

RUI CHAMONE JORGE

A RELAÇÃO TERAPEUTA-PACIENTE

(Notas introdutórias)

Trabalho apresentado no VII Congresso Brasileiro de Fisioterapia, realizado em Belo Horizonte, outubro de 1985, e ao VII Encontro Nordestino de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais e I Simpósio Brasileiro de Fisioterapia Desportiva, realizados em Recife, outubro de 1986.

Belo Horizonte

1º Edição - (1989) - Publicação independente
2º Edição - (1999) - GES.TO

Ges.To - Grupo de Estudos Profundos de Terapia Ocupacional
Av. Getúlio Vargas, 668, sala 1405, Funcionários - Belo Horizonte - MG
Cep: 30112-901 – Email: grupogesto@yahoo.com.br

A RELAÇÃO TERAPEUTA-PACIENTE

(Notas introdutórias)

Revisão: Sílvia Margarida de Castro César

Aos Fisioterapeutas
dedico este trabalho.

“Somente dançando, sei falar em imagens das coisas mais elevadas; e, assim, ficou-me silenciada nos membros a minha mais elevada imagem! Como pude suportá-lo? Como sobrevivi a tais feridas e as suportei? Como, desses túmulos, ressuscitou a minha alma? Sim, qualquer coisa invulnerável e que não pode tumular-se há em mim, qualquer coisa que fende rochas: chama-se a minha vontade. Silenciosa e inalterada, procede através dos anos.”

In: Assim falou Zaratustra.

ÍNDICE

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| INTRODUÇÃO | 10 |
| DEFINIÇÃO | 15 |
| O “SETTING” E A ENTREVISTA | 15 |
| CASO Nº 1 | 16 |
| COMENTÁRIOS | 16 |
| A SEGURANÇA EXTERNA | 18 |
| A SEGURANÇA INTERNA | 19 |
| A ANGÚSTIA | 20 |
| CASO Nº2 | 22 |
| COMENTÁRIOS | 23 |
| A EMPATIA | 23 |
| CASO Nº3 | 24 |
| COMENTÁRIOS | 25 |
| A SIMPATIA | 26 |
| CASO Nº4 | 26 |
| COMENTÁRIOS | 27 |
| A NEUTRALIDADE | 28 |
| CASO Nº 5 | 29 |
| COMENTÁRIOS | 29 |
| CASO Nº 6 | 29 |
| COMENTÁRIOS | 30 |
| A ATMOSFERA DE CALOR | 30 |
| CASO Nº 7 | 31 |
| COMENTÁRIOS | 31 |

| | |
|---|-----------|
| A ETAPA RESPONSIVA | 32 |
| A ETAPA INICIATIVA | 33 |
| CASO Nº8 | 35 |
| COMENTÁRIOS | 36 |
| CASO Nº 9 | 36 |
| COMENTÁRIOS | 36 |
| CASO Nº 10 | 37 |
| COMENTÁRIOS | 37 |
| A QUESTÃO DA TRANSFERÊNCIA | 38 |
| DOIS MODOS DE TRANSFERÊNCIA | 42 |
| A TRANSFERÊNCIA DOS IMPULSOS LIBIDINAIS | 43 |
| CASO Nº 11 | 43 |
| COMENTÁRIOS | 44 |
| TRANSFERÊNCIA DE DEFESA | 44 |
| CASO Nº 12 | 44 |
| COMENTÁRIOS | 45 |
| A CONTRATRANSFERÊNCIA | 46 |
| CASO Nº 13 | 46 |
| COMENTÁRIOS | 46 |
| CASO Nº 14 | 46 |
| COMENTÁRIOS | 47 |
| CASO Nº15 | 48 |
| COMENTÁRIOS | 48 |
| CASO Nº 16 | 49 |
| COMENTÁRIOS | 50 |
| SÍNTESE E FINAL | 50 |
| BIBLIOGRAFIA COMPULSADA | 52 |

APRESENTAÇÃO

Este trabalho foi-nos encomendado pela Comissão Científica do VII Congresso Brasileiro de Fisioterapia, que se realizou em Belo Horizonte, em outubro de 1985. A redação já estava pronta, quando, por motivo de doença, vimo-nos proibidos de apresentá-lo.

Em outubro de 1986, apresentamos partes do mesmo ao VII Encontro Nordestino de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais e I Simpósio Brasileiro de Fisioterapia Desportiva, realizados em Recife. De volta a Belo Horizonte, corrigimos as dúvidas suscitadas na apresentação e o mantivemos para publicação na sua forma original.

INTRODUÇÃO

Senhores Congressistas, boa tarde.

Quando a Comissão Científica deste Congresso nos encomendou este curso, deparamo-nos com algumas dificuldades. Umas diziam respeito à bibliografia que se relacionasse com o modelo psicodinâmico próprio para quem se aplica na fisioterapia. Outras, ainda, diziam respeito à nossa estrita experiência em grandes hospitais psiquiátricos e, atualmente, apenas, em nossa pequena oficina terapêutica ocupacional, destinada à reabilitação psiquiátrica.

Como forma de trabalho, deixamos nosso pensamento muito livre e concluímos que, em que pese a qualquer plano, ou a todos os planos, qualquer visão, ou todas as visões, a relação terapêutica é, na verdade, aquela que cada profissional se percebe capaz de realizar, ou seja, aquela com a qual mais se identifica, quando mais se percebe coerente, lúcido e econômico para si e para o paciente.

O encontro terapeuta-paciente implica um homem que é o paciente, um outro, que é o terapeuta; quando um é o necessitado de ajuda e o outro é o ajudador; e quando a recuperação da saúde e a prevenção da doença dependem da capacitação quanto do desejo de ambos.

Concluímos, também, que nossa prática diária deveria, apenas, nortear a leitura no sentido de encontrar um modelo psicodinâmico próprio para os fisioterapeutas, modelo esse que não descaracterizasse sua prática, mas qualificasse melhor sua resposta ao paciente. Limitamos e dirigimos nossa experiência sempre no sentido de que aquilo que importa ao profissional da área física não é, obrigatoriamente, aquilo mesmo que interessa ao profissional da área psiquiátrica, apesar de uma não excluir a outra.

Portanto, falar da relação terapeuta-paciente é estar disposto a falar de nossa visão de mundo, pois homem é aquele que avalia e cria o mundo para percebê-lo. Não cremos em outra postura, a não ser essa, para explicar o gigantismo deste encontro, o qual, antes de ser terapêutico, é, de fato, e por excelência, uma relação humana, e que, portanto, dispensa, por ser ingênuo, o pensamento que privilegia apenas uma resposta universal para todos os homens em todos os momentos.

A rigor, só há um aspecto universal para nós reabilitadores de estigmatizados, não importa por qual método técnico os abordemos. Universal para nós é elaborarmos, antes, significantes que deformidades, é estimularmos em cada um sua agressividade, desde que, por isso, entendamos o desejo de lutar em prol de si mesmo de cada paciente.

Sabemos que este texto não esgotará o assunto, apenas o iniciará como dissemos no subtítulo. São notas introdutórias. Mas, entendemos nosso encontro, hoje, como da mais alta importância, exatamente porque nos proporciona mostrar que não é verdadeiro que a prática só de atos técnico-

cinestésicos, sem a devida preocupação psicodinâmica, promova a saúde do cliente e nos proporciona mostrar, também, que o conhecimento da psicodinâmica das relações humanas facilita nosso trabalho e, mais, que é possível trabalharmos juntos, unindo nossos conhecimentos e nossos interesses num esforço comum.

O título deste texto foi sugerido pela Comissão Científica ao Autor, que retirou do substantivo fisioterapeuta o radical fisio, uma vez que sua maior preocupação é a de promover enfoque no estudo dinâmico das relações humanas.

Crê, aquela comissão, que, com a permanência do radical, o pensamento dos Congressistas se dirigiria na busca de respostas ao nível do orgânico apenas; crê, mais ainda, que é exatamente a negligência com a psicodinâmica dos atendimentos, uma das grandes causas do fracasso profissional. Portanto, onde se lê terapeuta, pode-se entender: fisioterapeuta e terapeuta ocupacional.

Buscamos ilustrar, na medida do possível, cada momento da relação terapeuta-paciente, na visão dos modelos escolhidos, com casos clínicos da atividade diária de fisioterapeutas e de terapeutas ocupacionais, que se dispuseram a relatá-los. A eles nossos agradecimentos.

Gostaríamos que os senhores tentassem ouvir cada caso, recebendo tanto os sentimentos dos clientes, quanto os dos profissionais, com o maior respeito e consideração possíveis, pois são revelações muito pessoais e íntimas de cada um.

Gostaríamos que, ao ouvi-los, os senhores se abstivessem de qualquer julgamento de valor moral ou ético, interpretações ou avaliações a partir de um referencial teórico ou de uma norma de conduta.

Gostaríamos, ainda, que os senhores mantivessem suas mentes abertas e que tentassem se colocar dentro do quadro de referência interna de cada um, tanto do terapeuta quanto do cliente, admitindo que as coisas que ocorreram com eles, poderiam ocorrer com qualquer um dos senhores também. Só assim poderão compreendê-los bem e conhecer as razões que os levaram a proceder desta ou daquela forma.

A QUESTÃO DA BIBLIOGRAFIA

Os profissionais queixam-se da falta de material didático, mas nos perguntamos se o volume das queixas é proporcional à busca de soluções para esse crucial problema.

Publicamos, quanto a isso, o seguinte texto:

“tenho ouvido, também, questões quanto à bibliografia. A queixa de que esta não existe não é de todo infundamentada. Livros específicos certamente há pelo mundo afora, mas sua importação se vê limitada, e, até mesmo, impedida, tanto pela falta de catálogos, quanto pelos altos custos da operação de compra. Resta ao profissional ler todo material didático das áreas paralelas existentes nas livrarias locais. A partir daí, elaborar a nova terapia ocupacional (e, acrescento, a nova fisioterapia), que antes de ser uma área nova, é, de fato, um ramo novo no antigo conhecimento humano. Dentro dessa perspectiva, fica fácil inferir e adaptar esse conhecimento às necessidades específicas do terapeuta ocupacional (e do fisioterapeuta). Partindo dessa posição, a queixa da inexistência de bibliografia perde sentido.” (JORGE, 1984, p. 14)

Não precisamos insistir que o remédio que lhes prescrevemos foi testado antes por nós e, ainda, o é. Isso nos levou a ler tudo quanto nos caía às mãos e, muitas vezes, por estarmos no início de nossa vida acadêmica, não conseguíamos saber a qual corrente do pensamento humano aquele autor, que estávamos lendo, pertencia, e nem sabíamos quais eram essas correntes, e nem nossos currículos escolares eram tão bem organizados que satisfizessem aquelas cruéis dúvidas que nos assaltavam. Ao ler, nossa única diretriz era compreender se nosso trabalho ajudaria ou não o outro.

Hoje, ainda assim, procedemos. Lemos tudo. Agora dirigidamente, o que, às vezes, lastimamos, pois isso canaliza nosso esforço e nos faz perder as novidades, em que pese a ganharmos em profundidade.

Agora mesmo, no momento em que escrevemos este texto, nos vemos face a face com a estranha mistura de autores, quando partimos de um ponto de vista puramente fenomenológico, experiencial, e de um ponto de vista analítico para explicar o encontro terapêutico.

A QUESTÃO DO VOLUME E DA QUALIDADE DO ENSINO

Os profissionais se queixam, também, quanto ao volume e à qualidade do que lhes é ensinado nas faculdades, muito especialmente com relação ao conhecimento da psicologia humana. Queixa essa que não é, em hipótese alguma, gratuita, mas, sim, outra vez, decorrente da natureza caótica dos currículos escolares de formação dos fisioterapeutas e dos terapeutas ocupacionais.

Pensamos que o ensino adequado da psicodinâmica das relações humanas resolveria um elevado número de dificuldades e deficiências dos contatos reabilitadores. Mas, essa premissa impõe alguns comentários que Henry Ey esclarece:

“naturalmente, no puede enseñarse a los estudiantes o a los médicos el uso de la psicología ‘dinâmica’, llamada incluso psicología profunda, cuyas fuentes y recursos inconscientes exigen del terapeuta una formación particular (...) Las informaciones deseables deben permitir a todo estudiante, a todo médico, saber que, al lado de la medicina de actos técnicos, existe una medicina de relación inter-humana, y que la patología individual no puede prescindir de una visión global de la situación del enfermo. Cada vez parece más paradójico que la psicología no esté considerada como ciencia básica de la medicina con el mismo título que las ciencias llamadas fundamentales.” (EY, 1975, p.49)

Por outro lado, se o conhecimento e os elementos da psicologia das relações humanas deve fazer parte da bagagem dos profissionais de fisioterapia e de terapia ocupacional, não se deve esperar, e nem exigir, formação psicoterapêutica dos mesmos.

Primeiro, porque alguns não necessitam dela, pois se especializam em técnicas experimentais de investigação cinestésica e o centro de seu interesse é tão diferente que eles não encontrariam, em si mesmos, motivo para tal formação.

Segundo, alguns profissionais não têm possibilidades de conseguir tal formação, dado que poderão não ter disposição para promover as profundas mudanças que a formação psicoterapêutica exige, e, nem a psicoterapia, algum dia, lhes foi alvo de vocação e interesse. Mas, de toda forma, a dinâmica das relações humanas é um fato humano e não um artefato inventado por algum grupo técnico para uso próprio.

Daí, insistindo em que o mundo não nos é dado, e, sim, percebido pelos homens com significação, todo e qualquer fisioterapeuta e terapeuta ocupacional precisa ter, em sua bagagem, um bom lastro de conhecimentos sobre as relações humanas. Voltamos a insistir que a relação terapeuta-paciente é uma relação humana pura, com as implicações que quaisquer outras relações, em quaisquer outras situações tenham, em que pesem as posturas técnicas exigidas para esse encontro.

