

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO-PUC-SP
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Marcelle Napoleão do Rêgo Formiga

O PROCESSO DO LUTO NO PSICODRAMA BIPESSOAL

São Paulo

2009

Marcelle Napoleão do Rêgo Formiga

O PROCESSO DO LUTO NO PSICODRAMA BIPESSOAL

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica. Área de concentração em Psicologia Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Pereira Franco

São Paulo

2009

Marcelle Napoleão do Rêgo Formiga

O PROCESSO DO LUTO NO PSICODRAMA BIPESSOAL

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Aprovado em: ____ / ____ /2009

Banca Examinadora

Profª. Dra. Maria Helena Pereira Franco – PUC-SP
Orientadora

Profª. Dra. Sandra Regina Borges dos Santos
Examinador

Profª. Dra. Adrianna Loduca Ribeiro Samuelian
Examinador

A Deus,

À minha família,

Aos meus grandes amigos,

À minha orientadora,

Muito obrigada!

RESUMO

A presente pesquisa trata de um estudo teórico a respeito da Teoria do Apego, o processo de luto e a Teoria do Psicodrama. Tem por objetivo apresentar considerações teóricas acerca da Teoria do Apego e do Psicodrama, bem como discorrer sobre a psicoterapia psicodramática bipessoal com pacientes enlutados. A partir da descrição da Teoria do Apego e do Psicodrama, apresentamos considerações a respeito da interface entre essas duas áreas do conhecimento e discorremos sobre o Psicodrama bipessoal como método psicoterapêutico importante no trabalho com pacientes enlutados. Entendemos que a Teoria do Apego e a teoria do Psicodrama são complementares, e, juntas, subsidiam o desenvolvimento de uma prática psicoterapêutica sólida e coerente. Acreditamos que a Teoria do Apego constitui uma base teórica que respalda o trabalho do psicodramatista junto aos pacientes que enfrentam a experiência do luto.

Palavras-chaves: Teoria do Apego. Psicodrama. Luto. Psicoterapia.

ABSTRACT

This present research is a theoretical study about the Attachment Theory, mourning process and Psychodrama Theory. Its purpose is to submit for theoretical considerations about the Attachment Theory and Psychodrama and describe the bipersonal psycho dramatic psychotherapy with patients in mourning. From the description of the Attachment Theory and Psychodrama, we submit considerations about the interface between these two areas of knowledge and describe bipersonal Psychodrama as a significant psychotherapy method with patients in mourning. This essay contributions are that the Attachment Theory and Psychodrama are complementary and, together, assist the development of psychotherapy consistent. We believe that the Attachment Theory is a solid theory that helps the work of the psycho dramatist with mourners.

Keywords: Attachment Theory. Psychodrama. Mourning. Psychotherapy.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	TEORIA DO APEGO E PROCESSO DE LUTO.....	9
2.1	Teoria do Apego.....	9
2.2	Processo de luto na Teoria do Apego.....	15
2.3	Modelo do Processo Dual de Enlutamento.....	25
2.4	Psicoterapia com pacientes enlutados.....	27
2.4.1	O trabalho do luto.....	28
3	TEORIA DO PSICODRAMA.....	32
3.1	Teoria da Ação.....	32
3.2	Psicodrama Bipessoal.....	34
3.3	Conceitos fundamentais.....	36
3.4	Teoria dos Clusters.....	43
3.5	A Psicoterapia da Relação.....	46
3.5.1	Psicodrama interno.....	48
3.6	Técnicas Psicodramáticas.....	49
3.7	Criação de personagens no Psicodrama.....	53
4	OBJETIVO.....	55
5	MÉTODO.....	56
6	INTERFACE ENTRE TEORIA DO APEGO, PROCESSO DE LUTO E TEORIA DO PSICODRAMA.....	58
6.1	Visão de homem.....	58
6.2	Comportamento instintivo de apego e espontaneidade.....	58
6.3	Formação do Apego e Matriz de Identidade.....	60
6.4	Função do comportamento de apego e função do ego-auxiliar.....	61
6.5	Vínculo e apego.....	62
6.6	Luto, Teoria das Transições Psicossociais, Teoria dos Papéis.....	63
6.7	Modelo do Processo Dual e Teoria dos Clusters.....	64
6.8	Intervenção no luto segundo o Modelo do Processo Dual, Teoria dos Clusters e Psicoterapia da Relação.....	67
7	PSICODRAMA BIPESSOAL COM PACIENTES ENLUTADOS.....	70
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
	REFERÊNCIAS.....	73

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, o tema do Luto tem sido muito pesquisado. Estudos foram impulsionados especialmente após as duas grandes guerras mundiais, com o expressivo número de indivíduos enlutados. Podemos ver, que é habitual, na história da evolução do conhecimento, o contexto histórico que apresenta suas demandas e exige a ampliação do conhecimento científico.

O Psicodrama é outra área do conhecimento já bastante explorado, que continua a ser desenvolvido na atualidade, e tem, como um dos centros de referência no desenvolvimento de pesquisas científicas, o Brasil, que se configura hoje como um país de destaque no que se refere à produção teórica e ao desenvolvimento de pesquisas nesta área. Destacam-se, além das diversas instituições de ensino e pesquisa do Psicodrama, presentes no País e que fomentam o desenvolvimento de pesquisas, os estudos de Fonseca (1980; 2000; 2008), Cukier (1992), Dias (1987; 1996), Cesarino (2002), Gonçalves (1988), Knobel (2004), Monteiro (1998), Perazzo (1986; 1994; 1999) dentre outros.

Não obstante o expressivo número de pesquisas sobre o luto já desenvolvidas no exterior, tais como Bowlby (1997; 2002; 2004a; 2004b); Parkes (1998; 2009); Stroebe & Stroebe (1987; 1993); Jacob (1993); Rando (1993); e, atualmente, entre os estudiosos brasileiros, destacamos Bromberg (1994); Franco (2002); Berthoud et al. (1998); Casellato (2005); Mazorra (2009); Kovács (1992); Torres (1999); Fonseca (2004); Domingos (2003); Pincus (1989) etc. O presente estudo faz-se relevante por apresentar considerações teóricas entre a Teoria do Apego, o processo de luto (BOWLBY, 2002; 2004a; 2004b), e a Teoria do Psicodrama (MORENO, 1983; 1984; 1992; 1997a; 1997b; 1999), e discorrer sobre a psicoterapia psicodramática bipessoal com pacientes enlutados.

No Brasil, ainda são relativamente recentes as pesquisas que envolvem o processo de luto: a pioneira, nesta área, Dra. Maria Helena Pereira Franco, nos trouxe, na década de 1990, os resultados de suas pesquisas feitas no exterior. Em 1996, foi criado o primeiro centro de estudos de Luto no País, o Laboratório de Estudos e Intervenções sobre o Luto – LELu, na PUC-SP, coordenado pela Dra. Maria Helena, que, em 1998, idealizou o 4 Estações – Instituto de Psicologia, ambos de referência nacional e internacional, e que vêm marcando a história de produção científica, acadêmica, clínica e social no País. Outro centro de referência sobre as questões da *morte* e do *luto* é o Laboratório de Estudos sobre Morte da Universidade de São Paulo (LEMIPUSP). Estes são os três grandes centros de referência que fomentam o desenvolvimento de pesquisas científicas sobre o luto no Brasil.

É importante ressaltar a escassez de estudos que correlacionam essas duas grandes áreas do conhecimento – Teoria do Apego e Psicodrama – tendo sido encontrados, em revisão de literatura, apenas os estudos de Torres-Godoy (2001; 2007), médico psiquiatra chileno; Sergio Perazzo (1986), psicodramatista brasileiro; e José Paulo da Fonseca (2004), psicólogo brasileiro, que estuda o processo de luto, especialmente o luto antecipatório, e desenvolve pesquisas com pacientes oncológicos e seus familiares.

O objetivo do presente estudo foi o de apresentar considerações a respeito da *Teoria do Apego* e o processo de *Luto*, utilizando como referencial teórico os ensinamentos de Bowlby, Parkes, Moreno, conforme já especificado nesta Introdução, e discorrer sobre a psicoterapia psicodramática bipessoal com pacientes enlutados. A partir das interfaces entre a *Teoria do Apego* e o processo de luto e a *Teoria do Psicodrama*, descrevemos e discutimos conceitos e técnicas psicodramáticas importantes para a compreensão do processo psicoterapêutico do luto no psicodrama bipessoal. Trata-se de um estudo que pode ser útil a todos aqueles que se interessam pelo tema, e constitui mais uma oportunidade de produção, atualização e transmissão do conhecimento.

Deste modo, dividimos o texto da seguinte forma: 1 Introdução. 2 “Teoria do Apego e Processo de Luto”, que se refere à *Teoria do Apego* e o processo de luto. Apresentamos a esta teoria com ênfase no processo de formação do comportamento de apego, os estilos de apego e suas funções; o processo de luto, as reações comuns à perda, e os fatores determinantes do luto segundo a *Teoria do Apego* e complementados pelas considerações de Colin Parkes (1998, 2009); descrevemos o Modelo do Processo Dual de enlutamento desenvolvido por Schut e Stroebe (1993, 1994); e discorremos a respeito da psicoterapia com pacientes enlutados, tendo como base a teoria do Apego. 3 “Teoria do Psicodrama” destina-se à apresentação da *Teoria do Psicodrama*, em que apontamos os conceitos fundamentais, o psicodrama bipessoal, as técnicas psicodramáticas, a Psicoterapia da Relação (FONSECA, 2000; 2008) e a Teoria dos Clusters (BUSTOS, 1990). 4 “Objetivo”, que, conforme o próprio título, descreve o objetivo do presente estudo. 5 “Método”, que esclarece o procedimento utilizado. 6 “Interface entre Teoria do Apego, Processo de Luto e Teoria do Psicodrama”, nesta parte do trabalho, apresentamos a interface entre as teorias citadas, por meio de correlações entre seus conceitos fundamentais e da aplicabilidade prática destes conceitos. 7 “Psicodrama Bipessoal com Pacientes Enlutados” refere-se à psicoterapia psicodramática com pacientes enlutados. 8 Considerações Finais. Por fim, as Referências, que constituíram a base para a fundamentação teórica na construção deste estudo.

2 TEORIA DO APEGO E O PROCESSO DE LUTO

2.1 Teoria do Apego

A *Teoria do Apego* de John Bowlby integra ideias da Psicanálise e da Etologia, e discorre sobre o comportamento de apego, o processo natural da criança de formar fortes vínculos afetivos com outras pessoas (especialmente com a figura materna), e as diferentes possibilidades de reação e funcionamento da criança, quando estes vínculos são rompidos por ocasiões de separação e/ou perda da figura materna (BOWLBY, 2002).

A Teoria do Apego é uma abordagem prospectiva, com enfoque na patogenia e suas sequelas; parte da observação direta de crianças e utiliza dados sobre animais, para fundamentar e ampliar suas teses (Id. *ibid.*). Como abordagem prospectiva, focada na patogenia, e que parte da observação direta, entendemos que se trata de uma teoria que partiu da observação direta e análise sistemática dos eventos traumáticos, isto é, situações de separação do bebê de sua mãe, e seus efeitos sobre o comportamento da criança, de forma que os resultados postulados pudessem ser úteis em predições testáveis. A respeito da influência da etologia ou estudo do comportamento animal na sua teoria Bowlby (2002) ressalta a importância do conhecimento do comportamento animal para a compreensão do homem, e o quanto fundamental o foram para o entendimento, análise e elaboração do comportamento humano de apego.

O comportamento de apego é um comportamento instintivo que tem como principal função garantir a sobrevivência da criança, especialmente nos primeiros anos do seu desenvolvimento, e permitir a exploração e a conquista do ambiente externo. Um comportamento é considerado instintivo quando obedece a um padrão similar e previsível em quase todos os membros de uma espécie; quando se trata de uma sequência comportamental que segue um curso previsível; quando suas consequências são de valor incontestável para a sobrevivência do indivíduo e a preservação da espécie; e quando se desenvolvem, mesmo quando todas as oportunidades comuns de aprendizagem são exíguas ou estão ausentes (BOWLBY, 2002).

O comportamento de apego é instintivo e produto da atividade de alguns sistemas comportamentais inatos, que têm por meta manter certos graus de proximidade ou de comunicação com a figura de apego (BOWLBY, 2004b). É considerado uma classe de comportamento social indispensável para a sobrevivência humana e que tem importância

equivalente aos comportamentos de acasalamento, alimentação e parental (BOWLBY, 2002; 2004b). O comportamento de apego leva ao desenvolvimento de laços afetivos ou apegos, inicialmente entre a criança e a mãe e, posteriormente, entre adulto e adulto (BOWLBY, 2004b).

Bowlby (2002) descreve quatro fases do desenvolvimento infantil pelas quais a criança passa até estabelecer o apego: 1) Fase de orientação e sinais com discriminação limitada de figura; 2) Fase de orientação e sinais dirigidos para uma figura discriminada; 3) Fase de manutenção da proximidade com uma figura discriminada por meio de locomoção ou de sinais; 4) Fase de formação de uma parceira corrigida para a meta.

Segundo Bowlby (Id. *ibid.*), a fase inicial, marcada pela orientação e sinais com discriminação limitada de figura, tem início no nascimento e se estende geralmente até doze semanas. A capacidade de discriminação da criança está restrita aos estímulos auditivos e olfativos, e, geralmente, ela deixa de chorar ao ouvir uma voz ou ver um rosto. O modo como o bebê se comporta em relação às pessoas ao seu redor inclui comportamentos de orientação para o outro, movimentos oculares, extensão dos braços, agarramento, sorriso e/ou balbucio. Estes comportamentos infantis interferem no comportamento do adulto que lhe está próximo e influenciam o tempo de proximidade e companhia que este lhe faz (Id. *ibid.*). Aqui o comportamento de apego ainda é inexistente.

A segunda fase, de orientação e sinais dirigidos para uma figura discriminada, permanece em média até os seis meses de idade; e, apesar de o bebê permanecer apresentando um comportamento sociável com algumas pessoas, ele passa a privilegiar a figura da mãe, manifestando com ela um comportamento social mais acentuado (Id. *ibid.*).

A terceira, caracterizada pela manutenção da proximidade com uma figura discriminada por meio de locomoção ou de sinais, inicia-se por volta dos seis meses, e permanece, geralmente, até o segundo e parte do terceiro ano de vida. O bebê mostra um comportamento social mais discriminatório, e escolhe algumas pessoas como figuras subsidiárias de apego, enquanto outros passam a ser tratados com certa cautela, podendo despertar uma reação de alarme e/ou retraimento. Neste momento do desenvolvimento, o bebê adquire maior capacidade de locomoção e passa a seguir a mãe quando ela se afasta; se desloca para recebê-la efusivamente quando retorna, e também a utiliza como uma base segura que lhe permite explorar o meio ambiente circundante (Bowlby, 2002).

Ainda sobre a terceira fase, Bowlby (Id. *ibid.*) esclarece: “alguns dos sistemas mediadores do comportamento de um bebê em relação à mãe tornam-se organizados em termos de correção para a meta, e torna-se então evidente o apego do bebê à figura materna”

(p. 331). Está firmado, neste período do desenvolvimento, o comportamento de apego do bebê à figura materna.

Na última fase do desenvolvimento do comportamento de apego, caracterizada pela formação de uma parceira corrigida para a meta, a criança tem condições perceptuais de observar o comportamento materno, adquire um discernimento intuitivo sobre os sentimentos e motivações da mãe e busca desenvolver com ela um relacionamento mútuo definido por Bowlby (2002) como parceria. É um vínculo complexo e perpassado por inúmeras dinâmicas que influenciam fortemente a qualidade do apego. Enquanto na terceira fase ocorre o estabelecimento do apego, nesta firmam-se as qualidades deste vínculo.

Os principais tipos de comportamento mediadores do apego, ou seja, os comportamentos sinalizadores do apego são os *comportamentos de assinalamento*, cujo efeito é levar a mãe até a criança, como, por exemplo, chorar, sorrir e balbuciar, chamar, gritar e fazer gestos; e os *comportamentos de abordagem*, cujos objetivos são os de levar a criança até a mãe. São exemplos: a aproximação, os movimentos de buscar e seguir, a locomoção, a sucção e o agarramento à mãe (BOWLBY, 2000). Estes comportamentos são acionados diante de qualquer estímulo externo ou interno que implique a necessidade de proximidade da mãe; e são finalizados por certas condições que implicam segurança e satisfação da demanda da criança.

Observando o comportamento da criança ao ser separada de sua mãe, Bowlby (2002; 2004a) verificou a existência de uma sequência previsível de reações comportamentais que sempre se repetia. Tal sequência é marcada por três fases distintas e sucessivas: protesto, desespero e desapego.

A fase inicial de protesto começa imediatamente após o afastamento da mãe ou pode ser protelada em algumas horas, e sua duração varia de horas a semanas. Neste momento, a criança se mostra aflita por ter perdido a mãe, e procura ativamente encontrá-la; chora bastante e se volta ansiosa para qualquer estímulo que possa sugerir a presença da mãe. Este comportamento reflete a grande expectativa por seu retorno. Nesta fase de protesto, a criança pode se agarrar desesperadamente ou reagir aversivamente ao contato com qualquer pessoa estranha que lhe possa solicitar cuidados e/ou atenção (BOWLBY, 2002).

O desespero surge em seguida, e a criança se mostra preocupada com a ausência da mãe, embora seu comportamento dê sinais de desesperança. A busca ativa pela figura da mãe é desacelerada, a criança se apresenta inativa e seu choro passa a ter outro tom, sendo um choramingar monótono ou intermitente. Bowlby (2002) afirma que, embora o comportamento quieto e retraído da criança nesta fase possa sugerir uma diminuição da aflição, ela permanece

em conflito, não solicita ajuda nem cuidados de outras pessoas, e parece mergulhada em um estado de luto profundo.

Na fase de desapego, a criança já aceita a atenção e recebe bem os cuidados e ajuda das pessoas ao seu redor, podendo se comportar de modo sociável e até sorrir. Bowlby (2002) assinala que esta sociabilidade é apenas superficial, e, o que pode parecer recuperação, na verdade, camufla a ausência do comportamento de apego: a criança pode deixar de se importar com toda e qualquer pessoa. Quando a mãe reaparece, a criança comumente parece ter perdido seu interesse e pode permanecer distante e/ou apática, além de pouco ou nada entusiasmada com o retorno da mãe.

As condições apontadas por Bowlby (2002), que contribuem para o desenvolvimento ou não do apego a figura materna (ou outra figura posterior com a qual poderá estabelecer um vínculo de apego) referem-se à sensibilidade da mãe para responder aos sinais do bebê e à quantidade e natureza da interação entre o bebê e a mãe. Este autor destaca as considerações apontadas por Yarrow (1963 apud BOWLBY, 2002) a respeito da correlação existente entre a capacidade do bebê para enfrentar a frustração e a tensão e o comportamento materno. Tal capacidade está, segundo Yarrow (Id. *ibid.*), intimamente associada às seguintes variáveis:

- 1 Quantidade de contato físico ente mãe e bebê;
- 2 Sintonia entre o ritmo próprio da criança e o modo como a mãe o segura no colo;
- 3 Eficácia dos comportamentos maternos para acalmar o bebê;
- 4 Grau de estímulo materno para que a criança se desenvolva socialmente, expresse suas necessidades e progrida adequadamente de acordo com seu desenvolvimento;
- 5 Adequação entre a capacidade do bebê e o que lhe é exigido e a frequência e intensidade da expressão de sentimentos positivos em relação ao bebê.

De acordo com Bowlby (2002) o comportamento de apego encontra-se estabelecido nos primeiros seis meses de vida. O processo de internalização deste comportamento acontece por meio da repetição das experiências vividas com a mãe e constituem os modelos operativos internos (Bowlby, 2002), que são “representações a respeito de si e da figura de apego, que se tornam parte da personalidade do indivíduo, tendem a operar de modo automático e inconsciente, são resistentes à mudança” (MAZORRA, 2009, p.5). O estilo de apego existente entre o bebê e a figura materna encontra-se estabelecido no primeiro ano de vida da criança, tende a permanecer estável ao longo dos anos subsequentes, influenciando consideravelmente as relações posteriores da criança (BOWLBY, 2004a).

Não obstante a existência da internalização dos padrões de apego já no primeiro ano de vida, Bowlby (2002) esclarece que estes modelos mais ou menos estáveis e persistentes podem sofrer modificações de acordo com o ambiente externo e com os acontecimentos. Uma doença crônica, um acidente, o nascimento de um filho, um período de separação e alterações do estado de saúde são exemplos de situações que podem alterar os padrões de interação entre a mãe e a criança. Desta forma, é importante que não sejamos categóricos e inflexíveis a respeito da imutabilidade do padrão de interação estabelecido e internalizado aos doze meses de vida. Bowlby afirma: “tudo o que isso significa é que, para a maioria dos pares mãe-bebê, está presente, a esta altura, um padrão que tem boas possibilidades de persistir” (2002, p.433).

Bowlby (2002) destaca três estilos de apego, observados por Ainsworth (apud BOWLBY, 2002) e definidos por meio de um estudo longitudinal no qual esta autora observou o comportamento de apego de crianças submetidas ao Teste da Situação Estranha. Tal procedimento foi planejado para avaliar as diferenças individuais do comportamento de apego à mãe em bebês de doze meses; consiste em um experimento de vinte minutos de duração, divididos em episódios de três minutos, nos quais o comportamento da criança em uma sala estranha, pequena, confortável e com vários brinquedos é observado em três momentos distintos: inicialmente na presença da mãe, depois sozinha, sem ela, e, por fim, após seu retorno. A respeito do Teste da situação estranha, Bowlby (2002) assevera:

O procedimento apresenta uma situação de tensão acumulada em que há oportunidade para estudar as diferenças individuais no uso que o bebê faz da pessoa que o cuida como base para exploração em sua capacidade para experimentar conforto com essa pessoa e nas variações do equilíbrio apego-exploração (p. 417-418).

Os padrões de apego observados por Ainsworth (apud BOWLBY, 2002) foram classificados de acordo com o desempenho do bebê no teste da situação estranha e nomeados como seguro, ansioso-ambivalente e evitativo. Estes três padrões refletem a qualidade do vínculo existente entre a criança e a mãe; antevêm os mecanismos de defesa que poderão ser utilizados pela criança diante de experiências futuras; e influenciam significativamente os modelos operativos internos, isto é, os modelos de apego internalizados pela criança que funcionam como pano de fundo para a compreensão do mundo e das pessoas e para a elaboração dos planos de vida e expectativas para o futuro (BOWLBY, 2004a).

Os bebês classificados como seguramente apegados (apego seguro) mostraram-se ativos nas brincadeiras, executaram boa exploração do ambiente e buscaram contato com a mãe quando aflitos pela separação breve. Receberam calorosamente a mãe, abraçaram e se

mostravam felizes ao serem postos no chão, quando então retomavam os brinquedos. Foram sociáveis e apresentaram um equilíbrio harmonioso entre exploração e apego (BOWLBY, 2002).

Os bebês caracterizados como ansiosamente apegados à mãe e esquivos (apego evitativo) demonstraram um conflito de aproximação-evitação, ou seja, ao se aproximar da mãe paravam e se retraíam ou paravam e desviavam. Quando foram colocados no colo, não se mostravam confortáveis ou relaxados; e, quando eram postos no chão, protestavam e desejavam voltar aos braços. Mazorra (2009) afirma que estes bebês mantêm uma atitude de autossuficiência emocional, reagem defensivamente e não buscam a figura de apego em momentos de necessidade por acreditarem que serão rejeitados ao procurar apoio.

Os bebês classificados como ansiosos e resistentes (apego ansioso-ambivalente) mostraram um comportamento ambivalente que oscilava entre a proximidade e o contato com a mãe, e a resistência ao contato e à interação com ela. Bowlby (2002) descreve que estas crianças, ao invés de evitarem o contato com a mãe, pareciam querer mais e mais e demonstravam resistência e raiva quando as mães tentavam envolvê-los em brincadeiras. Foram bebês que exploraram pouco o ambiente por não confiar na disponibilidade da mãe, e, diante do seu afastamento, reagem com elevada ansiedade de separação.

