões estavam presentes para mim e na busca de uma atitude fenomenológica eu me propunha a colocá-la "em suspenso", não negando-as mas tomando consciência delas, como descreve Merleau-Ponty (1945). Colocá-las em suspenso era um método que eu praticava automaticamente com o objetivo de entrar em contato com Bia e não com seus sintomas ou suas causas. Esses conteúdos existiam, mas eu me propunha e pô-los entre parênteses.

No final da sessão fizemos um "contrato verbal", no qual discuti com ela o dia, hora e pagamento da sessão. Faríamos quatro sessões iniciais, onde, tanto ela quanto eu nos avaliariamos a fim de verificar se gostaríamos de continuar a terapia. Essa forma de atendimento com o período inicial de avaliação de quatro sessões de atendimento é proposta por Szasz (1980). Optei, por esse modelo de trabalhar em psicoterapia nos últimos anos, na medida em que, já que não trabalho com triagem, anamnese ou mesmo entrevista inicial, seguindo o referencial de Rogers, o período de avaliação é um espaço necessário para que eu sinta minha real disponibilidade para atender aquele cliente. Por outro lado, a experiência tem demonstrado que minha proposta é geralmente um alívio para o cliente que através dela poderá ir desenvolvendo seu vínculo comigo mais de acordo com seu próprio ritmo.

Com Bia agi da mesma maneira, criando para mim e para ela um espaço de reconhecimento mútuo. Para mim esse espaço era, nesse caso particularmente, importante visto que eu precisava ter claro em que medida eu, como sua terapeuta, poderia dar-lhe uma contribuição efetiva. Para Bia, por sua vez, minha proposta era uma tentativa de responsabilizá-la por seu próprio processo comigo: ela poderia decidir por si mesma se queria ou não fazer terapia.

A impressão que eu tinha era que esse assunto, como os outros, não estava sendo escutado por ela, mas quando eu me referi à questão do pagamento, ela pediu-me um abatimento, argumentando que não trabalhava e sua mãe já havia gastado muito em seu tratamento. Quando eu lhe pedi uma proposta de pagamento, ela pela primeira vez na sessão olhou-me nos olhos. Com alguma dificuldade propôs um abatimento irrelevante, de cerca de 10%. Eu perguntei-lhe se para ela estaria bem assim e ela disse, pela primeira vez com um tom de voz mais forte, que sim. Concordei e ela sorriu.

Naquela primeira sessão, pareceu-me que esse foi um ponto importante para ela, fato confirmado nas sessões posteriores. Ela se sentira aceita e fizera algo por si mesma ao conseguir comigo o abatimento, que, afinal de contas, não era o essencial. Ela queria alguma coisa de mim e escolheu essa forma de recebê-la, já que durante a sessão praticamente não estabelecera contato comigo. Um outro aspecto muito importante dessa primeira sessão, que só mais tarde ficou claro para mim, foi o fato de ela ter vindo conversar comigo sozinha. Quando ela me perguntara, no início da sessão, se a mãe não precisaria vir, eu lhe dissera que não sentia necessidade disso, mas perguntei-lhe sua opinião a respeito. Ela pareceu surpreender-se, mas disse que também preferia que a mãe não viesse. Depois, soube que ela já tinha ido a outros profissionais, mas sempre com a mãe presente na primeira entrevista. Essa primeira sessão foi, ao meu ver, fundamental, no estabelecimento do vínculo terapêutico. No final da sessão, ela me disse que tinha gostado de poder falar à vontade, embora não se lembrasse do que me havia dito.

Nas duas sessões que se seguiram, seu comportamento era similar. Falava superficialmente das mesmas coisas: a "crise", a morte de seu pai. Quando eu refletia seus sentimentos com relação ao que ela relatava, ela simplesmente ignorava. Eu tinha a sensação de estar ali junto com ela e que minha função não ia muito além disso naquele momento. O que ela falava parecia peças de um grande quebra-cabeça, que eu imaginava importante, mas que eu também não sentia pressa em elaborar. O importante não era o material psicótico mas a relação interpessoal com ela (Rogers, 1976).

Na terceira sessão, após 30 minutos, Bia declarou que queria ir embora, não queria conversa naquele dia. Eu respondi que respeitava sua decisão e que estaria disponível para ela durante aquela hora inteira, semanalmente. Ela sorriu e foi embora. Eu continuava trabalhando sobre o vínculo terapeuta-cliente, sempre no sentido de criar espaço para sua autonomia (Rogers, 1976).

Na quarta sessão, como combinado, avaliamos o processo até aquele momento. Ela não tinha noção de há quanto tempo vinha me vendo, mas expressou alegria quando eu me coloquei disponível para ser sua terapeuta. Declarou que não sabia como, nem porque, mas gostava de passar aquela hora ali comigo, principalmente porque não era "obrigada" a isso (referindo-se ao ocorrido na sessão anterior).