Por outro lado, se a prática terapêutica não exige especial ou superior personalidade, necessário se torna afirmar que, no mínimo, o homem que se destina a ser terapeuta precisa ter sensibilidade bastante aguçada para distinguir, numa simples querela, um profundo antagonismo. Precisa tratar-se psicoterapeuticamente, para que, consciente de si mesmo, possa, tanto quanto possível, abster-se de comunicar seus significados pessoais ao paciente, a fim de lhe tornar útil sua atividade.

Concluimos que o conhecimento da psicodinâmica do relacionamento humano deve fazer parte dos conhecimentos dos fisioterapeutas também. É preciso ser demasiadamente simplista para crer que o corpo anquilosado, por exemplo, e a dimensão psicológica daquele paciente são passíveis de serem tratados como entidades isoladas.

Quem reabilita o corpo, simultânea e concomitantemente, reabilita a alma, já que continente e conteúdo fazem um só ser, onde um é a forma do outro; portanto, a psicoterapia do profissional e o estudo da psicodinâmica devem se destinar a promover nova postura e nova atitude de atendimento durante o encontro terapêutico. Não se trata, pois, de formar psicoterapeutas ou de descaracterizar a fisioterapia, mas, de qualificar melhor esses profissionais.

Por isso, dentre os vários e possíveis modelos de relação humana e terapêutica, escolhemos, para pensar com os senhores, elementos de duas linhas de trabalho psicoterapêutico, que pudessem lhes ser úteis, e economicamente viáveis, como campos de pesquisa e de estudo. Preferimos, esta conduta, à indicação de apenas uma linha, para não fechar questão e para lhes garantir, assim, a oportunidade de optarem entre uma e outra, ou por uma entre tantas mil possíveis, não consideradas aqui.

Dito isso, partamos para a exposição e a discussão dos elementos mínimos da relação terapeuta-paciente, com uma definição do que, pessoalmente, entendemos que seja essa relação e suas implicações.

DEFINIÇÃO

À medida que o encontro terapêutico é uma relação homem-homem, quando a simples presença de um altera o comportamento do outro, podemos definir a relação terapeuta-paciente como sendo um encontro que busca reabilitar o homem, quando assim o desejar, primeiro para si, antes que para a sociedade, e que se passa dentro de um espaço próprio, em circunstâncias específicas, sob regras pré-determinadas, com objetivos definidos de prevenir e corrigir deformidades quando as patologias implicarem a perda das capacidades adaptativa e laborativa, e, reabilitar física, psíquica e socialmente o homem, à medida que suas perdas ou suas deformidades implicarem a demolição total ou parcial da autoestima, da auto imagem e do desejo de combater em prol de si mesmo.

O “SETTING” E A ENTREVISTA

Sempre que imaginamos uma relação terapêutica, supomos um ambiente acolhedor, cálido, semi-escurecido, que sugere discrição e calma. Mas, se entrarmos em um gabinete fisioterapêutico, ou numa oficina terapêutica ocupacional, fantasias e observações diferentes costumam ser feitas.

São ambientes, amplos, fartamente iluminados, às vezes com muito barulho e fortes odores de tintas, parafinas, vernizes, óleos etc. Mas, por mais que fujam à fantasia padrão, isso não significa que nesses ambientes não se consigam níveis profundos de relaxamento, confidências e encontro. Na verdade, essas coisas, que inexistem em outros ambientes terapêuticos, são próprias e características de nosso SETTING e é, em meio a isso tudo, que a profundidade da relação terapeuta-paciente se fará.

Acreditamos que a dificuldade de compreender isto se deve a uma inadequação do que seja entrevista terapêutica. A nossa se dá nesses ambientes com essas características, implicando contato físico e atividades outras. Parece-nos que a maioria das pessoas entendem a entrevista como sendo uma atividade apenas de cunho puramente verbal, quando um presta informação ao outro. Nesse sentido, a entrevista mais parece uma entrefala, o que não significa um mal. Mas, se só assim entendida, descaracteriza nossas atividades, porque privilegia a fala em detrimento de quaisquer outras formas possíveis de comunicação humana.

Outra inadequação que temos observado, com relação à entrevista, diz respeito ao que seja seu maior objetivo, que é colher informações e confirmar ou negar a fidedignidade das mesmas. Pois bem, as informações que são recolhidas dizem respeito ao que o homem pensa e percebe de seu corpo. No caso específico dos que se especializam na prevenção e na reabilitação física, a fidedignidade da informação precisa ser confirmada ou não, através da observação desse mesmo corpo em funcionamento. Não vemos como desvincular informação verbal oferecida da confirmação ou não da mesma, pela observação direta do corpo que informa. Portanto, o encontro entre o

profissional e seu cliente, no ambiente já descrito, é uma entrevista terapêutica, por mais dificuldades que minorias possam apresentar quanto ao entendimento disso.

Na verdade, devido à intimidade dos contatos físicos aqui, mais que em qualquer outro lugar, os sentimentos do terapeuta e do paciente ficam à mostra; e o segundo torna-se particularmente apto para perceber os preconceitos, a insegurança, o nojo e o desejo de agradar ou de se resguardar do terapeuta e vice-versa.

Para ilustrar o que já foi dito, vamos a um exemplo de intimidades e confidências passadas numa sala de fisioterapia. Para tanto, a postura de respeito e de consideração, já solicitada, deve ser mantida presente, pois respeito e consideração são atitudes devidas ao outro, assim como a cada um dos senhores aqui presentes. Vamos ao caso.

CASO Nº 1

“A. M., 56 anos, casada, mastectomia total direita. Indicada para a fisioterapia porque apresentava aderências, edema e limitação dos movimentos do membro superior do mesmo lado.”

O profissional continua o relato: *“Ela apresentava uma cicatriz muito feia. A paciente não tinha prótese ainda, não se aceitava mais e se considerava muito traumatizada pela perda da mama”*.

A manobra fisioterapêutica consistia em que, estando a paciente assentada, o jovem profissional, de pé, massageava-a. A paciente, nesses momentos, queixava-se de que seu marido não tinha mais relações sexuais com ela.

Devido à proximidade física e à necessidade de movimentação do profissional, num determinado momento, sua genitália encostou-se na paciente, que, então, fez um movimento no sentido de que o contato continuasse.

O terapeuta nos relata ainda: *“Eu morria de dó dela. A princípio, eu era recém-formado, fiquei muito decepcionado, pois nunca tinha visto uma mulher adulta sem seio. Eu tinha muita dó dela. Acho que, quando me encostei nela, eu estava, inconscientemente, tentando, dar-lhe conforto. Eu tinha muita dó dela.”*

Comentários

Nesse caso, podemos observar, com clareza, a atmosfera de carinho que envolvia os dois. A paciente carente e, de fato, mutilada, percebe em seu terapeuta o desejo de agradá-la. O profissional, inexperiente ainda, movido por sentimento de piedade, condói-se por ela e lhe satisfaz os desejos.

Submetida a nova mastectomia, a paciente solicita ser atendida pelo mesmo profissional, resposta nada mais do que natural.

Conclui-se, portanto, o quanto o ambiente e a atividade nele desenvolvida foram favoráveis às confidências.

Dissemos que os pacientes têm percepções várias, quando do contato com seus terapeutas. Mas é verdade que aquelas percepções dos pacientes são difusas, e os mesmos poderão também não conseguir ligá-las a fatos observáveis, palavras ou gestos do profissional que os atende, poderão até negar-se a discuti-las, ora por proibição tácita do terapeuta, que desconhece esta dimensão das relações humanas, ora por vergonha daquilo que perceberam. Em decorrência dessa negação, podem os pacientes abandonar, quando não o tratamento, as próprias próteses, após um processo de reabilitação, cujo custo é altamente oneroso.

Em nosso exemplo, o que foi percebido pela paciente, o desejo de seu terapeuta de agradá-la, funcionou como instrumento mantenedor da relação, mas com um caráter visivelmente anestésico. A discussão dessas mesmas impressões difusas do paciente oferece, muitas vezes, um bom atalho em direção à sua problemática. Já a falta da elaboração conduz o tratamento a grosso malogro, ou a condutas de sedução que redundam em fracasso também. É preciso salientar que essas discussões só ocorrem em ambiente de segurança e numa atmosfera de calor.

A falta de segurança impede, progressivamente, a vivência de experiências do eu, e essa obliteração resulta da percepção, realista ou não, de condições de ameaça, que ocorrem quando a tendência à conservação e ao enriquecimento do eu é experimentada além da capacidade suportiva do indivíduo.

Quando essa obliteração se torna habitual, promove um estreitamento do campo da percepção que impede o cliente de ver, com clareza, as situações nas quais está envolvido. Essa cegueira gera o desmoronamento do próprio plano de atendimento.

Os profissionais queixam-se de que não têm preparo para resolver esses aspectos transacionais, como veremos em outros exemplos, mas,

“dividir essa tarefa com outro profissional não resolverá os sentimentos de perda do paciente, pois o mesmo procurará conversar com quem lhe está mais constantemente próximo, no caso, o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional.” (JORGE, 1984, p. 14)

A correção da cegueira, a que nos referimos, se dá à medida que se substituem as condições que geram ameaças, por condições de forte segurança. A substituição de uma por outra se faz quando o indivíduo se percebe protegido de qualquer ameaça à sua imagem e quando suas necessidades de revalorização pessoal obtêm satisfação.

Evidentemente, a mudança proposta consiste menos em fatos diretamente observáveis que na maneira pela qual esses fatos são experimentados pelo cliente. Então, com relação ao ambiente de segurança, tão necessário para o

crescimento interno do paciente, quanto para sua participação no processo de reabilitação, podemos distinguir dois tipos de segurança: a externa e a interna.

A SEGURANÇA EXTERNA

A segurança externa diz respeito ao sigilo profissional que protege o cliente contra censuras, críticas, represálias. O sigilo, na verdade, é a questão mais elementar da ótica profissional e da civilidade, é o mínimo que se deve ao outro, paciente ou não. O sigilo implica uma conduta prático-moral e uma postura teórico-moral ou ética.

A primeira, a conduta prático-moral, diz respeito à necessidade de o indivíduo

“pautar seu comportamento por normas que julgue mais apropriadas ou mais dignas de serem cumpridas. Estas normas são aceitas intimamente e reconhecidas como obrigatórias; de acordo com elas, os indivíduos compreendem que têm o dever de agir desta ou daquela maneira. Nesse caso, dizemos que o homem age moralmente e que, nesse seu comportamento, se evidenciam vários traços característicos que o diferem de outras formas de conduta humana. (ROGERS e KINGET, 1975, pag.6)

Vimos que existem atos e formas diferentes de comportamentos humanos, em face de diferentes problemas e pessoas. Atos e formas que exigem reflexão sobre si mesmos, já que não são espontâneos, mas decorrentes da ação de julgar, de comparar uma coisa com outra. Assim, a conduta prático-moral refere-se a como cada um resolve seus problemas cotidianos.

Já a postura teórico-moral ou ética refere-se à

“investigação de um tipo de experiência humana ou forma de comportamento dos homens e da moral, considerada uh, porém, na sua totalidade, diversidade e variedade.” (ROGERS e KINGET, 1975 p. 12)

A diferença entre a conduta prático-moral e a postura teórico-moral ou ética é que a primeira é normativa e particular e a segunda, genérica, explicativa, o que assegura o seu caráter teórico e o seu pragmatismo.

Isso significa que o sigilo profissional precisa ser discutido tanto na dimensão temporal da relação terapeuta-paciente, quanto elaborado na dimensão atemporal da existência humana.

A segurança externa do paciente é decorrente, portanto, de como o profissional resolve a necessidade de proteger contra críticas e represálias os segredos que lhe são confiados pelo mesmo. A segurança externa do paciente é decorrente da postura do terapeuta frente à sua própria vida e de sua habilidade em conduzir, sem nenhum julgamento moral ou de valor, o encontro com o cliente.

Consequentemente, a segurança externa do paciente estará assegurada à medida que se encontrar a segurança interna do seu terapeuta.

O que interessa ao paciente é que seu terapeuta respeite sua individualidade, não tente remodelá-lo segundo seus ideais (os do terapeuta). Importa ao paciente um terapeuta altamente interessado e compreensivo, que esteja em busca daquela objetividade que revela a realidade física e psíquica com um mínimo de distorção, que permita, assim, o reconhecimento mais eficiente das realidades externa e interna, em suas mais amplas acepções.

A SEGURANÇA INTERNA

Por outro lado, a segurança interna refere-se ao estado psíquico propiciador de tranquilidade emocional, e diz respeito ao paciente. Essa tranquilidade não é decorrente simplesmente da confiança que o paciente possa depositar em seu terapeuta e nem é consequência do desejo deste. Ela, na verdade, é a capacidade que o cliente pode adquirir no sentido de superar a vergonha e o incômodo que sente ao se revelar necessitado de ajuda. Apesar de dizer respeito ao cliente, Carl Rogers e M. Kinget identificam alguns procedimentos do terapeuta que impediriam a aquisição desta segurança interna. E são eles: as *“atitudes tutelares”*, a *“estandardização ao nível da média”* e o *“convite à dependência”*.

De forma sucinta, podemos dizer que as atitudes tutelares se caracterizam quando o terapeuta, diante da necessidade de tranquilizar e reconfortar seu cliente, atua de forma tão explícita que torna sua conduta rudimentar, ao se esquecer de que condutas tranquilizadoras só se aplicam às crianças muito pequenas ou aos adultos muito deficitários na sua capacidade de autoajuda. Condutas reconfortadoras significam paternalismo, um obstáculo ao crescimento do paciente, já que o impedem de tentar avaliar a si mesmo e de descobrir suas possibilidades atuais.