Uma das principais funções da figura de apego é garantir a sobrevivência do indivíduo, e funcionar como uma base segura que possibilitará à criança explorar o meio. Os modelos operativos internos resultantes da experiência de apego com a figura materna são resultantes das avaliações da criança sobre a disponibilidade, a acessibilidade e a confiabilidade da mãe (BOWLBY, 2004a; 2004b). Considerando as constatações de Yarrow (1963 apud BOWLBY, 2002) a respeito das variáveis que interferem na capacidade do bebê para enfrentar situações de tensão e frustração, ressaltamos que as condições descritas por Bowlby (2004a, 2004b), a respeito da qualidade da interação mãe-criança, tais como disponibilidade, acessibilidade e confiabilidade não se referem apenas ao contato físico com a figura de apego e à prestação dos cuidados básicos para a sobrevivência da criança, mas também à disponibilidade emocional, e à sensibilidade para responder adequadamente às necessidades e demandas do bebê. Portanto, o comportamento de apego e, conseqüentemente, os modelos operativos internalizados são fundamentais para a compreensão de como o indivíduo se comporta, como reage e enfrenta experiências de perda, rompimento de vínculos (luto) e situações traumáticas.

Conforme vimos, a teoria do apego ocupa-se do complexo e dinâmico processo de formação e desenvolvimento do vínculo, considerando todas as vicissitudes ao longo do

desenvolvimento do indivíduo; e também, naturalmente, ocupa-se do não menos complexo processo de rompimento do vínculo. A compreensão deste rompimento culminou com uma teoria sobre as perdas e o luto. É o que abordaremos a seguir.

2.2 Processo de luto na Teoria do Apego

Bowlby (2004b) define o luto como o resultado do rompimento de um vínculo que implica grande variedade de processos psicológicos provocados pela perda (Id. *ibid.*). Por sua vez, Parkes (1998) entende o luto como um processo de transição psicossocial que tem início, geralmente, após uma perda, e envolve uma sucessão de quadros clínicos que se mesclam e se substituem. Ele considera o luto como o acontecimento vital mais grave que qualquer um de nós pode vivenciar: uma crise significativa que exige mudanças e traz repercussões no mundo interno do indivíduo, em suas relações interpessoais, no desempenho de seus papéis e em muitas dimensões do seu mundo externo. O grande diferencial da abordagem de Parkes, que veio acrescentar às pesquisas e teorias até então existentes (FREUD, 1917; BOWLBY, 2002, 2004b), diz respeito aos aspectos socioculturais do luto. Parkes (1998) ampliou a compreensão do fenômeno ao chamar a atenção para a necessidade de se considerar a influência da cultura e da sociedade para a compreensão de todo e qualquer processo de luto.

Bowlby (2004b), a respeito do luto em adultos, descreve a existência de quatro fases distintas, que, embora não muito bem delineadas, caracterizam o processo de enlutamento e delineiam uma sequência de reações esperadas diante de uma perda. São elas: 1) Entorpecimento; 2) Fase de anseio e busca da figura perdida; 3) Fase de desorganização e desespero; 4) Fase de maior ou menor grau de organização.

A fase inicial do luto, embora apresente algumas variações de cultura para cultura e em cada indivíduo, é marcada pelo entorpecimento, caracterizado por manifestações de choque, estado de torpor e descrença. A pessoa enlutada sente-se atordoada, desamparada, perdida, imobilizada. A negação inicial da perda pode ser uma forma de autopreservação, uma defesa psíquica que permite, por algum tempo, à pessoa continuar sua vida normal, como se a perda não tivesse ocorrido. Nesta fase de torpor, o enlutado pode apresentar sintomas somáticos (BOWLBY, 2004b; BROMBERG, 1994; FONSECA, 2004).

A fase de anseio e busca da pessoa perdida implica no registro da realidade da perda, o que pode levar a crises de desânimo, aflição, choro e soluços intensos. É um momento de grande inquietação, preocupação com lembranças do falecido, combinadas, frequentemente, com a sensação da sua presença concreta. A presença de sonhos bastante reais com o falecido

é comum. É comum também a alternância entre dois estados distintos: a crença de que a morte ocorreu, com a dor e o anseio próprios desta constatação, e a descrença na realidade da morte, acompanhada da esperança de tudo voltar a ficar bem. A raiva pode estar presente e ser dirigida às pessoas responsáveis pela morte do falecido, a si próprio e às frustrações enfrentadas, e tomar a forma de irritabilidade e/ou amargura (BOWLBY, 2004b; PARKES, 1998). A presença de intenso sofrimento, emoções fortes e agitação física é esperada. Nesta fase, o choro é frequente, assim como é presente o desejo de recuperar a pessoa perdida. Comportamentos de afastamento e introversão são comuns (BROMBERG, 1994; FONSECA, 2004).

Os comportamentos de busca da figura perdida são característicos desta fase e podem ser constatados, segundo Bowlby (2004b) diante das seguintes manifestações: movimentação intensa pela casa e exame do ambiente; lembrança intensa da pessoa perdida; desenvolvimento de uma disposição interna para perceber qualquer estímulo que sugira a presença do falecido; manter a atenção voltada para os locais do ambiente em que é possível encontrar a pessoa perdida; comportamento de chamar pela pessoa falecida.

A terceira fase, de desorganização e desespero, é caracterizada pela presença de apatia, depressão e persistência de sintomas somáticos. Alterações no sono e no apetite também são comuns. É uma fase bastante difícil e dolorosa, que requer tempo e energia para ser enfrentada. Em função do reconhecimento da perda e do enfrentamento das consequências tais como a convivência com a dor, a solidão e a saudade, e a necessidade de reconstrução da vida, é esperado que o enlutado se sinta, em alguns momentos, desesperado e/ou torne-se deprimido ou apático (BOWLBY, 2004b).

A fase de recuperação e reorganização surge quando há a diminuição da depressão e da desesperança, maior tolerância às mudanças que se fazem necessárias e investimento em si próprio, no outro e no mundo (Id. *ibid.*). É marcada pela aceitação da perda e das mudanças impostas pela nova realidade. O enlutado passa a reinvestir na vida. É uma fase de maior independência e busca de antigas e novas amizades. No entanto, a recorrência de sintomas anteriormente presentes é esperada nos períodos de datas significativas (BROMBERG, 1994; FONSECA, 2004).

A respeito da presença de fases padrões que compõem o processo de luto, Parkes (1998) e alguns estudiosos (FRANCO, 2002; BROMBERG, 2000; KUBLER-ROSS, 2001) ressaltam o cuidado que devemos ter ao nos depararmos com um modelo de fases que, ao tempo em que permite uma demarcação didática e uma compreensão clara de diferentes períodos do processo, também permite constatações equivocadas e limitadas para o

entendimento da complexidade do fenômeno. Bromberg (2000) ressalta a importância deste modelo para a compreensão e diagnóstico do luto patológico, assim como para o trabalho do profissional que atua junto a famílias enlutadas que, ciente da realidade vivida pelo grupo, pode potencializar os recursos disponíveis no sistema familiar e favorecer o curso do processo de enlutamento.

a) REAÇÕES COMUNS À PERDA

Não se passa incólume pela experiência da morte, especialmente quando se trata da morte de uma pessoa amada. Em suas pesquisas, muitos estudiosos do luto (BOWLBY (2004b; PARKES, 1998; 2009) observaram que a constatação da realidade da perda e o início do luto são geralmente marcados por uma reação de entorpecimento. O enlutado parece estar ‘suspenso’, e esta forma de reação pode durar algumas horas ou até mesmo alguns dias após a morte. Durante este período de entorpecimento, onde o enlutado vivencia um estado de choque ou sente-se ‘anestesiado’, ele pode experimentar rompantes de dor aguda, extremo sofrimento ou raiva. Este estado de torpor muitas vezes protege o enlutado e permite que ele dê conta de algumas tarefas emergenciais, como providenciar o funeral, cuidar dos filhos e receber o apoio dos familiares (PARKES, 1998).

A reação mais característica do luto são os episódios agudos de dor, que provocam muita ansiedade, sofrimento e dor psíquica. Estes sentimentos têm um ápice de intensidade no período de cinco a catorze dias após a perda. Com o passar das semanas, os episódios de dor intensa vão se tornando menos frequentes e, com o tempo, ocorrem somente em circunstâncias que trazem à tona a experiência da perda ou a revivência da morte (PARKES, 1998).

A raiva e a irritabilidade são reações esperadas no comportamento do recém-enlutado. Parkes (1998) afirma que o sentimento de raiva excessiva foi observado em quase todas as viúvas que participaram da Pesquisa de Londres.¹

¹ Na Pesquisa de Londres, Parkes (1998) estudou uma população de 22 viúvas londrinas, com idade inferior a 65 anos. Seu objetivo foi avaliar o estado de saúde geral destas mulheres, e, para tanto, contou o número de consultas com o clínico geral, realizadas ao longo do primeiro ano de luto, e verificou uma lista padrão de sintomas apresentados pelas viúvas, durante as cinco entrevistas realizadas no mesmo período. Neste estudo, Parkes também buscou compreender de que modo o grupo de viúvas enfrentou a reação de estresse do luto e que aspectos poderiam ser considerados como uma reação normal, típica do enlutamento. Parkes desenvolveu inúmeras pesquisas sobre o luto, principalmente com viúvas e viúvos, no primeiro ano do processo de enlutamento. Suas várias pesquisas podem ser encontradas nos livros *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta* (PARKES, 1998) e *Amor e Perda: as raízes do luto e suas complicações* (PARKES, 2009).

Enfatize-se que a raiva tende a ser expressa com mais frequência nos períodos de dor intensa e de grande sofrimento, geralmente nos primeiros meses após a perda. As manifestações de raiva, irritação generalizada, amargura e tensão são comuns durante o período inicial do luto possuem semelhanças com as reações observadas diante de um evento estressor ou uma situação de perigo. Daí a observação de que luto e o estresse podem desencadear reações semelhantes no comportamento das pessoas (PARKES, 1998).

A culpa, outra reação comum no luto, pode ser entendida como raiva voltada para si própria, em uma espécie de autoacusação ou autorreprovação, e também como raiva dirigida contra qualquer pessoa que possa estar envolvida com o sofrimento ou com a fatalidade da morte: médicos, enfermeiros, Deus, parentes, amigos e/ou instituições (PARKES, 1998).

A busca da pessoa perdida caracteriza-se como um comportamento habitual, desencadeado pela experiência da perda. O adulto enlutado muitas vezes tem clareza de que não existe um sentido racional para se manter à procura da pessoa que morreu, no entanto, não deixa de se sentir tentado a permanecer nesta busca: trata-se de uma tentativa instintiva de recuperar o que foi perdido. É comum ouvirmos das pessoas, neste momento do seu processo do luto, os relatos de: ‘ouvir o barulho dos chinelos no corredor’, ‘ouvir o barulho da porta abrindo em determinado horário’, ‘sentir o cheiro da pessoa que morreu’, ‘sentir a presença’, ‘escutar a voz’, ‘confundir o falecido com alguém na rua’, chamar ou referir-se à pessoa morta etc. Em alguns momentos, esta percepção é tão nítida e tão real que os enlutados podem precisar ser tranquilizados de que não estão ‘saindo do normal’ (PARKES, 1998).

No período inicial do luto, em que podemos constatar a presença do comportamento de busca da pessoa falecida, o enlutado tende a adotar alguns comportamentos com o objetivo de enfrentar e suportar a realidade. São corriqueiras as situações de ‘faz de conta’, em que o enlutado pode imaginar-se em uma conversa com a pessoa morta; imaginar que, na hora de dormir, o travesseiro colocado encostado nas costas é o marido falecido, imaginar a presença do falecido em momentos especiais ou em situações difíceis, que exigem a tomada de uma decisão importante (PARKES, 1998).

A presença de sonhos com o falecido é outro sinal do comportamento de procurar a pessoa perdida. Os sonhos podem ser uma forma de contato, uma possibilidade de elaborar a perda e/ou estabelecer um novo modelo de relação com a pessoa falecida. Parkes (1998) relata que metade das viúvas acompanhadas durante a Pesquisa de Londres afirmou ter sonhado com o marido após a morte, e que os sonhos tinham a característica de ser intensos e aparentemente reais. “Esses sonhos não são só fantasias de realização de desejos. Todos contêm insinuações da morte do marido. Mesmo em sonho, a realidade insiste em se impor”

(PARKES, 1998, p. 86). Desta forma, os sonhos podem ser entendidos tanto como comportamento de busca, como possibilidade de aceitação e elaboração da perda.

É esperado que o enlutado permaneça, por algum tempo, ruminando os acontecimentos que levaram à morte, relembando o momento da partida e as últimas lembranças da pessoa ainda viva. Parkes (1998) constatou, nas diferentes pesquisas realizadas com viúvas e viúvos, que são frequentes, nos primeiros meses do luto e no período próximo ao aniversário de morte, as lembranças das últimas semanas de vida. A respeito dos casos em que ocorreram a rememoração intensa de lembranças desagradáveis ou até traumáticas, Parkes (1998) afirma:

Suspeito que as lembranças e imagens traumáticas representam um tipo de ensaio. É um pouco como se, passando repetidas vezes o mesmo filme, o filme desta perda, a pessoa fosse conseguir um outro final e retomar o controle sobre um mundo que se tornou descontrolado (p.72).

De toda forma, a presença das lembranças, sejam elas felizes ou desagradáveis, nos momentos iniciais do processo de luto e/ou nos períodos próximos a datas significativas, estão geralmente, a favor do processo de elaboração da perda (PARKES, 1998).

A fim de melhor caracterizar e compreender a gama de manifestações comuns ao processo de luto, Franco (2002) define cinco dimensões das reações ao luto: intelectual, emocional, física, espiritual e social.

- *A dimensão intelectual* abrange as respostas de confusão, desorganização, falta de concentração, intelectualização, negação.
- *A dimensão emocional* é caracterizada pelas reações de choque, entorpecimento, raiva, alívio, depressão, irritabilidade, solidão, saudade, descrença, tristeza, ansiedade, confusão, medo etc. Vale ressaltar que estas manifestações podem se apresentar sobrepostas ou alternarem com muita rapidez.
- *A dimensão física* está relacionada às alterações no apetite, no sono e no peso, visão borrada, inquietação, dispneia, palpitações cardíacas, exaustão, perda do interesse sexual, dor de cabeça, mudança no funcionamento intestinal etc.
- *A dimensão espiritual* é caracterizada pelas manifestações de aumento ou perda da fé, presença de sonhos com o falecido, raiva de Deus, sentimento de dor espiritual, questionamento de valores, sentir-se traído por Deus etc.
- *A dimensão social* se refere à perda da identidade, isolamento, falta de interação, perda da habilidade para se relacionar socialmente etc. (FRANCO, 2002).

A iniciativa de Franco (2002) em esclarecer e explicitar estas cinco dimensões supracitadas é de fundamental importância para a compreensão e avaliação de um processo de luto normal ou complicado, pois nos fornece parâmetros claros e definidos para melhor entendimento do fenômeno.

b) FATORES DETERMINANTES DO LUTO

Bowlby (2004b) apresenta cinco categorias de variáveis que afetam o curso do luto. São elas: 1) A identidade e o papel da pessoa perdida; 2) A idade e o sexo do enlutado; 3) As causas e circunstâncias da perda; 4) As circunstâncias sociais e psicológicas que afetam o enlutado na ocasião da perda e depois dela; 5) A personalidade do enlutado, especialmente sua capacidade para estabelecer relações amorosas e para reagir a situações estressantes.

A respeito dos efeitos destas variáveis Bowlby (2004b) ressalta que são, inevitavelmente, mediados pela interação com a personalidade do enlutado; e que, dentre todas essas variáveis, a personalidade do enlutado é, sem dúvida, a que exerce maior influência no curso do luto, especialmente, a maneira como o comportamento de apego está organizado e internalizado, e a formas de reação adotadas diante de situações difíceis. Comenta ainda a possibilidade do desenvolvimento de um luto perturbado, mesmo em um indivíduo relativamente estável, nas situações em que ocorre a presença conjunta de duas ou mais variáveis. Nas personalidades vulneráveis, o efeito destas variáveis assume outra magnitude, interferindo não apenas no curso inicial do luto, mas também na maneira como se desenvolve ao longo do tempo, podendo ter um curso patológico e acarretar consequências sérias para a saúde do enlutado.

A fim de complementar as ideias de Bowlby (2004b) a respeito dos fatores que interferem no curso do luto, vejamos as contribuições de Parkes (1998) sobre este mesmo tema. Ele descreve alguns fatores que considera determinantes do processo de luto e os divide em três instâncias: antecedentes, simultâneos e posteriores à perda.

Como fatores *antecedentes* à morte e que têm implicações diretas no enlutamento, considera: 1) as experiências da infância, especialmente uma relação de apego inseguro com a mãe e a vivência de perdas significativas; 2) experiências de perdas importantes em outro momento do desenvolvimento, posterior à infância; 3) diagnóstico de doença mental; 4) vivência de crises vitais como divórcio, aposentadoria, adolescência etc.; 5) a relação com o morto, que envolve o grau de parentesco, a força e a segurança do apego, o grau de confiança, o envolvimento e a intensidade de ambivalência na relação; 6) a característica do tipo de

morte, que envolve a morte prematura, mortes múltiplas, existência ou não de avisos anteriores à perda, possibilidade de preparação para o luto, mortes violentas, perdas não reconhecidas que implicam em um luto não autorizado e mortes que geram culpa (PARKES, 1998).

Quanto aos fatores *simultâneos*, destaca: 1) a idade do enlutado no momento da morte; 2) o gênero; 3) características da personalidade, tais como tendência ao pesar e inibição de sentimentos; 4) condição socioeconômica; 5) religião, especialmente a existência ou não de crença após a morte; 6) fatores culturais e familiares influenciando na determinação do pesar. Os fatores *posteriores* à perda relacionam-se às condições de apoio social ou de isolamento, a ocorrência de estresses secundários à morte e a existência ou não de possibilidades emergentes. Todos estes fatores devem ser analisados e avaliados para que possamos compreender a amplitude e a magnitude da experiência de perda e do processo de luto (PARKES, 1998).

A respeito do impacto da morte na família, Walsh & McGoldrick (1991) listam uma variedade de fatores que precisam ser considerados, para que possamos entender a complexidade do luto no âmbito familiar. Tais fatores se referem às seguintes variáveis:

- circunstâncias da morte (repentina, após longo período de doença, morte violenta ou prematura);
- padrões familiares de união;
- grau de flexibilidade do sistema familiar;
- qualidade da comunicação entre os membros;
- recursos sociais e econômicos;
- papel do morto no sistema familiar;
- qualidade das relações familiares por ocasião da morte;
- ocorrência ou não de perdas múltiplas;
- legado multigeracional de lutos não-resolvidos;
- sistema de crenças da família;
- contexto sociopolítico e histórico da morte.

Franco (2002) coordenou uma pesquisa que teve como um dos objetivos identificar os fatores de risco para a ocorrência de luto complicado na população brasileira. Esta pesquisa,

intitulada *Fatores de risco para o luto complicado na população brasileira*, foi desenvolvida junto com Mazorra e Tinoco, e faz-se relevante por ter sido o primeiro estudo que propôs compreender, na população brasileira, os fatores que levam ao desenvolvimento de quadros de luto complicado, e por validar um instrumento próprio criado para identificar tais fatores. Foi realizada uma entrevista com a aplicação do questionário em uma amostra de 200 sujeitos enlutados, de ambos os sexos, condição socioeconômica variável e idade entre 21 e 45 anos. Foram verificados como fatores de risco as seguintes variáveis:

- situações de morte prematura, morte inesperada ou morte violenta;
- existência de segredo ou desconhecimento das causas e/ou circunstâncias da morte;
- padrões de relacionamento do enlutado com o morto, considerados excelente, dependente e instável ou ambivalente;
- vivência de outras perdas na época da morte;
- enlutado ser do sexo masculino;
- a não participação nos rituais de funeral;
- a inexistência de crença após a morte.²

A respeito do enlutado, Franco (2002) observou os seguintes fatores de risco: ser jovem, ter baixa autoestima, inexperiência de perdas anteriores, ausência de suporte social, vivenciar uma situação em que a morte está relacionada à sobrevivência do enlutado. A relevância deste estudo é notória, uma vez que permite uma compreensão mais fidedigna do fenômeno do luto na população brasileira, assim como permite aos profissionais envolvidos com o tema uma segurança a mais, no que se refere à avaliação e compreensão do processo de enlutamento.

c) LUTO COMPLICADO

Bowlby (2004b) define o luto normal como o resultado de um esforço bem-sucedido do indivíduo para aceitar as mudanças ocorridas no mundo externo, reconhecer a necessidade de operacionalizar mudanças no seu mundo interno e reorganizar adequadamente seu comportamento de apego.

² Para mais esclarecimentos, consultar “Estudos Avançados sobre o luto” (FRANCO, 2002), obra na qual as autoras descrevem a pesquisa em toda a sua complexidade e extensão.

Para melhor compreendermos as manifestações de luto patológico ou complicado, Parkes (1998, 2009) ressalta a importância de entendermos a variedade dos sintomas que surgem com a perda, as reações esperadas e a complexidade dinâmica do processo de experimentação da morte e das perdas indiretas decorrentes. Somente depois de entender o processo normal de luto é que podemos investigar e analisar as variações patológicas.

Com base nos resultados observados da pesquisa de Bethlem, realizada com 21 pacientes psiquiátricos enlutados, assistidos pelo Hospital Bethlem Royal e Maudsley, em Londres, no período de 1958 a 1960, e que teve como objetivo compreender as reações atípicas do luto, Parkes constatou que 15 dos 21 pacientes psiquiátricos estudados sofriam de ‘luto crônico’, ou seja: apresentavam muito sofrimento, mesmo tendo passado anos após a morte da pessoa querida; relatavam a presença intensa de recordações e apresentavam alteração de comportamento diante de qualquer circunstância que trouxesse à tona a realidade da perda (PARKES, 1998). Os demais pacientes psiquiátricos desta mesma pesquisa apresentaram, segundo este autor, outra forma atípica de luto: o luto adiado, caracterizado pela ausência que qualquer reação à perda nas primeiras semanas após a morte de um ente querido.³

Bowlby (2004b) chama a atenção para quatro variantes patológicas do luto adulto já descritas na literatura clínica: 1) Anseio inconsciente pela pessoa perdida; 2) Censura inconsciente, a pessoa perdida associada à autoacusação consciente; 3) Desenvolvimento de um comportamento de cuidado compulsivo com outras pessoas; 4) Descrença persistente no caráter permanente da perda.

Em seus estudos, enfatiza duas variantes principais do luto perturbado, que podem acarretar uma variedade de enfermidades físicas e também psicológicas, tais como redução da capacidade do enlutado de manter relações sociais, inclusive amorosas, e redução da capacidade de reorganizar a própria vida (BOWLBY, 2004b).

A primeira, que caracteriza o luto crônico, em que as reações emocionais à perda são geralmente muito intensas e prolongadas, em muitos casos com a presença de sentimentos de raiva e autoacusação, e com clara ausência de pesar. Quadros de depressão, ansiedade, hipocondria ou alcoolismo podem estar presentes. O enlutado permanece triste, emocional e objetivamente desorganizado e sem condições de planejar e reorientar adequadamente sua vida (BOWLBY, 2004b).

³ Para mais informações consultar Parkes (1998).

A outra variante do luto perturbado é marcada pela ausência mais ou menos prolongada de pesar consciente, o que possibilita que a vida do enlutado permaneça sem alterações, o que não acontece com a sua saúde, que se encontra vulnerável às mais diversas manifestações físicas e emocionais. A ausência parcial ou completa do pesar pode se manter por anos ou décadas, e, em alguns casos extremos, pelo resto da vida. As pessoas que apresentam esta variação do processo de luto são, geralmente, aquelas que se consideram autossuficientes, autocontroladas, que se orgulham de sua independência e desprezam sentimentalismos; mantêm-se ocupados e eficientes, não fazem referência à perda e evitam situações e pessoas que possam lembrar o falecido (BOWLBY, 2004b).

Nestes casos de ausência consciente do pesar, mais cedo ou mais tarde, o enlutado pode vir a enfrentar uma crise; geralmente alguma forma de depressão. Bowlby (2004b) enumera algumas circunstâncias que podem precipitar o surgimento desta crise, sendo as principais: o aniversário da morte; a ocorrência de outra perda significativa ou de menor impacto sobre o enlutado; o alcance, pelo enlutado, da mesma idade que tinha o falecido na ocasião da morte; uma situação de perda sofrida por alguma pessoa com quem o enlutado se identifica ou com alguém que ele dispensa cuidados excessivos.

