

ALGUNS ASPECTOS DA COMUNICAÇÃO EM PSICOTERAPIA

RENATO MORAIS (*)

(*) Psicólogo da Clínica Médica de Serralves; psicoterapeuta; doutorando em Psicologia da Universidade Fernando Pessoa (morais.renato@gmail.com).

RESUMO

Partindo da noção de comunicação em psicoterapia, o autor desenvolve ao longo do texto a noção de que a comunicação molda e se desenvolve a partir da relação terapêutica e que visa a aproximação e o contacto de ambos os membros do par relacional na tentativa de partilha de um objecto comum. São realçados os aspectos interpessoais, intrapessoais e subjectivos em ambas as dimensões da comunicação, assim como as dimensões consciente e inconsciente. As ideias elaboradas são ilustradas por vinhetas clínicas.

PALAVRAS-CHAVE: comunicação; psicoterapia; relação terapêutica; consciente / inconsciente.

ABSTRACT

Taking communication in psychotherapy as his starting point, the author develops along the text the notion that communication shapes and develops from the therapeutic relationship and it aims the approach and contact of both members of the relational pair, in an attempt to share a common object. Interpersonal, intrapersonal and subjective aspects are emphasized, in the main dimensions of communication, as well as the conscious and unconscious dimensions. The ideas developed are illustrated by means of clinical vignettes.

KEYWORDS: communication, psychotherapy, therapeutic relationship, conscious / unconscious.

1. INTRODUÇÃO

Etchegoyen (1987, pág. 4) define psicoterapia da seguinte forma: *“Pelo seu método, a psicoterapia dirige-se à psique pela única via praticável, a comunicação; o seu instrumento de comunicação é a palavra (ou melhor dito, a linguagem verbal e pré-verbal), ‘fármaco’ e, ao mesmo tempo, mensagem; o seu marco, a relação interpessoal médico-doente. Por último, a finalidade da psicoterapia é curar, e todo o processo de comunicação que não tenha esse objectivo (ensino, doutrinação, catequese) nunca será psicoterapia.”*

A comunicação é um aspecto central do processo psicoterapêutico, desde o momento da avaliação, diagnóstico e verificação da eventual indicação do paciente para este tipo de trabalho, ao processo terapêutico mais formalmente estabelecido. Constitui-se por isso como um pano de fundo que inclui toda a complexidade do funcionamento mental interno do paciente e da sua relação interpessoal com o terapeuta. É desta e nesta relação que se tornam possíveis os procedimentos ditos terapêuticos.

2. ASPECTOS DA COMUNICAÇÃO EM PSICOTERAPIA

Refira-se que a psicoterapia se constitui como um método de abordagem extremamente eficaz para todos os quadros de psicopatologia funcional. A análise de décadas de estudos sobre a eficácia de psicoterapias nos seus diferentes modelos permite concluir que 80% dos pacientes apresentam melhoras relativamente ao estado em que estariam se não se tivessem submetido ao procedimento (B. Wampold, 2001). Esta é uma realidade conhecida há muito tempo e que justifica as palavras do grande psiquiatra Henry Ey (Ey, Bernard e Brisset, 1965, pág. 825) de que, para o tratamento da doença mental, se bem que a psicoterapia nem sempre seja suficiente, é pelo menos sempre necessária.

O que é então a comunicação terapêutica? Freixo (2006, pág. 79), define comunicação em geral da seguinte forma: *“(...) na sua acepção mais fundamental, o vocábulo ‘comunicação’ refere-se ao processo de partilhar um mesmo objecto de consciência, ela exprime, em síntese, a relação entre consciências”*. No parágrafo anterior refere também que *“(...) o significado de comunicação pode também ser expresso na simples decomposição do termo ‘comum+acção’, querendo significar ‘acção comum, desde que se leve em consideração que o ‘algo em comum’ se refere a um mesmo objecto de consciência e não a coisas materiais, ou à propriedade de coisas materiais. A ‘acção’ realizada não é sobre a matéria, mas sobre outrem, justamente aquela cuja intenção é realizar acção de duas ou mais consciências com objectivos comuns”*.

Esta é uma definição interessante, que nos permite ter um ponto de partida para pensar a comunicação terapêutica, tal como a compreendemos. Como Etchegoyen nos avisa, a comunicação terapêutica não é uma comunicação qualquer. Ela é configurada e configura uma relação terapêutica, dentro da qual é possível observar e com-

preender o funcionamento mental do paciente (e do clínico) através das vicissitudes da tentativa de encontro do par terapêutico. O espaço dessa relação é intersubjectivo e intrasubjectivo, com objectos que circulam quer a nível intrapessoal, quer a nível interpessoal. Existem pressões, coisas não ditas e não conscientes e, muitas vezes, o desejo de não comunicar, de não saber. Desta forma, a comunicação nas relações terapêuticas, se bem que seja contínua a nível inconsciente (pela impossibilidade de não estar em relação), nem sempre o é a nível da consciência, da mentalização consciente. Também nos é difícil conceber que os objectivos da acção de comunicação sejam sempre comuns, pois tal implicava a mesma motivação, a cada momento, no terapeuta e no seu paciente. Tentemos compreender estas questões pela ilustração do que se passa na relação terapêutica.