Não importa se os problemas que os clientes estejam vivendo sejam pequenas banalidades ou enormes tragédias, o conforto que o profissional possa oferecer, buscando situar a vivência do paciente numa dimensão que ele, profissional, considera real, funciona como anestésico, mas não promove mudança na ótica do paciente. E pode, até mesmo, desorientá-lo, porque equivale a puxar-lhe o tapete sob os pés. Além disso, a probabilidade de que uma explicação, vinda do terapeuta, possa vir a mudar um ponto de vista do paciente é pequena, exatamente porque esta ótica não se originou da experiência do cliente e, sim, dos esquemas pessoais do profissional.

Já com relação à estandardização ao nível da média, os autores propõem que a *“absolvição”* que sente o cliente ao perceber-se *“igual a todo mundo”*, como consequências de *“panos quentes”*, que possa o terapeuta ter usado diante do mesmo, garante uma maior satisfação pessoal. Mas, eles questionam a validade desse comportamento porque, na verdade, inserir dessa forma artificial o paciente numa média social implica antes inseri-lo num

comportamento medíocre, que em nada contribui para a verdadeira mudança de como o paciente percebe a si, o mundo e suas relações com o mesmo.

Não é verdade que um amputado seja visto como igual a todo mundo, não pelo resto do mundo, não pela sociedade. No momento em que sofre uma amputação ou uma deformidade, ele começa a ser diferente. Negar-lhe essa realidade, em função de um sentimento de piedade piegas, é desrespeitar-lhe quanto a sua capacidade de perceber e sintetizar sua realidade. Seu corpo não só está deformado, assim como é percebido como tal pelo próprio cliente.

Negar essa evidência, evitando discuti-la e impondo ao paciente uma falsa identidade, um falso parâmetro do que seja a expectativa social, equivale, de fato, a torná-lo um ser medíocre. E isso não é prevenir, também não é curar, menos ainda reabilitar. A socialização do deficiente deverá consistir em que se lhe aumente o desejo de combater em prol de si mesmo. O verdadeiro reabilitador elabora antes significantes que deformidades.

O paciente, após a instalação de sua patologia física ou mental, começa por acreditar-se incapaz de julgar, ou realizar coisas. O comportamento do terapeuta, ao estimulá-lo a diminuir suas preocupações, centra em si, profissional, em lugar dele, paciente, a capacidade de resolver problemas, de tomar decisões. A isso os autores pesquisados chamam de “*convite à dependência*”, e as implicações desse comportamento podem, de fato, chegar a despojar o cliente da aptidão mesma para a segurança e para a confiança em si. O fato de que esses procedimentos aliviem a angústia, não os justificam, pois não há proporção entre o bem que representa a confiança na capacidade pessoal de julgamento e o que decorre de um decréscimo da angústia. E o que é a angústia?

A ANGÚSTIA

A angústia é uma experiência emocional penosa, produzida por estímulos externos e internos, dirigida pelo sistema nervoso autônomo e sempre consciente. A pessoa pode não reconhecer a causa, mas sempre se dá conta de que se encontra angustiada. Já que a angústia é de origem interna e externa, podemos distinguir três tipos dessa experiência emocional: a angústia real ou objetiva, a angústia neurótica e a angústia moral. Os três tipos não diferem entre si de maneira qualitativa, pois todos são desagradáveis. A diferença refere-se à origem.

A angústia real ou objetiva é de origem externa e refere-se ao medo objetivo de sofrer algum dano na integridade física ou psíquica. O que pode causar danos são os perigos reais ou as condições ambientais desfavoráveis. Por exemplo, uma piscina funda, uma escada alta, uma nova prótese, a proximidade da cirurgia, os exercícios novos com os quais se vai treinar o equilíbrio, a excessiva estimulação mecânica ou afetiva, produzida pelos profissionais na tentativa de cumprirem, em tempo mínimo, o máximo de atendimentos possíveis exigidos pelas empresas empregadoras. (Aqui ressaltamos esse fato como gerador de angústia real na esfera do profissional).

Todas essas condições são consideradas traumáticas pelo paciente, que busca fugir ao contato com as mesmas e, quando não consegue proteger-se do que o agride, concretamente, pode até mesmo desmaiar. Então, temos que a angústia real é decorrente da percepção de perigo real proveniente do mundo externo.

A angústia neurótica é proveniente da emergência dos instintos, é de origem interna. O paciente teme não conseguir controlar seus impulsos, teme que o ID pressione o EGO, anule suas funções de observador e de sintetizador da realidade e o reduza a um estado de impotência. Podemos distinguir três formas de angústia neurótica: a apreensão flutuante, a fobia e o pânico.

A apreensão flutuante manifesta-se de maneira diluída e constante no sujeito. Ele teme sempre que alguma coisa vá lhe ocorrer, que não consiga conter seus impulsos e realizar aqueles desejos que o EGO não permite.

Já a fobia difere das formas anteriores pelo fato de não ser difusa, porém mais intensa e por não guardar nenhuma proporção com o perigo real que o ambiente externo possa estar oferecendo. É um medo irracional que, assim como a forma anterior, se origina do temor, da urgente necessidade de se realizar desejos proibidos. Na verdade, o paciente não teme um perigo; teme, de fato, o próprio desejo.

O pânico é uma forma insidiosa e grave de temor, que se instala repentinamente. O sujeito parece estar a ponto de explodir, age intempestivamente e não consegue, mais tarde, explicar seu comportamento. O objetivo desse comportamento é reduzir a pressão que o ID exerce sobre o EGO, no sentido de realizar desejos proibidos.

A angústia moral corresponde aos sentimentos de culpa e vergonha, origina-se na consciência moral, que ameaça “castigar” o sujeito por ter realizado desejos proibidos. A consciência moral corresponde à internalização da autoridade dos pais e dá origem ao SUPEREGO. Em que pese ser um tipo de angústia de origem interna, o medo original é objetivo e externo. O paciente pode temer ser castigado por seu terapeuta, que, nesse caso, estará, concretamente, ameaçando-o, ou estará representando uma outra pessoa, igualmente significativa para si.

As angústias moral e neurótica são mais pesadas que a angústia objetiva, porque delas não se pode fugir com facilidade. A angústia, não importa de que tipo ou forma seja, não é apanágio apenas do cliente, ela compõe também o universo vivencial dos profissionais. Precisamos salientar que a diferença entre uma pessoa normal e uma neurótica é uma questão apenas de grau e que os limites são muito imprecisos.

À medida que o terapeuta desconhece que a angústia funciona como sinal de alarme, procurará extirpá-la do âmbito do cliente, pensando que com isso estará oferecendo segurança ao mesmo. Dessa forma o paciente acabará por abdicar-se da necessidade de se esforçar em busca de realizações que não

satisfaçam, senão e apenas, suas necessidades imediatas; e a reabilitação, como sabemos, dá-se aqui-agora, com vistas para o ali-amanhã.

Em consequência da anulação da angústia, pura e simplesmente, o paciente colocar-se-á no processo de reabilitação como sujeito incapaz de participar de seu próprio destino, entregando ao terapeuta a responsabilidade de sua existência presente e futura.

A angústia, segundo Laplanche e Pontalis (1970), é *“uma reação do indivíduo sempre que se encontra em situação traumática, isto é, submetido a um afluxo de excitações, de origem interna ou externa, que é incapaz de dominar”* (LAPLANCHE e PONTALIS, 1970, pág. 60). A angústia é um sinal de alarme, é produto da percepção do estado de desamparo em que se encontra o cliente; e tem origem, segundo Freud, no

“estado de desamparo psíquico do lactente” (FREUD, 1982, p. 61), estado esse que o cliente vê reproduzido na sua atualidade. *“La única función de la angustia es actuar como señal de peligro para el yo, de modo que cuando La señal aparece en la consciencia el yo puede tomar medidas para enfrentar el peligro”* (MENNINGER e HOLZMAN, 1979, p71)

Dos comportamentos que impedem a aquisição da segurança interna, destacamos apenas as atitudes tutelares, a estandardização ao nível da média e o convite à dependência, visto serem os movimentos mais comuns observados por nós na clínica de reabilitação.

Vimos que a segurança, tão necessária no processo de reabilitação, não é dependente de manobras de alívio da angústia propostas pelo terapeuta. A segurança não se limita à consciência que o paciente possa ter de seus limites e necessidades,

“para ser fecunda, a segurança deve estender-se à sua experiência total, isto é, a toda experiência potencialmente disponível a cada passo do processo. A segurança, mais que um sentimento, é um modo de funcionamento que permite ao indivíduo confrontar segmentos penosos de sua experiência, mas, também, e principalmente, estar aberto à sua experiência, qualquer que seja ela”. (ROGERS e KINGET, 1975, pag. 87)

Nestes termos, a segurança é não-seletiva, é uma maneira espontânea de que usa o paciente para experimentar e se empenhar em qualquer exercício, sem antes precisar garantir-se de que deste obterá sucesso.

Vejamos um exemplo de como isso pode se desenvolver.

CASO N°2

Recebemos, para tratamento ocupacional, uma jovem de 30 anos, com diagnóstico de esquizofrenia. Sua relação conosco, inicialmente, foi extremamente formal, fria e distante. A atividade que ela escolheu fazer foi a de pintar, mas usava para tal lápis grafite ou caneta esferográfica azul, em lugar

de lápis de cor ou outro material colorido. Nunca a estimulávamos a mudar o material ou a usar cores. Hoje, após 10 meses de tratamento, ela responde aos amigos do grupo, quando eles apresentam resistências no uso de cores: *“Ora gente, o roxo e o rosa, por exemplo, são cores feias. Eu até nem gosto delas. Mas, se eu não usá-las nunca vou saber o resultado real de seu uso perto de outras cores. Além disso, se o trabalho ficar feio, não tem importância, o que importa aqui não é a experiência?”*

Comentários

A paciente conhecia o valor simbólico popular das cores: *“o verde simboliza a esperança, o roxo é a paixão, o amarelo significa desespero”*. Se exigíssemos que ela usasse cores, ela poderia interpretar nosso comportamento como invasivo de sua intimidade, pois o simbolismo das cores é forte e pode, por si só, compor o discurso do paciente. Nossa permissão, para até mesmo nem usar cores, em que pese a ela ter escolhido pintar, foi percebida pela cliente como instrumento de segurança suficiente para que ela escolhesse ser uma *“barra de gelo”* ou um ser vivo.

Essa segurança não decorreu de nosso desejo de oferecer-lhe isso, muito menos foi consequência de nossa tentativa de diminuir-lhe a angústia, que a fantasia de se expor pelo uso das cores gerava nela. A segurança decorreu de como ela percebeu o ambiente terapêutico e a nossa conduta diante de suas dificuldades de comunicação. Isso permitiu a ela abrir-se para novas vivências assistidas por nós.

*

Já discutimos, até agora, as questões quanto às percepções que os clientes podem ter no seu encontro com o terapeuta, o comportamento deste e suas implicações. Fizemos comentários acerca da necessidade de o paciente sentir-se seguro para discutir essas percepções, assim como para poder contribuir para sua reabilitação. Noticiamos acerca da angústia e da necessidade de se conhecer sua origem, sua função e os tipos.

Agora três novos conceitos precisam ser debatidos, dada a sua importância na continuidade e ao sucesso do encontro terapeuta-paciente: a empatia, a simpatia e a neutralidade.

A EMPATIA

Se o terapeuta mantém uma postura vigilante, empática e delicada, com relação aos seus próprios comportamentos e aos de seu cliente, muito provavelmente ele verá os mecanismos de fuga e de interrupção do tratamento, se não anulados, pelo menos diminuídos em volume e em intensidade.

Essa vigilância pode, por si só, significar a garantia do sucesso da relação desde que, por empatia, se entenda: a capacidade de se imergir no mundo subjetivo do outro e de participar de sua experiência, na extensão em que a comunicação verbal e não-verbal o permite. Em termos mais simples, a empatia é a capacidade de se colocar no lugar do outro, de ver o mundo como ele o vê, e, mais ainda, é a capacidade do terapeuta em comunicar claramente a percepção desse mundo ao paciente.

Vamos a um exemplo em que o terapeuta age empaticamente e faz ressonância às necessidades do paciente.

CASO Nº3

Recebemos, para tratamento ocupacional, um jovem universitário de 26 anos, que vinha, desde alguns anos, apresentando um quadro psicótico, com alteração grave da percepção e do comportamento. Tinha esquizofrenia paranóide como diagnóstico.

Na primeira entrevista, ele conseguia criticar suas vivências e, adequadamente, respondia ao nosso encontro. Depois que avaliou suas internações e dificuldades de vida, perguntamos-lhe:

- Por que você procurou tratar-se comigo?

Ele: "Porque meu psiquiatra me mandou falar com o senhor."

- O que você achou disso? Você quer se tratar comigo? (Ele abaixa a cabeça, sorri. Em silêncio, espero).

Ele: "Ele foi o melhor psiquiatra que já tive!"

- Já teve? Você está percebendo a indicação de meu nome como um abandono? Como se ele já não gostasse mais de você?

Ele: (Depois de um curto silêncio) "Fico pensando que, se eu não fizer esse tratamento, ele não vai cuidar mais de mim."

Você já discutiu isso com ele? (Pergunta motivada pelo fato de que a relação com o psiquiatra continuaria, caso contrário eu a elaboraria).

Ele: "Não. Se ele me mandou aqui, é porque deve ser bom para mim."

- Bom! Mas você não quer, e isto não conta?

Ele: - "O Senhor está com raiva de mim?"

- Pareço-lhe assim?

Ele: "Não!"

- Veja! Você não quer se tratar comigo, está temeroso de que eu me irrite com você, pensa que seu psiquiatra o está abandonando. Será que está na hora de você começar um novo tratamento? Experimente discutir com seu médico essas impressões que você está tendo...

Ele: "Então, não sou obrigado a ficar com o senhor?"