Apesar da clara diferença entre estas duas variantes do luto, algumas semelhanças são identificadas: a persistência da crença, consciente ou não, na reversibilidade da perda; o comportamento de busca do falecido; a presença do sentimento de raiva e de autoacusação; a ausência do pesar e da tristeza. O curso do luto permanece incompleto nestas duas formas de enfrentamento, assim como permanece inalterada a identidade e a representação do mundo. No luto crônico, parece ocorrer um prolongamento patológico das fases de anseio e busca da pessoa perdida; de desorganização e de desespero, enquanto a ausência de pesar consciente sugere uma extensão inadequada da fase inicial de torpor (BOWLBY, 2004b).

As disfunções no processo de luto podem ser avaliadas por meio da intensidade e da frequência dos comportamentos e sintomas manifestados pelo enlutado. Parkes (1998) esclarece que não existem sintomas que possam, por si sós, caracterizar um processo de luto como patológico; contudo, defende que a ocorrência de algumas manifestações, tais como expressões extremas de culpa, sintomas de identificação e adiamento do início do luto por um tempo superior a duas semanas, podem ser importantes indicadores de um enlutamento não saudável.

Bromberg (2000) apresenta a classificação de Parkes (1965) a respeito das reações anormais de luto. Ele considera três possibilidades de luto atípico: luto crônico; adiado e inibido.

- *O luto crônico* é caracterizado por um prolongamento indefinido das reações do luto com predomínio de ansiedade, inquietação, tensão, insônia, raiva e presença de sintomas de identificação. Muitos enlutados deste tipo podem mostrar pouca ou nenhuma reação durante as primeiras semanas que se seguem à morte; e, quando o luto tem início, o que pode ocorrer dentro de poucos meses, pode ser de forma abrupta (PARKES, 1998).

- *No luto adiado*, durante o período de adiamento, o enlutado pode apresentar um comportamento normal, sem alterações ou pode apresentar alguns sintomas de luto distorcido, como hiperatividade, sintomas da doença do morto, isolamento etc.

- *O luto inibido* caracteriza-se pela ausência dos sintomas do luto normal. Parece não haver uma diferença clara entre luto adiado e luto inibido, ocorrendo apenas diferentes níveis de sucesso nas defesas psíquicas (BROMBERG, 2000).

A maioria daquelas que apresentam um luto complicado são pessoas que, durante toda a vida, estão propensas a estabelecer relações afetivas dotadas de certos aspectos particulares: o padrão de apego encontrado é inseguro e angustioso, e apresentam certa compulsão para prestar cuidados a outras pessoas. São pessoas que, embora afirmem autossuficiência emocional, possuem uma base afetiva frágil e precária. No entanto, ressalte-se que nem todas as pessoas que têm tendência a estabelecer relações afetivas desse tipo apresentam um luto perturbado (BOWLBY, 2004b). Para este autor:

Uma determinante importante do modo como a pessoa reage à perda é a maneira pela qual seu comportamento de apego, e todos os sentimentos a ele associados, foi recebido pelos pais, e as razões que neles despertou, durante a primeira e a segunda infâncias, e a adolescência (Ibid., 2004b, p. 258).

Ressalta ainda que os efeitos especialmente adversos estão relacionados às observações humilhantes e sarcásticas dos pais (ou substitutos), ocorridas nos momentos em que a criança está ansiosa, aflita e procura segurança e conforto.

2.3 Modelo do Processo Dual de Enlutamento

O Modelo do Processo Dual de Enlutamento, descrito por Schut e Stroebe (1993; 1994), apresenta uma alternativa importante para a compreensão do processo de luto, ao fornecer uma nova visão a respeito da dinâmica de funcionamento da pessoa enlutada, funciona ao se deparar com a realidade da perda de um ente querido. Este modelo possui uma premissa básica, a respeito do processo de adaptação ao luto, que defende a existência de uma

oscilação do enlutado entre *o enfrentamento orientado para a perda* e *o enfrentamento orientado para a restauração*.

Por *enfrentamento orientado para a perda*, entendemos a disponibilidade para lidar com a perda, a apropriação da dor, da ausência, dos medos e da saudade e a abertura para trabalhar tais aspectos. O *enfrentamento orientado para a restauração* refere-se ao investimento na vida e na realidade que o cerca, implica em dar conta das tarefas, da rotina, do trabalho, reorganizar a vida e buscar consolidar a nova identidade (MAZORRA, 2009).

A oscilação entre estas duas formas de enfrentamento é um processo dinâmico, fundamental para uma adaptação competente e para o enfrentamento saudável do pesar. Funciona como um mecanismo regulatório que integra e organiza internamente o enfrentamento orientado para a perda, o enfrentamento orientado para a restauração e o não enfrentamento (SCHUT e STROEBE apud MAZORRA, 2009).

Parkes (1998) define o Modelo do Processo Dual de Enlutamento como um processo gradual de tomada de consciência, por parte do enlutado, da perda ocorrida e da realidade que o cerca, assim como das repercussões no mundo interno e externo. É um modelo de fundamental importância para a compreensão do curso da experiência de enlutamento, especialmente quando surge alguma intercorrência que pode complicar o curso do luto.

Segundo Parkes (1998), o Modelo do Processo Dual oferece uma explicação importante a respeito de como ocorre o enfrentamento saudável de uma situação de crise, pois esclarece que, na ausência da prontidão de recursos internos necessários para o enlutado dar conta das mudanças imediatas e importantes, exigidas pela nova realidade, o psiquismo protege-o deste abismo; e, para ganhar tempo, vai fazendo o uso de defesas psíquicas que fazem um trabalho de ‘filtragem’, permitindo que o enlutado adquira consciência paulatinamente; ou seja, apenas um quantum de informação, capaz de ser apreendida e processada, é percebido por vez, e a apropriação dos fatos acontece com o passar do tempo. É desta forma que o indivíduo torna-se capaz de enfrentar e elaborar a realidade da perda.

A oscilação entre o enfrentamento orientado para a perda e o enfrentamento orientado para a restauração pode ser ilustrada por Parkes (1998), quando ele descreve alternância do estado emocional (sentimentos e pensamentos) e dos comportamentos adotados pelo enlutado. Este autor constatou que, embora o pesar seja intenso nos primeiros meses do processo de enlutamento, as dores do luto, a ansiedade e a saudade não estão presentes o tempo todo. A dor esvanece, a saudade se esconde, a ansiedade adormece, a vontade de gritar ou chorar alto diminui, e o enlutado consegue voltar-se, por algum tempo, para a vida ‘lá fora’, retomando algumas atividades e reinvestindo energia vital no mundo externo (PARKES, 1998).

O Modelo do Processo Dual de Enlutamento, ao postular a alternância dos modos de enfrentamento, orientado para a perda e orientado para a restauração, e chamar atenção para a dinâmica regulatória da oscilação, traz à tona uma questão fundamental para a compreensão do processo de psicoterapia com pacientes enlutados, qual seja: a elaboração do luto não depende apenas do enfrentamento do pesar e da capacidade de o indivíduo voltar-se para a reconstrução da vida e da identidade, mas também de afastar-se deste trabalho, a fim de acomodar interna e externamente todas as experiências, sensações e pensamentos (MAZORRA, 2009).

2.4 Psicoterapia com pacientes enlutados

Parkes (1998) afirma que, a longo prazo, o luto tende a se dissipar. Franco (2002) entende a necessidade de se definir um tempo de duração para o processo de luto, como o reflexo da impaciência e da pouca tolerância da nossa sociedade, para lidar e suportar a dor do luto. Essa autora afirma que, em termos clínicos, a dimensão final do pesar é marcada pelas ideias de resolução, recuperação ou restabelecimento. No entanto, ressalta que o Luto é um processo e, como tal, não pode ser entendido como um evento que possibilita a cura. Franco (2002) sugere que pensemos no termo Reconciliação:

Não significa passar pelo luto, significa crescer por meio dele. Reconciliação é mais expressiva daquilo que ocorre, à medida que o enlutado integra essa nova realidade de se mover ao longo da vida sem a presença física da pessoa que morreu (p. 27).

A ideia não trata de superar o luto, pois, à medida que o enlutado se apropria das dores decorrentes da perda, poderá se reconciliar com seu processo de enlutamento, e poderá também reconhecer que, embora seja muito difícil, a dor e o pesar são inerentes ao viver. É uma reconciliação com a nova vida que se impõe.

Parkes (1998; 2009) entende o luto como uma situação de estresse, uma crise de duração limitada que se instala na vida do indivíduo e coloca em risco sua saúde mental. Como toda crise, o luto exige mudanças no comportamento geral das pessoas, altera a forma de ver o mundo e de se relacionar, modifica os planos, interfere no desempenho de papéis e traz a necessidade de uma reestruturação geral na vida do indivíduo, o que demanda tempo e energia vital.

A experiência do luto implica em um processo interno que Parkes (1998) denominou de transição psicossocial.

Quando alguém morre, uma série de concepções sobre o mundo, que se apoiavam na existência da outra pessoa para garantir sua validade, de repente, passam a ficar sem essa validade. Hábitos de pensamento que foram construídos ao longo de muitos anos precisam ser revistos e modificados, a visão de mundo da pessoa precisa mudar (p.114-115).

A perda de uma pessoa amada estabelece uma discrepância entre o mundo interno do enlutado e a nova realidade, que passa a existir; o que exige uma revisão de conceitos, valores e comportamentos, uma reorganização dos papéis, dos planos, das atividades, enfim, da vida. O mundo interno do indivíduo precisa ser ressignificado e atualizado de acordo com as novas demandas. Isso requer tempo, energia e saúde mental, exige cautela, paciência, cuidado e apoio afetivo. É a identidade desconstruída sendo arduamente reconstruída e co-construída (PARKES, 1998).

Além das implicações psicológicas individuais do luto, não podemos deixar de considerar as implicações causadas no sistema familiar, pela morte de um membro querido. Parkes (1998) destaca quatro desdobramentos possíveis: 1) não realização dos papéis e/ou das funções anteriormente desenvolvidos pelo falecido; 2) necessidade de reorganização dos papéis e das funções entre os membros sobreviventes; 3) importância de aceitar, caso seja necessário, a presença de uma pessoa externa à família, para executar funções e papéis do falecido; 4) possibilidade de falência ou desintegração do sistema familiar. Esses desdobramentos não podem ser perdidos de vista durante todo o processo de psicoterapia com pacientes enlutados.

2.4.1 O trabalho do luto

A respeito do trabalho do luto, Bowlby (2004b) sugere que a solução depende da capacidade de o enlutado reconhecer as novas circunstâncias de vida, rever seus modelos representacionais e redefinir novas metas.

Parkes (1998) ressalta alguns componentes básicos necessários ao processo de elaboração do luto: 1) O envolvimento com pensamentos e lembranças a respeito do falecido, o que é esperado em função da necessidade básica de busca da pessoa perdida. 2) A presença de dolorosas lembranças repetidas sobre a experiência da perda, o que equivale ao trabalho de elaboração da preocupação e precisa acontecer, especialmente, se o enlutado não tiver aceitado a irreversibilidade da perda. 3) Tentativas de encontrar um sentido para a perda e poder encaixá-las no conjunto de crenças sobre o mundo.

Um enfoque útil para compreendermos o trabalho do luto refere-se ao que Worden (1998) chamou de ‘tarefas do luto’, que se resumem em: 1) Aceitar a realidade da perda. 2)

Lidar com o impacto emocional da perda. 3) Adaptar-se ao ambiente sem a presença do falecido. 4) Reposicionar o falecido em sua vida. Essas tarefas permitem, segundo o autor, uma compreensão dinâmica do processo do luto desprovida da concepção de fases ou etapas e implicam em uma participação ativa do indivíduo em toda a extensão do processo de enlutamento.

Aceitar a realidade da perda significa se deparar com o fato de que a perda ocorreu e aceitar a sua irreversibilidade. A segunda tarefa, lidar com o impacto emocional da perda, pode ser entendida como o movimento orientado para a perda, segundo o Modelo do Processo Dual, e implica na apropriação e enfrentamento do pesar. A adaptação ao ambiente sem o falecido, meta da terceira tarefa, requer tempo, e é uma consequência do curso normal do luto. A quarta tarefa implica em reposicionar o falecido na vida e descobrir alternativas para lembrar e lidar com ele; o que sugere a eficácia de um trabalho de ressignificação da relação estabelecida com o falecido, encontrando um lugar novo e confortável na vida emocional do enlutado, que segue em um processo de reinvestimento (WORDEN, 1998).

Dentre outras tarefas a serem discutidas na psicoterapia e conquistadas pelo enlutado, temos, segundo Doka (1993): 1) Aceitação da realidade da perda. 2) Enfrentamento das emoções do pesar. 3) Adaptação à vida sem o falecido. 4) Reconstrução da fé e dos sistemas filosóficos que podem ter sido abalados pela perda. 5) Reconstrução da identidade e da vida; encontrar maneiras adequadas para lembrar o morto. 6) Ressignificar o modo de relação com o falecido. Vemos as semelhanças entre as tarefas do luto propostas por Worden (1998) e as ideias de Doka (1993).

Franco (2002) afirma que, apesar de não ser considerada uma condição patológica, o luto é um agente causador de condições de risco para o funcionamento adequado e integral do ser humano. Esta autora defende que o luto gera crise, e é como crise que precisa ser tratado. Acrescenta ainda a importância dos rituais com cunho terapêutico, e ressalta a necessidade de sejam utilizadas abordagens terapêuticas apropriadas, para situações de luto por violência, muito frequentes em nossa realidade atual (BROMBERG, 1998; FRANCO, 2002). A respeito dos rituais, esclarece que se tratam de ações que permitem uma ligação coerente entre passado e futuro, favorecem a construção de significados para a perda e possibilitam a restauração e o reinvestimento. A ritualização na terapia do luto envolve três aspectos básicos: 1) Rituais que permitem ao enlutado reconhecer a perda e entrar no processo de luto. 2) Rituais que favoreçam a incorporação do falecido em uma nova realidade. 3) Rituais que simbolizem e proporcionem movimentos de mudança na vida (BROMBERG, 1998).

Parkes (1998, 2009) considera que o enlutado tem à disposição muitas possibilidades de ajuda: cuidados médicos, suporte de religiosos, psicoterapia, aconselhamento de voluntários, ajuda dos grupos sociais aos quais pertence, grupos de apoio, aconselhamento para o luto, apoio familiar etc. O importante e necessário é distinguir qual destas opções é indicada e atende às necessidades do enlutado. Neste estudo, restringiremos nossas considerações à psicoterapia, e como esta forma de ajuda pode ser útil às pessoas que sofreram a perda de um ente querido.

Um aspecto importante da psicoterapia do luto refere-se ao descompasso que passa a existir entre o mundo presumido⁴ do indivíduo e a nova realidade que impera. O enlutado perde o ajuste entre o mundo real e o ideal (ou conhecido) e, nessas circunstâncias, é papel do terapeuta ajudá-lo a reconstruir este modelo interno. Este autor defende que as terapias mais efetivas englobam um relacionamento pessoal com o paciente, centrado e sensível às questões emocionais, cognitivas e culturais que envolvem a perda e o processo de luto (PARKES, 2009).

A respeito das abordagens terapêuticas, Parkes (2009) ressalta que dois modelos parecem ser de grande valor: as terapias que facilitam a expressão emocional nos indivíduos que não conseguem entrar no trabalho do luto e aquelas que favorecem a reestruturação do mundo presumido em pessoas que não conseguem sair do luto. E ressalta:

Parece improvável que se encontre algum tratamento 'de enorme sucesso' que vá resolver todos os problemas das pessoas enlutadas. Quanto mais conseguirmos identificar e compreender os problemas para os quais a ajuda é necessária e as intervenções com maior probabilidade de ser bem-sucedidas, melhores serão as nossas chances de obter bons resultados (p. 287).

No que diz respeito à psicoterapia no luto, uma ênfase especial é dada à relação terapeuta-paciente. Parkes (2009) afirma que Bowlby (1988) dedicou atenção especial à importância de o terapeuta proporcionar ao enlutado uma base segura; ou seja, proporcionar um relacionamento que garanta segurança, conforto, e permita ao paciente considerar e compartilhar pensamentos e sentimentos que os deixam inseguros. Sobre o relacionamento de base segura e o processo da psicoterapia, Bowlby (1991) esclarece:

⁴ Por mundo presumido, entendemos o modelo de mundo construído internamente desde o nascimento. Corresponde ao conjunto de concepções, baseadas na realidade, que servem de base ao que é reconhecido como mundo, e permitem o indivíduo planejar seu comportamento de acordo com esse mundo. Por ser uma base sólida e útil que sustenta os pensamentos e comportamentos, garante ao indivíduo confiança para se manter orientado no mundo e controlar sua vida. No entanto, qualquer acontecimento que coloque em dúvida esse modelo de mundo interno, pode incapacitar o sujeito, daí a necessidade de que este modelo interno seja constantemente monitorado e atualizado (PARKES, 1998).

Quanto mais completa é a informação que uma pessoa é capaz de comunicar a alguém em quem confia, mais ela mesma se torna capaz de refletir sobre isso, de compreender e ver suas implicações – um processo ilustrado pelo adágio ‘Como posso saber o que eu penso, até que eu ouça o que eu digo?’... A palavra-chave aqui é confiança. Sem a confiança em que o confidente vai compreender e responder de forma prestativa, a comunicação com o outro é bloqueada, com um correspondente bloqueio da comunicação intrapsíquica (BOWLBY, 1991, p. 293).

A psicoterapia deve proporcionar ao enlutado segurança suficiente para revisar seu mundo presumido, atualizá-lo e descobrir novas alternativas para dar seguimento saudável à vida.

Para aprofundar as questões envolvidas no processo de psicoterapia com pacientes enlutados, primeiro apresentaremos a *Teoria do Psicodrama*, em seguida, teceremos algumas correlações teóricas a respeito da *Teoria do Apego*, o processo de Luto e o Psicodrama. Por fim, no último capítulo (Parte 7), abordaremos mais detalhadamente as contribuições do Psicodrama bipessoal para a psicoterapia com indivíduos que sofrem em razão da perda de uma pessoa amada.

Vejamos agora a *Teoria do Psicodrama*...

3 TEORIA DO PSICODRAMA

3.1 Teoria da Ação

‘Drama’ é uma palavra que vem do grego e significa ação. O Psicodrama é uma teoria da ação e marca a passagem do tratamento do indivíduo por métodos verbais para o tratamento por métodos de ação (MORENO, 1997b). É um método terapêutico que explora as verdades humanas por meio da ação (MORENO, 1983). Em seu livro *Psicodrama*, Moreno (1997b) o define como um método de ação profunda que lida com as relações interpessoais e as ideologias particulares (MORENO, 1997b).

Moreno (1997b) afirma que o Psicodrama é um método diagnóstico e terapêutico, que pode ser adaptado a todo tipo de problema individual ou de grupo, aplicável a todas as faixas etárias e que “coloca o paciente num palco onde ele possa exteriorizar os seus problemas com a ajuda de alguns atores espontâneos” (p.231).

Para Moreno, o principal pressuposto dramático é a experiência da ação livre e espontânea, coerente com os reais anseios do indivíduo, permitindo-lhe recuperar o seu potencial espontâneo e criativo: a sua saúde. A ação espontânea corresponde à criação e ao desenvolvimento de papéis que retratam a existência ímpar de cada pessoa nos inúmeros contextos vividos, sejam reais ou imaginários (GONÇALVES, 1988).

A dramatização, de acordo com Moreno, é o método por excelência para o autoconhecimento, para o resgate da espontaneidade e a recuperação das condições favoráveis para o relacionamento interpessoal. É uma proposta terapêutica que permite ao indivíduo entrar em contato com conflitos até então desconhecidos e, por meio do desempenho de papéis, encontrar outras possibilidades de ação reparadoras, inovadoras, libertadoras e catárticas (GONÇALVES, 1988).

Uma sessão de psicodrama possui contextos, etapas e instrumentos bem definidos. Os contextos representam os espaços sociopsicológicos que comportam o conjunto de vivências do indivíduo. O contexto social refere-se à realidade social, com o tempo cronológico oficial (culturalmente definido) e espaço geográfico concreto. É a realidade propriamente dita, com as regras pré-estabelecidas e valores conhecidos.

O contexto grupal é o ambiente grupal (ou ambiente da díade terapeuta-paciente); o tempo e o espaço não necessariamente correspondem ao tempo e espaço reais, sendo escolhidos e delimitados pelo grupo (ou pelo paciente). Este contexto já permite um maior

grau de liberdade e de flexibilidade, as regras são próprias do grupo e geralmente não coincidem com as regras da realidade (GONÇALVES, 1988).

O contexto dramático é o mundo do ‘como se’, o tempo é subjetivo e não obedece a padrões pré-estabelecidos, o espaço é virtual e não possui limites ou fronteiras. É uma realidade segura e protegida, onde imperam igualmente a fantasia, a realidade e o imaginário, e onde é possível trabalhar em um só tempo, o presente, o passado e o futuro (COSTA, 1996).

Uma sessão de psicodrama possui, habitualmente, quatro etapas básicas: aquecimento, dramatização, compartilhar e comentários. O aquecimento é o momento inicial do trabalho e consiste em o terapeuta levar o paciente ou o grupo a um estado ótimo para a ação. Tem o objetivo de favorecer a espontaneidade e incitar o protagonista a ser, no palco, o que ele realmente é, da forma mais profunda e explícita possível (MORENO, 1992).

A dramatização, como o próprio nome sugere, é o momento da criação das cenas, de atuação dos personagens e do uso de técnicas específicas. É uma etapa que exige do terapeuta e do grupo um bom nível de espontaneidade e criatividade (GONÇALVES, 1988). O momento do compartilhar é caracterizado pela expressão de sentimentos e emoções que foram mobilizados no grupo por meio da dramatização. Possibilita ao grupo a apropriação afetiva e intelectual dos conteúdos trabalhados e, muitas vezes, favorece o *insight* (GONÇALVES, 1988).

Os comentários constituem a etapa final da sessão de psicodrama onde os participantes são levados a discutir e analisar as cenas e os conteúdos trabalhados; é uma espécie de processamento intelectual dos acontecimentos da sessão. Nem sempre existe o momento do compartilhar nas sessões psicoterapêuticas, sendo mais frequente nos grupos de formação (pedagógicos) e nos grupos autogeridos (GONÇALVES, 1988).

Os instrumentos de uma sessão de psicodrama são: cenário, protagonista, diretor, ego-auxiliar e platéia. O cenário é o espaço multidimensional e móvel da ação dramática projetado de acordo com a necessidade terapêutica. É onde ocorre o desenrolar das cenas e dos conflitos; por meio da imaginação monta-se o espaço concreto e simbólico da cena de acordo com as necessidades terapêuticas (GONÇALVES, 1988).

O protagonista é o sujeito da ação dramática. Ele é solicitado, muitas vezes, que represente a si mesmo no cenário, que construa e esboce, espontaneamente, seu próprio mundo e seus conflitos (MORENO, 1999).

O diretor é o terapeuta que dirige a sessão dramática e possui três funções principais: diretor da cena, terapeuta do protagonista e analista social. Enquanto diretor de cena, ele deve aquecer adequadamente o grupo, fazer emergir o protagonista e os egos-auxiliares; e,

literalmente, dirigir, no contexto dramático, os personagens e os dramas da cena em curso. Como terapeuta, cabe ao diretor estar atento às relações entre o protagonista e os ego-auxiliares, utilizar técnicas específicas, manejar as inter-relações, os sentimentos, pensamentos e conteúdos emergentes no momento. A função de analista social refere-se à tarefa de discutir com o grupo (ou apenas com o protagonista em caso de psicodrama bipessoal), no momento do compartilhar, as articulações, entendimentos, hipóteses e análises construídas desde o início da sessão e/ou em sessões anteriores (GONÇALVES, 1988).