O objecto das consciências partilhadas, que configura e justifica o encontro e a relação clínico-paciente, começa por ser geralmente o sintoma, a queixa. Existe uma motivação comum implícita (a cura) que, parece-nos, mais do que atribuível á interioridade de cada membro deste potencial par, se fica mais a dever á noção de papéis sociais. Isto porque o objecto-sintoma não tem os mesmos significados e implicações para cada um. Lembramo-nos de um doente esquizofrénico que conhecemos nos corredores do Hospital Conde Ferreira, nos últimos anos da nossa Licenciatura. Após conversarmos um pouco, ele insistia que fôssemos conhecer o seu anjo da guarda que estava á sua espera na capela. Essa noção da realidade de um anjo estava para ele longe de se constituir num problema. Era aliás, numa vida de internamento e abandono familiar, algo de muito precioso para ele. Um dos problemas que este anjo configura, quando visto pelo nosso lado, é a certeza da impossibilidade de alguém se alimentar para sempre de sonhos (ou delírios ou alucinações) e a inevitabilidade de um demónio como contraparte de um anjo. De qualquer forma, e nos poucos minutos em que conversamos, seria impossível chegar á identificação de um sintoma e significado comum ás nossas duas consciências. E nem valerá aqui a pena discutir a qualidade da consciência deste doente.

Desta forma, o objecto-sintoma inicial é algo que tem de ser expandido antes que possa ser verdadeiramente objecto. Por exemplo, Pio de Abreu (1997, págs. 33 a 35) considera que a avaliação em psiquiatria da psicopatologia de um paciente é feita segundo quatro perspectivas, todas elas decorrentes da interacção clínico/paciente:

- O paciente como objecto significativo para o clínico.
- O paciente como objecto de si próprio, tal como é compreendido ou explicado pelo clínico.
- As inclinações ou intencionalidade significante do paciente para com os objectos.
- A percepção dos objectos (realidade) pelo paciente.

Este autor considera que, em qualquer destes casos, se trata então de conhecer as vivências do paciente e os estados de espírito que as constituem. Indo estes estados de espírito de sentimentos a sensações, todos se relacionam com objectos, uma vez

que ter consciência é ter consciência de algo. Não é possível conhecer a vivência do indivíduo, do objecto, sem avaliar o seu mundo e contextos.

No entanto, e na nossa opinião, existe uma dimensão implícita a este esquema que é necessária explicitar. Repare-se que as três últimas perspectivas se referem todas elas ao paciente, mas este paciente é, na primeira dimensão, o paciente enquanto objecto significativo do clínico. Este significado tem de ser apostado aos significantes do clínico e estes, por sua vez, têm de ser também pensados pelo clínico em termos da relação que se está a desenvolver e da qual faz parte. Isto porque *“A psicopatologia é sempre relacional, e sempre avaliada na relação e pela relação (seja pelo terapeuta, seja pelo paciente)”* (C. Amaral Dias, 1995, pág. 15)

O nosso objecto inicial encontra-se já, por esta altura, muito mais alargado e multifacetado. Do sintoma do paciente passa a haver, na mente do clínico, um paciente com um sintoma. A construção a que o clínico chegou foi feita pelo questionamento e observação do paciente e talvez este agora se aperceba de outras questões associadas à sua queixa inicial, levando-o a reconsiderar o ponto de vista que trazia quando entrou no consultório. Talvez tenha notado que o clínico prestou pouca importância a algo que, nas suas teorias pessoais, tenha julgado como muito importante. Talvez tenha notado que houve vários aspectos da sua vida e vivências que mereceram uma atenção mais cuidadosa do clínico. Mas com certeza que o clínico é, por esta altura, também ele um objecto diferente na mente do paciente. Talvez o paciente, por esta altura se vá questionando: *“O que interessa a minha infância para um problema que surgiu aos quarenta anos? E onde queria ele chegar quando me perguntou sobre o meu casamento, se o meu problema são estes apertos no peito e falta de ar que me dão quando chego à noite a casa?”* E se tudo isto aconteceu numa relação interpessoal de (tentativa) de partilha de objectos, com objectos em mutação, a configuração da relação alterou-se também ela. Cada membro do par verá e sentirá o outro de forma diferente.