- De forma alguma! Só vou tratar de você, se você quiser. Aí, sim, me telefone que marcaremos uma nova entrevista.

Ele: - "Então, tá bem! Até logo e muito obrigado."

Após o que, saiu incontinentemente da sala, dez minutos antes de terminar seu horário.

Comentários

Durante toda a entrevista, o paciente não parecia estar à vontade. Buscava mais ser informado acerca da terapia ocupacional, que nos informar sobre ele. Esteve o tempo todo escolhendo palavras e, às vezes, parecia que buscava nos agradar. Pensamos, então, que o psiquiatra não avaliara com ele as impressões que a indicação de nosso nome lhe causaria. A partir desse ponto, deu-se o diálogo transcrito.

Telefonamos ao médico assistente, relatamos-lhe o ocorrido; concluímos que, de fato, o encaminhamento tinha sido mal conduzido.

Alguns meses depois, o paciente volta a nos procurar. O psiquiatra já tinha resolvido com ele suas fantasias de abandono e foi possível começarmos a Terapia Ocupacional.

Vimos, nesse exemplo, que o terapeuta ocupacional percebeu os sentimentos e as necessidades do paciente e lhe comunicou, de forma adequada, essa percepção, o que facilitou, na época oportuna, a busca espontânea do tratamento.

*

Todos podemos, segundo as necessidades sociais nas quais nos encontramos, ou segundo nossos interesses estritamente pessoais, nos mostrar atenciosos, generosos, tolerantes, compreensivos. Mas, não podemos inventar a capacidade empática, só porque uma nova situação de vida o exige. É preciso, antes de tudo, que se reorganize o sistema de necessidades, interesses e valores pessoais do profissional. Nestes termos, faz-se necessário que o terapeuta se trate psicoterapeuticamente e se submeta a treinamento ou a supervisão com terapeutas considerados mais empáticos.

É absurdamente ingênuo crer que os contatos ginásticos ou ocupacionais não promovam movimentação de grandes massas afetivas, tanto no circuito do paciente, quanto nos circuitos dos profissionais envolvidos.

A inexistência ou não do aprimoramento da capacidade empática produz alterações profundas e significativas na relação terapeuta-paciente, fazendo do encontro uma relação apenas cinestésica ou laborativa, antes que uma relação terapêutica de fato. A empatia ajuda o cliente a ver onde está, para compreender onde quer e precisa chegar. Além disso, ela permite ao terapeuta um contato maior com o mundo subjetivo-experiencial do paciente e ainda dá oportunidade a este último de se sentir recebido, compreendido pelo terapeuta. Logo, estabelecida esta base de compreensão, torna-se mais fácil para o paciente, se entregar à relação, contribuir e participar de sua reabilitação.

Temos, portanto, que a empatia refere-se à qualidade da compreensão que tem o terapeuta acerca de seu paciente, e que é decorrente da qualidade da escuta do profissional. Escuta essa que diz respeito, primeiro, quanto à franca

audição de si mesmo que possa ter o profissional; e, segundo, quanto à sua franca compreensão do que se lhe relata verbal, corporal e ocupacionalmente o paciente. O contato montado sobre a empatia produz a participação do terapeuta no processo de cura e auto-compreensão do paciente, sem que isso signifique envolvimento pessoal de sua parte e, dessa forma, ele poderá ser a ressonância dos sentimentos e necessidades do outro, em lugar de fazer do outro, ressonância de seus próprios sentimentos e necessidades.

A SIMPATIA

Às vezes, as pessoas confundem empatia com simpatia. Em que pese a ambas significarem ressonância do sentimento do outro, “*a simpatia refere-se essencialmente às emoções, seu campo é mais reduzido que o da empatia, a qual se refere à compreensão dos aspectos tanto cognitivos quanto emocionais da experiência do outro.*” (ROGERS e KINGET, 1975, pag. 105). De forma mais simples, podemos definir a simpatia como sendo “*inclinação recíproca entre duas pessoas*”. (Aurélio B. Holanda)

A participação do profissional na relação com seu paciente, se embasada apenas na simpatia, promoverá em si um profundo desgastante envolvimento emocional, já que o que observará em seu cliente, via de regra, é idêntico ou identificável com sua própria história de vida.

Analisemos um exemplo de como o terapeuta pode agir simpaticamente, e de como pode reagir a isso o paciente.

CASO Nº4

Uma de nossas alunas, agora chamada entrevistadora, estava fazendo gravações com crianças de 1 a 9 anos, para ilustrar-se acerca do desenvolvimento da fala e do vocabulário. Vejamos a entrevista que ela fez com Marta, uma garota de 9 anos, matriculada na rede oficial de ensino.

Entr: - “Na escola, de qual das matérias você mais gosta?”

Marta: - “Eu gosto de Matemática, porque alivia minha cabeça e eu posso pensar em meu namorado.”

Entr.: - “Mas, você já tem namorado?” Marta, um tanto assustada, faz silêncio e não responde mais.

Ao ouvir a gravação a entrevistadora não gostou da qualidade do som e voltou a gravar tudo de novo. Voltou à Marta.

Entr.: - “Na escola, de qual das matérias você gosta mais?”

Marta: - “De Matemática.” (silêncio)

Entr.: - “Por que?”

Marta: - “Porque alivia minha cabeça.” (silêncio)

Entr.: - “Por que?”

Marta: - “Não sei.”

Comentários

A entrevistadora observou que, na primeira gravação, Marta estava alegre, participativa, falava longas e espontâneas frases. Já na segunda, teve dificuldade em participar, e, quase se negando, admitiu gravar, mas respondia de forma curta e sucinta, o que obrigava a entrevistadora a fazer novas perguntas.

Na elaboração do ocorrido, concluiu-se que o alegre espanto, diante da informação da existência do namorado, foi percebido como crítica ao seu comportamento pela entrevistada, na pergunta: “mas, você já tem namorado?” e, em especial, no emprego da partícula **mas**, e que nas duas gravações agira simpaticamente.

Perguntamos à entrevistadora de que outra forma ela poderia ter agido, ao que ela nos disse: *“penso que, se em lugar daquela pergunta eu tivesse construído algo assim: bem, agora vamos falar um pouco de seu namorado? Marta não teria interrompido a primeira gravação e se disporia, com facilidade, para uma segunda entrevista. Assim, ela poderia perceber-me como interessada em sua vida, em suas coisas. Minha primeira pergunta inibiu-a, porque fui percebida como possível ‘delatora’, já que sou amiga de sua mãe.”*

A entrevistadora, evidentemente, não estava criticando a entrevistada, mas foi assim percebida por esta. Como vimos anteriormente, a segurança do paciente não é decorrente do desejo do terapeuta, mas consequência de sua postura e de como ele comunica isto corporal e verbalmente ao cliente.

*

Como síntese, temos, então, três qualidades de respostas que o terapeuta pode dar e que levam a resultados diferentes: a resposta simpática, a antipática e a empática.

A primeira é a mais superficial que o profissional pode dar. Em consequência desta superficialidade, que desfoca o interesse real do cliente, este ver-se-á desmotivado para continuar o relato ou o exercício que vinha fazendo.

A resposta antipática produz, da mesma forma, a interrupção do relato ou do exercício do cliente, porque o profissional formula sua fala de maneira desagradável, levando o ajudado a arrepender-se do que possa ter comunicado. Esta qualidade de resposta é a mais contraproducente.

A terceira é a mais efetiva e produtora, porque o profissional formula sua fala de modo claro, no sentido de comunicar que entendeu, no sentido mais amplo possível, o que lhe foi comunicado, sem fazer uso de juízo de valor ou de suas construções pessoais.

Passemos agora ao estudo da neutralidade.

A NEUTRALIDADE

A abstenção total dos significados pessoais, que corresponderia à neutralidade absoluta, é impossível no campo das relações humanas, porque *“toda situação comporta, necessariamente, uma estrutura, isto é, um conjunto de fatores constantes que fazem com que uma situação seja o que é e não outra”*. (ROGERS e KINGET, 1975, pag.37)

Isso significa que toda situação, seja psicoterapêutica, fisioterapêutica ou terapêutica ocupacional, é deliberadamente orientada em certo sentido e que isso, por si só, implica direcionamento. Vejamos este texto:

“o trabalho do professor de artes e ofícios confunde-se com aquele do terapeuta ocupacional, enquanto ambos usam materiais, ferramentas e atividades (...) Enquanto o professor busca ensinar técnica laborativa, com o objetivo específico de se conseguir nível ótimo de habilidade para fabricar coisas, o terapeuta ocupacional procura prover o indivíduo de condições laborativas que o levem a mudanças de comportamento e sentimentos (...) Enquanto busca habilidade para fabricar, é lícito, e é de se esperar que o professor interfira junto ao aluno, buscando corrigir defeitos que o mesmo apresenta durante a execução das coisas. Já conduta similar não se pode esperar do terapeuta ocupacional. Intervir junto ao paciente no momento em que este fabrica é, de fato, impedir que ocorra a expressão livre, almejada nessa relação, pois os objetos interessam mais à alma que aos olhos”. (JORGE, 1984,pag.13)

Apesar da similitude dos meios empregados e do espaço usado, o professor de artes e ofícios e o terapeuta ocupacional diferem entre si a partir dos objetivos de ambos. Mesmo pensamento se aplica ao professor de ginástica e ao fisioterapeuta. As diferentes estruturas das diferentes profissões citadas dirigem o pensamento e a percepção dos profissionais e clientes, o que vem nos reforçar quanto à impossibilidade da neutralidade absoluta.

Para explicar, ainda, a impossibilidade da neutralidade absoluta temos, em segundo lugar, que tudo que o homem percebe, ele o faz com significação; o fato de estar dentro de uma piscina de águas tépidas, acompanhado de seu terapeuta, pode ser percebido por ambos com significação diferente daquela proposta inicialmente. E, em terceiro lugar, a simples presença de um altera o comportamento do outro.

No próximo exemplo, veremos diferentes significações para a mesma ação.

CASO Nº 5

Homem, 40 anos, nível superior, estava em atividade de reeducação muscular dos membros inferiores. A manobra fisioterapêutica consistia em decúbito dorsal, pernas fletidas e abduzidas, tentar aduzi-las enquanto a fisioterapeuta,

de pé entre suas pernas, oferecia resistência no sentido contrário.

Em determinado momento, o paciente diz à profissional: *“É a primeira vez que eu tenho uma mulher no meio das minhas pernas, tentando abri-las, enquanto tento fechá-las.”* Falara de modo jocoso, mas com entonação erótica bastante clara.

Comentários

Torna-se evidente a significação erótica que o paciente conferia ao trabalho daquela profissional que o atendia.

Na relação terapêutica há dois grandes momentos: aquele que se passa na cabeça do terapeuta, ou seja, seus objetivos e sua percepção do que o cliente necessita; e aquele que se passa na cabeça do paciente, ou seja, a percepção de suas necessidades, e as fantasias que faz com relação ao contato com o profissional.

Nesse caso, a intenção da terapeuta, opor resistência ao movimento de adução feito pelo paciente, para aumentar-lhe a força muscular, foi percebida pelo mesmo como sendo uma insistência da profissional em manter com ele contatos íntimos.

Mesmo raciocínio aplica-se à situação de se estar deitado num colchão, ou de se estar modelando com argila. Temos um paciente que percebe a modelagem com argila como uma situação francamente masturbatória. Os aparelhos na fisioterapia e os materiais na terapia ocupacional, dessa forma, direcionam a percepção, dirigem a fantasia e, muitas vezes, são instrumentos duplos; tanto se prestam como instrumentos de defesa que os envolvidos na relação terapêutica usam frente às emoções que os contatos físicos lhes possam produzir, quanto são, também, instrumento de cura e reabilitação.

E agora um exemplo de significação erótica de um aparelho.

CASO Nº 6

Jovem rapaz, *“déficit intelectual, começou a apresentar um quadro de autismo. A manobra fisioterapêutica consistia em que o paciente brincasse com uma grande bola de Bobath, deitado em decúbito ventral sobre ela. Em determinado momento, o mesmo começa a fazer movimentos de cópula sobre a bola, até alcançar orgasmo.”*

Comentários

Esse exemplo deixa muito claro o pensamento acima registrado de que o mundo não nos é dado, mas, sim, percebido com significação pelos homens. A bola foi percebida e significada pelo paciente como seu objeto sexual; enquanto que para o terapeuta era apenas uma grande bola que se destinava a exercitá-lo.

O que se propõe, aqui, é que a direção como fato não é um mal em si mesmo e, sim, que toda relação humana implica direção. Podemos dirigir um determinado processo a partir de nosso referencial, ou do referencial do paciente, mas, qualquer ajuda, para ser efetiva, deve começar a partir do quadro de referências interno do ajudado.

“O problema é, pois, em que sentido e por quem essa direção se faz, e que a não-direção se refere essencialmente, à abstenção de valor. Na ausência de julgar.” (ROGERS e KINGET, 1975, pag. 35). Uma vez que toda atividade humana coerente implica julgar e que perceber é dependente de uma interpretação, então, precisamos completar que o que se abstém de julgar é se o que o cliente narra é verdadeiro ou falso, bom ou mau. Isso não significa alheamento, mas atenção com suspensão de juízos morais.

No caso nº 4, o espanto que a entrevistadora manifestou frente ao fato de que a entrevistada, aos 9 anos, já ter namorado, foi percebido por ela como sendo um juízo de valor, teria equivalido dizer à garota que naquela idade era errado namorar. Isso colocou um ponto final na espontaneidade da entrevistada e, conseqüentemente, como já o vimos, um ponto final no encontro.

*

Acabamos de concluir nossas informações acerca da simpatia, empatia e neutralidade, que são condições do comportamento do terapeuta importantes para que o cliente possa discutir ou não suas impressões e contribuir com seu processo de saúde.

