

Rompimento amoroso, depressão e auto-estima: estudo de caso

Dilcio Dantas Guedes

Professor da Universidade Estadual do Piauí. Mestre em Psicologia pela Universidade de Fortaleza. Doutorando em Psicologia do Desenvolvimento pela Université Paris X, França.

End.: 103, Rue Haxo, 75020, Paris, França.

E-mail: dilcio@gmail.com

Julieta Monteiro-Leitner

Doutora em Psicologia Educacional pela Southern Illinois University (Illinois, EUA).

End.: Department of Education Administration and Counseling Scully 409G. MS 5550 Cape Girardeau, MO 63701, United States of America

Email: jleitner@semo.edu

Karine Cardozo Rodrigues Machado

Psicóloga. Psicoterapeuta, formação clínica em Gestalt-terapia. Aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

End.: R. Pastor Gabino Brelaz, 1401 Bl. C. apt. 201, Capim Macio. Natal, RN. CEP: 59082-010

E-mail: kcrodriguesm@hotmail.com

Resumo

Estudo de caso sobre a vivência psicoterápica de um adulto (22 anos), em momento de crise relacionada à ruptura de uma relação amorosa. O processo psicoterápico desdobrou-se em duzentas sessões e follow up. Os dados foram colhidos através de registros das sessões, Versões de Sentido, Inventário de auto-estima de Coopersmith (SEI), Inventário de Depressão de Beck (IBD) e um Questionário de triagem de Depressão fundamentado no DSM IV (QTD). Suspeitávamos que quanto maior fosse sua aceitação sobre sua condição psicológica, maior seriam seus índices de auto-estima; e quanto maior fosse sua autonomia, menor seriam seus índices de depressão. Os resultados apontaram que o cliente aprofundou a percepção de sua condição de responsabilidade existencial e entrou em contato com sua insegurança, identificada a causas externas, sobretudo ante experiências nas relações amorosas. Assim, percebeu-se em progressivo contato com seus sinais somáticos, compreendendo-os e os integrando à sua forma de estar-no-mundo. Tal compreensão pareceu colocá-lo na perspectiva de responsabilizar-se pelos seus projetos existenciais, assumindo uma forma autêntica de viver e pensar sua psicopatologia.

Palavras-chave: perturbação psicótica breve, depressão, auto-estima, rompimento amoroso, psicoterapia.

Abstract

Case study of a young adult's (22) psychotherapy experience during an emotional crisis prompted by the breakup of a love relationship. The psychotherapy process was developed over two hundred sessions with follow up. Data was collected using notes from the sessions, the Coopersmith self-esteem inventory, the Beck Depression Inventory and a final questionnaire on depression (DSM-IV). We assumed that the more emotional expressions of acceptance about his psychological condition were affirmed, the higher his self-esteem levels would be, and the more autonomous behaviours experienced, the lower the levels of depression he would present. Results indicated that client maintained his responsibility and existential perceptions and improved awareness about his emotional insecurity as well as identifying external reasons for his model of love relationship. Thus, he perceived himself to be in progressive

contact with his somatic symptoms, understanding and integrating them into his way of being in the world. Such comprehension and learning increased his sense of responsibility for himself and his own existential projects, authentically integrating them into his psychopathology.

Keywords: brief psychotic trouble, depression, self-esteem, breakups, psychotherapy.