Note-se que o objecto também nunca é o mesmo para os intervenientes da relação. Se o fosse, não haveria necessidade de avaliar ou diagnosticar coisa nenhuma. Um paciente procura-nos porque não sabe, e nós investigamos o seu problema porque não sabemos também. A construção de um conhecimento torna-se possível desta procura e, depende então, da relação que se estabelece. De outra forma, uma simples carta ou email do paciente, a avisar-nos do que com ele vai mal, seria o suficiente para sabermos do que ele está a falar. Na verdade, se o paciente soubesse do que está a falar, não necessitaria de qualquer ajuda nossa. Aquilo a que este raciocínio nos leva é que o que é partilhado não é o objecto, mas a aproximação a um objecto. O que se partilha é o espaço (mental) criado por essa aproximação. A relação de partilha não se configura num ponto fixo do tempo, espaço e na terceira dimensão do emocional, determinada por um objecto concreto, objectivo e imutável. A comunicação terminaria logo aí, pois nada mais haveria a dizer.

Convém talvez agora esclarecer de que tipo de relação terapêutica estamos a falar e, de novo, remetemo-nos para a citação de Etchegoyen. Esta relação é com o paciente

que tem um sintoma, e não com o sintoma que tem um paciente. É também a diferença entre modelos de psicopatologia: a diferença entre um modelo médico e um modelo psicodinâmico. “(...)o que você tem’ é um discurso psiquiátrico; ‘o que você é’ é um discurso psicanalítico. ‘Se você tem’ uma doença, há uma relação entre o ser e o ter que se encontra dissociada. ‘Se você é’, o problema é outro. (...) se vamos pelo caminho de ‘o que você é’, temos de entender esta extraordinária relação que existe entre o sintoma e o ser. Se vamos pelo caminho de ‘o que você tem’, o que o sujeito é, como sintoma, não tem nada que ver com o que o sujeito é. (...) o sujeito não tem um sintoma. Por estranho que pareça o sintoma tem-no a ele” (C. Amaral Dias, 2000, págs. 91 e 92)

Se quisermos, podemos pensar que a comunicação na relação terapêutica nasce de um ponto (por exemplo, uma queixa, um pedido de ajuda) e desenvolve-se pelas múltiplas linhas que se traçam a partir daí como que vectores (a dúvida do clínico que questiona, em direcção ao seu próprio interior e em direcção ao paciente, para além do sintoma; a direcção a que o paciente é convidado a seguir e a direcção outra que pode preferir tomar), estabelecendo os múltiplos planos que vão permitir o encontro do clínico e do paciente (o paciente no clínico, a interacção com o paciente; o clínico no paciente, a interacção com o clínico) e configurando então um espaço relacional na mente e na dimensão interpessoal dos dois intervenientes. É neste e deste espaço que nasce a (uma) compreensão sobre o objecto, possível de ser comunicada.

3. A PROPÓSITO DUM CASO CLÍNICO

Já antes nos referimos ao facto de que a motivação do par nem sempre é a mesma e de que nem sempre o paciente quer compreender o que se passa consigo, quem realmente é. Lembramo-nos aqui de um paciente que vimos seguindo em psicoterapia há alguns meses, que possui um pensamento altamente obsessivo e que demonstrava, em certa sessão, o que pareceria a um observador externo o seu imenso desejo de nos comunicar e compreender a essência do seu problema. Após usar praticamente toda a sua sessão tentando descrever os múltiplos aspectos do que então definia como sendo o seu problema, associando-lhe os seus pensamentos e emoções correspondentes, surgiu-nos uma noção daquilo que estaria contido nas suas palavras. Quando lhe sugerimos que aquilo de que nos falava era o seu medo de enlouquecer (e aqui há uma transformação de objectos, de sintomas para uma angústia subjacente), o paciente sentiu a nossa devolução como uma verdade excessivamente dolorosa. De facto, o confronto com essa ideia foi de tal forma violenta que o seu débito verbal na sessão foi interrompido, a sua expressão não-verbal reduziu-se àquilo que nos fazia lembrar um boneco de cera e o seu pensamento foi paralisado. Nada mais conseguiu dizer e era visível o seu esforço para tentar organizar um pensamento, por mais banal que fosse.

Quando na sessão seguinte verificamos que a situação se mantinha, perguntamos-lhe se essa sua paralisação servia o propósito de não nos deixar compreender mais

nada sobre si, impedindo-nos de lhe causar mais afectos dolorosos. Ele foi então capaz de voltar a pensar. Contou-nos o quão difícil foi ouvir o que lhe dissemos na sessão anterior e como passou o tempo que vai de uma sessão a outra a tentar impedir que as nossas palavras entrassem na sua mente. Concluiu pedindo-nos que lhe desse-mos mais margem de manobra em relação a pensamentos desses. *“Eu sei que o que me disse é verdade, senti isso cá dentro, mas... depois fico sozinho com esses pensamentos até á sessão seguinte. E entretanto eu tenho de ser capaz de viver e de trabalhar...”* A verdade sobre o medo da loucura é então enlouquecedora, ao ponto de o paciente necessitar desligar grande parte da sua actividade mental: não pensar para não sentir, não pensar para não se despedaçar.