Tínhamos dito que a participação do paciente era dependente das condições de segurança interna e externa e da atmosfera de calor oferecidas pelo terapeuta. Vamos agora ao estudo da última condição.

A ATMOSFERA DE CALOR

Para consegui-la, o terapeuta precisará conduzir o paciente no sentido de que o mesmo se disponha a experimentar não só os exercícios, assim como sua atual dificuldade de fazê-los. Pois aqui, mais que nunca, com exceção das necessidades objetivas de movimento passivo, quanto à participação do cliente, o movimento ativo, ainda que assistido pelo terapeuta, deve iniciar-se pela percepção da possibilidade de mudanças pelo cliente, muito antes que de uma ordem do profissional.

Como o terapeuta conduzirá essa experimentação, não cremos que seja fácil descrevê-la, mas, se a relação terapêutica, em que pese suas regras e suas normas, for antes uma reação humana, como já o dissemos anteriormente, sua condução mais depende das características pessoais, traços de personalidade, postura e atitude do terapeuta, que só do seu conhecimento prévio das regras teóricas e das condutas técnicas; mais depende de sua permissão para o

paciente experimentar, que só do conhecimento dos objetivos cinestésicos dos exercícios motores e ocupacionais.

Ainda com relação à condução que fará o terapeuta, precisamos salientar que a atmosfera de calor, necessária para este tipo de atendimento, refere-se à atitude afetiva que o terapeuta adota com seu cliente. Se, antes, esperava-se que a atitude do profissional devesse parecer com uma tela neutra, atualmente crê-se necessário, e até benéfico, que o contato se revista de certo caráter caloroso e recíproco, mas é muito difícil descrever o **quantum** desse calor e dessa reciprocidade é bom para o cliente. Passemos a um caso bastante interessante de como o paciente percebeu o afeto de seu terapeuta.

CASO Nº 7

Homem, 83 anos, acidente vascular cerebral. A fisioterapeuta nos relata: *“Ele era um homem muito fechado. Os outros pacientes não gostavam dele. Era muito exigente e, na verdade, ninguém gostava dele. Quando fui tratá-lo, eu já sabia de sua história. Mas, eu sou muito carinhosa, não só com os clientes, mas também, com meus amigos. Aí, apresentei-me a ele e fiz um carinho em seus cabelos. Tratei dele por um bom tempo. Sempre paciente e carinhosamente. Mas, foi preciso mudá-lo de hospital; interrompi seu tratamento. Já no outro hospital, com nova fisioterapeuta, ele queixou-se de que eu queria seduzi-lo”*.

Comentários

Esse caso reforça nossa interpretação quanto aos dois grandes momentos da relação terapêutica citados no caso nº 5. O carinho e a bondade da profissional devem ter movido, no paciente, enormes fantasias sexuais incestuosas. Ela, jovem e bonita; ele, velho e ranzinza. A profissional, por sua vez, pode ter percebido e significado aquele senhor como pai, e sem se preocupar como ele pudesse estar percebendo sua delicadeza, insiste no comportamento que move no paciente, provavelmente, imensa carga culposa, o que justifica sua queixa quanto à delicadeza da fisioterapeuta anterior.

Esse exemplo nos diz que calor e reciprocidade não significam nem amizade, nem paternalismo, mas talvez sejam uma qualidade de bondade, de respeito, de responsabilidade e, evidentemente, de interesse desinteressado. Essas qualidades devem estar implícitas no comportamento do profissional e não devem ser explicitadas da maneira como o foram nesse caso, porque sua explicitação pôde obstruir e impedir os progressos do paciente.

Podemos, então, concluir que a atmosfera de calor decorre da disponibilidade afetiva do terapeuta, antes mesmo que de seu desejo. Tanto o profissional conhece a necessidade afetiva do cliente, bem como sabe o quanto o mesmo o teme. Percebe a si profissional não imunizado emocionalmente, mas compreende a relação de tal forma que ela não se reveste de caráter neurótico, dado o cuidado prévio que tem o terapeuta de conhecer primeiro a si, buscando mudar suas velhas respostas.

*

Caracterizamos alguns elementos que compõem a dimensão do encontro terapêutico, introduzimos noções acerca de nosso setting e o quanto ele é próprio para esse encontro. Antes de esse setting ser limitante para um perfeito encontro entre ajudador e ajudado, mais limites encontramos na formação da primeira pessoa, à medida que conceitua deficientemente o lugar, a natureza do encontro e, em especial, a psicodinâmica dessa relação.

Outros elementos da relação terapeuta-paciente serão aventados, e novos exemplos reforçarão o que temos dito e comprovarão o quanto a orientação psicodinâmica é possível nessa qualidade de encontro, nessa qualidade de espaço.

*

Esse encontro, segundo Carkhuff e Alvarenga (1980), estrutura-se em duas etapas, a saber: a etapa responsiva, que diz respeito ao terapeuta e corresponde à fase inicial do tratamento. Pode ser definida como aquela etapa em que o profissional responde ao paciente no mesmo nível em que esse estiver se expressando, sem qualquer acréscimo por parte do terapeuta; e a etapa iniciativa que, a rigor, deve dizer respeito ao paciente, sua conduta frente às responsabilidades e aos planos de vida, mas se isso é muito difícil para ele alcançar sozinho, então o terapeuta se reserva o papel de ajudá-lo de maneira direta.

À medida que o profissional desenvolve, de forma clara, a etapa responsiva, provavelmente, menos ele precisará atuar na etapa iniciativa, diminuindo, assim, as possibilidades de o paciente tornar-se dependente dele.

A ETAPA RESPONSIVA

Da etapa responsiva, dois aspectos do comportamento do profissional serão salientados: a capacidade de atender e a de responder.

Atender é a habilidade que o terapeuta tem ou desenvolve no sentido de ser capaz de comunicar de forma não-verbal e de maneira clara sua disponibilidade e seu interesse pelo paciente, ouvindo-o com atenção, de maneira silenciosa, preparando para ele um ambiente seguro e adequado para as ações que ali se desenvolverão. Oferecendo ajuda corporal quando for o caso, olhando-o frente a frente, chamando-o pelo nome, colocando-se de prontidão de maneira discreta para atendê-lo, observando com persistência e afabilidade seu comportamento quanto aos seus interesses, sentimentos, carências e desejos.

Pacientes têm-se queixado de que alguns profissionais, ao atendê-los, conversam entre si, enquanto eles, pacientes, fazem os movimentos indicados, monotonamente, e sem conhecerem claramente os objetivos dos mesmos.

Abandonar assim o paciente é, no mínimo, agredi-lo, assim como medir por baixo a importância da própria ação fisioterapêutica que se prescreveu, e isso não é atender.

Responder é a habilidade que tem ou desenvolve o terapeuta de ser capaz de comunicar verbal e claramente que compreendeu o que o cliente lhe falou. Três tipos de respostas podem ser identificadas: responder ao conteúdo, ao sentimento, e ao conteúdo e sentimento.

Responder ao conteúdo significa que o terapeuta é capaz de buscar, na fala do cliente, o motivo que o levou a procurar ajuda. Essa habilidade é dependente do maior ou do menor grau de escuta do profissional, e não significa repetir o que o cliente disse. Trata-se de refletir sobre o que lhe foi comunicado, organizando, dessa forma, para o ajudado, aquilo que está confuso em sua mensagem.

Responder ao sentimento é a habilidade que tem ou desenvolve o profissional no sentido de perceber, com clareza, os sentimentos contidos nos fatos relatados pelo paciente.

Responder ao conteúdo e ao sentimento corresponde à somatória das duas habilidades anteriores; então, o terapeuta sabe como e por que o cliente está se sentindo daquela maneira, naquele momento e explicita isso para o mesmo.

*

Vimos, até agora, as duas habilidades básicas do comportamento do terapeuta e que compõem a etapa responsiva da relação terapeuta-paciente. Vamos, agora, a mais duas outras habilidades que compõem a etapa iniciativa e que dizem respeito ao paciente.

A ETAPA INICIATIVA

Da etapa iniciativa destacamos duas habilidades: personalizar e orientar.

Personalizar, a rigor, diz respeito à postura do cliente frente à parcela de sua responsabilidade do que está vivendo, diz respeito ao momento em que ele identifica seu próprio papel dentro da vida. Mais exatamente, quando abre mão do papel de vítima e passa a ser o responsável.

Entretanto, é possível que o cliente não consiga fazer isso sozinho. Então, o terapeuta reserva para si o papel de juntar para o ajudado as partes do que lhe foi comunicado por ele, fazendo, assim, um todo compreensível. Nesse instante, é dada ao profissional a oportunidade de acrescentar à sua fala sua percepção do que o cliente está vivendo. Personalizar implica duas categorias: personalizar a falta e o objetivo.

Personalizar a falta ocorre quando o profissional identifica o déficit ou a falta de

que se queixa o cliente e corresponde à descoberta, pelo paciente, daquilo que não sabe ou não consegue fazer.

Já personalizar o objetivo corresponde à descoberta da meta que preencherá a lacuna referida na conduta anterior. O objetivo é a última meta e diz respeito ao que quer o paciente e onde precisa chegar.

A responsabilização do paciente pelas suas coisas se dá de forma gradual e, em que pese ser salutar e indispensável no processo de seu amadurecimento, ela é um processo doloroso que precisa ser conduzido de maneira parcimoniosa para que o cliente não se perceba acusado de seus déficits e, dessa forma, abandone a responsabilidade de fazer para si um novo projeto de vida.

Também, a conduta de orientar, a rigor, deve ser da responsabilidade do cliente, mas, se este apresenta alguma dificuldade objetiva para tanto, é dado ao profissional o papel de orientá-lo quanto ao planejamento da ação futura. Esse papel fica restringido a que o profissional elabore, com seu cliente, o plano deste e nunca decida por ele.

O cliente tem o direito de optar pelo que melhor lhe convier, ainda que isso não esteja de acordo com as expectativas e os construtos pessoais do terapeuta. Quando o profissional orienta o cliente, dando-lhe informações, oferecendo-lhe opiniões, convém manter acesa sua habilidade e seu comportamento iniciais de atendê-lo e responder-lhe efetivamente, buscando conduzi-lo no sentido de que o mesmo dirija pessoalmente sua busca da personalização, de sua participação na vida, da sua orientação pessoal e de seu plano de vida.

Resumidamente, então, frente ao comportamento do terapeuta, o paciente passa pelas seguintes etapas: à medida que o primeiro o atende e lhe responde adequadamente: envolve-se no processo de reabilitação, explora sua história de vida, buscando compreender onde está e onde precisa chegar. A partir desse momento, personaliza sua responsabilidade diante da vida e dos acontecimentos e orienta suas ações no sentido de conseguir alcançar as metas que lhe suprirão as carências. Dissemos, acima, que a participação do terapeuta na reabilitação do cliente implica, para estar em nível ótimo de aplicação, quatro habilidades: atender, responder, personalizar e orientar.

Essas habilidades, além da de responder empaticamente, são decorrentes de cinco outras, previamente desenvolvidas pelo terapeuta: a primeira, a da aceitação incondicional, que significa a capacidade de acolher o outro sem nenhum juízo moral; a segunda, a da congruência, que corresponde à capacidade de se mostrar autêntico, genuíno por palavras e atos; a terceira, a da confrontação, que equivale à habilidade de confrontar a percepção que tem do cliente com a percepção dele próprio; a quarta, a da imediaticidade, que significa a capacidade de elaborar no aqui-agora os sentimentos experimentados por ambos durante aquele encontro; a quinta, a da concreticidade, que corresponde à capacidade de decodificar a experiência do cliente em elementos concretos, objetivos, para que o mesmo compreenda suas vivências confusas.

O tratamento mais efetivo não significa, necessariamente, o que foi melhor tecnicamente elaborado. Mas, sim, aquele que partiu do quadro de referências internas do paciente, que, quando se sente acolhido e compreendido, mais facilmente se envolve e participa do programa de sua reabilitação.

Portanto, a descrição dos modos e dos programas de tratamento se devem originar no desejo e na cooperação do paciente, muito antes que no desejo e na cooperação do terapeuta. Voltamos a insistir que o mundo não nos é dado, mas sim, percebido com significação pelos homens. Logo, as significações que o mundo e o si mesmo têm para o paciente devem ser o ponto de partida para qualquer ação de reabilitação que se planeje para ele.

*

Vejam, agora, outros exemplos tirados da experiência de alguns fisioterapeutas para ilustrar o que dissemos acima.

CASO Nº8

M. L. 52 anos, casada, polimiosite, queixava-se de muita dor nos movimentos. Fora tratada por vários profissionais, anteriormente, com resultados negativos.

Na entrevista inicial, o profissional que nos relata a história, obtém da cliente as seguintes informações: em casa ou nas clínicas, fazia os exercícios prescritos sem a assistência direta dos profissionais. Com relação à expectativa de vida, a cliente queria voltar a dirigir seu automóvel e não aceitava nenhum carro hidramático, por considerar “*esse tipo de carro próprio para aleijados*”.

Ao exame, apresentava dificuldade de fixar a musculatura lombar e limitação dos glúteos, o que levou o profissional a questionar a qualidade de vida sexual do casal e a planejar a terapêutica com vistas, também, para esse aspecto da vida da cliente, que se queixava de insatisfação. A cliente começa a interessar-se pelo tratamento, obtém melhoras gerais e inclusive quanto à vida sexual.

Passado algum tempo, ela experimenta, contra a orientação do fisioterapeuta, tirar seu carro da garagem. O resultado foi desastroso, **sensu lato**. Na clínica, a paciente comenta o fato com seu assistente e diz: “*é, agora eu sei que para dirigir vou precisar mesmo é de um carro automático. Anteriormente os profissionais me diziam que dirigir era bobagem, que o trânsito era muito perigoso, me aconselhavam a contratar um chofer...*”

Comentários

Esse caso exemplifica, pelo comportamento inicial do profissional, conduta de confrontação didática dos tratamentos anteriores e de confrontação do paciente quanto às suas possibilidades reais e expectativas de vida.