Introdução

Poucos ainda são os estudos publicados no Brasil, no contexto das abordagens com base na filosofia fenomenológica existencial, que expõem casos clínicos, utilizando-se de leituras quanti-qualitativas de seus processos. A maioria deles são exemplos ímpares de análise refinada dos aspectos intersubjetivos da relação psicoterápica como em Amatuzzi (1996, 1995, 1993), Moreira (1987), Forghieri (1993), entre outros. Neste estudo de caso apresentamos uma compreensão da vivência psicoterápica de um jovem adulto, que foi levado à psicoterapia pela sua genitora, em momento de crise psíquica, diagnosticada como “perturbação psicótica breve” (F23.XX, Cf. DSM-IV), após a ruptura de uma relação amorosa. À princípio, o recurso de um método quantitativo foi acordado, entre cliente e psicoterapeuta, como uma das ferramentas para o avaliação do caso. Em seguida, verificamos que esse recurso mostrou-se profícuo, não só na investigação da eficácia do tratamento, mas também como um suporte adicional à leitura do fenômeno clínico que foi trabalhado no decorrer das sessões. O que apresentamos nesse artigo trata-se da apresentação dessa tentativa de investigação da eficácia do processo terapêutico, de base centrada na pessoa, recorrendo a indicadores padronizados e entrevista clínica. Focalizamos, nesse recorte, os aspectos clínicos em duas repercussões psíquicas: a depressão e a baixo auto-estima. O processo psicoterápico desdobrou-se em duzentas sessões, tendo sido finalizado quando cliente e psicoterapeuta chegaram a um acordo sobre a possibilidade do cliente retomar o curso da sua vida, havendo uma reavaliação do seu progresso clínico, seis meses depois do término do processo.

Apresentamos alguns elementos teóricos como guia da leitura intersubjetiva engendrada na relação psicoterápica. A base dessa relação está fundamentada nos pressupostos da terapia centrada na pessoa (Rogers, 1951, 1977), mas também dialoga com os princípios filosóficos da fenomenologia-existencial. O diálogo que se estabelece com esses princípios remete à noção de homem e ao princípio que a psicoterapia estabelece em um contexto interpessoal subjetivo (Amatuzzi, 1993); que é, por sua vez, possibilitada pela postura fenomenológica (Moreira, 2001). Tal postura faz entender que o terapeuta possui múltiplas escutas que reatualizam o cliente em seu projeto existencial e em sua responsabilidade perante esse projeto (Amatuzzi, 1989; Erthal, 1995). Além disso, um dos suportes para a investigação clínica e para a intervenção psicoterápica, nessa abordagem, é encontrado no método fenomenológico (Amatuzzi, 2001, 1995; Fonseca, 1998; Forghieri, 1993).

Psicoterapia Centrada na Pessoa: fundamentos e método

Os princípios filosóficos da psicoterapia centrada na pessoa entende o homem a partir de três noções: a de homem enquanto mundano, autônomo e responsável. O homem mundano é descrito por Merleau-Ponty (1945/1994) a partir da compreensão de um sujeito inserido no mundo, concretamente, marcado pela sua facticidade. Aqui, a dimensão homem e a dimensão mundo não são polarizadas, mas mutuamente constituídas.

A condição de autonomia remete à idéia de um sujeito concreto, histórico e intersubjetivo, que gera um fluxo de produção de sentidos. Esse *status* de autonomia indica que as responsabilidades pelas decisões que toma e o afetamento através delas passam pela possibilidade de participação ativa na vida através dos recursos próprios. Já a concepção de responsabilidade consiste não somente naquilo que se refere à tomada de decisões, mas em ser livre para sua construção existencial, dependendo dele e das relações intersubjetivas que vivencia (Moreira, 2001). Em síntese, esses princípios filosóficos descrevem um homem que tem possibilidades infinitas para a promoção de seu próprio desenvolvimento pessoal e comunal, dando-se em um processo de construção, que também pode ser facilitado por um processo psicoterápico.

Entende-se processo como um movimento ativo, dinâmico, evolutivo, voltado para determinada meta com propósito de mudança. Fundamenta-se em uma relação interpessoal subjetiva, cuja força motriz é a presença de uma mobilização interior, correspondente à mudanças ou motivações às mesmas, desdobrando a relação do sujeito com o mundo (Amatuzzi, 1993). Trata-se de um movimento singular, que implica em questionamentos, mobilizações voltadas para mudanças e ao enfrentamento vivencial no mundo. Em psicoterapia, esse movimento só fará sentido enquanto entendido como enfrentamento, visto que o espaço psicoterapêutico tenta garantir um suporte e abertura para que o cliente possa entrar em contato, cada vez maior, com seu fluxo de vivências de forma autêntica e espontânea.