O ego-auxiliar é um papel que pode ser desempenhado pelos componentes do próprio grupo, no caso de terapia de grupo, ou o próprio terapeuta, nas sessões de psicodrama bipessoal. É importante para o protagonista, pois pode representar, no cenário, conflitos e figuras reais ou imaginárias de sua vida, e também constitui um reforço para o terapeuta na compreensão e tratamento dos dramas do indivíduo (MORENO, 1999). Assim como o diretor, o ego-auxiliar têm três funções básicas: ator, auxiliar do protagonista e observador social. Enquanto ator cabe a ele desempenhar os papéis necessários à continuidade da cena e do trabalho terapêutico. Sua atuação é extremamente importante para a manutenção do clima emocional e para a facilitação de *insights* do protagonista. Como auxiliar do protagonista ou terapeuta auxiliar, é sua tarefa guiar o paciente durante a dramatização e favorecer a catarse de integração. A função de observador social refere-se à observação e entendimento das inter-relações existentes na cena; ele comunica ao diretor sua percepção, sentimentos e entendimentos a respeito do que foi abordado em cena, no contexto dramático e grupal (GONÇALVES, 1988; CUKIER, 1992; DIAS, 1987).

A platéia (ou público) é formada pelos elementos do grupo que não participam diretamente da cena explorada. A platéia funciona como uma caixa de ressonâncias do tema e conteúdos trabalhados ou torna-se, ela própria, protagonista (MORENO, 1999). No momento posterior à dramatização, o público comenta e compartilha com o diretor e protagonista suas impressões, sentimentos, pensamentos e articulações mobilizados a partir do trabalho realizado. Nas sessões de psicodrama bipessoal, não existe a platéia (COSTA, 1996).

No presente trabalho, vamos salientar nosso enfoque em uma das possibilidades de psicoterapia psicodramática: o psicodrama bipessoal.

3.2 Psicodrama Bipessoal

Neste estudo, damos ênfase ao psicodrama bipessoal como modalidade psicoterapêutica útil no trabalho com pacientes enlutados. Esta escolha é justificada pela

eleição do psicodrama como referencial teórico que norteia e fundamenta a prática clínica da autora enquanto psicoterapeuta psicodramatista.

Bustos (2005) distingue claramente as variedades de psicodrama enquanto processo terapêutico. Dentro das possibilidades de psicoterapia psicodramática encontramos: psicoterapia psicodramática bipessoal, psicoterapia psicodramática individual com egos-auxiliares e psicoterapia psicodramática de grupo, familiar ou com casais (DIAS, 1987; BUSTOS, 2005).

O psicodrama bipessoal é uma modalidade psicoterapêutica que tem sua origem no psicodrama clássico de Moreno (1983; 1997b), não faz uso de egos-auxiliares e trabalha apenas com um paciente de cada vez; ou seja, trata-se de uma relação bipessoal, um trabalho psicoterapêutico que envolve duas pessoas, o terapeuta e o paciente (CUKIER, 1992).

Dias (1987) apresenta a seguinte definição: “o psicodrama bipessoal é o atendimento do cliente somente pelo terapeuta, onde o processo terapêutico se desenvolve na relação dois-a-dois” (p.87). Sobre as dramatizações, este autor esclarece que, como não existem egos-auxiliares neste tipo de psicoterapia, são realizadas utilizando almofadas ou blocos de espuma, e contam com a participação do terapeuta caso seja necessário. No psicodrama bipessoal é comum o terapeuta entrar e intervir na cena montada pelo cliente, assumir um personagem, jogar e inverter papéis etc. (BUSTOS, 2005; 1979; CUKIER, 1992; FONSECA, 2000).

Segundo Cukier (1992), existem na literatura algumas denominações diferentes para a psicoterapia psicodramática individual que não trabalha com egos-auxiliares: Moreno (1983) a denomina psicodrama a dois; Bustos (2005; 1979) a define psicodrama bipessoal; Fonseca (2000) chama de psicoterapia da relação, e os autores mais rigorosos optam por nomeá-la psicoterapia psicodramática individual bipessoal. No presente trabalho, fizemos a escolha pelo termo psicodrama bipessoal, por entendermos que é um termo sintético e coerente além de ter sido consagrado na literatura, e ser o mais utilizado atualmente no meio psicodramático (BUSTOS, 2005; 1979; CUKIER, 1992; DIAS, 1987; PERAZZO, 1990).

Dias (1987) ressalta três principais vantagens do psicodrama bipessoal: o rápido estabelecimento do clima terapêutico, pois acontece apenas entre duas pessoas; e uma delas, o terapeuta, está capacitado a acolher, aceitar, proteger e conter o cliente; o rápido estabelecimento da intimidade, o que favorece o compartilhar de vivências íntimas e/ou difíceis de serem contadas pelo cliente na presença de mais pessoas; é uma psicoterapia que suporta melhor alguns tipos de clientes, tais como aqueles que são bastante centrados em si mesmo e que apresentam dificuldades para reconhecer o outro.

Um equívoco comum na psicoterapia psicodramática, especialmente na bipessoal, é a crença de que o psicodrama é apenas ação. A respeito desta questão, Bustos (2005) esclarece que a ação se faz necessária no momento em que a palavra perdeu seu significado, e/ou quando o nível de tensão bloqueia a expressão e a comunicação verbal. Ressalta: “o objetivo da ação é reabrir a significação do nível simbólico de comunicação, nunca prescindir dele” (p. 41). Discorrendo sobre sua prática clínica, este autor afirma que nem sempre recorre à dramatização nas sessões de psicoterapia psicodramática, e que a oportunidade para a ação surge quando o intercâmbio verbal produtivo se esgota (BUSTOS, 2005). Esta concepção é compartilhada por outros estudiosos e clínicos, como Fonseca (2000; 2008) e Cukier (1992); e será melhor abordada mais adiante, quando discutiremos a psicoterapia da relação.

3.3 Conceitos fundamentais

Para uma melhor compreensão da teoria da ação e do método psicodramático como instrumento psicoterapêutico, inclusive o psicodrama bipessoal com pacientes enlutados, faz-se necessário esclarecer conceitos estruturantes da obra de Jacob Levy Moreno (1983; 1984; 1992; 1997a; 1997b, 1999) que constituem a base da compreensão do homem, do mundo, dos processos relacionais, da dinâmica intrapsíquica e das possibilidades de intervenção terapêutica.

a) VISÃO DE HOMEM

A obra de Moreno possui forte influência religiosa, e isto pode ser constatado na sua visão de mundo e do homem. O homem moreniano é um ser em relação, possuidor da centelha divina, criador e criativo, co-responsável pela criação do universo e cujos recursos inatos são a espontaneidade, a criatividade e a sensibilidade. É, além disso, um ser essencialmente relacional que só pode ser compreendido por meio das relações interpessoais (GONÇALVES, 1988).

O ideal de homem de Moreno é um ser espontâneo, com capacidade de criar continuamente seu próprio destino, e seu ideal terapêutico é reconectar o homem ao Deus perdido (BUSTOS, 1992). Moreno (1999) compreende o indivíduo a partir da saúde, da normalidade, ressaltando e buscando resgatar seu potencial criativo e divino, para ele “o homem é um ser cósmico; é mais do que um ser psicológico, biológico e natural” (p.15).

b) ESPONTANEIDADE

Espontaneidade é uma palavra de origem latina, ‘*sua sponte*’, que significa ‘do interior para o exterior’ (MORENO, 1999). É um conceito que se refere à capacidade do indivíduo para dar respostas novas e assertivas às situações vividas. A espontaneidade opera sempre no presente, no aqui e agora, e gera grau variável de respostas satisfatórias que o indivíduo pode manifestar diante de inúmeras experiências, sejam novas ou conhecidas (MORENO, 1992). Bustos (1992) ressalta que a palavra adequação deve sempre estar ligada ao conceito de espontaneidade.

O estado de espontaneidade não se refere a uma emoção ou um sentimento; é um estado psicológico que surge independente da vontade consciente do indivíduo e tem efeito libertador. É uma condição que mobiliza um processo interno e interfere na relação externa e no contexto social, no qual o indivíduo se encontra (MORENO, 1997a). É o ponto de partida para a ação criativa; é um estado fluente, dinâmico, que cresce, diminui ou desaparece, de acordo com os acontecimentos vividos. É o princípio comum produtor de catarse (MORENO, 1997b).

Moreno, em suas obras, faz uma oposição entre a espontaneidade e os estados de ansiedade e impulsividade: quanto maior a espontaneidade do indivíduo, menor o nível de ansiedade e impulsividade. A espontaneidade, ao ser inibida, dá lugar à angústia (BUSTOS, 1990). Em uma sessão de psicoterapia psicodramática, o terapeuta deve aquecer o paciente (ou, em alguns momentos, desaquecê-lo) com o objetivo de proporcionar a vivência de um estado de espontaneidade para, a partir daí, buscar desenvolver seu potencial criativo e transformador (BUSTOS, 2005).

c) CRIATIVIDADE

O conceito de criatividade é indissociável do conceito de espontaneidade, e, apesar de serem categorias diferentes, estão estrategicamente unidas. A espontaneidade funciona como uma espécie de catalisador para a criatividade, permitindo a manifestação e a atualização do potencial criativo (GONÇALVES, 1988). A capacidade criativa do ser humano é que faz dele um gênio latente e possuidor da centelha divina 閃 um deus em potencial (BUSTOS, 1990).

De acordo com Costa (1996), a criatividade “representa a síntese dialética da conserva cultural e a espontaneidade assim como o surgimento do novo em tempo e espaço. Consiste na certeza da continuidade e na ratificação humana da capacidade divina...” (p. 41).

d) CONSERVA CULTURAL

Moreno (1997b) defende que a espontaneidade e a conserva cultural são conceitos interligados, um é função do outro; ou seja, o que hoje é entendido como conserva teve sua origem em um ato espontâneo e criativo ocorrido no passado. A conserva cultural é o produto acabado que assegura ao indivíduo a preservação e a continuidade do ego e da herança cultural (MORENO, 1997b). São os atos finalizados, misturas bem-sucedidas de material espontâneo e criador moldado em forma permanente: os livros, as leis, crenças, as obras de arte, as construções etc. São de propriedade pública e compartilhado por todos (Id. *ibid.*).

e) TELE

Tele é uma palavra de origem grega e significa distante, atingindo a distância. É a empatia recíproca ou em duplo sentido (MORENO, 1992). A tele é uma experiência interpessoal presente em todas as dimensões da comunicação humana e é considerada por Moreno como o fundamento básico de todas as relações interpessoais sadias e um elemento indispensável a qualquer método eficaz de psicoterapia. Uma relação télica implica no sentimento e no conhecimento real e verdadeiro da outra pessoa (MORENO, 1999).

O fator tele opera nas estruturas sociais e está diretamente relacionado ao estado de espontaneidade do indivíduo: quanto mais espontâneo, maior a capacidade de se relacionar telicamente (MORENO, 1997). O processo fundamental na tele é a reciprocidade, que não necessariamente é de escolha positiva e atração, podendo ser de rejeição, indiferença, inibição etc. Em uma relação télica há igualdade e mutualidade (FONSECA, 1980).

Quando esta acuidade perceptiva mútua não está presente, temos a patologia da tele, que Moreno denomina de transferência: “a transferência é o desenvolvimento de fantasias (inconscientes) que o paciente projeta no terapeuta, cercando-o de um certo fascínio” (MORENO, 1997, p. 35). Ele defende que as relações transferenciais impedem a formação de relações estáveis e duradouras e são responsáveis pelas dissoluções dos grupos. O significado do conceito de transferência no psicodrama difere do significado psicanalítico: “psicodramaticamente considera-se que existem vínculos e apreciações corretas, não transferenciais, isto é, não deformadas por projeções” (FONSECA, 1980, p.19).

f) ENCONTRO

O conceito de Encontro pode ser metaforicamente descrito por meio de um trecho de poema:

E tu estás comigo, por isso quero arrancar-te os olhos das órbitas e colocar no lugar dos meus, e tu arrancarás os meus olhos e colocarás no lugar dos teus, e então quero olhar-te com teus olhos e tu me olharás com os meus (MORENO, 1999, p.71-72).

O encontro moreniano é uma experiência semelhante ao encontro Eu-Tu de Buber (2004), é uma possibilidade de relação por meio da qual as pessoas não apenas se encontram, mas vivenciam-se inteiramente e se compreendem em todo o seu ser: implica proximidade, receptividade, empenho na compreensão, entrega mútua, vivência plena e de troca (GONÇALVES, 1988).

g) PAPEL

Moreno (1992; 1997b) não trabalha com o conceito de personalidade, pois defende que esta possibilidade de compreensão do ser humano é uma construção teórica abstrata, envolta em mistérios metapsicológicos que, além de dificultar o conhecimento e o acesso ao mundo interno do paciente, não favorece o trabalho psicoterapêutico.

O conceito de papel é o eixo central da teoria interpessoal de Moreno (1977b; 1983) e se refere a todas as formas de funcionamento assumidas pelo indivíduo em um determinado momento, em resposta a uma dada situação, em um contexto relacional. É a menor unidade observável de conduta. É o aspecto tangível do eu (MORENO, 1997b). Este autor ressalta como uma das premissas fundamentais do Psicodrama, o reconhecimento de que “o homem é um *roleplayer*” (1992, p.189), ou seja, é composto por um conjunto de papéis que, em ação, ordena seu comportamento.

Fonseca (1980) ressalta esta idéia afirmando o caráter interpessoal implícito no conceito: o papel é, necessariamente, uma experiência interpessoal que necessita de, no mínimo, dois indivíduos para existir. Bustos (2005) reforça: não existe papel sem o contrapapel e estes se relacionam por intermédio dos vínculos (Id. *ibid.*). Cada papel existente tem seu complementar (BUSTOS, 1990).

A matriz de identidade é o *locus* onde surgem os papéis que, por sua vez, vão possibilitar a formação do eu. A respeito da formação do eu, Moreno (1997b) afirma: “o desempenho de papéis é anterior ao surgimento do eu. Os papéis não emergem do eu; é o eu quem, todavia, emerge dos papéis” (p.25).

Moreno (1997b) distingue os papéis em três dimensões da existência: papéis fisiológicos ou psicossomáticos, como comer e dormir; os papéis psicológicos ou psicodramáticos, como os de monstro, fadas, fantasmas; e os papéis sociais como os de mãe, pai, professora, médico etc.

Os primeiros papéis a se desenvolver são os psicossomáticos que, no curso do desenvolvimento da matriz de identidade, possibilitam à criança experimentar o seu corpo. Em seguida, observamos o surgimento dos papéis psicodramáticos que permitem à criança experimentar a ‘psique’, e que culminará com a formação do eu psicodramático. O conceito de papel psicodramático é amplo e abrange todas as possibilidades de representação e personificação: reais, irreais, animadas, inanimadas etc. Os papéis psicodramáticos são os que envolvem o maior grau de especificidade; aqui os estereótipos sociais (conservas culturais) se unem ao desempenho espontâneo para produzir esta variedade de papel (BUSTOS, 1990).

Os papéis sociais possuem pautas sociais amplas, pouco específicas e correspondem à interação social. Constituem o eu social: é o policial, o professor, o pai, a mãe, o(a) viúvo(a), o bombeiro etc. Os papéis sociais são os representantes da cultura, os correspondentes das generalizações convencionais (BUSTOS, 1990).

Na psicoterapia psicodramática, no momento da dramatização, os papéis representados e trabalhados no *setting* terapêutico correspondem aos papéis psicodramáticos e sociais, que compõem o mundo interno e relacional do indivíduo. A ação dramática espontânea permite diferentes níveis de aprendizado, compreensão e *insights* sobre o significado, os limites, as possibilidades e a complexidade dos papéis trabalhados (ZERCA MORENO, 1975).

Todos os papéis possuem aspectos coletivos e individuais, o que Moreno define respectivamente como denominadores coletivos e diferenciais individuais (MORENO, 1992). O processo de desenvolvimento de um papel abrange diferentes fases de acordo com o grau de espontaneidade, liberdade e criatividade. O momento inicial do surgimento de um novo papel é denominado *role-taking* e consiste na imitação dos modelos já conhecidos e presentes na conserva cultural. Aqui, o estado de espontaneidade e o potencial criativo ainda são escassos ou praticamente nulos. Segundo Moreno (1992), este primeiro momento consiste na tomada de um papel completo, estabelecido, que não permite ao indivíduo nenhuma variação e nenhum grau de liberdade. O segundo momento é definido como *role-playing* ou jogo de papéis, onde o indivíduo passa a explorar algumas possibilidades de agir e representar: observamos aqui algum nível de espontaneidade e criatividade. A terceira fase do processo de desenvolvimento é denominada *role-creating*, e consiste no desempenho espontâneo e

criativo de um determinado papel: aqui encontramos um significativo grau de flexibilidade e liberdade de ação (GONÇALVES, 1988).

h) VÍNCULO

Um conceito estruturante da obra moreniana é o vínculo. Para Costa (1996), o vínculo é o espaço dinâmico existente entre o papel e o contra-papel, e constitui o ponto de partida da investigação sociométrica. Esta autora considera a dinâmica vincular como a responsável pelo surgimento, reordenamento e enriquecimento dos diferentes papéis adotados pelo homem.

Um estudioso de referência, autoridade neste tema, que se dedicou ao entendimento, exploração e desenvolvimento da obra de Moreno é Dalmiro Bustos (1979; 1990; 1992; 2005), psicodramatista argentino muito influente na formação de profissionais psicodramatistas no Brasil e na América Latina. Ele (1990) define vínculo como unidades de interação compostas pelos dois pólos individuais da relação 卍 os papéis. Enfatizando a concepção relacional do homem, compreendido apenas a partir da mínima célula de interação – o vínculo, Bustos (1990) afirma: “quando Moreno formula sua teoria das relações interpessoais, coloca sua atenção principal nos vínculos como única noção operativa. (...) O eu e o psiquismo são meras especulações formuladas a partir do vínculo” (BUSTOS, 1990, p.81).

Existem dois tipos de vínculo, os simétricos e os assimétricos. Os vínculos simétricos são aqueles que possuem responsabilidade equivalente entre os indivíduos envolvidos e têm nome próprio. São exemplos deste tipo os vínculos entre irmãos, amigos, amantes. Os assimétricos são aqueles nomeados pelos papéis em interação, como o vínculo professor-aluno, mãe-filho, terapeuta-paciente etc. Aqui não existe equivalência de responsabilidades e as regras da relação são próprias para cada indivíduo (BUSTOS, 1990).

A saúde de um vínculo depende, segundo Bustos (1990), da capacidade de os indivíduos, em relação, estimularem reciprocamente o fluir da espontaneidade entre eles, condição esta que permitirá a cada um desenvolver, junto ao outro, todo o seu potencial. A espontaneidade é, portanto, uma qualidade dos vínculos saudáveis e a dinâmica vincular é marcada por relações télicas e/ou transferenciais (BUSTOS, 1990).

O conceito de vínculo, sua formação e desenvolvimento são imprescindíveis para a compreensão do tema deste estudo. Estas questões continuarão sendo abordadas mais adiante em outros capítulos.

i) MATRIZ DE IDENTIDADE

Além dos conceitos acima explicitados faz-se importante, para o presente estudo, compreender a teoria moreniana do desenvolvimento infantil (Matriz de Identidade). O conhecimento da matriz de identidade de um indivíduo permite o entendimento do seu processo de desenvolvimento, a compreensão do processo de formação dos vínculos primários na rede de apoio socioafetiva dos primeiros anos da infância e o entendimento dos parâmetros importantes que norteiam o processo de amadurecimento psicossocial do ser humano.

A Matriz de Identidade é o berço social e afetivo da criança e do qual surgem os alicerces do processo de aprendizagem emocional. É como afirma Moreno (1997b), “a placenta social da criança, o lócus em que ela mergulha suas raízes... proporciona ao bebê humano, segurança, orientação e guia” (p.114). Constitui a base do processo de formação da identidade do indivíduo e representa, segundo Fonseca (2008), o berço da consciência de quem somos e de o quanto valem nas relações. De acordo com esta teoria do desenvolvimento, existem diferentes momentos pelos quais a criança passa em seu processo de amadurecimento bio-psicossocial: indiferenciação, reconhecimento do eu, reconhecimento do tu, tomada de papel (pré-inversão) e inversão de papéis (MORENO, 1997b). Vejamos estes momentos.

A primeira fase do desenvolvimento da criança ocorre, de acordo com Moreno (Id. *ibid.*), denominada ‘matriz de identidade total indiferenciada’, e se caracteriza por uma completa identidade entre mãe, bebê e o meio externo. Neste momento do processo de amadurecimento, a mãe e o mundo externo são experienciados pela criança como parte de si mesma. É um estado ‘uno’, de coexistência, co-ação e co-experiência (Id. *ibid.*). Aqui, a criança não diferencia pessoas de objetos, tampouco fantasia de realidade, e só existe o tempo presente (Id. *ibid.*). Neste momento do desenvolvimento, a percepção da criança é caótica, e não existe a possibilidade de diferenciar imagens, sensações e estímulos; tudo o que é experienciado pela criança se confunde com ela mesma; a criança, o outro e o mundo são uma coisa só, são unos (BUSTOS, 1990).

Na segunda fase, denominada ‘matriz de identidade total diferenciada’ ou ‘realidade total’, começa a existir a diferenciação entre pessoas e objetos (GONÇALVES, 1988). Os objetos, as pessoas, os animais e a própria criança passaram a se diferenciar, “mas ainda não existe diferença efetiva entre real e imaginado, entre animado e inanimado, entre a aparência das coisas (imagens de espelho) e as coisas como realmente são” (MORENO, 1997b, p.119).

Nesta fase, a criança experimenta dois movimentos complementares que se mesclam: concentra-se em si mesma e separa o outro da continuidade da experiência (processo de reconhecimento do eu) e volta-se para o outro, concentrando a sua atenção nele e estranhando o que faz parte de si mesma (processo de reconhecimento do tu) (GONÇALVES, 1988).

Estas duas fases constituem o que Moreno (1997b) denominou de primeiro universo, “que termina quando a experiência infantil de um mundo em que tudo é real começa se decompondo em fantasia e realidade” (p.115). O início do segundo universo é, portanto, marcado pelo surgimento da fenda entre a fantasia e a realidade, que, até então, se encontravam indiferenciadas. Este terceiro momento foi denominado ‘matriz de identidade da brecha entre fantasia e realidade’ (Id. *ibid.*).

Nesta terceira fase ㊦ ‘matriz da brecha entre fantasia e realidade’ ㊦ a criança passa a viver em duas dimensões ao mesmo tempo, uma real e outra irreal, sem ser perturbada pela diferenciação. É neste momento de divisão do universo em fenômenos reais (mundo social) e fictícios (mundo da fantasia) que surgem, respectivamente, os papéis sociais e os papéis psicodramáticos (MORENO, 1997b).

É o momento do desenvolvimento em que a criança consegue realizar a tomada de papel (desempenha o papel de mãe, de professora etc.) e, paulatinamente, mostra-se apta à inversão de papel. A inversão é um processo caracterizado pelo movimento da criança de se voltar para o outro e se situar ativamente no extremo da relação: ela é capaz de desempenhar o papel da pessoa com quem está se relacionando e esta, por sua vez, desempenha o papel da criança (MORENO, 1997b, GONÇALVES, 1988).

Estes três momentos do desenvolvimento representam a base psicológica que guiará todos os processos futuros de desempenhos de papéis do indivíduo. A matriz de identidade, esta rede social que recebe a criança quando chega ao mundo, composta geralmente pela família e suas relações próximas, permanece existindo enquanto é útil: na medida em que o indivíduo conquista autonomia e certa independência, a matriz se dissolve. No entanto, permanece internalizada e constitui a base vivencial que norteará o tônus e a qualidade de todas as relações interpessoais posteriores (FONSECA, 1980; BUSTOS, 1990).

3.4 Teoria dos Clusters

A Teoria dos Clusters foi desenvolvida por Dalmiro Bustos (1990), para explicar os agrupamentos de papéis, sua formação, seu desenvolvimento, interação e dinâmica – é uma teoria sobre os papéis. Bustos (1990) afirma que esta teoria fornece os referenciais para a

compreensão das dinâmicas relacionais do ser humano, que muitas vezes não se encaixam nas descrições dos quadros patológicos clássicos da psiquiatria, mas focam-se nos problemas relacionais que causam sofrimento. É, segundo ele, uma teoria que permite ao terapeuta trabalhar, sob a luz de um farol-guia, no equilíbrio instável da normalidade.