É também interessante notar o que aconteceu a seguir. Com o pedido do paciente, o nosso pensamento fixou-se na pergunta: o que podemos então dizer-lhe e o que não lhe podemos dizer sob risco de o “partir”? Deixamos logo depois de também conseguir pensar e a sensação que nos ficou foi a de uma paralisia necessária. O paciente passou a ser incompreensível porque a nossa mente se desviava para as teorias da técnica e tentava identificar o “tipo de paciente” e a respectiva “receita técnica”, sem que nem isso o conseguíssemos fazer. Entretanto, e muito ao longe, íamos ouvindo vagamente o paciente falar, subitamente de novo recuperado na sua enxurrada verbal. De certa forma, esta enxurrada é uma expressão do seu pensamento obsessivo, que o protege de mentalizar e ser avassalado por angustias que são para si terríveis. No momento em que a nossa intervenção circunscreveu a defesa, o seu único recurso foi paralisar o pensamento e, com isso, o sentir. Tal deixou de ser necessário quando passou a ser o nosso pensamento o paralisado.

Compreendemos então que o que nos foi comunicado pelo paciente, a um nível pré-verbal, foi o seguinte: *“Eu tenho de tecer uma malha de (não)pensamentos que encubra o abismo em que temo cair. Pensar no abismo é o mesmo que cair ao abismo e, como tal, eu não posso compreender que ele ali se encontre. Eu faço isso tecendo malhas que o escondem de mim mas, se tu mas rompes, eu tenho de me cegar para não o ver. Mas na verdade não interessa quem é o cego, apenas que, aqui contigo, alguém tem de o ser. Se fores tu a cegar-te, então posso voltar ás minhas malhas e volto á mentira do meu sintoma”*. Isto corresponde á fantasia inconsciente do paciente, tal como paciente é percebido por nós. Não nos foi imediatamente consciente e, enquanto o não foi, essa fantasia foi aceite e nossa também. Desempenhamos, momentaneamente, um papel complementar (Racker, 1982, pág. 57) da fantasia do paciente, afastando-nos e paralizando o nosso pensamento para não ver (não fazer ver). Ao mesmo tempo, e num momento mais inicial, houve também uma identificação concordante (*ibid Cit.*) com a fantasia de um abismo de loucura, com o terror de olhar e pensar tal questão.

Existe aqui outra coisa a ser comunicada e que se refere á natureza do abismo: esse abismo é inerente á nossa relação. Segundo o paciente, o problema era guardar as nossas palavras entre sessões (*“Depois fico sozinho com estes pensamentos até á sessão seguinte”*). Uma das características da relação terapêutica é precisamente a separação

entre eu/não-eu que ela implica. A palavra do terapeuta pode ser empática, mas é sempre um não-eu, mesmo quando reflecte a experiência pessoal do paciente (o eu). Na ausência do terapeuta, as suas palavras tornam-se um perigo, precisamente pela questão de que na ausência, a sua existência é inegável. Note-se que aquilo que o paciente sentiu como as nossas terríveis palavras surgem precisamente com a aproximação e antecipação do final de uma sessão. Nesta perspectiva, o objecto na mente do paciente não é aqui a sua experiência consciente, que gira em torno do sintoma, mas sim o objecto-terapeuta que antecipa (que introduz) a separação pelo uso da palavra empática. Palavra que assinala o Outro, o não-eu, exercendo a sua capacidade de compreensão própria, de introspecção que é marca de um espaço privado. O que foi dito ao paciente, tornou-se persecutório no espaço da separação. Como diz C. Amaral Dias (2000, pág 266) *“Todo o objecto é traumático, porque nunca é digno de confiança: pode ir-se embora, oferecer o sujeito á predação do estranho, á violência e devoração do outro. O objecto é duplamente traumático: pode ir-se embora e oferecer o sujeito ao repasto do terceiro – aí mesmo, no lugar da separação”*.

Este exemplo serve para explicitar que a “relação de consciências”, a nível de uma relação terapêutica, nem sempre é consciente, o objecto partilhado nem sempre é consciente. E é também algo que vai sofrendo metamorfoses e que vai circulando em múltiplos planos de relação intra e interpessoal, em ambos os membros do par. Em relação ao que se passou connosco, o que foi posteriormente entendido como uma comunicação do paciente após introspecção da situação, era antes disso sentido por nós como uma paralisia difusa e, antes disso ainda, por uma perda de foco na sessão e uma vaga sensação de alarme.