Mostra-nos o que seja personalizar a falta ao inferir as prováveis dificuldades

sexuais a partir das limitações musculares. Os objetivos da terapêutica, a partir das referências internas da cliente, dá-nos um exemplo de atendimento adequado, o que leva a paciente a envolver-se em sua busca.

O fato relativo ao automóvel e os comentários quanto ao que buscava experimentar nos dizem o que é personalizar e orientar seu projeto de vida. A última fala da cliente mostra-nos um exemplo de resposta simpática e a reticência final o quanto esse tipo de resposta não leva a nada.

CASO Nº 9

M. J., 72 anos, casada, artrite reumatoide, já com grandes deformidades, muitas dificuldades de vida, além das próprias do seu estado físico, aquelas decorrentes de seu comportamento manipulador e reivindicante.

A profissional nos relata: *“A paciente nunca mostrava melhoras, queixava-se, todas as vezes, de que o tratamento não adiantava nada, que seu marido preferia ir ao futebol a ficar com ela, que seus filhos a tinham abandonado, que preferiam ir às casas das sogras a visitá-la”*.

A terapeuta questiona-se quanto às causas dessas queixas e dos abandonos a que a cliente dizia ter sido submetida e, um dia, lhe pergunta: *“a senhora já parou para se perguntar se não é a senhora mesma quem os espanta? A senhora vive lhes esfregando na cara sua doença, assim como faz comigo. Experimente mudar o comportamento; quem sabe eles mudam também?”*.

A cliente não gostou do que ouviu, ficou irritada com a profissional. Mas algum tempo depois fez comentários com a mesma: *“Você não tem tantas razões. Eu não consigo viver como você. Mas, se eu pensar com calma, vejo que já melhorei com seu tratamento. As dores já diminuíram, os joelhos e as mãos estão desinchando, já ando melhor. Acho que posso me queixar menos. O que você acha disso? Já descobri que meu marido vai ao futebol também porque gosta e que ir às casas das sogras é, de fato, mais fácil para meus filhos”*

A paciente desenvolve, durante um bom tempo, essa linha de pensamento e um dia comunica: *“Ontem (domingo) todos os filhos e noras foram almoçar comigo...”*.

Comentários

Esse caso explicita, pelo comportamento da profissional ao questionar-se sobre as razões das tantas queixas da paciente e da ineficácia da terapêutica, o que seja confrontar com tentativa de personalizar o déficit. As falas da profissional, quando esta se dirige à paciente, nos mostra o que seja personalizar. A irritação da cliente exemplifica o resultado de uma personalização, adequada quanto à percepção da profissional, mas, inadequada quanto à forma de sua comunicação.

Apesar disso, os resultados foram satisfatórios, o que depreendemos da fala da cliente, que explora, compreende sua história e, dessa forma, personaliza suas responsabilidades e se orienta, ao fazer plano de vida, no sentido de alcançar as metas que preencheriam seu grande déficit, decorrente de sua incapacidade para fazer-se amada.

CASO Nº 10

L. C., 37 anos, casada, esclerodermia. Tinha já experimentado o tratamento fisioterapêutico várias vezes, com resultados aquém do esperado. Mas, por insistência de seu médico, procurou a profissional que nos relata a história.

Na primeira entrevista, a paciente dizia que aquela seria “*apenas mais uma tentativa, já que meu caso não tem solução*”. A fisioterapeuta faz um levantamento de todas as atividades desenvolvidas nos tratamentos anteriores e anota que foram feitos exercícios apenas para a marcha, força muscular e coordenação motora. Eles eram os indicados, mas o resultado era aquém do esperado.

A profissional continua, de forma não-diretiva, a entrevista, procurando conhecer as causas dos fracassos das tentativas anteriores, antes de iniciar um novo programa terapêutico. Descobre, então, que a vida sexual da paciente tinha diminuído em frequência e em qualidade, devido à sua dificuldade de abduzir as pernas e, mais, que esse foi um aspecto nunca explorado pelos profissionais anteriores. A partir daí, planeja a terapêutica visando também esse aspecto. Os resultados foram ótimos. A paciente interessou-se pelo tratamento, melhorou seu estado geral e, a vida sexual do casal retomou sua normalidade.

Comentários

Nesse caso, observamos uma conduta de confrontação didática dos tratamentos realizados, quando a profissional faz listagem das atividades anteriormente desenvolvidas pela paciente e as avalia quanto a sua indicação e quanto aos resultados.

As entrevistas mantidas, inicialmente, com o fito de confrontar e de determinar o novo programa, nos dão um exemplo do que seja atender de forma efetiva. Provavelmente, a terapeuta deve ter percebido, a partir do que lhe falara a cliente, suas dificuldades e sua insatisfação sexual e, pela confrontação, percebeu a deficiência dos tratamentos anteriores quanto a esse aspecto. Essas observações nos dão um bom exemplo do que seja personalizar a falta ou o déficit do cliente. Desenvolver as atividades, objetivando melhorar esse aspecto da vida, exemplifica o que seja orientar a partir das referências internas do cliente.

O fato, como um todo, porque a profissional atendeu e respondeu inicialmente de forma adequada, levou a cliente a explorar sua história de vida e a envolver-se no tratamento, o que garantiu os resultados tão positivos.

*

Com essas notas, acabamos de apresentar nossa introdução aos modelos de Carl Rogers e seu seguidor Robert Carkhuff. Vamos, agora, à questão da transferência, segundo o modelo analítico, ressaltando que nenhum dos autores pesquisados destinou parte de sua obra ao estudo das relações humanas na fisioterapia ou na terapia ocupacional.

O que fizemos foi uma releitura desses modelos psicoterápicos, para buscar, nos mesmos, ideias e pensamentos que nos pudessem complementar quanto a nossa formação teórica e facilitar nossa atividade diária junto ao paciente.

Deve ficar claro, portanto, que os modelos a que nos referimos não são modelos de atendimento ocupacional ou fisioterapêutico, mas sim, modelos escolhidos como sugestão de campo de estudo e pesquisa para os reabilitadores. Outros poderiam ter sido pesquisados, mas orientamos nossa escolha, conforme os métodos com os quais mais nos identificamos, pois o homem reconhece no mundo externo aquilo que reconhece em seu mundo interno.

A QUESTÃO DA TRANSFERÊNCIA

Com relação à reabilitação psiquiátrica, temos observado um maior interesse dos profissionais pela visão psicanalítica do homem. Mas, gostaríamos de fazer alguns comentários: habitualmente, notamos que os hospitais psiquiátricos, quando contratam terapeutas ocupacionais, o fazem sem considerar o número de pessoas lá internadas e o número de profissionais necessários para seu adequado atendimento. Assim, sabemos de hospitais, que, tendo setecentos pacientes, contratam, quando muito, dois terapeutas ocupacionais.

Evidentemente, nenhum profissional de bom senso nutrirá, dentro desse contexto, a fantasia de aplicar a práxis psicanalítica em seu trabalho. Primeiro, porque ele conhece seus limites humanos, seus limites teóricos, seus interesses vocacionais. Segundo, porque ele se sabe terapeuta ocupacional e não psicanalista. Terceiro, e último, mas o não menos importante, sabemos que a práxis psicanalítica só se aplica dentro de normas e **setting** sobejamente conhecidos, que em nada se parecem com as normas e **setting** hospitalares, habitualmente coercitivos.

Não se trata de algum tipo de prevenção de nossa parte, já que buscamos compreender o homem como animal socializado à custa da quantificação e qualificação de seu prazer pelo outro. Consideramos, também, além das questões da formação teórica já suscitadas e da questão vocacional, o curtíssimo espaço de tempo da relação entre o profissional e seu paciente, e o quanto isso é limitante para vãos mais altos que, se insistentemente tentados junto ao cliente, podem acarretar a resistência do mesmo à cura, já que o terapeuta se disporá, em condições de tempo e de espaço inadequados, a elaborar relações transferenciais.

*

A transferência é o divisor de águas entre o método humanista e a psicanálise. Como dissemos na introdução, partiríamos de um ponto de vista puramente fenomenológico e de um outro analítico, para explicar o encontro terapêutico. Os métodos a que nos referimos são independentes entre si, mas a transferência é um fenômeno humano; portanto, a elaboração dessa ou não é que caracteriza e diferencia cada um dos métodos.

Dada a dimensão humana de que se reveste a transferência e o interesse que move os terapeutas ocupacionais, pelo menos os de Belo Horizonte, com relação ao estudo da mesma e ainda, em face da possibilidade de se corrigirem as deficiências da formação acadêmica dos reabilitadores por outras vias, inclusive pela mudança da zona de interesse dos profissionais, vemo-nos obrigados a distender um pouco mais essa questão, sem abrir mão da expectativa de comunicar apenas e somente notas introdutórias.

Como é a psicanálise que faz uso da interpretação da transferência, partiremos de uma definição proposta por ela mesma, para vermos como se colocam os humanistas frente ao fato de que a transferência, na relação psicanalítica, designa “*a repetição de protótipos infantis vivida com sensação de atualidade acentuada.*” (LAPLANCHE, P. e PONTALIS, J. B., 1970, pag. 669).

Vejamos, agora, o que os autores que orientaram este trabalho, em sua maior parte Rogers e Kinget (1975), nos ensinam com relação a isso.

Ensinam-nos que transferir, enquanto sinônimo de deslocar um sentimento de um objeto para outro, é um fato humano. E assinalam: “*com efeito, enquanto problemas, as questões da transferência e do diagnóstico não se colocam nem com relação à teoria, nem com relação à prática desta terapia.*” (ROGERS, C. e KINGET, M. G., 1975, pag. 193) Afirmam observar que “*manifestações ligeiras de sentimentos desse tipo são encontradas na maioria dos casos*” e que os pacientes têm para com seu terapeuta atitudes de intensidade moderada e, mais, que os mesmos se relacionam com o profissional como pessoa real, presente, e não como símbolo de alguma figura significativa de seu próprio passado.

Dizem-nos, ainda, que os sentimentos transferidos, na relação com o terapeuta, são proporcionais à situação específica e justificáveis, já que se referem à manifestação afetiva do paciente para com o terapeuta. Mas, se se define a transferência como expressão na atualidade de tendências infantis que o paciente coloca sobre a figura do terapeuta, conforme abordagem analítica, então, esse fenômeno não se observa naquele método.

Ensinam-nos, também, que sentimentos de intensidade, que fogem ao moderado, são observados sob a forma de temor inspirado em antigas vivências, apego profundo, hostilidade, sentimentos de desejo e amor erótico, cuja intensidade ultrapassa a situação real, mas que não se veem reforçados dada a postura não interpretativa do terapeuta.

Esta postura levaria o paciente a experimentar o quanto esses sentimentos são unilaterais, pois o profissional se torna “*um outro eu*” do paciente, de forma completa e calorosa, mas que não satisfaz o desejo de o mesmo conhecer o que ele, profissional, pensa com relação a si, paciente. Com isso, o cliente só pode fazer conjecturas quanto ao que o profissional pensa e, dessa forma, creem aqueles autores, que o destino de toda atitude transferencial é o mesmo que de qualquer outra atitude irracional, ou seja, o desaparecimento. O que se dá quando o cliente se percebe agente e paciente da identificação e da avaliação de suas experiências e se vê capaz de fazer para si um plano de vida.

Essa forma garante ao paciente um forte sentimento de segurança, que não decorre do desejo do terapeuta, mas do apoio implícito da situação. O comportamento não interpretativo do terapeuta, assim, evita conferir base de realidade aos sentimentos transferidos para sua pessoa. E o paciente percebe que não há o menor risco de sofrer críticas à imagem que faz de si mesmo, já que o terapeuta, em momento algum, se permitirá ser algum símbolo de seus protótipos infantis.

Vimos, portanto, que os autores maiormente citados, não negam a existência de transferência por parte do cliente, sabem que ela existe e que se origina em alguma experiência antiga do mesmo e que essa atitude é comum a todas as terapias. Então, concordam que existe atitude transferencial por parte do cliente, mas se negam a interpretá-la, preferindo refletir esse comportamento segundo os dados reais da atualidade devida do paciente relatados naquele encontro.

Todos os autores pesquisados concordam que a transferência é a capacidade que tem o cliente de se relacionar com o terapeuta como se ele fosse uma “*outra*” pessoa e, que “*essa outra*” pessoa é apenas uma repetição, na atualidade, de antigas, significativas e primordiais vivências do paciente, o qual, a partir desse mecanismo, passa a atribuir papéis irracionais ao terapeuta.

Concordam, também, que essa capacidade de transferir, não implica qualidade negativa ou positiva. O máximo que se pode dizer é que aquilo que o paciente está transferindo apresenta sentimento positivo ou negativo para com o terapeuta.

A transferência ocorre nas relações terapêuticas de forma natural, já que os clientes trazem em si, “*em graus variáveis, uma capacidade inerente, uma disposição para formar transferências.*” (LAPLANCHE, P. e PONTALIS, J. B., 1970, Pag. 668). Portanto, sua ocorrência não depende da sugestão do terapeuta, embora o comportamento deste possa até proporcionar sua formação.

A transferência, conseqüentemente, é um mecanismo de re-experiência do já vivido, usado na relação com o terapeuta e que tende a desaparecer à medida que o paciente se conscientiza, a partir da interpretação ou da reflexão,

conforme modelo que se use, de que respondeu ao terapeuta como se ele fosse uma outra pessoa que não ele mesmo.