Os atendimentos continuaram sistematicamente. Ela chegava cedo ao consultório e começou a tentar controlar sua noção de tempo, o que me parecia ser um indicio de sua vontade de voltar ao contato com a realidade. Olhava para o relógio dizendo que queria aproveitar sua hora inteira. Algumas vezes relatava algo que lhe acontecera durante a semana e queixava-se muito da medicação excessiva que estava tomando. Entrei em contato com seu médico, conversamos a respeito de seu diagnóstico e da diminuição da medicação paralela ao andamento da psicoterapia. Gradativamente a medicação foi sendo reduzida.

Durante esse período, Bia compartilhava comigo suas visões e as vezes que escutava. Era um segredo que ela me confiava, o que me mostrava que o vínculo terapêutico se fortalecia. Em algumas sessões, ficava muito tempo em silêncio e inquieta. Dizia que não conseguia expressar o que sentia.

Continuávamos a trabalhar fortemente sua relação comigo, já que ela entrara num claro processo de identificação. Ao entrar em meu consultório sentava-se na minha mesa de estudos, em vez de sentar-se comigo nas poltronas ou nas almofadas. Dizia sentir-se importante naquela mesa. Passou a dizer que era psicóloga, a comparar-se comigo fisicamente, a dizer que me achava bonita. Sistematicamente sentava-se à minha mesa e repetia o mesmo comportamento, sempre parecendo meio alheia, o olhar distante, a entonação de voz linear.

Em uma leitura psicanalítica, estava claro seu processo transferencial comigo. No entanto eu não interpretava, limitando-me a tentar estabelecer um diálogo que nos levasse ao encontro existencial, como proposto por Rogers (1976). Ao meu ver, esse processo transferencial era fundamental para a terapia, dada a questão da identificação e das distorções de sua auto-imagem. Bia parecia estar buscando um outro modelo, que ainda não era o seu mas que também já não era o de sua irmã. Esse modelo era eu naquele momento e eu me sentia disponível para ser utilizada por ela como um instrumento de crescimento. Essas idéias me vinham e eram colocadas entre parênteses na tentativa de uma atitude fenomenológico-existencial em terapia.

Por volta da sétima sessão, eu sentia que os nossos encontros pareciam muito similares uns aos outros. Era como se houvesse um tipo de sessão "es-

tereotipada" ela sentada à minha mesa, calada, e me contando de suas vozes e pessoas invisíveis. Decidi, então, a partir de meu encontro vivencial com ela (Augas, 1981) colocar sobre a mesa material de desenho. Quando ela chegou, perguntou-me se não podia desenhar em vez de falar. Eu refleti que ela provavelmente sentia dificuldade de expressar-se e preferia uma outra forma.

A partir daquele dia, Bia passou um bom período desenhando durante parte do tempo das sessões e conversando comigo sobre os desenhos. Ela parecia sentir um enorme prazer com os desenhos e, ao mesmo tempo, sentia-se ridícula. Trabalhamos muito essa sua relação com o desenho como algo "bobo" que ela se permitia fazer já que, como eu frisava, aquele era um espaço que ela poderia utilizar como preferisse.

Durante cerca de três meses, as sessões foram utilizadas em parte para desenhar. Era sempre um material muito rico para falarmos durante ou após o desenho. Neles, Bia se expressava de uma forma que parecia não conseguir verbalmente. Através dos desenhos, eu podia nitidamente perceber seu processo. Vinha-me à cabeça a analogia dela como uma criança de cerca de 4 anos quando começou a vir a meu consultório. Seus desenhos, o uso das cores, a coordenação motora, a noção de espaço eram de uma criança dessa idade. Quando ela se sentia mais conectada com a realidade, seus desenhos eram mais complexos, menos infantis. Quando tinha um retrocesso no processo, os desenhos novamente se tornavam mais primitivos. Desenhar, no entanto, sempre parecia fazer-lhe bem durante essa fase. Mais adiante, algumas vezes, ela passou a escrever em vez de desenhar. Algumas vezes, trocávamos bilhetes durante boa parte do tempo em que estávamos juntas, o que parecia diverti-la muito. Eu refletia o que se passava com ela e, às vezes, comigo naqueles momentos. Em vez de interpretar seus bilhetes, que me pareciam uma forma de comunicação mais fácil para ela que a verbal e ao mesmo tempo já um passo adiante aos desenhos, eu optava por respondê-los tendo em vista que meu trabalho se dava basicamente em cima de nossa relação intersubjetiva (Merleau-Pont, 1945) e na busca da possibilidade de comunicação e integração consigo mesmo, como salientada por De Nicola (1985).

Bia dizia que eu era sua amiga, mas trabalhamos também nossa forma de amizade, já que eu recusei seu convite de ir a sua casa um dia. Para ela, eu passei a ser um tipo de "amiga especial", muito disponível na terapia, mas que colocava limites na minha relação com ela.