A relação interpessoal subjetiva, neste íterim, é uma troca mútua entre subjetividades, que implica em uma abertura, de mão dupla, para as alteridades, afirmando-as. Essa condição de afirmação desencadeia possibilidades de encontros e ressonâncias, reflexões e afetações de conteúdos reconhecidos como produtos provenientes desta troca. Tal relação concretiza-se no encontro genuinamente existencial pelo qual o outro afeta, de alguma maneira, minha existência, principalmente na dimensão onde ele me faz crescer.

Assim, o processo psicoterápico seria uma relação articulada à produção de um fluxo interpessoal subjetivo. Esse fluxo engendra, mantém e incrementa um vínculo que se volta para a autonomia do sujeito. Por este elo, procura ampliar o seu campo fenomênico do sujeito e facilitar a compreensão de novas possibilidades de escolha no-mundo. A vivência é, então, o foco desse elo dialógico e se constitui para além da relação instaurada pelos protagonistas e dos seus horizontes vivenciais (espaciais, temporais, corporais e intersubjetivos) (Fonseca, 1998; Guedes & Andrade, 1999). Na psicoterapia, o sujeito fala sobre seu sofrimento, muitas vezes, depositando no terapeuta uma missão da retomada de si. O psicoterapeuta, por sua vez, acolhe este apelo, mas deixando sempre claro que “juntos” irão buscar significados ante a vivência obnubilante e esmagadora, que o mobiliza e compromete seu projeto existencial.

Tal postura é consoante à idéia de Pimentel (2003), para quem o cliente desenvolve uma autonomia sobre seu processo pessoal:

O cliente é genuinamente respeitado e apoiado na exploração profunda das suas questões em seu próprio tempo; na busca de encontrar diferentes maneiras para expressar-se; apreciar a atividade de explorar suas questões com outra pessoa. Aprende a olhar o modo como ele constrói seu processo, participando das coisas da vida de uma forma diferente, desenvolvendo esperança e confiança na possibilidade de tomar decisões (p. 54-55).

Essa atitude de relação intersubjetiva sustenta-se no princípio de facilitar que o cliente possa dar-se conta de sua inserção no mundo através da percepção de si, do outro e do ambiente, em um clima dialógico. Esse clima pressupõe condições de aceitação incondicional, empatia e genuinidade. A ênfase está na relação terapêutica, mesmo marcada pela assimetria institucional entre terapeuta e cliente (Bucher, 1989). Porém, Moreira et al. (1995) ensina que, ao assumir uma relação dessa natureza, a assimetria tende a ser minimizada no instante em que a postura do terapeuta permite uma escuta de múltiplas dimensões do processo psicoterápico, sobretudo quando da implicação da auto-escuta do terapeuta no processo – trata-se da postura fenomenológica:

... o psicoterapeuta deverá, em primeira instância, desenvolver uma dupla escuta, ou seja, escutar ao cliente e a si mesmo (...): por um lado, o material trazido para sessão pelo cliente, por outro lado, sentimentos e teorizações vivenciadas pelo terapeuta a serem utilizadas como instrumento de intervenções. Seu objetivo é que, a partir do que expressa, o cliente se verifique no que diz, aprimore sua percepção própria e de como se relaciona no mundo (p. 11).

O cliente, conforme esperado pela motivação gerada pela experiência vivida e pela facilitação do terapeuta, produz um fluxo de sentidos para o que é dito (e mesmo para o que é silenciado). Essas falas comprometeriam o sujeito ante sua responsabilidade por si mesmo e o remeteria a um projeto existencial que, por sua

vez, implica em uma tomada de posição. Por essa tomada de posição, o sujeito integrar-se-ia ao seu mundo interior e, assim, pela pronúncia que faz, desdobraria os significados de suas experiências (Amatuzzi, 1989, 2001; Bucher, 1989).