Ogden (1994) cunhou o conceito de “terceiro analítico” para se referir aos movimentos dialécticos de subjectividade e intersubjectividade do par terapeuta-paciente. Referindo-se á realidade da situação analítica, Ogden assinala a existência de três subjectividades: a subjectividade do analista, do analisando e do terceiro analítico. O terceiro analítico refere-se á experiência de estar simultaneamente dentro e fora da intersubjectividade do par, sendo gerado pela dialéctica das (e entre das) subjectividades do analista e analisando dentro do *setting* (pág. 64). Por outro lado, analista e analisando são criados pelo terceiro analítico, uma vez que esta experiência se constitui na essência do trabalho terapêutico. Para além disso, o terceiro analítico não é idêntico no sentir do analista e do analisando, duas pessoas separadas e constitucionalmente diferentes. É também construído de forma assimétrica, uma vez que os papeis do par são também eles assimétricos. Nesta assimetria, a experiência inconsciente do paciente é privilegiada, uma vez que ela é o assunto principal do discurso analítico. A experiência do terceiro analítico, por parte do terapeuta, é usada principalmente como forma de compreender as experiências conscientes e inconscientes do analisando. Ogden conclui que este conceito serve de referência para a compreensão da interdependência do sujeito e objecto e das relações transferência-contratransferência. (págs. 93 e 94).

Antes que possamos dizer o que quer que seja da relação transferência-contratransferência, precisamos de nos referir à Identificação Projectiva, conceito e paradigma da psicoterapia psicanalítica e psicanálise actual. Inicialmente descrito por Melanie Klein (1946) como um mecanismo esquizoide presente na psicose, ele foi grandemente ampliado por autores posteriores. Actualmente a identificação projectiva pode ser concebida um mecanismo de defesa, uma forma primitiva de relação de objecto, uma via para a mudança psicológica e um modo de comunicação. Pode ser concebida como acontecendo em três fases (T. Ogden, 1982, págs. 12 a 20): começa por haver, na fantasia inconsciente, a projecção de uma parte do *self* para dentro do outro, de forma a ver-se livre de um perseguidor destrutivo interno, ou de forma a colocar a salvo algo que é sentido como ameaçado por perseguidores internos. Consequente a esta fantasia, existe uma outra de controlo do outro a partir de dentro, uma vez que os limites entre as representações de *self* e objecto se tornam obscuras. Existe a expectativa de que o outro sinta exactamente o mesmo estado mental de quem realizou a projecção e quem projecta sente-se “um com” (uno, um só) com o recipiente. Esta primeira fase é então apenas intrapsíquica.

A segunda fase é interpessoal e consiste na indução do recipiente a vivenciar-se e comportar-se de forma congruente com a fantasia inconsciente projectada. Isto é feito através de uma pressão real no receptáculo da projecção, feita através de uma multiplicidade de interações possíveis para esta função. Esta indução é feita também através de uma ameaça subjacente para que o recipiente aceite e se comporte de acordo com a fantasia, “se não...!”. Através da interacção, aquele que projecta verifica também se o receptor tem ou não as características projectadas e se ele se encontra sob seu controlo.

Na terceira fase, o receptáculo, sujeito à pressão interpessoal, vai de facto vivenciar algo mais ou menos aproximado àquilo que foi projectado nele mas, uma vez que é outra pessoa, com outra personalidade, nunca poderá sentir algo rigorosamente idêntico. De qualquer forma, esta diferença individual permitirá também um manejo diferente do material projectado e poderá possibilitar um “processamento” ou “digestão” diferente desse material, originando um conjunto de sentimentos também diferentes. Este material digerido será introjectado ou recuperado do recipiente, nesta forma transformada. A par com isto, haverá também a tentativa de introjectar o método ou forma como o recipiente lidou com o material inicialmente projectado (*ibid Cit.*, pág. 35).

É desta forma que a identificação projectiva é tida como protótipo da comunicação, pela forma como através dela aquele que projecta consegue induzir o receptáculo a sentir um conjunto de sentimentos similares aos seus. No exemplo de Bion (1967, pág.132), a propósito das angústias primitivas, da formação da personalidade e do pensamento do bebé na interacção com a sua mãe “*a identificação projectiva manifesta-se na conduta que premeditadamente visa despertar, na mãe, sentimentos dos quais o bebé deseja livrar-se. Se o bebé sente que está a morrer, pode despertar na mãe o receio de que ele esteja a morrer. A mãe equilibrada consegue aceitar esse temor e reagir terapêuticamente; isto é, de modo a fazer com que o bebé sinta que está a receber de volta a sua*

própria personalidade amedrontada, mas de forma tolerável – os temores passam a ser manejáveis pela personalidade do bebê.”