Nessa fase, houve também momentos difíceis para nós. Ela já não se contentava em dizer-se psicóloga. Dizia-se "parapsicóloga", que, segundo ela, estava acima de mim. Pensava ser santa e telepática. Ela estava então já ultrapassado a fase de identificação comigo, tentava diferenciar-se e para tanto utilizava os recursos de que dispunha. Isso ocorria de forma bastante conflituosa: ao mesmo tempo que ainda era nítida sua vontade de ter-me como modelo, dizia-se parapsicóloga - partindo evidentemente de psicóloga - aparecia também sua vontade de ser ela mesma, uma pessoa diferente de mim. Suas colocações eram conflituosas nesse sentido e eu, algumas vezes, sentia-me confusa e expressava essa confusão. Eu refletia com ela seu conteúdo e era, acima de tudo, sincera com ela. Certa vez, por exemplo, ela me perguntou se eu acreditava em poderes, sobrenaturais, telepáticos. Eu lhe disse da minha dúvida a respeito sob o meu ponto de vista, mas que eu acreditava no que ela, Bia, me dizia a partir de seu ponto de vista. Tinha então em mente a questão do outro

mundo do psicótico, aludida por Van den Berg (1981). Ela me respondeu que embora acreditássemos em coisas diferentes, ela gostava que estivéssemos juntas ali. Com minha comunicação clara e sempre o mais direta possível eu tentava ser autêntica, o que é acentuado por Gendlin (1976) como fator de grande importância no trabalho com esquizofrênicos. Um outro aspecto dessa sua fase de diferenciação era uma agressividade camuflada, que aparecia na forma de competição comigo: ser mais que eu. Bia se vangloriava constantemente de seus poderes, de santa, de boa. Falava repetidamente sobre suas qualidades. Um dia, perguntei-lhe se ela não tinha defeitos, mas apenas qualidades. Ela me olhou espantada por não conseguir descobrir seus defeitos, mesmo após refletir sobre isso até o final da sessão. Na sessão seguinte, Bia chegou super-agressiva comigo, rindo de mim, gozando da decoração da minha sala. Repetia o que eu dizia e não me respondia. Eu expressei minha surpresa e minha dificuldade de lidar, pela primeira vez, com seu lado "mau". Ao mesmo tempo, parecia-me que ela estava agora mais inteira comigo. Nossa relação era agora menos superficial, mas, também, muito mais difícil.

Nessa ocasião, coincidiu de eu ter que me ausentar por duas semanas além da sessão que ela faltara após o dia em que estivera agressiva o que era, a meu ver, mais uma forma de agressão. Eu me sentia preocupada com isso, mas ao mesmo tempo, acreditava como lhe dizia, que era apenas uma parte muito pequena no seu processo de crescimento, que cabia basicamente a ela. Como iria ausentar-me, decidi telefonar-lhe e lhe disse que me preocupava com sua falta e que eu teria que viajar. Disse-lhe também que estaria disponível quando voltasse, caso ela quisesse retornar à terapia. Bia me respondeu secamente que sim e desligou o telefone. Eu viajei sentindo-me tranqüila. Hesitara em telefonar já que eu não costumava fazê-lo, enfatizando os limites da terapia. Nesse caso, no entanto, achei que seria bom para mim e importante para ela. Foi uma atitude que surgiu em mim a partir de minha relação intersubjetiva com Bia, como mencionado por Merleau-Ponty (1945).

Duas semanas mais tarde, quando retornei da viagem, ela foi regularmente à terapia. Não tocou no assunto das ausências ou das agressões a mim. Posteriormente, referiu-se a esse incidente como fazendo parte da sua autodescoberta, dos seus limites e dos meus.

Nem sempre eu me sentia muito segura sobre o que acontecia na terapia, mas me sentia segura sobre o que éramos na terapia. Não era importante para mim entender tudo o que se passava, já que eu sentia que, de alguma forma, nos encontrávamos em um nível mais profundo. O processo em si parecia-me, às vezes, confuso, inconstante, cheio de altos e baixos, o que, algumas vezes, deixava-me ansiosa. Aliviava-me, no entanto, sentir-me totalmente eu mesma com ela, o que me dava uma sensação de estarmos tendo uma relação honesta e verdadeira que lhe proporcionava um contato interpessoal sem artificialismos como enfatiza Gendlin (1976).