No entanto, a tomada de posição não é assumida instantaneamente. Ela precisa ser escutada em múltiplas referências e precisa ser lapidada: o que coloca o sujeito diante da concreticidade da existência, gerando angústia. É, justamente, a partir desse lugar de angústia que a mudança se opera, assim como possibilita exercitar a negação de si, caso o sujeito não queira assumir a responsabilidade da tomada de posição. Dessa forma, o sujeito tem duas opções elementares, dentre tantas infinitas: ou aceita a angústia e dela aproveita-se para promover crescimento autêntico, ampliando seu campo fenomênico e, conseqüentemente, ampliando seu leque de escolhas e variabilidade de condutas; ou, então, nega a integração da angústia à sua vivência, diminuindo suas opções e aumentando sentimentos de culpa que, possivelmente, fomentará o tédio existencial, intensificando a desorganização psicológica (Erthal, 1995, 1989). É por isso que se afirma que o objetivo da psicoterapia é, em justa medida, favorecer que o sujeito possa autorizar-se como sujeito, a tomar posições a partir de sua liberdade de escolha e a assumir sua angústia existencial de ser “só”, mesmo que em relação (Moreira, 2001). Desta forma, o processo pode ser articulado e atualizado ao posicionamento do psicoterapeuta, através de sua versão de sentido.

A Versão de Sentido é uma modalidade de produção de sentido para aquilo que foi vivenciado. Portanto, transborda de conteúdos, considerando-os substanciais no intercurso de subjetivação do processo terapêutico, ou de pesquisa ou supervisão. Moreira et al.(1995) afirma que:

A versão de sentido enfatiza as sensações do terapeuta. A partir da descrição do vivenciado visa alcançar a essência e a dinâmica do processo, extrapolando o simples registro (...). Aproximando-o de suas inquietações e lhe permitindo compreender a unicidade do processo, diferenciando, ao mesmo tempo, os conteúdos do cliente e suas próprias questões (p. 20).

No contexto psicoterápico, a versão de sentido é um instrumento de valia para a compreensão do processo, visto que resgata o vivido no tempo presente, o que permite desdobrá-lo, se verificados outros sentidos para o mesmo.

O suporte metodológico da psicoterapia centrada na pessoa e da pesquisa empírica em psicoterapia, nessa abordagem, respalda-se no método fenomenológico. A princípio, dois momentos compreendem esse método: o envolvimento existencial e os distanciamento reflexivo. O primeiro consiste em uma aproximação à experiência vivida pela via da imersão nos horizontes vivenciais (espaciais, temporais, corporais e subjetivos). No distanciamento reflexivo, o terapeuta procura estabelecer um afastamento da vivência compartilhada para tentar enunciar, descrever seu sentido pela via da redução fenomenológica. Para Merleau-Ponty (1974), a redução fenomenológica é a resolução de colocar em suspenso as afirmações espontâneas que vivemos para compreendê-las e explicitá-las. Ao contrário de negá-las ou suprimi-las, busca-se o significado singular da existência em sua facticidade. Tal distanciamento, por sua vez, nunca é completo, pois precisa manter um elo com a vivência para estabelecer maior proximidade dela na troca intersubjetiva – o que confirmará, ou não, o sentido explicitado (Forghieri, 1993). É importante ressaltar que o terapeuta precisa estar presente na relação, trazendo tudo de si e experimentando o que acontece consigo e com o cliente, atento a que sentimentos são gerados, sem nunca esquecer que a experiência do outro é autêntica e singular (Pimentel, 2003).

Variadas dimensões da relação intersubjetiva podem ser focalizadas pela via da versão de sentido. Para este estudo, procurou-se centrar nos elementos da autocompreensão, da auto-aceitação, da autonomia, do potencial de escolha e da formulação de projetos existenciais. O motivo dessa focalização deveu-se ao contexto da demanda, do elemento psicopatológico da depressão e da perda da realidade sofrida pelo sujeito, por onde perpassa o sentimento de baixa auto-estima.