Um exemplo prático do dia a dia, seria o desespero do bebê com fome, a leve angústia que todos sentimos com o choro de um bebê e a calma acção de resposta madura a esse choro: a alimentação tranquila, a canção de embalar, o colo, etc. Da parte do bebê, o que fica é não só a resposta, mas a verificação de que quem responde não desespera como ele desesperou com os sentimentos iniciais. Na relação terapêutica, a capacidade do terapeuta se aperceber das suas vivências induzidas pelo paciente e de a elas reagir com compreensão constitui-se num dos seus mais importantes instrumentos e possibilidade de comunicação terapêutica (B. Joseph, 1987, pág. 170).

Mesmo no adulto bem integrado, capaz de linguagem simbólica em que a comunicação se conjuga com formas relacionais em que *self* e objecto se encontram bem diferenciados, a identificação projectiva continua a existir como uma faceta inconsciente dessa comunicação. *“Há sempre uma exigência e expectativa inconsciente de que a outra pessoa saiba precisamente aquilo que estamos a sentir. Nunca fazemos completamente as pazes com a realidade de que estamos sozinhos com os nossos pensamentos e sentimentos e que os outros podem apenas conhecer uma aproximação inexacta do nosso estado interno.”* (T. Ogden, 1982; pág. 71).

A identificação projectiva é também um dos aspectos importantes da transferência e da contratransferência, fenómenos que surgem num campo interpessoal mas que são exteriorizações de relações intrapséssicas (T. Ogden, 1986, pág. 150). A transferência existe em todas as relações humanas, mas na psicoterapia, ela é colocada na dimensão comunicativa (C. Amaral Dias, 2008, pág. 19). O aspecto terapêutico da comunicação do clínico consiste na devolução do que primeiro nele foi projectado e depois transformado pela sua personalidade. Se o paciente conseguir reinternalizar as suas fantasias sob a forma transformada pelo terapeuta (e a sua acção de transformação), haverá então lugar a crescimento psicológico (C. Amaral Dias, 1988, pág. 36).

4. UM SEGUNDO CASO CLÍNICO ILUSTRATIVO

Recordamos agora um outro paciente, um homem na casa dos quarenta anos, que começou por nos procurar por crises depressivas recorrentes e pensamentos auto-desvalorizantes e recriminatórios. Não era a primeira vez que consultava um clínico de Saúde Mental e tinha já iniciado várias terapias que nunca tinham ido além da primeira sessão. A primeira coisa que nos disse quando se sentou foi *“Estive mesmo para não vir...”* e mais não acrescentou, esperando atentamente, mas de forma recolhida, a nossa reacção. Nos cinquenta minutos que se seguiram conseguimos perceber a sua dificuldade em se relacionar com todos os que o rodeavam, de colegas de trabalho á sua esposa e filhos. Não sentia contacto, ressonância, todos lhe pareciam inacessíveis e estranhos. Este paciente sentia que esta dificuldade estava de alguma forma ligada

aos seus sintomas depressivos, pelo isolamento que lhe causavam. Quando tentamos perceber melhor quem era e como era este homem, cada área da sua vida que tentávamos explorar merecia-lhe uma resposta rápida, quase que insuficiente para formarmos uma ideia mínima acerca dela. Seguia-se depois a evasiva *“Mas olhe, não estou ainda preparado para lhe falar muito disto”*.

No final do tempo, o paciente abordou-nos, de forma algo mecânica e desvitalizada, sobre a possibilidade de iniciar um processo psicoterapêutico connosco. Dado o seu historial de abandonos de terapias, a reserva com que nos foi respondendo e a forma pouco investida como formulou o pedido, pareceu-nos que não seria ainda o momento para avançar para tal. Ele confessou-nos então que a sua pergunta tinha sido uma espécie de teste, que precisava de ajuda mas que não se sentia ainda capaz de embarcar numa relação desse tipo. De alguma forma sentia que o abandono das terapias anteriores se devia á *“pressa com que me sentaram á espera que eu falasse”*. Propusemos-lhe então que a marcação de próximos encontros ficaria a seu cargo, se e quando achasse que um próximo encontro fizesse sentido. Ficariam, naturalmente, condicionados ás nossas disponibilidades de horário.