Em um desses meus momentos de ansiedade, busquei supervisão. No entanto, a supervisão não fez o menor sentido, pois o enfoque era diverso. Eu deveria centrar-me no diagnóstico de esquizofrenia; na doença e não na cliente. Não deveria ter uma relação afetiva, pois ficaria dependente de mim. Enfim, eu estava fazendo tudo "errado". Saí da supervisão sentindo-me incompetente. Aos poucos, fui me resgatando e decidi que deveria seguir a mim mesma, eu não

poderia trabalhar de uma forma que não acreditava. Coincidentemente, nessa época, Bia me pediu férias, pois sua família ia passar uns dias na praia. Concordei e me senti bastante aliviada, pois isso me dizia que ela estava indo bem e que nossa relação afetiva não era absolutamente uma relação de dependência. Ela passou mais tempo fora do que o previsto e, um belo dia, retornou à terapia, dizendo que sentira saudades de mim, mas que tinha estado bem sem a terapia.

Nesse período, Bia continuava compartilhando comigo as vozes que escutava e suas visões. Perguntava-me se eu não era "telepática" como ela e eu lhe respondia que não, mas que gostaria de me comunicar mais profundamente com ela de uma outra forma. Um dia, ela me disse que já que eu não podia falar com ela no seu nível (telepaticamente), ela iria tentar comunicar-se comigo no meu nível (verbalmente), pois gostava de mim e queria conversar comigo. Isso me mostrava nitidamente a importância do vínculo afetivo enfatizado por Rogers (1976).

Daí em diante, Bia passou a "subir" e "descer" de nível na terapia. "Desceu" para se comunicar comigo e esse foi, talvez, para mim, um dos momentos de maior emoção no seu processo na terapia. Ela começou, então, a falar mais coerentemente de si mesma, de sua vida, de sua relação com a terapia e comigo. Falava mais concretamente então, demonstrando estar em contato total com a realidade nesses momentos. Saía do "outro mundo" de que fala Van den Berg (1981). A partir de então, Bia passou a estar mais e mais nessa realidade, embora isso fosse, às vezes, profundamente doloroso para ela. Dessa forma, ela saía da sua superficialidade aparente, expressando sentimentos mais profundos de dor, de raiva, de inadequação. Sentia-se mais "humana" chorando inclusive, mas isso lhe era muito difícil. Foram diminuindo os sintomas psicóticos como descritos por Reca (1979), Bia foi parando de escutar as vozes e de ter as visões. Na terapia, trabalhávamos basicamente sua difícil volta à realidade e a comunicação. Eu continuava esforçando-me para comunicar-me com ela da forma mais real, direta e sincera possível e, diante disso, ela também tentava fazer o mesmo. Aos poucos, ela foi introduzindo nosso "modelo" de comunicação nas suas relações pessoais lá fora. Foi reaproximando-se das pessoas, recomeçando a estabelecer vínculos, tudo isso acontecia de forma bastante conturbada, cheia de progressos e de regressões no processo. O mundo "real" era muito difícil de lidar para ela e nos momentos mais dolorosos ela novamente voltava ao "seu mundo".

Na volta a esse mundo real trabalhamos longamente o processo de reconstrução de sua identidade como Bia diferenciada de Biá, sua irmã, diferenciada de mim, sua terapeuta. Ela já não queria ser Biá nem eu, também já ultrapassara a fase de hostilização total à irmã. Retomou seu contato com Biá de quem gostava, a partir do momento em que se permitiu ser ela mesma, com sua própria maneira de relacionar-se. A irmã ou eu não éramos mais seu parâmetro de identidade que passara a se concentrar nela própria em sua relação com as pessoas e com o mundo.

Aos poucos, fomos vendo que ela já estava tendo controle nesse processo de ir e vir da realidade concreta. Trabalhamos na terapia a forma como ela fazia isso e com que objetivo. Ela se deu conta de todo seu poder de manipulação e dos comodismos que a "doença" lhe proporcionava. Refletimos, então, sobre as vantagens e as desvantagens de estar "doente" usufruindo do estigma da

doença mental tratado por Szasz (1977), bem como as vantagens e as desvantagens de estar "sadia". Ela se queixava, por exemplo, de ser dependente da mãe. Só dormia com ela e não ia a lugar nenhum sozinha. Começou a tentar andar de ônibus. Por um lado, ela se sentia radiante com isso, pois isso lhe dava a sensação de autonomia e de liberdade. Por outro lado, tinha preguiça, era mais cômodo que a mãe lhe conduzisse a todos os lugares. Falávamos de pequenos degraus, que ela ia subindo no seu processo de terapia, e dos seus passos, nem maiores nem menores do que suas pernas. Frequentemente, ela me fazia perguntas diretas com relação à minha pessoa, como: você se acha bonita? Você, às vezes, fica triste? É normal chorar? É normal sentir-se deprimida? Eu, dentro dos meus limites, respondia honestamente às perguntas (se estas eram dirigidas à minha vida) buscando a autenticidade referida por Gendlin (1976) e voltava a pergunta para ela, no sentido de ser ela mesma a responsável pelo seu processo de crescimento e não eu, sua mãe, o médico ou qualquer outra pessoa. A responsabilidade por sua existência, como salientado por De Nicola (1985), era um ponto crucial do processo. Era ela quem decidiria o que queria de si ou de sua vida, embora se sentisse ajudada ao compartilhar sua experiência comigo. Falava-me da importância da terapia para si e eu lhe respondia sinceramente que para mim, era gratificante vê-la crescer. Nessa época, a maior parte da medicação foi suspensa, o que tornava sua realidade mais lúcida e, frequentemente, mais dura. A seu pedido, certo dia, tive um encontro com sua mãe, que insistira muito para isso. Evidentemente pude identificar toda uma "patologia familiar" que eu já previa mas a única orientação que lhe dei foi que tentasse sempre ser o mais autêntica possível com Bia, expressando seus limites e resgatando um modelo sadio de comunicação.