Por autocompreensão entende-se a dimensão psicológica de identificar e assimilar os conteúdos emocionais, volitivos e cognitivos, assim como os limites pessoais ante diferentes situações

da existência. A autocompreensão articula-se à auto-aceitação. Por auto-aceitação entende-se a capacidade de compreender e afirmar os potenciais emocionais, cognitivos e volitivos, assim como os limites pessoais em face de diversas situações existenciais. A auto-aceitação pressupõe a autonomia existencial. Por autonomia entende-se a produção de sentidos autênticos e congruentes através da responsabilidade por si mesmo, que engendra múltiplos contornos à tomada de posição, às escolhas e às atitudes ante as diferentes situações da existência (Moreira et al, 1995).

A autonomia pressupõe um potencial de escolha. Por potencial de escolha, entende-se a um conjunto de dispositivos internos (emocionais, volitivos e cognitivos) e externos (políticos, econômicos e sociais) que dão suporte ao sujeito estabelecer metas e estratégias para alcançar seus objetivos psicológicos e materiais. Geralmente essas escolhas remetem à noção de auto-atualização (Rogers, 1975, 1977), que se encontra intimamente ligada ao crescimento psicológico. Pelo potencial de escolha o sujeito se mune de possibilidades de mudança de sua condição existencial. No entanto, para que essa condição múltipla da existência se efetive, é preciso que o sujeito formule um projeto (ou projetos) e se mobilize para alcançá-lo(s). Como se vê, o alcance desse objetivo impescinde dos elementos precedentes. Finalmente, por formulação de projetos existenciais, entende-se a escolha de um ou vários objetivos e a identificação de estratégias que permitam alcançá-lo(s). Todas essas dimensões desmantelam-se quando o sujeito deixa de possuir consciência e ação voluntária ante às possibilidades da existência, como no caso de uma severa desorganização psicológica, como nos episódios de depressão e nas psicoses (Rogers, 1951).

Ruptura da relação amorosa romântica, manifestações psíquicas da depressão e da psicose

À princípio, a atração e o aprofundamento de uma intimidade entre os protagonistas são elementos importantes do processo da ligação amorosa. Este tipo de relação é definido como uma interação social em nível afetivo e sexual. Organizam-se em função da progressão do nível de intimidade, de auto-revelação, articulando-se ao desejo sexual e à exclusividade interpessoal (Moser, 1994). Para muitos autores (Bowlby, 1969, 1973, 1980, 1997; Miljkovitch,

2001), a intimidade é um aspecto chave e está implicado no processo de investimentos afetivos, geralmente recíprocos, que facilitam o aprofundamento dessa intimidade.

As experiências de relacionamento amoroso normalmente orientam-se para um sentimento de pertença, de interdependência, de confiança mútua, e de contínuo desejo de proximidade. Códigos subjacentes do casal são também elementos importantes para uma relação amorosa e decorrem da linguagem específica que os parceiros desenvolvem a partir de sua vivência de intimidade e interdependência. Essa linguagem favorece, quando o casal vive um relacionamento seguro, uma profunda compreensão do parceiro e capacidade de empatia mútua. Além disso, a experiência afetiva-amorosa estaria associada a representações que os indivíduos organizam, no decorrer de sua vida afetiva, sobretudo a partir da relação com os pais durante a infância e com os pares durante a adolescência. Tais representações guiarão os comportamentos dos indivíduos para a manutenção e satisfação da vida afetiva amorosa, além do bem-estar individual.