Nesse mesmo dia o paciente marcou, através da nossa funcionária, uma próxima hora. Decorreram vários encontros com uma regularidade mais ou menos quinzenal em que o paciente invariavelmente começava por nos dizer *“Sabe, hoje esteve mesmo para não vir...”*. E no entanto, em cada hora parecia depositar muito de si. As horas eram pesadas do ponto de vista da nossa mobilização emocional, carregadas de material depressivo. Permitia-se chorar, permitia-se sentir e, em privado, parecia permitir-se pensar em alguma coisa. Notávamos gradientes de emoções que se alteravam com os seus silêncios, a expressão não-verbal ia sofrendo transformações. Mas sempre que nos aproximávamos de algum assunto, a sua resposta voltava a ser *“Não quero ainda falar disso...”*. A falta de um *setting* psicoterapêutico externo avisava-nos a não seguir muito longe as suas comunicações, sob risco de saturação e novo abandono. Pouco mais sabíamos ainda dele para além de meia dúzia de factos concretos sobre a sua vida e de que, sob a ameaça constante do abandono e da fuga que deixava pairar sobre a sessão, este paciente parecia mesmo assim sentir-se ligado a nós e retirar algo de importante para si.

Chegou então um dia em que vinha visivelmente mais deprimido e em que arriscou falar-nos do que sentia. Contou-nos, de forma carregada de tonalidade emocional, um episódio passado em que tinha tido uma terrível discussão com um familiar próximo. Este sempre se tinha aproveitado do paciente, do seu acanhamento em vincar as suas opiniões e da sua dificuldade em dizer não, tendo acabado por o prejudicar de forma grave a nível económico e familiar. Essa foi a gota de água: *“Disse-lhe então tudo o que tinha guardado esses anos todos, que trazia cá dentro em relação a ele desde miúdo. Saiu-me tudo cá para fora e deleitei-me com isso. Ficamos de mal um com o outro, separamo-nos assim... e dois dias depois ele morreu do coração”*. A culpa que sentia era esmagadora e, a partir daí, os momentos que pedissem uma acção mais activa da

sua parte traziam invariavelmente este episódio à sua memória, com as consequentes emoções e pensamentos auto-condenatórios.

la-mos seguindo o peso esmagador do que ia falando, mas pareceu-nos compreender algo mais, uma outra faceta que lhe comunicamos. Falamos-lhe da dor e do ressentimento que ele sentia por o passado e história conjunta com o seu familiar não poder ter sido uma história feliz e o quanto ele culpava esse familiar por isso. Da raiva que lhe tinha por ter impedido tal coisa. O paciente respondeu com um choro violento e descontrolado que durou muito tempo, sendo necessário ir para além do tempo para que se recompusesse. Pensamos que nunca mais o iríamos ver.

Ele acompanhou-nos no pensamento vários dias, e nos íamo-nos recriminando por ter avançado com uma intervenção tão saturada sem dispor de um setting externo, sem a contenção, por exemplo, de uma regularidade de sessões. No entanto, de cada vez que voltávamos a repassar esta sessão na mente, concluíamos também que o que tinha sido devolvido estava correcto em conteúdo e tinha sido enquadrado por uma disponibilidade genuína, sentida e não retaliatória de compreensão do paciente. Mesmo assim estávamos certos de que o paciente estava perdido, de que não voltaria, abandonando assim mais uma possibilidade de terapia e aumentando a sua desesperança de mudança.

Qual não foi o nosso espanto quando verificamos na agenda, uns dias depois, uma nova marcação deste paciente logo para a semana seguinte. Chegou ao consultório com um sorriso envergonhado e, pela primeira vez, não começou por dizer *“Estive mesmo para não vir”*. Ficou em silêncio, olhando-nos com um sorriso comprometido, como se ambos fôssemos cúmplices de um segredo comum. Como não sabíamos que segredo era esse, resolvemos retomar o que se tinha passado na hora anterior. Explicamos-lhe como achávamos importante o que tinha sido discutido da última vez, mas como tínhamos também ficado a sentir que talvez tivesse sido prematuro ou excessivo para ele. O paciente respondeu-nos que pela sua parte, e nos dias seguintes, ficou a pensar que não o voltaríamos a receber, que ele com certeza era um incómodo para nós, que não podia deixar de nos incomodar com as suas *“coisinhas e ninharias”*. Sentiu mesmo assim um alívio enorme e uma tristeza diferente, *“que doía mas que fazia sentido, que dava para suportar, como se este assunto finalmente pudesse ser alguma coisa que pertence ao passado porque já não posso fazer nada acerca disso”*.

Este desencontro de expectativas entre nós é, afinal, aparente. O encontro aconteceu num mesmo tema: o receio de ser negado pelo outro devido aos conteúdos que são comunicados a (pelo contacto com) esse outro. Note-se que grande parte das queixas deste paciente se referiam a uma sensação de isolamento, de impossibilidade de se sentir reconhecido nos outros. A sensação que nos ficou durante parte da semana era algo de concordante com a experiência do paciente no episódio relatado da discussão: o assumir um ponto de vista e uma convicção tida como verdadeira e a consequência catastrófica de o fazer (*“matar”* um familiar/*“matar”* um paciente). Independentemente do que mais possa ter sido, a este nível houve uma comunicação o mais genuína possí-

vel de algo que é profundo na existência sofrida deste paciente e podemos sentir algo semelhante ao que ele sente com os outros.