A transferência toma caráter muito especial para a psicanálise, diferentemente do método humanista, já que ela é "*classicamente reconhecida como terreno em que se joga a problemática de um trabalho psicanalítico, pois são sua instalação, suas modalidades, sua interpretação e a sua resolução que caracterizam*" o método analítico. (LAPLANCHE, P. e PONTALIS, J. B., 1970, Pag.675)

Nesses termos, a transferência é, ao mesmo tempo, forma de abordar o inconsciente, assim como é, também, forma de resistir a essa abordagem, já que sua ocorrência corresponde à emergência da necessidade de confessar o desejo recalcado à pessoa visada; ou seja, no tempo exato em que ele corre o risco de se revelar. A transferência, depois que se instala, é tratada como qualquer outro sintoma, mas é necessário que o profissional limite, ao mínimo possível, a repetição e estimule, ao máximo, a rememoração.

Sabemos que, pela transformação de uma neurose comum por uma neurose de transferência, o paciente pode ver-se curado da mesma. Porém, aqui reside a grande dificuldade de se elaborar esse mecanismo, pois, se inadequadamente interpretada, a transferência levaria à resistência à cura, "*à medida que opondo-se à rememoração, renova, no atual, a ação de recalçamento*". (LAPLANCHE, P. e PONTALIS, J. B., 1970, Pag.675).

*

Em nossa introdução, dissemos que não trataríamos de formar psicoterapeutas e nem de deformar a fisioterapia e a terapia ocupacional, mas, sim, de qualificar melhor esses profissionais. Dissemos, ainda, dos interesses vocacionais e dos limites teóricos, no momento atual de nossa formação.

Portanto, diante disso e diante da dificuldade de que se reveste a elaboração da transferência e do tempo longo exigido para tal, e do tempo mínimo que realmente o cliente passa com seu terapeuta ocupacional, não vemos como esses profissionais possam aplicar a teoria psicanalítica, no que se refere à elaboração da transferência como modelo para sua própria prática em hospitais de reabilitação física, ou mesmo nos de assistência psiquiátrica de curta permanência. Diferentemente ocorre com quem trabalha em pequenas oficinas terapêuticas, onde os clientes se encontram por vontade própria, por um tempo muito mais longo. Ainda assim, insistentemente, repetimos: é necessário "*limitar o mais possível o domínio dessa neurose de transferência, de levar o máximo de conteúdo possível para o caminho da rememoração e de abandonar o mínimo possível a repetição*." (LAPLANCHE, P. e PONTALIS, J. B.1970, Pag.674).

Além disso, não vemos vitória alguma, senão naquelas ações que propugnam por um modelo assistencial puramente cinestésico ou ocupacional. Essa proposta não implica o abandono do imenso arsenal do conhecimento humano, mas, dada a especialidade de que se reveste o encontro reabilitador, exige que

todo esse conhecimento seja lido em busca do pensamento original de seus autores e relido com vistas à estrita necessidade dos fisioterapeutas e dos terapeutas ocupacionais, para não incorrerem no risco de, aplicando na íntegra posturas teóricas, que nos pareçam ótimas, negarmos as ações e os mecanismos que nos caracterizam profissionais. Buscamos, com esse texto, afirmar que um revólver na mão de quem não sabe atirar é muito perigoso para seu portador.

Dois Modos de Transferência

Das três grandes instâncias que compõem nossa psique, o Id, o Ego e o Superego, sabemos que, na primeira, os impulsos instintivos partem procurando passagem, em busca de satisfação, pelo acesso ao aparelho motor.

A segunda instância, o Ego, como observadora desses impulsos, permite ou não a sua emergência.

O Superego funciona como um guarda de trânsito entre as duas instâncias iniciais. No Id, temos os processos primários que significam falta de síntese das ideias. E os afetos, mesmo opostos entre si, não se excluem. Aqui, reina a necessidade de se obter prazer.

Já com relação ao Ego, os impulsos instintivos são submetidos a uma síntese e a rigorosas condições de realidade que promovem a exclusão dos opostos. Aqui, temos os processos chamados secundários. Esses, imperativos da realidade de que faz uso, são controlados pelas leis éticas e morais que compõem o Superego. Se as relações entre as duas primeiras instâncias estão tranquilas, o Id obtém prazer e o Ego não interfere na aquisição do mesmo. Mas, se o Ego “desconfia”, “estimulado” pelo Superego, das intenções do Id, então, busca impedir a emergência do mesmo, promovendo ações de defesa.

De maneira muito simples, essas defesas são um conjunto de operações do Ego, que o mesmo coloca em movimento, para proteger-se a cada vez que se vê ameaçado pela emergência dos conteúdos do Id. Então, a finalidade dessas operações defensivas é *“reduzir, suprimir qualquer modificação susceptível de por em perigo a integridade e a constância do indivíduo biopsicológico”*. (FREUD, A., 1982, pag. 151). As ameaças, que o Ego tem, originam-se na relação terapeuta-paciente, quando a situação atual é capaz de desencadear angústia. As defesas tomam forma compulsiva e agem de maneira repetitiva, mais ou menos inconsciente. Assim, repetimos, a transferência tanto aborda o inconsciente, quanto defende de fazê-lo.

Anna Freud distingue modos de transferência; veremos a transferência dos impulsos libidinais e a de defesa.

A Transferência dos Impulsos Libidinais

A transferência dos impulsos libidinais é o tipo mais simples. As relações

terapeuta-paciente veem-se perturbadas em virtude de as mesmas se revestirem de emoções passionais como amor, ódio, ciúmes, ansiedade e que não se justificam na situação vivida pelo paciente e seu assistente. O paciente, via de regra, sente-se envergonhado e mesmo humilhado, quando percebe que essas emoções se manifestam contra sua vontade, ou seja, sem o controle do Ego. Entendemos como natural essa vergonha, à medida que nos lembramos de que esses sentimentos, que são aqueles que compõem o Id, iniciam-se em antigas constelações familiares e que o paciente, montado em dados da realidade (processos secundários), não consegue justificar ou explicar seu reaparecimento, naquele instante, com seu terapeuta.

Vejamos um exemplo ocorrido em nossa prática de trabalho.

CASO Nº 11

C. A. V., 22 anos, farmacodependente, atendimento individual. Atrasamo-nos não mais que 10 minutos para atendê-lo, em razão de dificuldades com o grupo que fora atendido anteriormente. Ao entrar na sala, após os cumprimentos, perguntamos ao paciente com o que ele queria trabalhar. Deu-se o seguinte diálogo:

- Com o que você quer trabalhar?

Ele - "Nada. Não quero fazer nada. Estou cansado".

- Cansado de quê?

Ele - "Não sei!"

- (Após um tempo de espera) Cansado de esperar?

Ele - (Silêncio curto) "Talvez!"

- Esperar pelo quê?

Ele - (Explosivamente) "Ora, Rui, você se excedeu. Deixou-me esperar por mais de meia hora. Afinal de contas, eu faço pré-pagamento, o horário é meu..."

E desfiou um longo rosário de queixas. Eu o ouvia.

- (Após um silêncio de ambos) São quantas horas agora?

Ele - "17h20".

- Veja! Atrasei-me não mais que 10 minutos, e já estamos juntos outro tanto de tempo igual, O que será que você está querendo me falar? (Em silêncio o paciente tamborila mesa e eu aguardo) O que será que você está sentindo, Carlos?

Ele - (Falando baixinho) "Não sei! Não sei mesmo!"

- (Após um curto tempo de silêncio) Teria sido ciúmes?

Ele - (Olhos baixos, como que envergonhado)

"Não sei, Rui. Não sei mesmo, me desculpe, tá?"

Ele já sabia! Solicitou material de desenho.

Comentários

Procuramos compreender o paciente em seu todo existencial para fazer a interpretação final. Filho de família numerosa, percebia-se mal amado pela mãe. Ele nos dizia: "*ela nunca teve tempo para mim*". O pai era visto como

abandonador, sua atividade exigia muitas viagens, que não eram percebidas como trabalho pelo paciente.

Nosso atraso foi entendido por ele da mesma forma com que percebia os atrasos da mãe: como forma de desamor, e da mesma forma com que fantasiava as viagens-trabalho de seu pai: *“ele deve ter outra família, viu, Rui?”*, fantasiou-nos pai de outra *“família”*.

Ao tomar consciência de seus verdadeiros sentimentos, sentiu-se envergonhado, por repetir sentimentos antigos que não se justificavam naquele momento; não o estávamos abandonando, e ele sabia disso. Daí o sentimento de vergonha, por pegar-se com ciúmes de nós também. Precisamos ressaltar que ciúmes eram sentimentos negados por ele no seu dia a dia.

Esse é um exemplo de relação transferencial fácil de ser elaborado.

Transferência de Defesa

Às vezes, o paciente transfere para a atualidade seus impulsos infantis com todas as deformidades do mesmo. Seu comportamento sugere manipulação e, imediatamente, o paciente é rotulado de *“chatão”, “teatral”,* etc. A essa forma de expressão dos impulsos e dos afetos deformados, Anna Freud deu o nome de *“transferência de defesa”* e acrescenta que, *“o paciente é, de fato, sincero, franco, quando dá expressão ao impulso ou afeto da única maneira que ainda está ao seu alcance, ou seja, na medida distorcida.”*(FREUD, A.,1982, pag. 17)

Vejamos um exemplo que nos foi contado.

CASO Nº 12

D. M., 30 anos, solteira, telefonista, mal asmático. O profissional relata-nos o seguinte: *“mulher gorda, feia, tinha passado por todos os profissionais e estagiários daquele serviço. Todo mundo já estava de paciência quente com ela, pois sempre que sabia que teria alta, apresentava agravamento tão forte do quadro respiratório que era preciso oxigená-la artificialmente.”*

“As psicólogas da equipe disseram que ela era um caso para psiquiatria e não para fisioterapia. Ainda assim, foi encaminhada para mim, que, à época, era estagiário. Eu já estava prevenido! Ao ver-me, a paciente, que antes estava demolida no leito, ficou imediatamente boa e bem disposta. Começou a descrever com perícia as manobras fisioterapêuticas de que gostava. Eu lhe disse que faria o que lhe fosse útil e não o que ela queria.”

“Procurei distraí-la durante nossos encontros, até conseguir mostrar-lhe que ela não tinha nada. Mas a paciente não melhorava. Aí, então, descobri que minha preceptora satisfazia a tudo que a paciente solicitasse. Então, pedi que suas visitas fossem interrompidas. Fui atendido”.

“A paciente começa a melhorar. Melhora! Comunico-lhe a alta, e ela tem uma

recaída! Eu, então, lhe disse de maneira enérgica: se a senhora quiser ter outra crise faça isso o ano que vem, porque aí, já não estarei aqui. Porque, agora, quem vai cuidar da senhora sou eu. Ela não apareceu mais até o final do estágio”.

Comentários

Esse é um exemplo de como o Ego já não impede a emergência do Id. A paciente precisava, afetiva e efetivamente, ser “*alimentada*”, custasse o que custasse, nem que para isso fosse preciso representar a farsa da mulher mais doente do mundo. Mas, ela é doente sim, e isso não é uma farsa, ela está sendo honesta, mesmo quando “*teatraliza*”. O problema é que sua doença é mais carencial-afetiva que um mal asmático. Assim, as psicólogas da equipe acertam quando indicam um psiquiatra em lugar de fisioterapeuta, desde que pelo primeiro se possa entender, também, psicoterapeuta.

Esse é um caso difícil, não só dado ao mecanismo usado pela paciente, como pelo comportamento da preceptora que, em satisfazendo os desejos da mesma, “*alimentava-a*”, reforçando, na atualidade, seus comportamentos infantis. As atitudes transferenciais podem ser estimuladas pelos profissionais e a abordagem inadequada da transferência gera resistência à cura. Quanto ao estagiário, seu comportamento fez a paciente “*não aparecer mais*”, porque ele em nada contribuiu para conscientizá-la da natureza repetente de suas manobras. Provavelmente, devido à repetência e à não solução das mesmas, a paciente deve estar em outro serviço de reabilitação, impondo condições, sofrendo restrições.

Outros e inúmeros comentários poderíamos continuar fazendo com relação a esses casos. Vamos nos contentar com esses apenas, já que preenchem nossos atuais objetivos.

A elaboração da transferência de defesa, que acabamos de ilustrar, é mais fértil que a da transferência dos impulsos libidinais, porém, mais difícil, já que o Ego não vê razão para estar de sentinela contra o aparecimento dos impulsos do Id. O paciente não se convence da natureza repetente do fenômeno, diferentemente do caso anterior, e deixa de colaborar, voluntariamente, com o processo de sua reabilitação, nega-se a ver a discrepância entre causas e efeitos e, dessa forma, não percebe que seu comportamento não tem justificativa, assim como não se justifica para ele qualquer tentativa de colaboração no sentido de obter melhoras.

A CONTRATRANSFERÊNCIA

Durante a apresentação que fizemos desse texto, notamos, pelas perguntas que nos eram feitas e pelos debates que as respostas suscitavam, que os debatedores confundiam atmosfera de calor com recriação de um ambiente familiar.

Dissemos, em nossa definição, que a relação terapêutica é um encontro homem-homem, quando a simples presença de um, altera o comportamento do outro. Já vimos como isso se dá na esfera do paciente, quando nos introduzimos no estudo da transferência. Veremos, agora, como isso pode ser visto na esfera do terapeuta.

Ao resultado da influência do doente sobre os sentimentos do profissional, Freud chamou de contratransferência. O desconhecimento desse intercâmbio entre o paciente e seu terapeuta impedirá o primeiro de obter tudo o que precisa e pode, porque o segundo estará comprometido com seus próprios complexos internos.

Um profissional da reabilitação deu-nos, como resposta, quando lhe perguntamos o que sentia quando tratava de pessoas muito idosas, uma frase que ilustra, de maneira muito clara, a influência a que nos referimos. Vejamos.

CASO Nº 13

“Homem velho me mostra como eu vou ficar daqui a alguns anos e essa previsão me dá angústia e eu evito tratar deles.”