Desde a infância, a forma como a relação parental constitui-se e é operada, é internalizada. Ela é internalizada pelo fato de que os pais apresentam dados sobre o mundo e o mundo de relações para a criança. Esses dados são as primeiras fontes de informação que permitirão a sobrevivência do indivíduo e serão constituidores do seu mundo fenomenológico. Na medida que a criança internaliza a maneira como os pais reagem a suas demandas, ela forma um modelo comportamental e, em seguida, representacional, de como deve agir para manter a proximidade dos pais e a satisfação de suas demandas fisiológicas e psicológicas. A linguagem afetiva das relações é, assim, aprendida no microsistema familiar. Tal linguagem permeará a forma que o indivíduo apreende o mundo exterior e interior, assim como a forma que expressa sua percepção de si, dos outros e do ambiente que o cerca. No entanto, essa linguagem estará impregnada de crenças, representações, percepções e conceitos das pessoas-críterio. Ela será possivelmente reforçada ou, em alguns pontos, reformulada segundo as experiências interpessoais a *posteriori*.

Para Miljkovitch (2001), as relações afetivas vividas na infância influenciariam as relações amorosas adultas, porque fazem renascer emoções vividas naquela fase. Os adultos reagiriam de acordo com as representações que guardam de suas experiências com os pais. Tais reações, por serem automáticas, estão fora do campo da consciência. Isso gera, algumas vezes, erros de interpretação das reações do(a) parceiro(a), ou mesmo a repetição das experiências vividas com os pais nas relações amorosas. Como fazem parte do seu mundo fenomenológico, balizam suas ações, posturas, ou seja, seu modo de estar-no-mundo.

Se essas relações primárias são desenvolvidas em um contexto seguro e de confiança no outro, possivelmente o sujeito terá maior capacidade de gerenciar, de forma autêntica, congruente e eficaz, os próprios afetos. Essas características propiciariam o desenvolvimento da empatia, confiança na perenidade da relação, aceitação e espontaneidade. Do contrário, em um contexto inseguro, as relações amorosas românticas seriam marcadas pela dificuldade em contar com o(a) parceiro(a), por frequentes falhas no processo de comunicação e de interpretação das emoções, pela atribuição de pensamentos e atitudes comparáveis aos dos pais, pela dificuldade de expressar os desejos e, finalmente, pela dificuldade em gerenciar situações estressantes – o que desencadearia um processo de desorganização importante (Cohin & Miljkovitch, 2007; Guedes & Miljkovitch, 2005; Guedes & Miljkovitch, submetido).

Em síntese, algumas pessoas têm dificuldades em lidar com rupturas de relações amorosas, possivelmente, pelo fato que, na vivência interpessoal, assimilaram representações negativas sobre si, decorrentes de experiências de amor condicional (ou até de ausência desse amor) de suas pessoas-critério (no caso, os pais ou cuidadores). A assimilação dessas representações negativas podem acabar por gerar estados depressivos e por minar a auto-estima do sujeito, acionando mecanismos psicológicos (traduzidos por posturas, por formas de estar-no-mundo) que buscam compensar a idéia de menos-valia que mantém sobre si.

Os parâmetros definidores da depressão são, basicamente, humor deprimido, pela perda de interesse e prazer, evidências de energia reduzida e fadigabilidade aumentada. Os sintomas mais evidentes são concentração e atenção reduzidas, redução da

auto-estima e autoconfiança; idéias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, idéias ou atos auto lesivos ou de suicídio, sono perturbado, inapetência, ganho ou perda de peso, tristeza, irritabilidade. O humor rebaixado pode variar pouco de dia, mas pode ainda mostrar uma variação diurna à medida que o dia passa. Para episódios depressivos, uma duração de duas semanas é usualmente requerida para o diagnóstico. Os episódios depressivos se diferenciam da depressão clínica (Cf. DSM-IV), sobretudo sob olhar psicoterápico. Salienta-se que existem diferenças na etiologia da depressão entre uma pessoa constitucionalmente depressiva e aquela que se deprimiu como uma resposta ao insucesso específico em uma situação da vida.