Como podemos entender o conceito de cluster? Moreno (1997b) afirma que são os cachos ou aglomerados de papéis: “os papéis não estão isolados; tendem a formar conglomerados. Dá-se uma transferência de e [espontaneidade] dos papéis não representados para os que serão representados. A esta influência dá-se o nome de efeito de cacho” (p.230). Esta afirmação foi o ponto de partida para a elaboração da Teoria de Bustos (1990).

A fim de compreender como estes papéis se agrupam e o processo de transferência de espontaneidade, Bustos (1990) recorreu à teoria do desenvolvimento infantil na matriz de identidade. No período inicial do desenvolvimento, caracterizado por uma vivência do bebê em uma identidade total e indiferenciada, temos o cluster um, cujo papel complementar é o de mãe (ou adulto substituto). Após o período de indiferenciação, quando a criança começa progressivamente a discriminar pessoas e objetos, fantasia e realidade, eu e não-eu, temos o início do cluster dois, cujo complemento é o pai (ou adulto substituto); e, posteriormente, o cluster três, que possui o papel de irmão (ou substitutos) como polo complementar da relação. Nos diferentes momentos deste processo, a criança incorpora experiências que vão influir fortemente na sua vida futura.

O cluster um ou materno corresponde ao primeiro estágio do desenvolvimento, onde o bebê é totalmente dependente dos cuidados maternos. A dependência é a palavra-mestra deste período e o papel complementar é o da mãe (ou adulto substituto).

A criança é extremamente sensível à atmosfera que está inserida, seu corpo registra todas as sensações (tensões, ansiedade, alegria, prazer, desprazer etc.) e as incorpora como próprias: os braços da mãe, a alimentação, os cuidados despendidos, a presença ou ausência de afeto, a angústia, o prazer etc. antecipam o mundo que lhe está sendo apresentado. A qualidade destas experiências será fundamental para a organização posterior do comportamento de depender: “saber receber, aceitar ser cuidado, conviver saudavelmente com os momentos de vulnerabilidade, dependem das experiências vividas nesta etapa... Sua espontaneidade [do bebê] atravessará o filtro da experiência incorporada, permitindo-lhe o acesso a condutas adequadas” (Bustos, 1990, p.117). A vivência deste momento da matriz de identidade (seja afetiva, prazerosa, saudável ou tensa, ansiosa e desorganizada) será internalizada e se configurará como um registro que estará presente, como pano de fundo, em

diferentes contextos futuros. A autoestima está fortemente ligada a esta etapa da vida (BUSTOS, 1990).

Experiências negativas de desamparo e/ou abandono vividas nesta fase podem gerar na criança o que Laing (1974 apud BUSTOS, 1990) denomina insegurança ontológica básica: uma incapacidade para enfrentar adequadamente o próximo passo do desenvolvimento. A criança pode não dispor dos recursos internos suficientes para a sobrevivência emocional nas etapas posteriores da vida, o que é reforçado pela força da aprendizagem das experiências deste período, que se internalizam como mitos 惘 verdades que não necessitam de comprovação 惘 e dão o tom à dinâmica de muitos dos papéis desempenhados futuramente (BUSTOS, 1990).

Bustos (1990) defende que a maneira como o indivíduo lida com o sofrimento, a dor, tristeza e/ou frustração depende da internalização, neste primeiro momento, de sentimentos e ansiedades com seus respectivos repertórios de enfrentamento. Afirma: “a mãe interna cumpre a função que permite atravessar sem maior ruptura situações de perda. A chamada tolerância à dor é a capacidade de elaborar e superar adequadamente estes momentos” (p.137). Ou seja, o que é vivenciado no inter-relacional (vínculo mãe e filho) neste momento do desenvolvimento infantil é internalizado e reflete no funcionamento intrapsíquico posterior.

De forma progressiva, deve seguir o curso natural do desenvolvimento, onde o bebê evolui da condição de total dependência (ser alimentado, nutrido e cuidado) para a conquista gradual da autonomia. Aqui surge outro papel complementar (ego-auxiliar) que auxilia a criança a ficar de pé, a andar e explorar o espaço físico: o pai (BUSTOS, 1990). Com a conquista da autonomia surgem também as normas e condutas que irão orientar e conduzir os movimentos da criança, introduzindo o limite e a capacidade de orientar. Vale ressaltar que, assim como as experiências vividas no cluster um, as normas aprendidas neste momento também são internalizadas como mitos, pois o bebê não dispõe de mecanismos psíquicos desenvolvidos capazes de fazer alguma crítica e selecionar o que poderia ser filtrado (BUSTOS, 1990).

Se no cluster um a criança aprende a aceitar as suas necessidades e receber cuidados, a transição para o cluster dois vai marcar o desenvolvimento da capacidade de aprender a reconhecer tais necessidades, nomeá-las e administrá-las. Uma semelhança entre estes dois clusters é que os vínculos são assimétricos (mãe e filho, pai e filho), compostos por papéis diferentes, sem paridade e com responsabilidades e funções diferentes: um polo é dependente e subordinado o outro é cuidador e orientador.

O exercício e o manejo da autoridade na vida futura vão depender, em grande escala, do que foi aprendido no cluster paterno (BUSTOS, 1990). A fim de compreender melhor o que chamamos de autoridade na vida futura, vejamos os significados da palavra autoridade: 1) direito ou poder de mandar; 2) forma de controle; 3) capacidade, poder, aptidão (WALTER, 2004). Complementando esta visão semântica, Bustos (1990) ressalta a importância do bom exercício da autoridade para que o indivíduo se torne apto a dirigir sua vida e a tomar decisões em circunstâncias futuras: “saber o que se quer, poder interpretar suas necessidades e, de acordo com elas, ir em busca do que queremos, torna indispensável nosso poder de autoridade” (p.149).

As experiências dos clusters um (materno) e dois (paterno) originam duas funções que se transformam em parte integrante de papéis que serão desempenhados futuramente: receber (cluster um) e dar (cluster dois). No cluster um está a base da capacidade de dizer e aceitar o sim, e no dois a capacidade de dizer e aceitar o não; por exemplo, os papéis de paciente, aluno e espectador são caracterizados por uma dinâmica que requer saber receber, enquanto os papéis de professor, médico, terapeuta, cuja matriz encontra-se no cluster dois, exigem a habilidade para dizer não, orientar e manejar a autoridade (BUSTOS, 1990).

Seguindo o processo natural do desenvolvimento, temos o surgimento do cluster três, fase em que a diferenciação entre pessoas e objetos, eu e não-eu, fantasia e realidade já foi estabelecida e a criança começa a ampliar seus vínculos, passando a se relacionar com outras pessoas do seu átomo social, além do pai e da mãe: surge o relacionamento com irmãos, primos, amigos, vizinhos etc. Neste cluster, o par complementar de referência são os irmãos e a simetria é a característica marcante do vínculo. É aqui que se desenvolverão a maioria dos papéis desempenhados na vida adulta: amigos, amantes, esposos, irmãos, companheiros etc. Aprender a compartilhar, a competir, rivalizar, negociar e ceder são oportunidades e desafios deste momento da matriz de identidade (BUSTOS, 1990).

A compreensão do desenvolvimento dos papéis neste modelo de cachos permite ao terapeuta uma análise mais profunda do funcionamento intrapsíquico e interrelacional do paciente, e favorece imensamente o trabalho clínico.

3.5 A Psicoterapia da Relação

A psicoterapia da relação é um método de trabalho desenvolvido por José Fonseca, médico brasileiro, psiquiatra e psicodramatista. Este método de intervenção psicoterapêutica é produto de anos de prática clínica, leituras e pesquisas e tem como principais eixos de

influência o psicodrama clássico de Jacob Levy Moreno (1977b; 1983; 1992) e a psicoterapia psicanalítica de Sigmund Freud.

Fonseca (2008) define a psicoterapia da relação como uma versão minimalista do psicodrama, e afirma que sua origem remonta às inquietações diante da necessidade de adequação das técnicas do psicodrama grupal, com cerca de duas horas de duração, às sessões de psicodrama bipessoal, de cinquenta minutos de duração e com a unificação, na figura do terapeuta, dos papéis de diretor e ego-auxiliar.

Este método de psicoterapia privilegia o trabalho da relação paciente-terapeuta e o trabalho das relações do mundo interno do paciente, ou seja, é centrado nas relações Eu-Tu e Eu-Eu. Tem como ponto central a observação e a compreensão dos fenômenos relacionais, pois sustenta que o conhecimento do ‘inter’ é a estratégia por meio da qual é possível o acesso e o conhecimento do ‘intra’ e, conseqüentemente, dos conteúdos e conflitos que habitam o indivíduo (FONSECA, 2000).

Enquanto no Psicodrama clássico as cenas se desenrolam com o protagonista e os egos-auxiliares, na psicoterapia da relação as cenas são desenvolvidas em formato de ‘ações dramáticas’, onde o terapeuta participa ativamente, quando necessário, do jogo de papéis internalizados do paciente. As ações dramáticas se diferenciam das dramatizações clássicas do psicodrama, pois não possuem a montagem de cenas (construção do cenário), dispensam as movimentações corporais do paciente e do terapeuta e acontecem sempre no presente, ou seja, no ‘aqui e agora’ da sessão. A ação dramática é, segundo Fonseca (2000), “uma incursão psicodramática no contexto verbal da sessão” (p. 25).

Na psicoterapia da relação, os mecanismos de ação são verbais e dramáticos. O trabalho terapêutico acontece tanto por meio do contexto verbal, por meio da interação coloquial, dos assinalamentos e das interpretações, como no contexto da ação dramática, com o jogo de papéis e o uso de técnicas que possibilitam a ocorrência dos insights dramáticos ou da catarse de integração.

Além destes mecanismos verbais e de ação, existe ainda outro recurso: a internalização do modelo relacional terapêutico que consiste, como sugere a própria denominação, na possibilidade de internalização, por parte do paciente, do modelo de relação vivenciado e experimentado com o terapeuta. Experiência esta que pode ser extremamente importante e terapêutica, pois permite a aprendizagem de uma nova forma de se relacionar, além de potencializar a atualização, resgate e ressignificação das relações internas (eus parciais) e externas do paciente.

Quanto aos aspectos técnicos da psicoterapia da relação, Fonseca (2000) afirma que as técnicas utilizadas foram simplificadas, adaptadas aos cinquenta minutos de duração de uma sessão individual e desprovidas do aparato teatral, tornando-se mais ágeis e rápidas. Não existem marcações de cenas, os personagens atuam no *setting* inicial (não há deslocamento para o ‘palco’), não existe delimitação de tempo cronológico, tudo acontece no presente e não há movimentação espacial. “Várias ações dramáticas podem suceder-se em uma mesma sessão, sobrando tempo para elaborações verbais. A psicoterapia da relação é um psicodrama minimalista” (FONSECA, 2000, p. 28).

Esta proposta estruturação e condução da psicoterapia psicodramática bipessoal é o pano de fundo internalizado que permite a autora desenvolver sua prática psicoterapêutica com pacientes enlutados.

3.5.1 Psicodrama interno

O psicodrama interno é uma técnica criada por psicodramatistas contemporâneos (DIAS, 1996; FONSECA, 2000), a partir das dificuldades e angústias vivenciadas na prática clínica, e na tentativa de adequar os recursos do Psicodrama clássico ao trabalho em sessões de Psicodrama bipessoal. Nesta técnica, o foco do trabalho dramático são as imagens visuais internas que emergem na dimensão do ‘não-pensamento’; busca-se favorecer a acalmia dos centros intelectual e motor, e proporcionar a manifestação do centro emocional por meio da produção de imagens visuais internas (FONSECA, 2000).

A respeito dos fundamentos desta técnica, Fonseca (2000) afirma: “Ampliando a consciência corporal e diminuindo o fluxo de pensamento, inicia-se o processo de visualização de imagens internas, que podem manifestar-se por meio de cores... objetos, paisagens, figuras humanas e cenas desconhecidas ou do passado” (p.56). Ao relatar a forma como aplica o psicodrama interno ele esclarece que, atualmente, trabalha com o paciente de olhos fechados e sempre em uma posição confortável que favoreça a conscientização do corpo. A consigna básica fornecida ao paciente se refere a não dar importância aos pensamentos ㊦ deixá-los fluir ㊦ e buscar se concentrar no corpo, nas sensações corporais presentes no momento.

As visualizações obtidas são decorrentes de um “exercício de concentração e atenção deliberada” (FONSECA, 2000, p. 60): o paciente se esforça conscientemente para obtê-las e correspondem a um estado alterado de consciência que possibilita a percepção e uma maior consciência de si. Neste percurso de imagens internas, o paciente é acompanhado a partir do

seu filme interno e das cenas visualizadas espontaneamente: “vou acompanhá-lo a partir do que ele me diz; enxergo por intermédio dos seus olhos: ele é meu guia, eu vou atrás” (FONSECA, 2000, p. 61).

Dentro deste cenário interno de imagens mentais é pertinente, a fim de possibilitar uma melhor compreensão do mundo interno do paciente, o uso de técnicas psicodramáticas, tais como inversão de papéis, espelho, maximização de sensações e solilóquios, e de técnicas cinematográficas, como os closes, zooms, panorâmica das cenas etc.

Após o momento de visualização de imagens e exploração dos conteúdos emergentes, o paciente relata sua experiência interna e, com o auxílio do terapeuta, é levado a ampliar sua percepção e autoconhecimento. O uso do psicodrama interno não visa necessariamente uma resolução do conflito, mas sua importância reside também na possibilidade de o paciente experimentar o fluir da espontaneidade, e um livre viajar interno, buscando desobstruir canais de expressão nos diferentes níveis da consciência (FONSECA 2000).

Uma das vantagens da utilização desta técnica diz respeito à dificuldade de muitos pacientes para trabalhar com as dramatizações clássicas, sendo mais fácil atuar internamente, em um contexto ‘privado’ e confortável. Outro aspecto importante do psicodrama interno refere-se ao fato de entendermos que os papéis desempenhados no imaginário podem ser um treino para a ação (atuação) no mundo real. “No refúgio de mim mesmo, onde estou só e ninguém pode me ver, sou herói, bandido, poeta, rei. Aqui, desempenho os papéis sem interpolação de resistências externas” (FONSECA, 2000, p. 66).

Este instrumento técnico foi abordado aqui, junto à psicoterapia da relação por ter sido desenvolvido neste contexto específico de trabalho bipessoal, e por ser um recurso terapêutico bastante utilizado, pela autora, no trabalho com pacientes enlutados, que se tem mostrado bastante adequado e eficaz. A respeito de considerações mais acuradas sobre a eficácia e abrangência do uso desta técnica com pacientes enlutados, faz-se necessário o desenvolvimento de estudos específicos e rigorosos.

Vejamos agora outros instrumentos técnicos desenvolvidos por Moreno que também possuem um lugar extremamente importante na psicoterapia bipessoal.

3.6 Técnicas Psicodramáticas

Em psicoterapia, as técnicas podem ser compreendidas como uma arte, ou maneiras de fazer algo que exige do terapeuta habilidade, acuidade perceptiva, espontaneidade, capacidade de proporcionar acolhimento e contenção. No Psicodrama, as técnicas ou maneiras de fazer e

agir terapêuticamente estão intimamente relacionadas às experiências de Moreno com o teatro. Isso se deve à forte influência teatral na vida e na obra de Moreno: ele era uma pessoa apaixonada pelo teatro e pela possibilidade de criar, recriar e encenar, trazendo para o concreto ou levando para o mundo imaginário as diversas possibilidades de existência (MONTEIRO, 1998).

Vejamos o que Monteiro (1998) escreve sobre Moreno a respeito do seu processo de criação de técnicas terapêuticas:

Inspirado principalmente pela experiência teatral, acompanhando seus pacientes quando estes enfrentavam intensas perturbações e conflitos, procurando auxiliá-los na expressão do seu mundo interno, Moreno pôde ir com eles descobrindo as formas de ação efetivamente expressivas, catárticas e esclarecedoras (p.17).

Analisando o processo de desenvolvimento infantil e as diferentes fases da matriz de identidade, Moreno (1999) desenvolveu três técnicas elementares e de grande importância para a execução do trabalho psicodramático e o consequente resgate do potencial espontâneo e criativo do paciente; são elas: o duplo, o espelho e a inversão de papéis. A partir destas, outras foram criadas e complementadas: átomo social, solilóquio, onirodrama, realidade suplementar etc.

Alguns estudiosos (FONSECA, 2000; DIAS, 1996; BUSTOS, 2005; KAUFMAN, 1978; ALTENFELDER, 1981), a fim de complementar o arcabouço técnico moreniano e atender as necessidades vivenciadas em suas práticas clínicas, criaram ainda outras, tais como a utilização de brinquedos, de desenhos (psicograma) e o psicodrama interno (FONSECA, 2000 & Dias, 1996), já descrito anteriormente e que será enfatizado no presente estudo, em função de sua importância e eficácia no trabalho psicoterapêutico desenvolvido pela autora junto a pacientes enlutados.

A técnica do duplo consiste em uma maneira de facilitar a expressão do protagonista e proporcionar um canal de comunicação seguro com o terapeuta. É utilizada quando o paciente está impossibilitado ou tem muita dificuldade para se expressar verbalmente. Ao fazer um duplo clássico (como Moreno o criou), o terapeuta deve assumir a mesma postura, tom de voz e expressão corporal do paciente, e o conteúdo da sua fala tem como foco os sentimentos e emoções captados na interação.

No entanto, é possível fazer um duplo sem reproduzir a expressão corporal do paciente: o terapeuta pode se aproximar do paciente, colocar a mão no seu ombro e falar, com a entonação que julgar necessária e eficaz, os sentimentos e emoções captados. O uso desta técnica pressupõe que o indivíduo não esteja em condições de agir ou se comunicar

adequadamente, portanto, precisa de uma outra pessoa (ego-auxiliar) para se expressar por ele: esta condição corresponde à primeira fase do desenvolvimento da criança na matriz de identidade, à indiferenciação. O duplo favorece ao paciente lapsos de compreensão do seu mundo interno.

O espelho é uma técnica que permite ao protagonista melhorar sua autopercepção, ou seja, favorece o reconhecimento do Eu. O paciente se torna um expectador de si mesmo: o terapeuta atua literalmente como um espelho, reproduzindo todos os aspectos observáveis do paciente: a forma de se movimentar, de se expressar, de se comunicar, de se comportar etc. (MONTEIRO, 1998).

A inversão de papéis é uma técnica que exige a presença real das pessoas envolvidas no drama: diante da presença do outro, cada um representa o papel do outro tal como o percebe. Esta vivência psicodramática possibilita ao paciente sair de si mesmo e ampliar o conhecimento e a compreensão da outra pessoa e da relação; ou, por outro lado, pode revelar também o quanto o protagonista está preso em si próprio, fechado e distante do outro, sendo incapaz de compreender a si mesmo, ao outro e à relação. Esta técnica favorece o reconhecimento do Tu.

Monteiro (1998) esclarece que o conhecimento e as intuições que podem surgir a partir do desempenho do papel do outro e da observação do outro representando a si mesmo não necessariamente implicam em um relacionamento harmonioso e sem dificuldades, no entanto, podem facilitar um modo mais satisfatório de interação com o outro e consigo mesmo.

Vale ressaltar aqui a diferença entre a ‘inversão de papéis’ e a ‘tomada de papéis’: a inversão exige a presença real do outro na cena, enquanto, na tomada de papel, o cliente representa o papel de alguém a quem está se referindo (real ou imaginário) e que não está presente na cena; esta técnica é também bastante utilizada e possibilita *insights* sobre a compreensão do outro, assim como revela conteúdos do mundo interno (MONTEIRO, 1998).

O solilóquio consiste em uma espécie de monólogo do protagonista, quando o terapeuta percebe que ele se encontra em um nível de consciência mais profundo a respeito do seu mundo interno. É uma maneira de ‘pensar alto’, elucidar o pensamento e os sentimentos mobilizados ou acessados a partir de determinada ação ou interlocução.

Moreno (1997) define átomo social como sendo um núcleo mínimo de um padrão de relações afetivas; é a mínima e indivisível partícula social. Corresponde ao conjunto de todos os indivíduos com os quais uma pessoa se relaciona emocionalmente e que, ao mesmo tempo, estão relacionados com ela. A técnica do átomo social consiste em uma forma de

autoapresentação específica, que revela o micro sistema relacional, no qual o paciente está inserido, e possibilita diferentes maneiras de exploração, que variam de acordo com a necessidade terapêutica (MONTEIRO, 1998).

O terapeuta solicita ao protagonista que ele apresente dramaticamente (por meio de almofadas ou outros objetos) uma escultura que contenha ele próprio e todas as outras pessoas com as quais mantém uma relação afetiva significativa. A configuração estética da escultura é analisada, as relações podem ser exploradas, o indivíduo pode desempenhar o papel dos outros ali presentes, pode explorar mais detalhadamente seu papel, seu lugar sociométrico, as dinâmicas relacionais etc. Esta técnica permite inúmeras possibilidades de atuação e intervenção psicoterapêuticas, e pode ser enriquecida com o uso das técnicas básicas, como o duplo, espelho, solilóquio e tomada de papel.

A escultura familiar é uma variação da técnica do átomo social; é também uma forma de autoapresentação, e se caracteriza por uma representação dramática das relações familiares. O paciente é solicitado a criar uma espécie de escultura ou gráfico do seu sistema familiar. Por meio desta escultura, é possível compreender e analisar as relações e a qualidade dos vínculos existentes, conhecer os papéis desempenhados por cada um, entender como o indivíduo se relaciona, percebe a si próprio e aos demais membros da família; desvelar as afinidades e rejeições, aceitar os limites e potencializar as possibilidades relacionais daquele sistema.

A realidade suplementar não é necessariamente uma técnica (MONTEIRO, 1998). Trata-se de um contexto ou uma realidade muito comum nas dramatizações e bastante explorada no Psicodrama, que permite ao protagonista representar o 'não acontecido', explorar uma realidade única, pessoal e subjetiva, buscando desvelar o sentido desta realidade (GONÇALVES, 1988). Consiste em trazer para a cena as interseções entre o mundo da fantasia e o mundo real, e realizar, no contexto dramático, qualquer papel que possa ser imaginado, seja real, irreal, animado ou inanimado. O importante é tornar real, produzir realidade e sentido.

A projeção de futuro é uma técnica em que se trabalha com o conceito de realidade suplementar; o indivíduo é solicitado a projetar-se no futuro e imaginar ou dramatizar sua vida naquele momento: seus desejos, planos realizados, sonhos, dificuldades, papéis etc. Existe uma tentativa de devolver ao protagonista as rédeas de sua própria vida, aquecê-lo, resgatar sua potência criativa e estimular uma atuação consciente e responsável.

Presentificação consiste no relato ou na dramatização de um conflito (ou outro acontecimento) sempre no tempo presente. O foco no momento facilita o aquecimento do

protagonista e potencializa a eficácia do trabalho terapêutico (MORENO, 1999). Esta técnica aborda os conflitos e os revela, verbal ou dramaticamente, sempre no momento presente.

2.7 Criação de personagens no Psicodrama

Um recurso comum na terapia psicodramática é a utilização de personagens. Os personagens são instrumentos facilitadores da relação, da expressão do mundo interno do paciente e da intervenção psicoterapêutica.

Pirandello (1994) o define como representantes das verdades existenciais, que tem origem na imaginação e na subjetividade. Moreno (1984) não esclarece adequadamente este conceito, no entanto, sugere que os personagens são modelos da existência ou uma síntese das angústias e emoções. Calvente (2002) afirma que, na psicoterapia, o personagem é um modelo ou possibilidade de relação; está ligado à fantasia e à imaginação, e possui, portanto, aspectos conscientes e inconscientes e ao meio ambiente, integrando os aspectos relacionais do paciente.

A função que um personagem pode assumir na psicoterapia psicodramática depende da origem, do contexto em que é criado, e do processo de formação. Como fontes que alimentam a criação dos personagens, podemos ter a fantasia e a imaginação, os processos de identificação do indivíduo ou os traços de funcionamento cristalizados.

Há o personagem privado, originado na subjetividade, como o amigo invisível, o escritor. Há aquele que tem origem nos vínculos, por exemplo: o que sempre se queixa, o prematuro. E há os que se originam no coletivo social, nos grupos terapêuticos (CALVENTE, 2002, p. 31).