Agi assim, tendo em vista que a mãe já tinha, de certa forma, consciência da dinâmica de sua família e eu, de minha parte, preferia acreditar na "tendência atualizante", presente em Bia e na terapia como um instrumento de resgate dessa tendência atualizante. Eu não queria pensar em termos de uma atuação sobre a família dado que esta, a meu ver, seria uma outra dimensão de tratamento, sobre a qual eu não tinha condições de atuar, tanto por que esta família, que tanto mal fizera a Bia, não existia concretamente mais dentro dela (seu pai morrera, seu irmão viajara) como ainda, como psicoterapeuta, meu foco era sobre ela, a visse como um pessoa "transindividual", (Goldman, 1972), inserida em um contexto familiar e social específico. Pensar na possibilidade de uma atuação sobre a família me trazia uma sensação de impotência já que isso não era viável e eu investia no caminho que me parecia viável: a própria Bia.

A mãe se sentiu mais aliviada por ver que eu não via sua filha como uma "doente mental", mas como uma pessoa, já que ela própria parecia envolvida nesta questão.

Bia estava, então, voltando às atividades profissionais, mas ainda de forma muito inconstante e, vez por outra, recorria a comportamentos "doentes" a fim de manipular seu ambiente, conseguindo o que desejava. Isso era claro para ela e, algumas vezes, até divertido. Trabalhávamos também na terapia sua sexualidade, sua relação com os homens, seus modos e desejos. Refletimos também sobre a questão do estigma da doença mental, como isso lhe pesava. Com a suspensão da maior parte da medicação, ela passou a sentir-se uma pessoa mais "normal", que podia sair, dançar, beber, trabalhar, andar sozinha,

passando por uma fase eufórica de redescoberta do mundo. As fases de euforia se intercalavam com as fases de depressão, também pela redescoberta desse mesmo mundo.

Novamente ela me pediu férias para viajar e disse-me que se sentia pronta para isso, embora também tivesse medo de recaídas.

Voltamos a nos encontrar um mês mais tarde, quando eu lhe comuniquei que estava afastando-me da clínica, durante algum tempo, a fim de realizar um curso de doutoramento, em São Paulo. Bia compartilhou comigo sua tristeza pelo meu afastamento e repetiu o que uma vez eu lhe dissera: que a psicoterapia era apenas uma forma de reaprender a caminhar sozinha. Eu lhe havia dito isso durante uma sessão em que ela me falava que queria fazer terapia comigo a vida inteira. Eu, na ocasião, refletira seu sentimento de sentir-se fortalecida com o auto-apoio que a terapia lhe proporcionava, mas expressei também minha vontade de que um dia ela não precisasse mais de minha ajuda. Era com esse objetivo que eu a atendia. Foi um momento bonito vê-la relembrar esse episódio. Foi bonito também ouvi-la dizer que eu poderia ficar tranqüila, pois ela ficaria bem. Bonito compartilhar e acreditar nisso. Ela soubera dos meus momentos de preocupação durante aqueles 14 meses de atendimento, mas não usara aquilo para tentar me manipular, talvez porque eu não dera espaço para isso. Eu via naquele momento uma Bia amadurecida, assumindo sua tristeza pela interrupção da terapia e assumindo também a si própria com tudo de bom e de ruim que isso lhe trazia. Percebia que ela se sentia estruturada, embora essa estruturação me passasse ainda muita fragilidade. Compartilhei meus sentimentos com ela e encaminhei-a para uma colega, com quem ela está fazendo terapia atualmente. Parecia-me que nós havíamos fechado um ciclo, mas ela ainda sentia necessidade de uma psicoterapia, que lhe deixasse mais segura, menos frágil.

Bia tinha então 27 anos. Na minha forma de perceber esse processo, ela fora se desenvolvendo, como uma criança o faz. Já passara há muito a fase dos desenhos, a fase dos bilhetes, mas ela ainda não estava nos seus 27 anos. Contou-me que estava namorando um garoto de 21 anos e que, embora sua família a recriminasse pelo fato de ser ele mais novo, ela se sentia bem com ele. Imaginei que ela estava vivendo mais ou menos essa fase dos 20 anos.