A perda da realidade, compreendida no caso estudado, baseia-se em considerações tais como de Reca (1979). Ele define o estado psicótico como a presença debilitada de funções integradoras do eu, dificultando o controle do mesmo e permitindo regressões psicoafetivas, além do resgate de conteúdos inconscientes bloqueados. Polliak (1985) considera, por seu turno, que este quadro pode possuir elementos geradores a partir de relações deficitárias com as pessoas-critério, provocando uma distorção da imagem de si e do outro, no intercurso da relação de subjetividade. Finalmente, Paim (1993) considera que, embora haja insuficiência da atenção voluntária, o sujeito registra o que lhe acontece ao redor. O que corrobora com inacessibilidade de algumas áreas e a possibilidade de acesso a outras áreas, que se apresentam como pontos mnemonicamente recuperados – visto que se encontram, geralmente, fragmentados. A perturbação psicótica breve (F23.XX) é caracterizada pela presença de idéias delirantes ou/e alucinações, ou/e discurso desorganizado. Como tal, uma perturbação dessa natureza pode ocorrer por menos de um mês de duração (mas pelo menos um dia é necessário para configurá-la), sendo que se percebe o retorno completo ao funcionamento pré-mórbido após a crise. Assim como o episódio depressivo, tal perturbação pode estar ligada também à fatores de estresse, que podem configurar-se como desencadeadores da crise psicótica. Pode ser entendida como uma tentativa de auto-regular o estado disfuncional. Inicia-se com um processo de formação de defesas para lidar com o meio ambiente onde se encontra. Neste estudo, segundo a história clínica

do cliente, o fator ambiental (separação) e afetivo são considerados como importantes estressores desencadeadores do episódio depressivo e da perturbação psicótica experienciados.

A partir do amplo contexto teórico que apresentamos, nossa suspeita, ao avaliar o processo terapêutico do caso em questão, é que a psicoterapia facilitaria uma maior autocompreensão e auto-aceitação psicológica, que possibilitaria, por sua vez, uma maior autonomia sobre seu potencial de escolha e de formulação de seus projetos existenciais, diminuindo seu estado depressivo e aumentando o seu nível de auto-estima.

Metodologia

Desde o contrato foi colocada a possibilidade dos dados ficarem arquivados ou se tornarem objetos de estudo. Neste caso, o uso dos dados para a pesquisa fora autorizado pela mãe do cliente e, posteriormente, pelo próprio. Tratou-se de um contrato formal, incluído entre os elementos do enquadre terapêutico, mas também consentido formalmente em documento impresso. Os dados foram colhidos durante um processo de atendimento psicológico numa clínica privada através de registros, realizados imediatamente após as sessões, de Versões de Sentido e de instrumentos padronizados, a saber, o Inventário de Auto-Estima de Coopersmith (SEI), o Inventário de Depressão de Beck (IBD) e um Questionário de Triagem de Depressão fundamentado nos critérios do DSM IV (QTD) escolhidos para avaliar o estado psicológico e afetivo do cliente, tendo-se em vista o contexto de sua procura à psicoterapia e a forma como desejava trabalhar o desenrolar do seu processo, que será esclarecido mais adiante.

Muito embora a abordagem centrada na pessoa não focalize aspectos estruturais da personalidade ou predeterminações psicopatológicas, o uso destes instrumentos padronizados voltou-se apenas para a avaliação mensurada de elementos pontuais da vivência do sujeito (a saber, dos episódios depressivos e da auto-estima), como recurso adicional da leitura do desenvolvimento do caso. Não nos prendemos a essas medidas para balizar o processo terapêutico (do ponto de vista do terapeuta), as entendemos mais como elementos auxiliares da avaliação da eficácia do pro-

cesso e do caso clínico do que o fundamento da compreensão do caso e da eficácia do tratamento. Mas a questão da avaliação do processo não é recente.