A criação de personagem na psicoterapia é realizada tanto pelo paciente como pelo terapeuta. Da mesma forma que os papéis, os personagens passam por um processo de formação e desenvolvimento: existe o '*personagem assumido*' que apresenta baixo nível de espontaneidade e criatividade, e encontra-se cristalizado nas conservas culturais. São as respostas velhas às novas situações que surgem. Há o '*personagem representado*', que corresponde ao '*role-playing*' e já possui um maior nível de espontaneidade. A experiência e a prática do indivíduo são elementos que permitem a este personagem certo nível de flexibilidade e a possibilidade de atuar por meio de respostas novas e criativas. No último estágio da construção, temos o '*personagem criativo*', equivalente ao '*role-creating*', dotado de ótimo nível de criatividade. É o personagem que possui o maior grau de espontaneidade e atua da seguinte forma: "não é o que faz, mas faz o que é" (CALVENTE, 2002, p. 32).

No contexto da psicoterapia individual, o uso de personagem muitas vezes facilita a atuação, a relação e a intervenção terapêutica: “é adequado tanto para moldar conteúdos ligados a papéis, identificações e significados de dentro para fora, quanto para a sua elucidação, seu esclarecimento de fora para dentro” (CALVENTE, 2002, p. 37).

O terapeuta pode intervir dramaticamente por meio da criação de personagens. O uso deste instrumento terapêutico permite ao terapeuta acessar e maximizar recursos disponíveis no mundo interno do paciente, que até então se encontravam cristalizados, adormecidos ou pouco utilizados. A psicoterapia, por meio da relação e da atuação de personagem, seja em uma realidade concreta seja suplementar, é uma possibilidade de trabalho eficaz, que permite o resgate do potencial espontâneo e criativo do paciente.

De acordo com Féo (2007), a construção de personagens, no contexto psicodramático, “[...] busca promover a ampliação da capacidade de acolher e tolerar a dor de não se ter controle absoluto sobre a própria existência, a fim de que se possa elaborá-la e transformá-la em ação criativa [...]” (p. 6). Ela afirma que a construção de personagem possibilita ao paciente e ao terapeuta pensar na vida tal como ela é, e fornece uma oportunidade de atuar e aprender com a experiência, a fim de torná-la ação potente.

Mais adiante, veremos como os personagens podem ser utilizados em um processo de psicoterapia bipessoal com pacientes enlutados. Antes disso, faz-se necessário discorrermos sobre a interface entre o Psicodrama, a Teoria do Apego e o processo de luto. É o que abordaremos na Parte 6.

4 OBJETIVO

O objetivo do presente estudo é apresentar considerações teóricas entre a *Teoria do Apego* e o processo de luto (BOWLBY, 1997; 2002; 2004a; 2004b; PARKES, 1998; 2009), e a *Teoria do Psicodrama* (MORENO, 1983; 1984; 1992; 1994; 1997; 1999), e discorrer sobre a psicoterapia psicodramática bipessoal com pacientes enlutados.

A partir das interfaces entre a *Teoria do Apego* e o processo de luto e a *Teoria do psicodrama*, pretendemos descrever e discutir conceitos morenianos e técnicas psicodramáticas importantes, para a compreensão do processo psicoterapêutico do luto no psicodrama bipessoal.

5 MÉTODO

O presente estudo discorre sobre um estudo teórico exploratório. Uma pesquisa teórica exploratória tem como objetivo desenvolver e esclarecer conceitos e ideias sobre um determinado tema. Possibilita ao pesquisador ampliar sua experiência em relação ao tema e adquirir maior conhecimento sobre o fenômeno estudado com o objetivo de torná-lo explícito e/ou construir problemas e hipóteses a serem pesquisados posteriormente. Os estudos teóricos envolvem levantamentos bibliográficos, entrevistas com pessoas que tiveram (ou têm) experiências práticas com o problema e análise de exemplos que estimulam a compreensão (GIL, 1999).

Este tipo de pesquisa teórica propõe desenvolver estudos que fornecem uma visão geral dos fenômenos estudados e, ao se propor uma explicação geral do tema, pode levantar novos problemas a serem esclarecidos em pesquisas posteriores. Em regra geral, “um estudo exploratório é realizado quando o tema escolhido é pouco explorado, sendo difícil a formulação e operacionalização de hipóteses” (OLIVEIRA, 2005, p. 72).

Para a presente pesquisa, que tem como objetivo apresentar considerações teóricas entre a *Teoria do Apego*, o processo de luto e a *Teoria do Psicodrama* e discorrer sobre a psicoterapia psicodramática bipessoal com pacientes enlutados, selecionamos, em revisão de literatura, as obras completas dos autores dessas teorias; e também estudos clássicos desenvolvidos por pesquisadores de referência nacional e internacional, considerados pela comunidade científica autoridades nos temas abordados.

Para discorrer sobre a *Teoria do Apego*, fizemos uso da trilogia clássica do seu autor, Jonh Bowlby (2002; 2004a; 2004b) e da obra traduzida para o português, *Formação e Rompimento dos Laços Afetivos* (BOWLBY, 1997). O processo de luto foi abordado essencialmente segundo a *Teoria do Apego*, as pesquisas de Colin Murray Parkes (1998; 2009). Os estudos desenvolvidos por Stroebe (1987; 1993; 1994); Franco (2002); Bromberg (1994); Worden (1998) e Fonseca (2004) também foram utilizados.

A *Teoria do Psicodrama* foi descrita e discutida a partir das obras clássicas do seu criador, Jacob Levi Moreno (1983; 1984; 1992; 1997a; 1997b; 1999), e também a partir de autores contemporâneos que trouxeram contribuições teóricas de inegável importância para a compreensão dos conceitos e técnicas abordados. São eles: Dalmiro Bustos (1979; 1990; 1992; 2005), Fonseca (1980; 2000; 2008), Cukier (1992), Calvente (2002), Perazzo (1986).

O presente estudo está apresentado da seguinte forma: descrevemos (Partes 2 e 3) a *Teoria do Apego* e o processo de luto, e a *Teoria do Psicodrama*. Em seguida (Partes 4 Objetivo; e 5 Método), versamos a respeito da interface entre a teoria do apego, processo de luto e teoria do psicodrama (Parte 6); e, por fim, abordamos aspectos da psicoterapia psicodramática bipessoal com pacientes que vivenciam o luto pela perda de um ente querido (Parte 7); 8 Considerações Finais; e Referências.

6 INTERFACE ENTRE A TEORIA DO APEGO E O PROCESSO DE LUTO E A TEORIA DO PSICODRAMA

Neste capítulo, apresentamos articulações teóricas entre conceitos próprios da *Teoria do Apego* e o processo de luto e conceitos morenianos da *Teoria do Psicodrama*. Qual a visão de homem presente nas duas teorias? Como podemos compreender o comportamento instintivo de apego à luz do conceito de espontaneidade de Moreno? Como podemos entender o processo de formação do apego à luz da Teoria da Matriz de Identidade? Existem semelhanças entre a função do Ego-auxiliar e a função do Apego? Como podemos discutir o Apego a partir do conceito de vínculo? E que considerações podem ser acrescentadas a este conceito? Como podemos analisar o que Parkes (1998) denomina de transição psicossocial a partir da Teoria dos Papéis? Qual a interface entre o Modelo do Processo Dual e a Teoria dos Clusters? Como podemos pensar a intervenção no luto a partir do Modelo do Processo Dual, Teoria dos Clusters e Psicoterapia da Relação? Estas são algumas questões que desenvolveremos em seguida.

6.1 Visão de homem

Tanto Bowlby como Moreno concebem o homem como um ser relacional, que se constitui a partir das relações com o outro. Quando Moreno propõe a Teoria dos Papéis e a Teoria do Desenvolvimento na Matriz de Identidade, está implícita sua concepção do homem como um ser estritamente relacional. Ele afirma: primeiro é o grupo (Moreno, 1999); defende que o surgimento do eu é posterior ao desenvolvimento dos papéis e que o homem é um *roleplayer* (1992), ou seja, é composto por um leque de papéis, e se faz homem por meio do desempenho deles.

Da mesma forma, ao postular a *Teoria do Apego* e a constituição do homem a partir do comportamento de apego com a figura materna, fica clara a concepção do homem como um ser relacional, e, deste modo, a semelhança entre Bowlby (2002) e Moreno (1999; 1997b; 1992).

6.2 Comportamento instintivo de apego e espontaneidade

Como instintivo, o apego é um comportamento adaptativo e dirigido para uma meta: – a proximidade com a figura de apego, segurança e proteção. É produto da interação da

genética com o ambiente, e possui a função de garantir a sobrevivência do indivíduo e da espécie humana (BOLWBY, 2002). Este autor ressalta ainda que o comportamento instintivo não é herdado, e o que é herdado é o potencial para desenvolver certos tipos de sistemas comportamentais que culminam com o desenvolvimento do apego. Que papel ou função podemos pensar para a espontaneidade no que se refere ao comportamento instintivo de apego?

A respeito da evolução do comportamento, Bowlby (2002) defende que a forma primitiva não é suplantada, mas modificada, elaborada e aumentada em certas direções e de acordo com as condições internas e do meio ambiente. Explicando o comportamento instintivo na espécie humana, afirma:

Não é um movimento estereotipado mas um desempenho idiossincrático de um determinado indivíduo num determinado meio ambiente – e, ainda, um desempenho que obedece a um padrão reconhecível e que, na maioria dos casos, conduz a algum resultado previsível e benéfico (BOWLBY, 2002, p. 44).

Como podemos pensar o conceito de espontaneidade tal como Moreno preconiza? Vejamos como ocorre seu desenvolvimento: no início da vida do bebê a espontaneidade (ou fator *e*) é fraca e inconsistente, e surge, paulatinamente, em momentos críticos, por meio de dispositivos físicos de arranque, como o choro, e por meio da relação com o primeiro ego-auxiliar, a mãe. A espontaneidade (ou fator *e*) é um método de orientação e guia, um agente ativo a favor da criança, muito antes que a memória e a inteligência se desenvolvam (MORENO, 1997b) e propõe o indivíduo em direção à resposta adequada à nova situação ou à resposta nova para uma situação já conhecida. “Está, estrategicamente, unida em dois sentidos opostos, ao automatismo e ao sentido reflexo, tanto quanto à produtividade e criatividade” (MORENO, 1992, p.159). É, então, essencial, e está inteiramente associada ao desenvolvimento do comportamento instintivo de apego, como elemento importante no ‘desempenho idiossincrático do indivíduo no meio ambiente’.

A espontaneidade é um estado que

não só motiva um processo interno mas também uma relação externa, social, isto é, uma correlação com o ‘estado’ de outra pessoa” (Moreno, 1997b, p.86). Bowlby (2002) afirma que, “desde o início se verifica uma acentuada tendência para responder de maneira especial aos muitos tipos de estímulos que comumente emanam de um ser humano (p.330).

Podemos afirmar que esta ‘tendência para responder’ a qual Bowlby (2002) se refere está associada à espontaneidade moreniana?

Por enquanto, o que podemos pensar é que a espontaneidade constitui um fator que confere qualidade ao apego humano; está presente em todas as disposições e ações do indivíduo nas diferentes etapas da sua vida, interferindo significativamente na formação e desenvolvimento do comportamento de apego, assim como nas atualizações ou ressignificações posteriores que se fizerem necessárias, especialmente em situações de perda e luto de uma pessoa querida.

Para finalizar esta primeira discussão, vejamos uma das descrições de Moreno (1992) a respeito da espontaneidade:

Se houver algum princípio primário no universo mental e social, é encontrado neste conceito germinado [espontaneidade e criatividade] que tem sua realidade mais tangível na inter-relação entre as pessoas, entre pessoas e coisas, [...] entre a sociedade e a humanidade como um todo (p.152).

6.3 Formação do apego e Matriz de Identidade

Bowlby (2002) descreve o processo de desenvolvimento do comportamento de apego no início da vida do bebê e apresenta quatro momentos distintos em que é possível acompanhar desde a origem do apego até a formação de uma relação de parceria com a figura materna. Essas fases correlacionam as etapas evolutivas do desenvolvimento da criança no sistema familiar e o desenrolar da capacidade de fixar, selecionar e estabelecer o apego.

Retomando o processo: na primeira fase, ‘orientação e sinais com discriminação limitada de figura’, a discriminação entre pessoas é precária e ocorre por meio dos estímulos olfativos e auditivos. O bebê não é capaz de reconhecer e discriminar adequadamente as pessoas, então, não existe apego. Na segunda fase, ‘orientação e sinais dirigidos para uma ou mais figuras discriminadas’, o bebê já apresenta um comportamento diferenciado para a figura materna; e, embora não seja possível delinear realmente em que momento surge, há uma tendência a acreditar que ainda não podemos falar em apego nesta fase. A terceira fase, ‘manutenção da proximidade com uma figura discriminada por meio da locomoção’, inicia-se por volta dos seis meses de vida e se constata, de fato, a existência do comportamento de apego. A criança possui capacidade discriminatória mais acurada e um amplo repertório de comportamentos sinalizadores do apego. A quarta fase, ‘formação de uma parceria corrigida para a meta’, a criança apresenta uma visão do mundo mais acurada, entende melhor sua relação com a mãe e, mesmo que de forma intuitiva, se dá conta das influências recíprocas entre elas – está definida uma parceria entre ambas (BOWLBY, 2002).

Traçando um paralelo com o desenvolvimento infantil na matriz de identidade (MORENO, 1997b), podemos pensar que na segunda fase, período da identidade total diferenciada, em que objetos, animais e pessoas passaram a diferenciar-se já existe a experiência protótipa e rudimentar do apego, semelhante ao que verificamos na segunda fase descrita por Bowlby (2002). No entanto, é apenas na terceira fase da matriz, caracterizada pela fenda entre a fantasia e a realidade, que podemos falar em comportamento de apego. A experiência infantil de um mundo em que tudo é real começa a se decompor em fantasia e realidade, e a criança passa a diferenciar o que é real e o que é imaginado, o que é animado e inanimado. Ela e a mãe são reconhecidas como distintas e reais e entre elas se estabelece, por meio do comportamento de apego, a primeira experiência vincular.

6.4 Função do comportamento de apego e função do ego-auxiliar

Recapitulemos algumas considerações sobre o comportamento de apego, ou seja, é qualquer forma de comportamento que resulte na proximidade da criança a alguma figura preferida; sua função básica é garantir a sobrevivência, dar segurança e favorecer à criança a exploração do meio externo. Se desenvolvido de maneira saudável, leva ao desenvolvimento de laços afetivos inicialmente entre a criança e o progenitor e, mais tarde, entre adulto e adulto; o apego possui um comportamento complementar – o cuidar, que na infância e adolescência é geralmente manifestado pela mãe ou o pai e, na vida adulta, entre adultos; o comportamento de apego contribui para a sobrevivência do indivíduo, uma vez que o mantém em contato com os que cuidam dele e reduz o risco de acidentes diversos; enquanto o laço se mantém adequado e seguro, as diversas formas de comportamento de apego (chorar, chamar, seguir, balbuciar, agarrar) só são ativadas quando necessárias, geralmente em situações que causam algum nível de desconforto; muitas das emoções mais intensas experimentadas pelo ser humano surgem durante a formação, manutenção, rompimento e renovação das relações de apego e são reflexos da qualidade e do estado do apego; os determinantes principais do desenvolvimento do apego e do padrão de organização são as experiências com as figuras de apego na infância e adolescência; a maneira como o apego se estrutura na personalidade depende da qualidade dos laços afetivos que estabelecem durante a vida (BOWLBY, 2002; 2004).

Dito isso, onde e como podemos enxergar o ego-auxiliar, seu papel e suas funções?

Vejamos uma das definições de Moreno (1997b) sobre o ego-auxiliar:

A uma extensão do ego da pessoa, necessária a uma existência adequada e que deve ser fornecida por uma pessoa substituta, demos o nome de 'ego-auxiliar' [...] Do ponto de vista da criança, esses auxiliares apresentam-se como extensão do seu próprio corpo, enquanto ela é demasiado fraca e imatura para produzir essas ações [comer, deslocar-se, dormir] por seu próprio esforço. Devem ser-lhe proporcionados pelo mundo exterior: mãe, pai ou ama (p. 109).

A qualidade da experiência da criança com o ego-auxiliar em todas as fases do desenvolvimento na matriz de identidade é de suma importância para o desenvolvimento de vínculos posteriores com outras pessoas e nos diferentes papéis, assim como é essencial para a conquista da autonomia – “o ego-auxiliar (a mãe) assiste à criança na formação de seus próprios papéis, permitindo-lhe gradualmente mais independência” (MORENO, 1997b, p.114).

O ego-auxiliar é, portanto, o complementar do comportamento de apego e, como complementar, é o outro polo da relação, co-responsável pela qualidade do desenvolvimento, manutenção e rompimento do laço de apego.

Vejam os que Parkes (2009) afirma sobre a relação terapeuta-paciente no processo de psicoterapia em situações de luto: “nosso objetivo é o mesmo de uma boa figura parental, ser sensivelmente responsivo às necessidades de nosso cliente, estar disponível para dar proteção se ela for necessária e, quando não for, encorajar a autonomia” (p. 291). Podemos entender então que esse objetivo proposto por Parkes (2009) refere-se à capacidade de o terapeuta funcionar e atuar, quando necessário, como ego-auxiliar, proporcionando ao enlutado uma experiência emocional corretiva.

6.5 Vínculo e apego

Segundo Bustos (1990) o vínculo é a ‘díada mínima’ que permite a compreensão do homem, ou seja, o indivíduo não pode ser compreendido senão por meio dos vínculos que estabelece.

Conforme vimos, na Parte 3 desta dissertação, existem, segundo Bustos (1990), dois tipos de vínculo: os simétricos e os assimétricos. Os vínculos simétricos são aqueles que têm nome próprio (irmãos, amantes, amigos) e responsabilidade equivalente e os assimétricos, que não possuem nome próprio (pais-filhos, patrão-empregado, professor-aluno, terapeuta-paciente), são nomeados pelos papéis em interação e possuem, em sua dinâmica, regras diferentes para cada polo da relação. O comportamento de apego pressupõe um vínculo assimétrico, não equivalente e com responsabilidades e funções distintas para cada membro da relação.

Bustos (1990) define dois conceitos essenciais para a compreensão da dinâmica vincular: espontaneidade, tele e transferência. A espontaneidade é situada entre o genético, o individual e o social – o vincular (MORENO, 1997b) e, “se descontarmos sua origem como condição inerente ao ser humano, não poderemos desprendê-la do sistema de estimulação vincular” (BUSTOS, 1990, p. 89). Apesar de emergir individualmente, a espontaneidade se retroalimenta vincularmente, e é fator determinante da saúde de um vínculo. Como ressalta Bustos (1990), “a saúde de um vínculo depende da capacidade de ambos estimularem reciprocamente o surgimento da espontaneidade, permitindo a cada um desenvolver junto ao outro todo o seu potencial” (p. 90). Da mesma forma, podemos pensar que um dos fatores indicativos da boa qualidade do apego é o grau de espontaneidade presente em cada pessoa e o quanto a relação retroalimenta o fator *e*.

Entendendo a espontaneidade como uma característica que se estende aos vínculos dinâmica de ambos, esta pode ser compreendida e analisada [também] por meio dos conceitos de tele e transferência. A tele corresponde à percepção correta e adequada do outro (suas necessidades, sentimentos, disposições, motivações etc.), enquanto a transferência se manifesta quando há distorções da percepção. Em um vínculo saudável há um domínio da tele, o que não quer dizer que não existam momentos em que a relação é perpassada pelo fenômeno da transferência. Os limites entre estas dinâmicas vinculares não são nítidos, e as distorções perceptuais são inerentes às relações humanas (BUSTOS, 1990). Se substituirmos, neste parágrafo, a palavra vínculo por apego, estaríamos sendo coerentes com Bowlby e Bustos? Provavelmente sim...

6.6 Luto, Teoria das Transições Psicossociais, Teoria dos Papéis

Bowlby (2004b) defende que o luto implica em uma variedade de processos psicológicos, conscientes e inconscientes, provocados pela perda de uma pessoa amada; e enfatiza que a experiência do luto pela perda de uma pessoa querida constitui uma das situações mais intensamente dolorosas que o ser humano pode sofrer. Ressalta a longa duração do pesar e as dificuldades do enlutado para se recuperar dos efeitos que são, muitas vezes, devastadores, e administrar as consequências adversas da perda, que interferem desde o funcionamento da personalidade, à concepção de mundo, às relações com as pessoas, às crenças etc.

Uma maneira sábia de enfrentar esta experiência depende da capacidade e do esforço bem-sucedido de o enlutado aceitar as mudanças imperativas que ocorrem no seu mundo

exterior, assim como aceitar a necessidade de realizar mudanças correspondentes em seu mundo interno e representativo, e reorganizar (ou reorientar) o comportamento de apego de maneira competente (BOWLBY, 2004b).

Para explicar as mudanças no mundo interno que se seguem ao luto, assim como outras mudanças importantes na vida, Parkes (1998) formulou a Teoria das Transições Psicossociais (TPS). O processo de TPS leva o enlutado a rever suas concepções sobre o mundo externo, seu comportamento e suas representações internas – planos, concepções, pensamentos, crenças. É um trabalho de elaboração difícil mas que precisa ser realizado, e requer tempo e energia vital.

No processo de TPS, Parkes (1998) faz referência aos papéis do enlutado e sua concepção sobre este conceito é muito semelhante à concepção moreniana:

Os papéis que uma pessoa desempenha na vida são feitos por uma série complexa de padrões de ação focalizada que constituem o repertório para a solução de problemas” (p.120). Continua: “uma mudança importante, como a causada pela morte do cônjuge, não somente altera as expectativas do padrão de ação focalizada [...] mas altera também os planos genéricos e papéis que dele fazem parte (p.120).

Para assumir a nova e necessária identidade, é preciso abrir mão da identidade anterior, o que geralmente é uma tarefa difícil e dolorosa, que pode nunca se completar totalmente, daí a desorganização e o desespero que pode ser verificado em diversos momentos do processo de luto (PARKES, 1998).

Tomando como referência a *Teoria dos Papéis*, que concebe o homem a partir dos papéis que desempenha, fica menos difícil operacionalizar o processo de TPS, tarefa necessária a todas as pessoas que passam pela experiência da perda de uma pessoa amada. A revisão e atualização dos comportamentos, crenças e concepções podem ser discutidas e analisadas em cada um dos papéis desempenhados pelo enlutado, assim como o conjunto, que compõe o mapa de papéis do indivíduo, pode ser modificado 惘 ampliado ou reduzido 惘 de acordo com a necessidade ímpar de cada um e diante das exigências da realidade externa. Entendemos que esta forma de compreensão do homem, distinta da noção de personalidade, favorece tanto a compreensão dos processos intrapsíquicos e inter-relacionais pelos quais passa o indivíduo como o trabalho psicoterapêutico com pacientes enlutados.

6.7 Modelo do Processo Dual e Teoria dos Clusters

O Modelo do Processo Dual proposto por Stroebe e Strobe (1993; 1994) versa sobre a maneira como acontece o processo de adaptação do indivíduo à experiência da perda de uma

pessoa querida. Sua premissa básica é que o enfrentamento da perda ocorre por meio da oscilação entre duas posturas distintas, porém complementares: a orientação para a perda e a orientação para a restauração. O enfrentamento orientado para a perda implica em lidar com a realidade da perda, apropriar-se da ausência, da dor, da angústia, da saudade, da culpa e todos os demais sentimentos mobilizados pela morte de um ente querido. Por outro lado, o enfrentamento orientado para a restauração refere-se ao investimento na vida que continua, incluindo dar conta das tarefas rotineiras, reorganizar a vida, atualizar e/ou desenvolver novos papéis.

◻ Como podemos compreender estes dois movimentos complementares pela lente da Teoria dos Clusters?