Acredito que ela ainda tem um caminho duro a trilhar, cheio de vitórias e derrotas como foi seu processo terapêutico comigo. É, no entanto, para mim, gratificante, a sensação de que, de alguma forma, estive presente no seu processo de crescimento, enquanto psicoterapeuta e enquanto pessoa. Tê-la atendido em terapia fez-me sentir, de uma maneira muito forte, a presença da relação intersubjetiva no processo terapêutico através de uma atitude fenomenológico-existencial.

Os desenhos*

A título de ilustração, gostaria de apresentar alguns dos desenhos realizados por Bia, tendo em vista sua forte significação para o processo terapêutico.

* Alguns desenhos tiveram redução de tamanho para facilitar sua publicação.



Figura 1 - No estabelecimento do vínculo terapêutico. Desenhou-se de vermelho (cor que lhe lembrava o sangue da morte de seu pai) e a mim, a seu lado, de azul. Os demais membros da família eram negros. O sol representava seu futuro e a casa seu passado, que ela queria esquecer.



Figura 2 - Desenhou a si mesma, iniciando uma série de desenhos onde se percebe a busca de reconhecimento de sua auto-imagem.

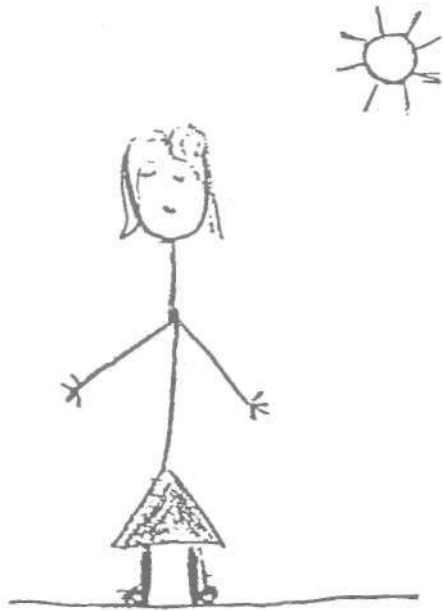


Figura 3 - Desenhou a si mesma, ainda na fase de reconstrução de sua identidade.



Figura 4 - Ainda desenhando a si mesma, percebe-se porém a maior complexidade de seu desenho.

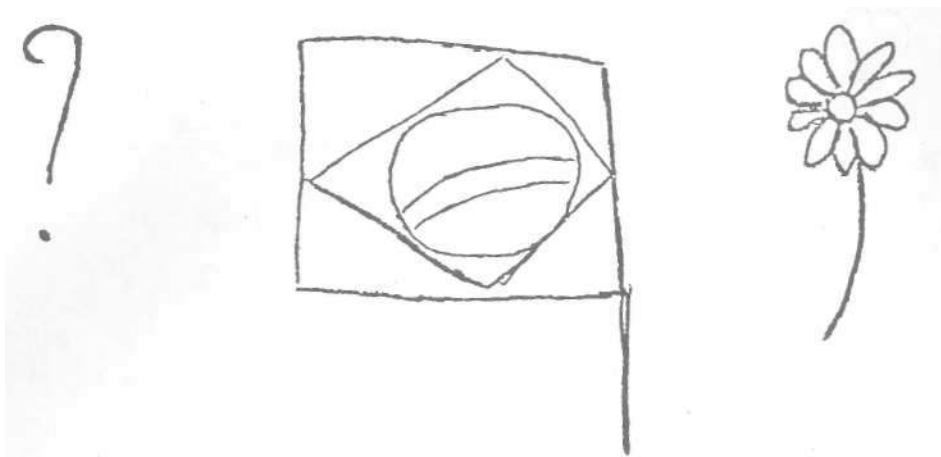


Figura 5 - Na época da morte do Presidente Tancredo Neves. Bia parecia então começar a sair de dentro de si mesma sendo tocada por questões do mundo real, embora isso acontecesse eventualmente no início. Nesses momentos ela parecia mesclar-se a essa realidade. A interrogação no desenho era em relação ao futuro do Brasil e ao seu próprio.