Comentários

Vimos, de maneira eloquente, o quanto o paciente, com sua história de vida, sua idade, seu aspecto, influencia os sentimentos, as percepções e as fantasias do terapeuta. O medo de envelhecer e de morrer de que padece esse profissional, impede-o de colaborar com o idoso em casos de fases terminais de doenças graves. Mas, não devemos esquecer que o próprio terapeuta tem inconsciente *“e que também ele tem uma persistente tentação de ceder às técnicas e aos objetivos infantis, pensamento mágico, etc.”* (LAPLANCHE, P. e PONTALIS, J. B., 1970, Pag.91). Em que pese ao terapeuta estar envolvido na relação, assim como o paciente, não tem razões para submeter-se a essas mesmas relações. A contratransferência é inevitável, mas deve permanecer sob controle na relação terapêutica.

A seguir, mais um exemplo de como o paciente, com suas carências, move as carências e as necessidades do terapeuta.

CASO Nº 14

G. C., 36 anos, acidente vascular cerebral, paralisia facial central. A profissional conta-nos: *“a manobra fisioterapêutica consistia em que, estando o cliente deitado na cama, e eu, assentada em um banco a seu lado, fazia-lhe massagem perioral. Meus seios ficavam à altura de seus olhos. Isso me incomodava, mas era a única posição possível para eu trabalhar.”*

“O paciente, que era atendido ao lado, ficava controlando tudo o que se

passava conosco. Observei que meu cliente estava em ereção; o vizinho comentou rindo: 'que tesão de mulher!'

"Abandonei o caso! Acho que não sabemos tratar e resolver problemas dessa natureza. Ficamos com raiva, simplesmente com raiva, e jogamos nossa insegurança sobre o paciente."

Comentários

Esse caso, como qualquer outro, reforça a ideia dos dois momentos terapêuticos já citados no caso nº 5, com relação ao comportamento do paciente e quanto ao do profissional, os sentimentos de raiva, de impotência e o conseqüente abandono do caso, são contratransferenciais. E, ainda, ilustra o quanto é deficitário o ensino de psicologia nos cursos de reabilitação, já que podemos afirmar que essa não foi a única vez que ouvimos histórias dessa natureza e com as mesmas queixas.

Ilustra, também, o quanto o fato é humano, uma vez que terapeuta e paciente possuem inconsciente e, ainda, a necessidade de o profissional submeter-se à psicoterapia ou a qualquer outro modo de treinamento, ou supervisão, que lhe ensine a lidar com seus próprios sentimentos.

Sem querer aliviar ou justificar possíveis e posteriores sentimentos de culpa dessa profissional e de outros, gostaríamos de fazer nossas as palavras do casal Miranda:

"é bom lembrar que nenhum ajudador tem a obrigação de ajudar o tempo todo ou a todas as pessoas. Como tudo em sua vida, a sua ajuda é uma opção que ele faz a cada momento — se quer ou não usar suas habilidades, com quem, quando, onde." (MIRANDA, C. F. e MIRANDA, M. L., pag.29).

Porém, esse pensamento não autoriza profissional algum a interromper um tratamento por qualquer toma-lá-dá-cá. E não dispensa os profissionais, como já foi dito, da necessidade de reformularem, de corrigirem seus esquemas pessoais e de conhecerem suas necessidades de segurança, a fim de melhorarem sua qualificação técnica e pessoal.

O conhecimento da contratransferência também se impõe, porque quanto mais o paciente se percebe desprovido de competência e de valores pessoais, mais tendência terá em deslocar suas responsabilidades para a pessoa do terapeuta. Em contrapartida, quanto mais o profissional se fizer representante do real, do verdadeiro, do estabelecido, mais tendência terá o paciente de submeter seus pensamentos e valores aos do terapeuta, e, dessa forma, acabará por abrir mão da prática do *"juízo autônomo, da iniciativa pessoal e do desenvolvimento de critérios fundamentados em sua própria experiência"*. (ROGERS, C. e KINGET, M. G., 1975, pag.36).

Um exemplo.

CASO Nº15

R. V., 40 anos, curso de nível superior, desquitado, safenado. Após as cirurgias, entre outras queixas, colocava-se frente à vida de forma autodepreciativa. Sentiu suas ereções diminuírem e, portanto, sua vida sexual. Sentia *“muita dor no peito”* e, quando se queixava disso aos outros, eles diziam-lhe que era *“psicológico”*. O paciente queixou-se, um dia, ao fisioterapeuta: *“Puxa vida! Que merda é essa de dor psicológica se eu estive de fato, com o peito aberto já por duas vezes? Por que eles falam assim comigo?”* Ao que o profissional respondeu de forma enérgica e até interpretativa: *“eles estão negando a sua doença, porque têm medo de que ocorra o mesmo com eles. Por que você não lhes diz isso? Eles fazem isso para chatear você”*.

Então, perguntamos ao profissional: *“E ele fez o que você mandou?”*

O profissional nos respondeu: *“Ah! Isso eu não sei. Não sei mesmo se ele fez ou não.”*

Comentários

Muito interessante, muito rico esse caso. Fora todo conteúdo contratransferencial, observado na enérgica resposta do terapeuta, ele ilustra, entre outras coisas, nossas afirmativas de quanto é pequena a probabilidade de que uma explicação externa ao paciente possa lhe servir de ponto de vista autenticamente novo; foi o que observamos na dúvida final proposta pelo próprio profissional.

No início desse capítulo, dissemos que o Ego tem como função observar as emergências do Id, mas ele tem, também, a função sintetizadora das realidades de cada homem. No caso citado, o terapeuta negou a capacidade de síntese do paciente, fez de si modelo do real, do estabelecido, porque mantinha com o cliente uma relação de simpatia. Provavelmente, aquele paciente ficaria cada vez mais dependente de seu terapeuta, se este não questionasse, ainda a tempo, sua conduta.

Esse caso, tanto serve para ilustrar uma relação contratransferencial, quanto, conforme modelo de que se fizer uso, ilustra o que é uma relação simpática e, também, o que é um convite à dependência

*

Dirigir a relação terapêutica no sentido da realização dos desejos do profissional, não só promove o fracasso de seus esforços, assim como fracassa, no cliente, seu desejo de reviver. Sabemos que reabilitar significa, tanto no campo físico, quanto no psiquiátrico, aproveitar, ao máximo, o mínimo que o patológico deixou no indivíduo. Em que pese aos autores consultados para esse texto serem psicanalistas e sua linguagem própria daquela técnica, nada nos impede de fazer uma releitura com os olhos voltados para as necessidades dos fisioterapeutas e dos terapeutas ocupacionais.

Nossa insistência no estudo da transferência e da contratransferência faz-se urgente, dado que elas são encontradas em todos os tipos de terapia, porque são fatos humanos, mas insistimos: a forma elaborativa destes pela interpretação é apanágio dos psicanalistas. A tentativa de interpretação dos significantes transferidos pelos pacientes nas condições habituais em que se dá a práxis reabilitadora, assaz conhecida por nós, poderá ser profundamente nociva à saúde do cliente.

Evitem, portanto, estimular o aparecimento e as manifestações transferenciais graves.

O que se passa entre ambos os sujeitos, no encontro terapêutico se reveste de características extremamente especiais. É um encontro social, mas com objetivos definidos de tratar o outro. Nessa relação, sentimentos e comportamentos são desenvolvidos, não só porque o contato naturalmente os promove, dado à proximidade física dos envolvidos, mas, ainda, dado à natureza de apoio, de compreensão e de ajuda. Assim, pode o terapeuta, já o dissemos, produzi-los por estímulos, caso use de postura mais ativa do que aquela que, naturalmente, as técnicas de reabilitação o exigem.

Evidentemente o paciente, ao procurar ajuda, deve partir do princípio de que necessita da ajuda do outro. A consciência disso pode produzir raiva, já que, por si só, sugere dependência. Mas, também, sentimentos de amor, fantasias eróticas são habituais nesse tipo de relacionamento, como são, também, os sentimentos de nojo, de piedade e de rejeição do corpo velho e deformado.

Vejamos este exemplo.

CASO Nº 16

Em um hospital geriátrico, uma mulher de 85 anos, com fratura de colo de fêmur e em uso de fraldão. Quando a profissional entrou para atendê-la, a paciente pergunta-lhe de chofre: “*Você é papel passado?*”

A terapeuta nos relata: “*Eu fingi que não entendi que ela queria saber se eu tinha ou não experiências sexuais, se eu era virgem. O fraldão estava fora do lugar e sua genitália estava à mostra. Eu a cobri adequadamente. Então, a paciente me disse: ‘Xoxota de velha ninguém gosta’. Eu não sabia o que fazer, aliás, acho que fiquei com vergonha*”.

Comentários

Exemplo maior de dificuldade que tem o reabilitador em elaborar a sexualidade do idoso, não poderia ter-me sido oferecido. A profissional é jovem, a cliente é velha. A segunda lembrando o que a primeira será. Pronto! Está montado o esquema para, entre outras coisas, dar-se a formação de respostas contratransferenciais também. A profissional, temerosa e impotente diante de tanto drama e até violência da erótica agressividade da velha senhora,

manifesta-se insegura e em estado de desconforto, que a cliente percebe e manipula, expondo suas partes pudendas.

Essas coisas, relatadas nos exemplos, acontecem na relação homem-homem e não são apanágio dos reabilitadores ou de quaisquer outros profissionais da saúde, mas ocorre que, nessa área, dada a especialidade de que o encontro se reveste, esses comportamentos precisam estar bastante claros para o profissional, para que o mesmo possa conduzir o cliente no sentido de garantir, se não a recuperação total, o que nem sempre é possível, pelo menos a continuidade do tratamento, até que se alcance o máximo possível de recuperação.

SÍNTESE E FINAL

Senhores congressistas! Chegamos ao final de nosso curso. Durante as 19 horas em que estivemos juntos, desenvolvemos, de forma sumária, porque o assunto é extenso, complexo e multifacetado e o tempo disponível curto, os seguintes itens, entre outros, que compõem, segundo os autores pesquisados, a imensa dimensão que é o encontro terapêutico:

Primeiro, definimos a relação terapeuta-paciente, as condições e os objetivos da mesma.

Segundo, falamos das impressões que esse encontro pode causar ao paciente e as consequências de sua elaboração ou não, e, ainda, as impressões que esse mesmo encontro pode causar ao profissional, e mais alguns comportamentos e implicações desses para o cliente.

Terceiro, definimos e ilustramos as seguranças interna e externa, o ambiente de calor, a empatia, a simpatia, a neutralidade e suas consequências para o paciente.

Quarto, fizemos descrição sumária, com lustração, dos elementos mínimos, segundo Robert Carkhuff, das habilidades e das condições para que o encontro terapeuta-paciente seja, de fato, útil para o segundo.

Quinto, descrevemos e, também, ilustramos dois grandes movimentos humanos que são a transferência e a contratransferência.

Sexto, procuramos definir nossa posição pessoal quanto ao que seja modelo ótimo para os fisioterapeutas. Posicionamo-nos como aquele que só vê vitória, quando a busca realizada é em prol de modelos que nos auxiliem em nossa práxis, sem nos deformar ou descaracterizar nossas profissões.

Procuramos deixar claro que nosso compromisso é com a fisioterapia e a terapia ocupacional e com a busca de métodos específicos e, ainda, que o maior compromisso é com o paciente, seu tempo e sua possibilidade.

Daí, enfocamos nosso trabalho partindo de um ponto de vista fenomenológico

e, de outro, analítico, para explicar e sugerir modelos e campos de possíveis pesquisas para os senhores.

Pela atenção que nos foi prestada, na expectativa de termos sido úteis, de termos conseguido estimular a curiosidade, o interesse para o estudo das relações terapeuta-paciente, nosso único objetivo, agradecemos-lhes penhoradamente.

Belo Horizonte, outubro de 1985.

BIBLIOGRAFIA COMPULSADA

1. CARHUUFF, Robert e ALVARENGA, Wolber. **Introdução ao modelo de ajuda**. Federação Nacional de Orientadores Educacionais, Associação de Orientadores Educacionais de Minas Gerais. Trabalho apresentado ao VI Congresso Brasileiro de Orientação Educacional. Julho de 1980. Belo Horizonte.
2. EY, Henry; BERNARD, R.; BRISSET, Ch. **Tratado de Psiquiatria**. 7ed., Barcelona, Tory-Masson, 1975.
3. FRANÇA, L. M.; ALVARENGA, W. **A consciência de si: Reflexão e exercício**. 1984.
4. FREUD, A. **O ego e os mecanismos de defesa**. 6 ed., Editora Civilização Brasileira, 1982.
5. GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4 ed., Rio de Janeiro, Zarár Editores.
6. HALL, C. S. **Compêndio de psicologia Freudiana**. Biblioteca del hombre contemporáneo. Vol. 106, 2 ed., Editorial Paidós, 1966.
7. JORGE, R. C. **Terapia Ocupacional Psiquiátrica – Aperfeiçoamento**. FUMARC/PUC-MG, Belo Horizonte, 1984.
8. LAPLANCHE, R.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de psicanálise**. 6 ed., Livraria Martins Fontes Editora Ltda, 1970.
9. MENNINGER, K. A.; HOLZMAN, P. S. **Teoria da técnica psicanalítica**. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1979.
10. MIRANDA, C. L.; MIRANDA, M. L. **Construindo a relação de ajuda**. Belo Horizonte, Editora Crescer, 1983.
11. ROGERS, G.; KINGET, M. G. **Psicoterapia e relações humanas**. 2 volumes, 1 ed. Belo Horizonte, interlivros, 1975.
12. VASQUEZ, A. S. **Ética**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1970.

RC

Editora e Gráfica

RUA JABOTICABAL, 158 B - NOVA GRANADA - BELO HORIZONTE - MG

CEP: 30460.670

TELEFAX: (031)372 5330 / 332 2237 - E-MAIL:

RCGRAFICA@SKYNET.COM.BR