A *Teoria dos Clusters* (BUSTOS, 1990) aponta referenciais claros que permitem o entendimento da dinâmica comum do ser humano, pois oferece uma compreensão a respeito da forma como os papéis interagem suas experiências e como se agrupam em uma determinada dinâmica própria. Partindo da premissa de que o bebê, ao longo do desenvolvimento na matriz de identidade, incorpora experiências que irão interferir significativamente no seu desenvolvimento futuro, Bustos (1990) diferenciou esse processo de aprendizagem em três diferentes grupos: cluster um, cujo complemento é a mãe (ou adulto substituto); cluster dois, cujo complemento é o pai (ou substituto); e cluster três, cujo complemento são os irmãos (ou equivalentes).

Das experiências no cluster um (fase de indiferenciação total na matriz de identidade), depende a capacidade ou incapacidade do indivíduo para enfrentar as situações de perda, dor, tristeza, frustração, e também a confiança em sua capacidade de ser querido e amado (autoconfiança). No cluster um, a criança aprende (ou não) a aceitar suas necessidades, enquanto no cluster dois (fase da matriz de identidade diferenciada) ela adquire (ou não) a capacidade para reconhecer estas necessidades, nomeá-las e administrá-las. Das experiências no cluster dois, dependem a confiança, o exercício da autoridade, a capacidade de tomar decisões cotidianas na vida, saber o que quer, interpretar as necessidades, satisfazê-las e ir buscar o que deseja. No cluster três, a criança aprende a compartilhar, competir e rivalizar.

A respeito da interação e da dinâmica que acontece nos clusters um e dois, quando um indivíduo enfrenta uma dificuldade, Bustos (1990) esclarece:

Quando o cluster um predomina e há uma ausência do cluster dois, uma pessoa chora ao invés de lutar, e quando sucede o contrário, e há o predomínio do cluster dois sobre o cluster um, a pessoa luta em vez de chorar. Nem o pranto substitui a luta, nem vice-versa, são condutas que emergem, uma da dor e da tristeza, e a outra, da força e da necessidade de conquista (p.151).

Podemos pensar que estas duas posturas distintas, complementares e necessárias à elaboração de uma situação difícil, têm alguma correspondência ou semelhança com a oscilação das maneiras de enfrentamento proposta por Stroebe e Stroebe (1993, 1994)? Serão estes pensamentos concordantes e complementares?

Sobre o fenômeno da oscilação proposto pelo Modelo do Processo Dual, entendemos que se trata de um processo regulatório, dinâmico, de fundamental importância para o bom enfrentamento da perda, reorganização do sistema de apego e integração da relação perdida em uma nova realidade (MAZORRA, 2009). No período inicial que sucede à perda, seu enfrentamento é, geralmente, predominante, em especial, quando o curso do luto é sadio; enquanto o enfrentamento para a restauração mostra-se mais expressivo posteriormente. Um aspecto importante são as diferenças observadas entre os indivíduos e grupos, na forma como se movimentam entre essas duas tendências: as mulheres, por exemplo, tendem a se mostrar mais orientadas para a perda que os enlutados do sexo masculino (STROEBE & SCHUT apud MAZORRA, 2009). Ressalte-se, ainda, que a dinâmica da oscilação deve ser compreendida, levando-se em consideração o contexto cultural do enlutado, as circunstâncias da morte, a dinâmica familiar, a relação com o falecido e os recursos internos e externos do enlutado (MAZORRA, 2009).

Entendemos que a orientação para a perda, como é postulada pelo Modelo do Processo Dual, está associada às experiências vivenciadas pelo indivíduo no cluster um, enquanto a orientação para o enfrentamento encontra-se relacionada às experiências vivenciadas no cluster dois. A maneira como o enlutado coordena e vivencia o enfrentamento orientado para a perda e o enfrentamento orientado para a restauração pode estar, portanto, associada à qualidade das experiências internalizadas durante as vivências nos clusters um e dois.

Um paciente que encontra dificuldades no enfrentamento orientado para a perda pode sinalizar prejuízos ou déficit na qualidade da vivência no cluster um, situação esta que, de alguma forma, implicou dificuldades para receber cuidados (aceitar ser cuidado) e suportar a ansiedade, a dor e o sofrimento. A mãe internalizada não dá conta de que o enlutado atravesse, sem grandes rupturas, as situações de perda: “a situação vivida primeiramente no ‘inter’ tenderá a repetir-se no ‘intra’, não de maneira pura, mas como sempre, modificada pela soma (estímulo e resposta)” (p.137). Isso implica também qualidade do apego; se o enlutado possuir estruturado um estilo de apego seguro, será menos provável que enfrente grandes dificuldades no enfrentamento orientado para a perda, pois possuiu pais ‘suficientemente bons’, sensíveis e responsivos às suas necessidades de segurança. E forneceram uma base estável para a exploração do mundo (PARKES, 2009). Por outro lado, se o enlutado possuir

internalizado e ativo um padrão de apego ansioso/ambivalente, tendo vivenciado inúmeras situações em que a mãe foi insensível às suas necessidades e desencorajadoras à exploração do mundo, mostrar-se-á fortemente tendencioso a não suportar saudavelmente as perdas e separações. Aqueles que possuem um apego evitador, cujas mães eram pobres na expressão dos sentimentos, não toleravam proximidade e ainda puniam o comportamento de apego, tiveram de aprender a inibir seus sentimentos e, provavelmente, apresentarão dificuldades para investir no enfrentamento orientado para a perda (PARKES, 2009).

Da mesma forma, se o enlutado apresentar dificuldades de investir no enfrentamento orientado para a restauração, mostrando-se demasiadamente inseguro, podemos entender que tal condição está relacionada às experiências vividas no cluster dois. Sua capacidade para exercer autoridade sobre a própria vida e buscar suprir suas necessidades foi comprometida. Este indivíduo se mostra fragilizado e com poucos recursos para investir na reconstrução da vida.

6.8 Intervenção no luto segundo o Modelo do Processo Dual, Teoria dos Clusters e Psicoterapia da Relação

Vejamos as contribuições oriundas do Modelo do Processo Dual, da *Teoria dos Clusters* e da Psicoterapia da Relação para a compreensão de possibilidades de intervenção psicoterapêutica junto a pacientes enlutados.

Começamos inicialmente apresentando uma das conclusões de Mazorra (2009) a respeito da psicoterapia, segundo o Modelo do Processo Dual:

o psicoterapeuta que apreende o processo de luto de acordo com esse paradigma compreenderá que a elaboração do luto ocorre não somente no momento em que o paciente está entrando em contato com a dor da perda, como também nos momentos em que se volta para aspectos práticos de seu cotidiano. O trabalho de ressignificação e transformação da relação com a pessoa perdida dá-se neste enquadro (p. 26).

É necessário, portanto, que o paciente passeie espontaneamente entre estas disposições de enfrentamento (orientação para a perda, orientação para a restauração e não-enfrentamento), e seja, em cada momento, assistido pelo terapeuta conforme a(s) necessidade(s) manifesta(s).

Tomando como referência a *Teoria dos Clusters*, Bustos (1990) descreve diretrizes que norteiam a atuação do terapeuta nos diferentes momentos pelos quais o paciente atravessa. Quanto ao papel do terapeuta na dinâmica do cluster um, ele afirma:

Quando um paciente encontra-se ferido, machucado profundamente ou elaborando situações, para aqueles que se sentem vulneráveis, o terapeuta é solicitado na função materna. A dor só é ultrapassada depois de ser contida. Isto significa que a principal dinâmica terapêutica está relacionada com o holding. Controlar compreensivelmente é o centro, independente das operações que se possam realizar tanto verbal como dramaticamente (BUSTOS, 1990, p. 141).

O papel do terapeuta no cluster dois, momentos em que o paciente sente a necessidade de apoio e afirmação, consiste em procurar estimular a sua capacidade de reconhecer, apropriar-se e lutar por suas metas e convicções. Já o cluster três implica em um intercâmbio experiencial adulto, que exige do terapeuta a capacidade e a sabedoria para disponibilizar suas próprias experiências, similares aos dramas relatados pelo paciente. Está implícita a atitude compreensiva de adulto para adulto, o que gera uma qualidade de relação intensamente reparatória (BUSTOS, 1990).

Diante desses esclarecimentos, pensamos que Bustos (1990) oferece subsídios importantes para a atuação do terapeuta em concordância com o Modelo do Processo Dual, pois sugere, a partir da concepção dos clusters, condutas assertivas para trabalhar com o enlutado no enfrentamento orientado para a perda, e no enfrentamento orientado para a restauração.

O trabalho psicoterapêutico centrado na relação é um recurso que pode ser de grande importância para a reorientação dos padrões de apego 惘 tarefa imprescindível do processo de elaboração do luto. A experiência relacional com o terapeuta pode ajudar o enlutado a compreender, ressignificar e atualizar os padrões de apego, e, desta forma, possibilitar um enfrentamento saudável do pesar, favorecer a reconstrução da vida, a elaboração do luto e garantir mais qualidade aos vínculos atuais. Fonseca (2000) esclarece sobre o que ele denomina Psicoterapia da Relação: “uma psicoterapia que privilegia, por um lado, o trabalho da relação paciente-terapeuta e, de outro, o trabalho das relações do mundo interno do paciente, ou seja, se envolve nas relações eu-tu e eu-eu” (p.19). Durante o processo psicoterapêutico, o enlutado tem a oportunidade de trabalhar seus padrões de apego, que são atualizados, e emergem na relação com o terapeuta; há também a possibilidade de trabalhar os padrões de apego internalizados (modelos operativos internos), reconhecê-los e ressignificá-los.

Afinal, entendemos o processo psicoterapêutico como uma possibilidade de ressignificar a identidade, rever e reconstruir os vínculos afetivos, e de resgatar o potencial espontâneo e criativo do indivíduo. Analisando o sentido da psicoterapia, Fonseca (1980) afirma:

A vivência psicoterápica, deixando de lado os procedimentos técnicos propriamente ditos, representa a possibilidade de novas 'inscrições', de novas 'marcas'. Representa um processo relacional intenso, contínuo e na maior parte das vezes prolongado que, além, da possibilidade liberalizadora de cargas passadas, transferenciais, oferece a possibilidade de 'repetir diferenciando' [...] ou reviver diferenciando (p.113).

Como acontece então o trabalho psicoterapêutico psicodramático bipessoal com pacientes enlutados? É sobre este tema que versa o próximo capítulo, Parte 7, deste estudo.

7 PSICODRAMA BIPESSOAL COM PACIENTES ENLUTADOS

Neste capítulo, descreveremos aspectos da psicoterapia psicodramática bipessoal com pacientes que passaram pela experiência de perda de uma pessoa querida, apresentando as singularidades próprias deste modelo de intervenção e também as semelhanças com outras formas de psicoterapia. Como a presente pesquisa constitui um estudo teórico, alguns aspectos técnicos serão ilustrados por meio de breves fragmentos de casos clínicos, enquanto outros serão apresentados e analisados no ‘como se’, ou seja, com descrições hipotéticas, mas não menos realistas e fiéis ao que vemos no consultório.

Moreno sempre enfatizou e priorizou o trabalho terapêutico em grupo, acreditando ser esta a única possibilidade eficaz de psicoterapia. Em seus escritos, as sessões individuais aparecem como episódios fortuitos, permeados por críticas e ponderações sobre esta modalidade de tratamento. Acerca deste aspecto, Fonseca (2000) afirma: “se Moreno foi brilhante nas propostas do psicodrama público e da psicoterapia do momento, deixou um enorme vazio quanto à psicoterapia processual” (p. 285). Este fato pode ser entendido analisando as características pessoais de Moreno, somadas à conjuntura sociocultural da Europa e dos Estados Unidos na primeira metade do século XX. Coube, portanto, aos seus seguidores, ampliar as possibilidades de utilização do método psicodramático para outros contextos, inclusive o consultório, com uma proposta de trabalho processual, a médio e/ou longo prazo. Os principais autores contemporâneos que recorreremos para fundamentar o trabalho com Psicodrama bipessoal foram José Fonseca Filho (1980; 2000), Dalmiro Bustos (1979; 1990; 1992; 2005), Rosa Cukier (1992), Victor Dias (1987; 1996) entre outros.

Entendemos que a psicoterapia psicodramática bipessoal junto a pacientes enlutados possui algumas vantagens. Quais sejam: a relação terapêutica proposta tem como características a proximidade e o afeto, diferente de outras abordagens, em que o terapeuta se mantém frio e distante. Como se trata de um trabalho respaldado na relação, e se operacionaliza por meio desta, o terapeuta está sempre buscando um máximo de sintonia com o cliente, o que favorece o estabelecimento mais rápido do clima terapêutico e da intimidade, condições necessárias para a construção de uma base segura, que permitirá o desenvolvimento adequado e eficaz do processo terapêutico uma vez que facilita o compartilhar de vivências íntimas e/ou difíceis de serem compartilhadas pelo paciente.

A forma como as sessões de psicodrama bipessoal se estruturam, no decorrer do trabalho do luto, depende de muitas variáveis: o modo como o paciente chega para consulta;

suas características de funcionamento; as queixas trazidas, sejam manifestas ou latentes; o tempo de terapia; os conflitos em foco; a motivação e o grau de aquecimento do paciente; as condições do espaço físico onde acontece a sessão etc. As sessões podem ser inteiramente verbais, por meio do diálogo, de assinalamentos e interpretações, podem mesclar o verbal e as dramatizações clássicas (com montagem de cenário, construção de personagens e movimentação espacial) e podem também ser sessões compostas por momentos verbais intercalados por ações dramáticas minimalistas, tal como Fonseca (2000; 2008) propõe no modelo da Psicoterapia da Relação. Não há parâmetros definidos que norteiam a escolha desta ou daquela forma de intervenção ou deste ou daquele formato de sessão; entendemos, sim: 何 o que guia o terapeuta é a acuidade perceptiva, a interação com o paciente e, certamente, a espontaneidade.

O trabalho do luto implica algumas situações comuns a todo o processo psicoterapêutico. Para discorrer e analisar estas situações à luz do Psicodrama bipessoal, partiremos das ideias de alguns estudiosos,⁵ a respeito dos objetivos (ou tarefas) comuns à psicoterapia com pessoas que passaram pela experiência de perda de um ente querido. Vejamos as situações comuns:

- 1 Aceitar a realidade da perda.
- 2 Enfrentar as emoções do pesar, por mais desconfortáveis e assustadoras que possam ser.
- 3 Adaptar-se à vida sem o falecido.
- 4 Encontrar formas saudáveis de lembrar-se do falecido.
- 5 Descobrir uma nova maneira para relacionar-se com o falecido.
- 6 Enfrentar a realidade após a perda.
- 7 Reconstruir a identidade e a vida.
- 8 Construir significados para a experiência da perda.
- 9 Reconstruir a fé e os sistemas filosóficos abalados pela perda.
- 10 Reinvestir na vida que continua.

Como trabalhamos isto na psicoterapia psicodramática bipessoal?

⁵ Tomamos como referência os estudos de Bowlby (2004b); Parkes (1998; 2009); Worden (1998); Stroebe (1993); Stroebe e Stroebe (1987); Franco (2002); Bromberg (1994); Doka, 1993).

Um aquecimento anterior se faz necessário, e é preciso que o terapeuta, antes de trabalhar diretamente com estas questões referenciais, compreenda quem é pessoa com a qual está trabalhando, quais as circunstâncias e qual o contexto. As sessões iniciais geralmente giram em torno de uma abordagem investigativa que tem o objetivo de esclarecer alguns pontos básicos e iniciais. A respeito do paciente, é importante investigar:

☒ Quem é a pessoa que procurou ajuda (idade, principais papéis desempenhados, crenças religiosas, momento do ciclo vital, crenças individuais e familiares etc.)?

☒ Como se apresenta física e emocionalmente?

☒ Quais as queixas trazidas?

☒ Quais os pensamentos e sentimentos compartilhados?

☒ Como se vincula ao terapeuta?

☒ Como descreve sua vida nesse momento?

Quanto à perda:

☒ Quem morreu? Como? Quando?

☒ Qual era a relação do paciente com o falecido?

☒ Quais as consequências objetivas e subjetivas dessa perda?

☒ O enlutado já viveu outras perdas importantes?

☒ Quando? De quem? Como reagiu?

☒ Existiram rituais de despedida? Quais, como, onde? Quem compareceu?

Trata-se de uma entrevista inicial, de caráter investigativo e exploratório, que geralmente se estende por muito mais de um encontro e cujos dados obtidos serão trabalhados, no momento oportuno, durante o desenrolar do processo psicoterapêutico. Assinale-se que, embora seja uma entrevista objetiva, que visa o acesso ao paciente e à investigação de questões relevantes à perda, é flexível, não estruturada, e não obedece um plano de segmento fixo e linear. De forma didática, entendemos a entrevista como uma atitude específica do terapeuta, nos momentos iniciais do trabalho do luto, que tem um espaço definido no planejamento terapêutico.

Este primeiro momento, que resolvemos chamar de entrevista inicial, é, geralmente, predominantemente verbal e caracterizado pela interação coloquial, pelo diálogo, assinalamentos e algumas interpretações. A interação coloquial representa a comunicação social necessária entre terapeuta e paciente, e abrange desde os cumprimentos básicos até os acordos sobre o contrato de trabalho. O diálogo é a forma elementar de comunicação entre dois interlocutores que têm interesse comum ou coincidente, e acontece por meio de

perguntas, esclarecimentos e explanações. É o meio que possibilita o desenrolar da entrevista e a formação do vínculo terapêutico. Os assinalamentos possibilitam a autointerpretação do paciente, e variam, desde marcações sobre os conteúdos verbais apresentados e discutidos, até as colocações a respeito das diversas formas de expressão corporal do paciente (FONSECA, 2000). As interpretações são intervenções que têm o objetivo de esclarecer, ou seja, tornar explícitos e conscientes conteúdos que, apesar de serem relatados, não são conhecidos (ou são parcialmente conhecidos) e não estão integrados na percepção do paciente.

Contudo, não obstante a característica predominantemente verbal desse primeiro momento, entendido aqui como um aquecimento para as tarefas propriamente ditas, pode acontecer o uso de intervenções psicodramáticas que visam trabalhar de forma mais aprofundada um determinado tema abordado pelo paciente. Em tais situações, o uso de técnicas psicodramáticas de ação como tomada de papel, concretização, solilóquio, duplo, espelho são comuns.

Retomemos agora as tarefas do luto descritas anteriormente, e observemos como é possível trabalhá-las em psicoterapia psicodramática bipessoal.

Um exercício importante e eficaz que favorece a aceitação da realidade da perda é o contar e recontar de histórias, desde o relato das circunstâncias anteriores à perda, às circunstâncias da morte, os momentos finais da vida, a recordação do falecido, das histórias vivenciadas com ele, o relacionamento de ambos etc. É um momento de ‘ressuscitação’ do falecido; ou seja, trazê-lo, simbólica ou dramaticamente, para o momento presente da sessão terapêutica. O contar e recontar das histórias envolve descrições e divagações sobre quem foi a pessoa perdida, como era, o que fazia, hábitos, preferências, crenças, características físicas e de funcionamento, o trabalho, prazeres, aborrecimentos, lembranças de histórias vivenciadas juntos, experiências marcantes, situações cotidianas, desencontros, viagens, rotina diária etc.

Vale ressaltar que a aceitação da realidade da perda é um processo dinâmico, marcado por idas e vindas, que exige tempo para se consolidar. Dessa forma, essas atividades de contar e recontar as mais diversas histórias podem acontecer em diferentes momentos do processo terapêutico e de acordo com a necessidade do enlutado. As narrativas podem ser verbais e/ou dramatizadas, e entendemos que a utilização de técnicas, como, por exemplo, tomada de papel, duplo, entrevista no papel, concretização, solilóquios etc., é necessária e eficaz, pois permite ao enlutado entrar em contato com o falecido internalizado, com os dramas compartilhados, ampliar a sua compreensão do todo, integrar as vivências, e, se necessário, rever crenças e pensamentos disfuncionais, que podem ter implicação desfavorável no enfrentamento do luto.

A fim de favorecer o enfrentamento das emoções do pesar, é importante que o terapeuta funcione como um ego-auxiliar continente, capaz de acolher e suportar a dor e o sofrimento, manifestados pelo paciente. Entendemos ser imprescindível que a postura do terapeuta seja de reconhecimento e legitimação dos sentimentos do enlutado, e que os medos, angústias, impotências e fantasias sejam validados para, posteriormente, serem passíveis de elaboração.

Observamos que, nas situações em que o paciente se encontra muito mobilizado e/ou paralisado por algum sentimento, é possível e pertinente a utilização de algumas técnicas psicodramáticas para a elaboração do paciente. Recursos como a técnica da concretização, por exemplo, que permite ao paciente, no contexto dramático, entrar em contato com seus sentimentos de uma maneira concreta e mais realista, trazendo seus sentimentos o contexto dramático, podem dar forma, vida e voz; vê-lo, ouvi-lo, se colocar diante dele e interagir. Desta forma, é possível que a capacidade de percepção do conflito, o autoconhecimento e o entendimento do sentimento paralisante sejam ampliados e, aos poucos, ressignificados em sua vivência. Podemos concretizar o medo, a solidão, a ausência do falecido, a angústia, a ansiedade etc.

Vejamos um fragmento de sessão em que a utilização da técnica do psicodrama interno favorece o contato com as emoções do pesar e o enfrentamento da realidade da perda.

Nesta sessão, a paciente entrou no consultório com um semblante abatido, mostrava-se tensa, muito ansiosa, angustiada e inquieta. Relatava não entender por que se sentia assim. Sugerimos, então, que ela procurasse uma posição confortável na poltrona e, nesta nova posição, iniciamos um breve relaxamento com a finalidade de, como defende Fonseca (2002), proporcionar um máximo de contato da paciente com seu mundo interno, inicialmente por meio de um instrumento concreto, o corpo, para, paulatinamente, proporcionar o afastamento do pensamento e a aproximação dos sentimentos e das sensações. Quando estava visivelmente relaxada, pedimos que ela entrasse em contato com tudo o que estava sentindo e trouxesse para dentro de si todas as sensações e sentimentos experimentados naquele momento. Uma vez habitada por todas estas sensações e sentimentos, pedimos que os suportasse por alguns instantes e, logo após, solicitamos que congelasse este 'estado interno', e tentasse ver se esta condição emocional presente a remetia a alguma outra situação já vivida.

Imediatamente a paciente gesticula um sinal afirmativo com a cabeça e relata que se lembrou do dia da morte do pai, a cena no hospital. Orientamos que ela permanecesse de olhos fechados e nos descrevesse a cena visualizada: relatou que estava na entrada do hospital, sozinha, sentada no chão, cabisbaixa. Pedimos que ela congelasse esta cena e, posteriormente, fizesse um *zoom*, um recorte, concentrando o foco em si própria: ‘como estava? Como se sentia ali, sentada no chão e sozinha? O que se passava com ela naquele momento?’. A paciente passou a relatar que estava sentada no chão, sozinha, sem chorar. Estava quieta, meio anestesiada, entendendo tudo e ao mesmo tempo sem entender nada. Não sabia o que fazer. Afirmava que estava sentindo um misto de pavor, medo, susto. Pedimos mais uma vez para congelar esta microcena, em que os únicos personagens eram ela e seu mundo interno. O trabalho psicoterapêutico se desenrolou com o foco nessa microcena, trazida pela paciente, centrada especialmente, no conteúdo do seu mundo interno, suas sensações, sentimentos e pensamentos mobilizados no momento da morte do pai. Desta forma, foi possível trabalhar, por meio do psicodrama interno, suas vivências passadas; e, por meio da experiência de reviver novamente uma cena importante, pudemos entrar em contato com as emoções, pensamentos e estados internos até então evitados e não enfrentados. Foi possível reconhecê-los, reconhecer também suas necessidades, e apropriar-se da realidade irreversível da perda.

Tendo conseguido ocupar-se e envolver-se com a experiência passada, contando com o suporte do vínculo com o terapeuta e com o ambiente seguro do contexto dramático, foi possível para a paciente apropriar-se de seus sentimentos, enfrentar as emoções mobilizadas pela morte e aceitar a realidade da perda. O retorno à realidade foi favorecido, e novas alternativas para lidar com a ausência, a saudade, os medos foram sendo exploradas e descobertas. Tem-se mais qualidade e autoconhecimento, para prosseguir e enfrentar a vida sem a pessoa falecida. É o enfrentamento orientado para a perda, favorecendo e permitindo o enfrentamento orientado para a restauração, da forma como propõe o Modelo do Processo Dual do luto (STROEBE & STROEBE, 1993; 1994).