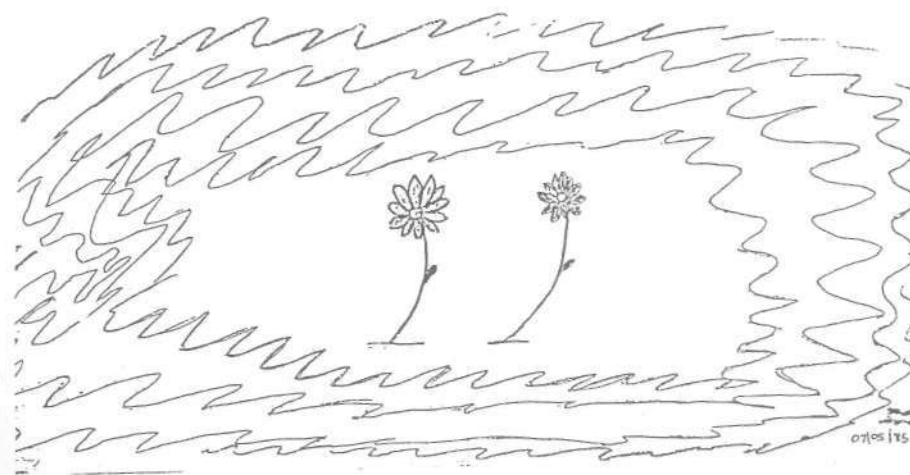


Figura 6 - Sentindo-se muito alegre. Maior força e amplitude no seu desenho. Uso variado das cores.

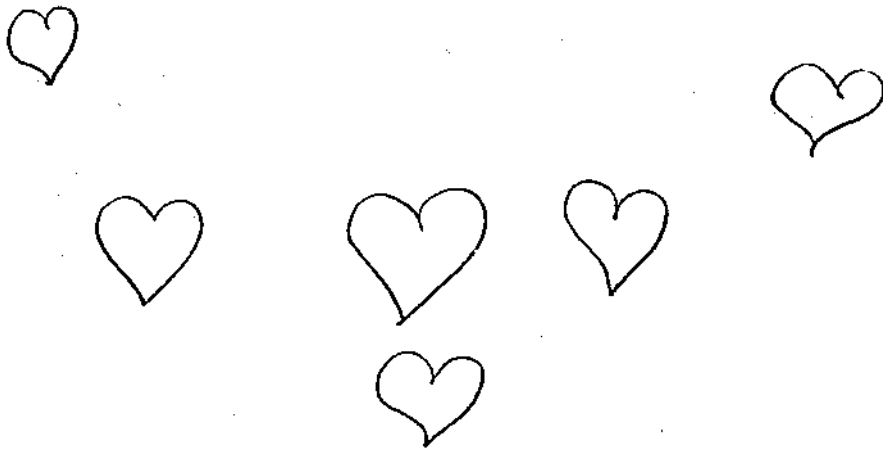


Figura 7 - Dizendo como se sentia, gostando de mim e de si própria, na fase de forte identificação comigo e de estabelecimento do vínculo terapêutico.



Figura 8 - Sem saber o que sentia, período em que sua agressividade parecia-me em estado latente. Aqui ela aparece pelas cores escuras e os traços muito fortes sobre o papel.

Eu amo você!!!

Eu estou triste porque não fiz nada de concreto em toda minha vida...

O QUE VOCÊ PODE, E QUER FAZER DE CONCRETO AGORA? TAMBÉM ESTOU INTERESSADA

Gostaria de ser tão forte como eu estou me sentindo agora!



Figura 12 - Já com cerca de um ano de terapia, voltou a desenhar certo dia. Não conseguia expressar o que sentia. Sentia-se "enrolada" e foi falando sobre isso, enquanto fazia o desenho com lápis preto.

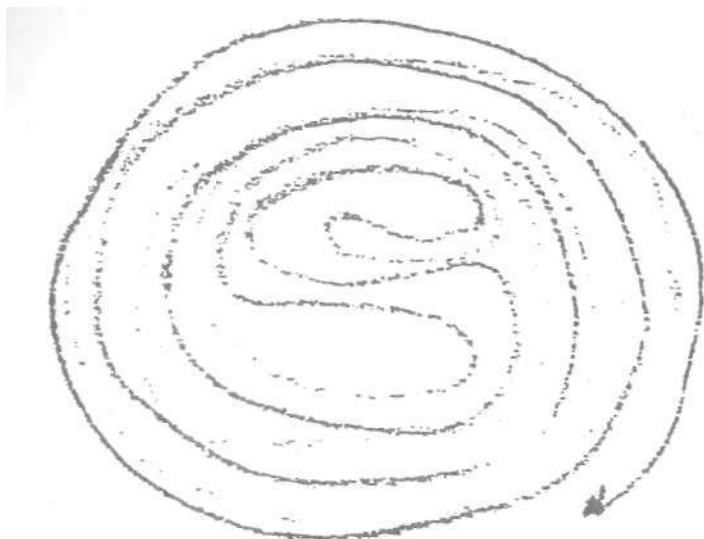


Figura 13 -Na mesma sessão, disse que queria se "desenrolar". Fez o desenho no sentido inverso, usando lápis vermelho. Declarou que se sentia melhor, mais "desenrolada".