O esclarecimento do que parecia, a nível consciente, ser um desencontro, permitiu que este paciente sentisse também que éramos capazes de receber as suas “ninharias” que, pelo que daqui se depreende, estão longe de o serem. São sim um poço de raiva e ressentimento consequente á compreensão da sua existência separada dos outros. As ninharias são um objecto extremamente carente, que reclama compensações pelas falhas dos outros no presente e no passado e que por isso exige compreensão absoluta do tipo “um com”, como se devesse haver um vínculo telepático permanente ás suas necessidades. Uma vez que a fantasia nunca vence a realidade, transformam-se em bombas de proximidade que ameaçam aniquilar o objecto que nunca dá o suficiente, embora seja este o único que pode dar algo. Estar em contacto com o outro é perigoso pelo pouco que se recebe dele e pelo ressentimento que tal provoca, pela consequente retaliação que se desencadeia e pela culpa que depois se instala.

O falar sobre o desencontro, nos seus vários cambiantes, parece ter dado a este paciente um indício de que sobrevivemos aos seus objectos da fantasia inconsciente. Por sobreviver queremos dizer que não só permanecemos disponíveis para os seus conteúdos mentais, afinal não tão destrutivos e devoradores, como fomos também capazes de continuar a pensar sobre eles. Tudo isto permitiu também que este paciente, pela primeira vez, se atrevesse a aceitar uma relação terapêutica, pedindo-a explicitamente nesta sessão. Mantem-se em terapia há cerca de um ano.

5. CONCLUSÃO

A comunicação terapêutica não funciona num universo paralelo. Funciona numa relação humana com regras e características próprias, mas sempre entre seres humanos. Como tal, o que aqui se disse da comunicação terapêutica aplica-se também a outro tipo de relações. A diferença está no *setting* psicoterapêutico, que visa e permite realçar os fenómenos de que aqui se falou. Este texto não pretende também “invalidar” a definição de Freixo. Pelo contrário, o que as suas palavras escritas nos permitiram foi uma comunicação com o seu objecto-comunicação, com o objecto-comunicação de outros autores e com as nossas experiências pessoais e de trabalho. As palavras fecham significados e o seu arranjo em definições fecham-nos muito mais. Freixo usa claramente a noção de “consciência” e “objecto” num sentido filosófico diferente do nosso, mas estamos todos a falar da mesma coisa. E essa coisa, a jeito de realidade última que nunca atingiremos e da qual só temos um vislumbre, é o que também nos dá a necessidade de comunicar, porque na falta da Verdade, ficam as tentativas de partilha de verdades.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARAL DIAS, C. (1988) *Para uma Psicanálise da Relação*, Porto, Edições Afrontamento.
- AMARAL DIAS, C. (1995A) *Repensar*, Porto, Edições Afrontamento.
- AMARAL DIAS, C. (2000) *Freud Para Além de Freud*, Lisboa, Fim de Século.
- AMARAL DIAS, C. (2008) *Modelos de Interpretação em Psicanálise*, Coimbra, Almedina.
- BION, W. R. (1967) *Second Thoughts*, Rio de Janeiro, Imago.
- ETCHEGOYEN, R. H. (1989) *Fundamentos da Técnica Psicanalítica*, Porto Alegre, Artes Médicas.
- EY, H., BERNARD, P. e BRISSET, CH. (1965) *Tratado de Psiquiatria*, Barcelona, Toray-Masson.
- FREIXO, M. J. V. (2006) *Teorias e Modelos de Comunicação*, Lisboa, Instituto Piaget.
- JOSEPH, B. (1987) "Projective Identification: some clinical aspects" in *Psychic Equilibrium and Psychic Change – Selected Papers of Betty Joseph*, London, Routledge.
- KLEIN, M. (1946) "Notas sobre alguns mecanismos esquizoides" in *Inveja e Gratidão e Outros Trabalhos (1946-1963)*, Rio de Janeiro, Imago.
- OGDEN, T. H. (1982) *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*, London, Karnac Books.
- OGDEN, T. H. (1986) *The Matrix of the Mind*, London, Karnac Books.
- OGDEN, T. H. (1994) *Subjects of Analysis*, London, Karnac Books.
- PIO DE ABREU, J. L. (1997) *Introdução à Psicopatologia Compreensiva*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- RACKER, H. (1982) *Estudos sobre Técnica Psicanalítica*, Porto Alegre, Artes Médicas.
- WAMPOLD, E. W. (2001) *The Great Psychotherapy Debate*, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.

RENATO MORAIS

PSICOTERAPEUTA.