Entendemos que o psicodrama interno é uma técnica importante no trabalho psicoterapêutico com pacientes enlutados; esta se tem mostrado eficaz nas diversas situações, quando se fazem necessárias que o indivíduo reviva suas emoções, ressignifique o contexto da

morte, elabore o impacto da perda. Acreditamos que a vivência psicoterapêutica representa a possibilidade de novas inscrições e a liberação de emoções passadas. “Acontece, muitas vezes, que uma nova marca libera a marca anterior de tal maneira que um novo registro se estabelece, evitando a repetição compulsiva” (FONSECA, 1980, p.113).

A criação de personagem é outro recurso útil e eficaz na psicoterapia psicodramática bipessoal com pacientes enlutados. Vejamos um recorte de uma sessão: propusemos que criássemos dois personagens, um criado pela paciente e o outro pela terapeuta. Estes personagens iriam entrar no contexto dramático, na cena montada pela paciente, com o objetivo de cuidar da menina sozinha, desamparada, triste e confusa.⁶ A paciente escolheu uma boneca de pano e a terapeuta escolheu um boneco de pano, vestido de branco e com cabelos loiros. Antes de entrar no cenário construído, os personagens foram se apresentar e combinar um plano de ação para cumprir a tarefa de cuidar da menina. Já apresentados e tendo combinado algumas estratégias de intervenção, os dois personagens entraram em cena e se aproximaram da menina. Percebemos que o personagem representado pela paciente seria mais um, como outros na sua vida, que iria cobrar uma postura rígida, de autocontrole, força e superação. Não queríamos que as cobranças se repetissem e precisávamos poupá-la das tarefas e discursos de ‘ter que ser forte’, ‘não pode chorar’, ‘precisa ser isto’, ‘tem que ser aquilo’. O personagem criado pela terapeuta entrou ativamente em cena e iniciou um diálogo com a menina, que, inicialmente, mostrou-se bastante curiosa para saber quem ele era. Como resposta, ouviu: ‘meu nome é Gabriel, me chamam de muitas coisas, mas o importante é que eu vim aqui para cuidar um pouco de você e te dizer algumas coisas’. A menina pareceu ficar satisfeita com a resposta e então outras perguntas se sucederam: ‘por que meu pai morreu?’, ‘por que aconteceu isto com ele e comigo?’, ‘eu poderia ter levado meu pai para outra cidade, feito alguma coisa... mas eu não fiz nada’, ‘eu estou com medo’, ‘eu não sei o que fazer’, ‘e agora?’. Durante toda a conversa, a intenção do personagem criado pela terapeuta era validar todas as perguntas inconformadas, as questões levantadas, as sensações físicas e emoções manifestadas da paciente, assegurando que todo aquele comportamento era esperado e absolutamente coerente com a realidade que ela estava experimentando. Além da tentativa de validação, também tínhamos a intenção de contê-la e proporcionar uma experiência de continência emocional, vivência absolutamente organizadora, saudável e útil para o enfrentamento das emoções do pesar. O personagem criado pela terapeuta teve a intenção de

⁶ Esta menina é a própria paciente no momento da morte de um dos pais. Neste fragmento de sessão, decidimos utilizar o substantivo ‘menina’, a forma como ela se referia a si mesma, no momento da perda, para demarcar uma intervenção reparadora, naquele tempo, trazida para o momento presente da sessão dramática.

atuar desempenhando uma função ‘reparadora’, ou seja, validar a realidade vivida pela paciente e garantir continência a sua dor. Desempenhou uma função materna e possibilitou uma experiência capaz de, no contexto psicodramático, mobilizar na paciente *eus* parciais saudáveis, capazes de suportar a dor e a separação, e integrá-los ao *eu* total por meio da ação e na vivência da relação (FONSECA, 2000).

O desinvestimento na relação com o falecido implica, além de outras coisas, a criação de uma nova maneira de se relacionar com ele, agora internalizado. Para tanto, inicialmente, o terapeuta busca favorecer o resgate do falecido internalizado, o que pode ser feito por meio do contar e recontar de histórias e da presentificação do falecido através do jogo de papéis. O paciente e/ou o terapeuta podem representar o papel da pessoa que morreu e interagir com o outro. Podemos realizar também a técnica da entrevista no papel, em que o paciente, devidamente aquecido, toma o papel do falecido e, por meio do diálogo e de assinalamentos, interage com o terapeuta. Se necessário, pode ocorrer também a utilização de técnicas complementares, como a inversão de papéis, o duplo, espelho, solilóquio etc. Este exercício de vivência dramática possibilita ao paciente resgatar o falecido no seu mundo interno e estabelecer uma nova maneira de se relacionar com ele, agora não mais presente no contexto real, porém vivo dentro de si. “[...] o trabalho do enlutamento pode ser uma atividade criativa, um gradual colocar de peças de um quebra-cabeças que, ao final, nos terão permitido encontrar uma imagem e um lugar em nossas vidas para as pessoas que amamos e perdemos” (PARKES, 1998, p. 93).

No que se refere à reconstrução da identidade, entendemos que o ponto de partida é o autoconhecimento: é preciso que o enlutado primeiro conheça a si próprio, mesmo que em um momento marcado pela desorganização interna e repleto de inseguranças, dúvidas e confusões, para, em um segundo momento, reconhecer suas necessidades, identificar as mudanças necessárias e desejadas, e só depois operacionalizá-las.

Moreno (1983; 1987^a; 1987^b) compreende a identidade por meio dos papéis desempenhados pelo indivíduo e das relações entre eles. A exploração do mapa de papéis que compõem a identidade do enlutado permite conhecer quem ele é, como funciona, quais os papéis mais desenvolvidos, os que estão embotados, as dinâmicas entre os papéis, como o paciente funciona em cada papel, suas dificuldades, possibilidades, crenças etc. O átomo social constitui outra importante técnica psicoterapêutica que possibilita ao enlutado o conhecimento de suas relações interpessoais e a qualidade destas relações. Entendemos ser possível, por meio do trabalho explorativo, investigativo e interventivo, na escultura do átomo social, favorecer o conhecimento da rede de apoio socioafetiva, compreender a forma como se

relaciona com as pessoas, os papéis assumidos neste grupo, sua posição sociométrica etc. De posse do conhecimento das principais relações socioafetivas, do entendimento da maneira como interage e se relaciona, da compreensão dos papéis que desempenha e das articulações entre eles, o enlutado se apropria de sua identidade e pode reconhecer as mudanças necessárias.

Outra tarefa importante na psicoterapia com pacientes enlutados refere-se à necessidade de o paciente compreender o papel do falecido no sistema familiar, e buscar promover as articulações necessárias para a melhor adaptação possível da família às mudanças determinadas pela perda. A técnica da escultura (ou átomo) familiar permite visualizar, conhecer e explorar o papel central do falecido no contexto familiar, além de esboçar, no contexto dramático, algumas possibilidades de reestruturação das relações familiares. A distribuição das tarefas e responsabilidades antes assumidas pelo morto pode ser realizada de acordo com as características pessoais, limites e possibilidades dos membros sobreviventes.

Além da redistribuição dos papéis antes desempenhados pelo falecido, a morte pode provocar mudanças significativas nos padrões de relação familiar. Entendemos que o uso de técnicas como a escultura familiar, tomada e/ou inversão de papel, duplo, espelho, solilóquio e projeção de futuro são importantes para a exploração e intervenção psicoterapêutica na dinâmica das relações familiares. Além do investimento na qualidade das relações familiares, o fortalecimento da rede de apoio social extrafamiliar é uma conduta importante que favorece o enfrentamento do processo de luto, e implica descoberta e reinvestimento saudável de afeto em outras fontes de relacionamento.

Concordamos com Bromberg (1994), sobre a importância dos rituais com cunho terapêutico para o trabalho de elaboração do luto, e entendemos que a psicoterapia psicodramática bipessoal é um método que favorece a realização de rituais capazes de favorecer a aceitação da morte, a apropriação da perda, as despedidas e a entrada do paciente no processo de elaboração do luto. Tais rituais podem ser realizados no contexto social e também no contexto psicodramático da sessão. Acreditamos que as dramatizações clássicas e o psicodrama interno são recursos técnicos que favorecem a construção de rituais terapêuticos: é possível executar, junto com o paciente, rituais que precisam ser vivenciados por ele ou reviver rituais já vivenciados com o objetivo de atuar em um 'repetir diferenciando', que possibilita a vivência, em situação psicoterapêutica, de uma segunda vez, liberando as marcas desconfortáveis da primeira (FONSECA, 1980).

Assinale-se que o trabalho dramático com sonhos é outra possibilidade de atuação junto aos pacientes enlutados. Geralmente trabalhamos com a técnica da presentificação do sonho: o paciente relata o sonho no presente e, por meio da observação do relato e da acuidade perceptiva, o terapeuta explora, por meio de técnicas psicodramáticas, as cenas, os personagens e as sensações descritas.

Por fim, entendemos que o psicodrama bipessoal, como uma forma de psicoterapia respaldada na relação, e que conta com recursos técnicos eficazes para trabalhar as relações inter-relacionais e intrapsíquicas do enlutado, é um método importante e de grande contribuição para o resgate da espontaneidade e do potencial criativo do enlutado, objetivo maior de todo o trabalho psicoterapêutico.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde que iniciamos a presente pesquisa, ficávamos nos perguntando a respeito das considerações que se fariam relevantes ao final deste estudo. 卍 O que pensaríamos após a exposição e as reflexões apresentadas? O que teríamos a dizer a respeito das considerações aqui apresentadas sobre a Teoria do Apego e o Psicodrama; e, mais especificamente, sobre o processo de luto e a psicoterapia com pacientes enlutados? Vejamos...

Começamos entendendo a abrangência e a complexidade do tema proposto, e nos dando conta do grande desafio de aprofundar e ampliar as questões teóricas e práticas que envolvem essas duas grandes áreas do conhecimento. Ratificamos a nossa intenção inicial de pretender iniciar a discussão e lançar uma primeira reflexão a respeito da Teoria do Apego e do Psicodrama, com foco no processo psicoterapêutico bipessoal com pacientes enlutados, e entendemos a importância e a necessidade de aprofundar esta reflexão e desenvolver mais pesquisas sobre o tema.

As duas teorias aqui apresentadas partem do mesmo ponto, o inter-relacional, ou seja, iniciam suas hipóteses e postulados a partir da observação, análise e compreensão do indivíduo em relação. *A Teoria do Apego* parte do estudo do comportamento instintivo animal e humano, da formação do comportamento de apego em crianças pequenas e das diferentes reações observadas nas situações em que as crianças são separadas de suas mães. *O Psicodrama* parte de uma concepção relacional do homem, e defende que não podemos entendê-lo senão a partir das relações que estabelece (inicialmente na matriz de identidade; e, posteriormente, durante toda a vida, com os outros com quem se relaciona) e dos papéis que desempenha. O luto é um processo psicossocial que se inicia a partir do rompimento de vínculo. Nada mais coerente do que partir de teorias que têm como foco o inter-relacional, para estudarmos um fenômeno cuja essência é o rompimento de um vínculo, e para pensarmos sobre o trabalho psicoterapêutico cujo foco central é o rompimento deste vínculo e suas mais diversas repercussões.

Acreditamos que o Psicodrama é importante, pois complementa, com seus conceitos básicos e sua visão de homem, o entendimento da vivência do indivíduo enlutado, e fornece, por meio do seu instrumental técnico, ferramentas de ação que nos instrumentalizam para o desenvolvimento de um trabalho psicoterapêutico eficaz, junto aos pacientes que passam pela experiência do luto. Como teoria da ação, desenvolvida por um homem-gênio que mais realizava e atuava, e pouco sistematizava seus pensamentos e conhecimentos, o Psicodrama

vem conferir ação à teorização, sugerir intervenção coerente à Teoria do Apego, e oferecer ferramentas próprias que possibilitam a atuação coerente do psicólogo nas situações de luto.

Entendemos como outra grande contribuição do Psicodrama, para o entendimento do processo de luto e da psicoterapia com indivíduos enlutados, o conceito de Espontaneidade, entendida como a capacidade de o indivíduo responder, conforme requerido; ou seja, dar respostas adequadas às situações novas e também respostas novas e/ou competentes às situações antigas que se lhe apresentam. Ressaltamos a importância de trabalhar a espontaneidade do cuidador para a saúde do indivíduo em desenvolvimento; entendemos que a espontaneidade é importante tanto para promover a qualidade das respostas da mãe (ou cuidador) durante a formação e manutenção do comportamento de apego e durante as experiências da criança na matriz de identidade, como para possibilitar o desenvolvimento posterior de vínculos saudáveis.

Acreditamos também na importância de resgatar a espontaneidade do indivíduo que sofre um processo de luto, pois entendemos que, de posse do seu potencial espontâneo e criativo, a ansiedade e a angústia sentidas são minimizadas, e torna-se possível a busca por respostas novas, assertivas e competentes, exigidas pela reconstrução da identidade, pela mudança de mundo presumido e pelo processo de transição psicossocial imposto pelo luto.

A espontaneidade confere saúde não apenas ao enlutado e ao ego-auxiliar (mãe ou outro cuidador), mas também ao terapeuta que trabalha com pacientes enlutados, que funciona, muitas vezes, como ego-auxiliar semelhante ao primeiro ego experimentado pela criança, na matriz de identidade (ou durante a formação do apego), que cuida, dá a contenção e o suporte necessários ao enfrentamento da dor do pesar, e possibilita a reconstrução da vida.

A relação terapeuta-paciente é um veículo capaz de promover e fazer fluir, tanto no paciente como no terapeuta, a espontaneidade e a criatividade necessárias ao enfrentamento do processo de enlutamento. É importante estarmos sempre atentos para o estado de nossa espontaneidade, enquanto terapeutas do luto, e buscarmos mantê-la acessível e aquecida, seja por meio do trabalho psicoterapêutico que cuida e elabora nossos dramas, seja por meio de cursos e oficinas capazes de promover a reorganização intelectual e afetiva, e instrumentalizar o desenvolvimento do trabalho.

Como psicodramatista, entendemos que a Teoria do Apego nos dá a base teórica que permite a atuação junto aos pacientes que vivenciam o processo de luto. O Psicodrama, apesar de disponibilizar uma teoria das relações interpessoais, com seus diversos instrumentos técnicos de ação e de intervenção psicoterapêutica, não fornece uma base para a compreensão do processo de luto com todos os seus componentes e desdobramentos. Convém enfatizar que

Moreno buscou compreender o homem em sua complexidade inter-relacional, e descreveu o processo de formação dos vínculos na matriz de identidade. Por sua vez, Bustos desenvolveu estudos importantes sobre o conceito e a qualidade do vínculo, e criou uma teoria para explicar o desenvolvimento e o agrupamento dos papéis, de acordo com o desenvolvimento na matriz de identidade; Fonseca sistematizou um modelo de psicoterapia psicodramática respaldada na relação existente entre terapeuta e paciente; Cukier, Dias, Fonseca e Bustos, dentre outros, construíram, pós-Moreno, o psicodrama bipessoal como método psicoterapêutico eficaz; no entanto, nenhum deles buscou compreender o complexo processo que envolve o rompimento dos vínculos nem analisar as peculiaridades da psicoterapia psicodramática bipessoal com pacientes enlutados.

Diante disso, ressaltamos a necessidade de nós, psicodramatistas, recorrermos a alguma teoria específica e sólida, que seja capaz de fornecer uma base segura para a compreensão do processo de rompimento de vínculo, e dar orientação e guia para que nos possamos lançar, corajosamente, no entendimento do luto, no trabalho e na sistematização da psicoterapia com indivíduos enlutados. Acreditamos que a *Teoria do Apego* e o *Psicodrama* são, no que se refere ao processo do luto e, mais especificamente, à psicoterapia com pacientes enlutados, teorias complementares que têm muito a oferecer e a contribuir significativamente para o desenvolvimento de um trabalho psicoterapêutico sólido, coerente e eficaz.

Entendemos que o tema desta dissertação é ainda pouco desenvolvido, não obstante sua importância; por isso, gostaríamos de enfatizar a necessidade de continuação de pesquisas nesta área. Esperamos que este estudo seja um aquecimento, e constitua ponto de partida para o desenvolvimento de outros estudos.

REFERÊNCIAS

- BERTHOUD, C.M.E. et al. **Ensaio sobre a formação e o rompimento de vínculos afetivos**. Taubaté: Cabral Universitária, 1998.
- BOWLBY, J. **Formação e Rompimento dos Laços Afetivos**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1977.
- _____. **Apego e perda: apego**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002. v.1.
- _____. **Apego e perda: separação: angústia e raiva**. São Paulo: Martins Fontes, 2004a. v. 2.
- _____. **Apego e perda: perda: tristeza e depressão**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004b. v. 3.
- _____. **A secure base: clinical application of attachment theory**. Londres: Routledge, 1988.
- _____. Postscript. In: Parkes, C. M. et al. **Attachment across the life cycle**. Londres: Routledge, 1991.
- BRADBURY, M. **Representations of death: a social psychological perspective**. Londres: Routledge, 1999.
- BROMBERG, M.H.P.F. **A psicoterapia em situações de perda e luto**. Campinas: Editorial Psi II, 1998.
- BRITO, V. Um convite à pesquisa: epistemologia qualitativa e psicodrama. In: MONTEIRO, A. M. **Pesquisa qualitativa e psicodrama**. São Paulo: Ágora, 2006.
- BUBER, M. **Eu e tu**. 8. ed. São Paulo: Centauro, 2004.
- BUSTOS, D. **Psicoterapia psicodramática**. São Paulo: Brasiliense, 1979.
- _____. **Perigo amor a vista: drama e psicodrama de casais**. São Paulo: Aleph, 1990.
- _____. **Novos rumos em psicodrama**. São Paulo: Ática, 1992.
- _____. **O psicodrama: aplicações da técnica psicodramática**. São Paulo: Ágora, 2005.
- CALVENTE, C. F. **O personagem na psicoterapia: articulações psicodramáticas**. São Paulo: Ágora, 2002.
- CESARINO, A.C. et al. **A ética nos grupos: a contribuição do psicodrama**. São Paulo: Ágora, 2002.
- COSTA, W.G. **Socionomia como expressão de vida: um modelo de sistematização da teoria de Moreno**. Fortaleza: Fundação de Estudos e Pesquisas Socionômicas do Brasil, 1996.
- CUKIER, R. **Psicodrama bipessoal: sua técnica, seu terapeuta e seu paciente**. São Paulo: Ágora, 1992.

- DIAS, V.R.C. **Psicodrama teoria e prática**. São Paulo: Ágora, 1987.
- _____. **Sonhos e psicodrama interno na análise psicodramática**. São Paulo: Ágora, 1996.
- DOMINGOS, B.; MALUF, M. R. Experiências de perda e de luto em escolares de 13 a 18 anos. In: **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 16, n. 3, p. 577-589, 2003.
- FÉO, M. S. **A construção de personagens no psicodrama**, 2007. [Texto cedido pela autora].
- FONSECA, J. **Psicodrama da loucura: correlações entre Buber e Moreno**. São Paulo: Ágora, 1980.
- _____. **Psicoterapia da relação: elementos do psicodrama contemporâneo**. São Paulo: Ágora, 2000.
- _____. **Psicoterapia da relação: um psicodrama minimalista**, 2008. [Texto não publicado].
- FONSECA, J. P. **Luto antecipatório: as experiências pessoais, familiares e sociais de uma morte anunciada**. Campinas: Livro Pleno, 2004.
- _____. Luto antecipatório. In: FRANCO, M. H. P. **Estudos avançados sobre o luto**. Campinas: Livro Pleno, 2002.
- FRANCO, M. H. P. **Estudos avançados sobre o luto**. Campinas: Livro Pleno, 2002.
- FREUD, S. Luto e melancolia. In: **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, (1917[1915]).
- GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.
- GONÇALVES, C. S. **Lições de psicodrama: introdução ao pensamento de J.L. Moreno**. São Paulo: Ágora, 1988.
- JACOBS, S. **Pathologic grief: maladaptation to loss**. Washington DC e Londres: American Psychiatric Press, 1993.
- KAUFMAN, A. O jogo em psicoterapia individual. In: **Revista da Febrap**. v. 2, p. 82-86, 1978.
- KNOBEL, A. M. **Moreno em ato: a construção do psicodrama a partir das práticas**. São Paulo: Ágora, 2004.
- KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.
- KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- MAZORRA, L. **A construção de significados atribuídos à morte de um ente querido e o processo de luto**. São Paulo. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) 卍Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2009.
- MCCRAE, R. R. e Costa, P.T.Jr. Psychological Resilience among widowed men and women: a 10 year follow-up of a national sample. In: STROEBE, M.; STROEBE, W.; HANSON R. O. **Handbook of bereavement**. Cambridge, Cambridge University Press, 1993.

- MONTEIRO, A. M. **Pesquisa qualitativa e psicodrama**. São Paulo: Ágora, 2006.
- MONTEIRO, R. F. **Técnicas fundamentais do psicodrama**. São Paulo: Ágora, 1998.
- MORENO, J. L. **Fundamentos do psicodrama**. 2. ed. São Paulo: Summus, 1983.
- _____. **O teatro da espontaneidade**. São Paulo: Summus, 1984.
- _____. **Quem sobreviverá?: fundamentos da sociometria, psicoterapia de grupo e sociodrama**. Goiânia: Dimensão, 1992. vol. I.
- _____. **Quem sobreviverá?: fundamentos da sociometria, psicoterapia de grupo e sociodrama**. Goiânia: Dimensão, 1997a. vol. II.
- _____. **Psicodrama**. São Paulo: Cultrix, 1997b.
- _____. **Psicoterapia de grupo e psicodrama**. 3. ed. Campinas: Livro Pleno, 1999.
- MORENO, Z. T. (1975). **Psicodrama de crianças**. Petrópolis: Vozes, 1975.
- OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Recife: Bagaço, 2005.
- PARKES, C. M. **Bereavement: studies of grief in adult life**. Londres: Penguin Books, 1986.
- _____. **Luto: estudos sobre a perda na vida adulta**. São Paulo: Summus, 1998.
- _____. **Amor e perda: as raízes do luto e suas complicações**. São Paulo: Summus, 2009.
- PERAZZO, S. **Descansem em paz os nossos mortos dentro de mim**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1986.
- _____. **O método psicodramático no atendimento bipessoal**. Rio de Janeiro, 1960. [Texto apresentado no V Congresso Brasileiro de Psicodrama].
- _____. (1994). **Ainda e sempre psicodrama**. São Paulo: Ágora, 1994.
- _____. **Fragmentos de um olhar psicodramático**. São Paulo: Ágora, 1999.
- PINCUS, L. **A família e a morte: como enfrentar o luto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.
- RANDO, T. A. **Treatment of complicated mourning**. Illinois: Research Press, 1993.
- SILVA FILHO, Altenfelder L. M. Psicograma: utilização do desenho em psicoterapia psicodramática. In: **Revista Temas – teoria e prática da psicoterapia**. São Paulo, v. 21, p. 101-127, 1981.
- STROEBE, M. S; STROEBE, W. **Bereavement and health: the psychological and physical consequences of partner loss**. Cambridge: Nova York / Sydney: Cambridge University Press, 1978.

STROEBE, M. S. et al. **Handbook of bereavement: theory, research and intervention.** Cambridge: Cambridge University Press, 1993.

STROEBE, M.S.; SCHUT, H.; VAN DEN BOUT, J. **The dual process model of bereavement.** Trabalho apresentado no IV Congresso Internacional sobre Luto na Sociedade Contemporânea, em Estocolmo, Suécia, 12-16 jun. 1994.

TORRES-GODOY, P. H. (2001). **Dramaterapia: dramaturgia, teatro, terapia.** Santiago: Cuarto Próprio, 2001.

_____. **Sangra la escena: psicodramaterapia del trauma y del duelo.** Santiago: Esdras, Universidade de Chile, 2007.

TORRES, W.C. **A criança diante da morte.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

WALSH, F.; MCGOLDRICK, M. **Loss living beyond loss: death in the family.** Nova Iorque: W.W. Norton & Co, 1993.

WALTER, W. **Michaelis: moderno dicionário da língua portuguesa.** São Paulo: Melhoramentos, 2004.

WORDEN, J.W. **Terapia do luto.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.