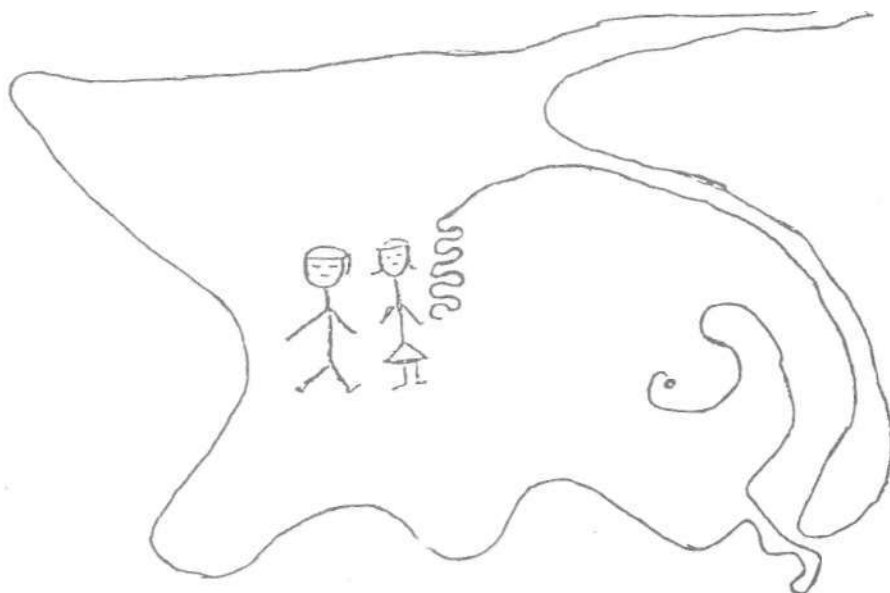


Figura 14 -Quis novamente se "desenrolar". Fez o mesmo desenho no sentido inverso, mas de forma muito mais ampla, usando todo o papel e o lápis amarelo. Colocou-se no centro, ao lado de um homem (seu namorado). A partir desse momento trouxe para a terapia de maneira mais clara, as dificuldades com sua sexualidade.

CONCLUSÃO

O caso de Bia fez-me repensar os conceitos de psicopatologia a partir de uma atitude fenomenológico-existencial na situação de psicoterapia. Foi uma experiência real de atendimento psicoterápico de uma caso diagnosticado como esquizofrenia, cujo processo se deu basicamente sobre a relação inter-subjetiva terapeuta-cliente.

A vivência do atendimento em si foi para mim muito rica, mas acredito que, pensá-la sob o ponto de vista teórico, me trouxe uma outra dimensão do processo terapêutico ampliando mais ainda essa vivência.

Acredito que este trabalho reforça a importância de teorizar-se a própria prática, bem como a de realizar-se a prática da teoria, em sua relação dialética. Vejo-me, vivenciando a teoria na situação de atendimento e teorizando a vivência na elaboração desse trabalho.

Nesse sentido, espero através do registro deste caso, que inclui minha experiência objetiva e subjetiva enquanto psicoterapeuta, bem com sua elaboração teórica, de alguma forma contribuir para o desenvolvimento teórico da atitude fenomenológico-existencial na situação de psicoterapia e sua relação com a psicopatologia.

REFERÊNCIAS

- AUGRAS, M. (1981). *O ser da compreensão: fenomenologia da situação de psicodiagnóstico*. Petrópolis: Vozes.
- DE NICOLA, LM. (1985). *Reconsiderar la psicopatologia: algunas reflexiones desde el enfoque centrado en la persona*. Buenos Aires: II Encontro Latino de Abordagem Centrada na Pessoa.
- GENDLIN, E. T. (1976). *Comunicação subverbal e expressividade do terapeuta: tendências de terapia centralizada no cliente no caso de esquizofrenia*. Em O Rogers e B. Stevens, *De pessoa para pessoa*. São Paulo: Ed. Pioneira.
- GOLDMAN, L. (1972). *A criação cultural na sociedade moderna*. São Paulo: Difusão Européia do Livro.
- MERLEAU-PONTY, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard.
- POLIAK, J. (1985). *Abordage terapêutico del adolescente psicótico desde el enfoque centrado en la persona*. Buenos Aires: II Encontro Latino de Abordagem Centrada na Pessoa.
- RECA, T. (1979). *Psicoterapia de las psicosis en la adolescência*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- ROGERS, C. & STEVENS, B. (1976). *De pessoa para pessoa*. São Paulo: Ed. Pioneira.
- SCHLIEN, J.M. (1976). *O estudo da esquizofrenia pela terapia centralizada no cliente: primeira aproximação*. Em C Rogers e B. Stevens. *De pessoa para pessoa*. São Paulo: Ed. Pioneira.
- SZASZ, T.S. (1977). *Ideologia e doença mental*. Rio de Janeiro: Zahar.
- SZASZ, T.S. (1980). *A ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- VANDENBERG, J.H. (1981). *O paciente psiquiátrico: esboço de psicopatologia fenomenológica*. São Paulo: Mestre Jou.

Texto recebido em 20/6/87.