Estudos sobre a avaliação de psicoterapias são controversos. Um dos primeiros estudos foi realizado por Eysenck (1952). Ele comparou dados quantitativos dos sintomas de pacientes de diferentes abordagens de tratamento, com dados quantitativos de sintomas de pacientes sem tratamento psicoterápico. Eysenck não encontrou suporte para a evidência da eficácia da psicoterapia. Em muitos casos os sintomas até reapareciam dois anos mais tarde, após o fim da terapia. Avaliações mais apuradas passaram a ser realizadas com o uso da técnica de metanálise a partir dos anos setenta. Essas avaliações verificaram que, no geral, quando comparados os dados quantitativos sobre incidência de sintomas dos grupos controle (pacientes sem tratamento psicoterápico), a redução de sintomas nos clientes que se submeteram a uma psicoterapia, independente da abordagem, era de 75% a 80% (Smith, Glass & Miller, 1980; Smith & Glass, 1977).

Atualmente, a avaliação de processos psicoterápicos é largamente difundida entre psicoterapeutas de alguns países da Europa e da América do Norte como recurso para verificar a eficácia de diferentes abordagens de tratamento como medida de controle governamental, uma vez que o governo paga tratamentos psicológicos para a população nesses continentes. Metodologias quantitativas e qualitativas (sobretudo através de testes projetivos) são fundamentais para psicoterapeutas nesses continentes¹.

Na abordagem centrada na pessoa, Carl Rogers utilizava-se de gravações das sessões para avaliar a repercussão de suas intervenções nos clientes e, mais tarde, do próprio processo terapêutico (como método precursor da versão de sentido). Anos depois dele realizar essas pesquisas, e ainda hoje, alguns psicoterapeutas avaliam seus casos e a eficácia da psicoterapia, que facilitam com recursos quanti-qualitativos como, por exemplo, aqueles que utilizam escalas para avaliar a estrutura do *self*, consideradas úteis para terapeutas e clientes na avaliação do processo terapêutico (Patterson & Joseph, 2006). A análise do processo e do prognóstico de casos são avaliados com metodologias quantitativas (Eckert, Höger & Schawarb, 2003). Atualmente, no Brasil, a maioria dos

estudos utilizam metodologias de base qualitativa na análise de processos e de casos (Amatuzzi, 1996, 1995, 1993), (Moreira, 1987, 1993), (Forghieri, 1993) e indicam evidências de como a psicoterapia contribui para a mudança psicológica do sujeito.

O psicoterapeuta do caso aqui relatado, que é um dos autores desse artigo, tem o hábito de avaliar, inicialmente, as condições psicológicas de seus clientes através do processo psicodiagnóstico interventivo/colaborativo (Ancona-Lopez et al., 1995). Trata-se de um processo avaliativo e terapêutico que permite a interseção de dados decorrentes da avaliação formal (com uso de técnicas e instrumentos padronizados) e da construção intersubjetiva. Ao mesmo tempo que permite a compreensão do caso clínico, facilita a ampliação da consciência sobre o fenômeno e a tomada de posição pela via da explicitação da experiência do cliente (Paulo, 2004). Durante a entrevista devolutiva, de forma compartilhada, avalia-se a demanda psicoterápica. Algumas vezes o cliente mesmo vê que não existe essa demanda após as entrevistas devolutivas. Quando decide-se pela psicoterapia, acordamos a possibilidade de uma avaliação quando essa for finalizada. Especificamente no caso que apresentamos, a idéia da avaliação quantitativa sistemática, conforme apresentado nesse estudo de caso, surgiu de um conteúdo trazido pelo próprio cliente (Conferir relato da quarta sessão na descrição das sessões). Para o terapeuta, essa idéia não soou, então, divergente. Este estudo pretende também demonstrar para a comunidade científica que essa possibilidade é viável.

Assim, justificamos o uso de uma metodologia quantitativa em função, primeiro, da posição de autonomia do cliente; segundo, em função do caráter flexível acerca de metodologias de investigação clínica que o psicodiagnóstico interventivo/colaborativo inspira; terceiro, pela viabilidade do uso de instrumentos padronizados em decorrência da praticidade do indicador quantitativo (que, no nosso caso, foi utilizado como um recurso didático para a verificação da evolução do caso) e da relevância metodológica desses instrumentos, como apontam os estudos supracitados; quarto, pela possibilidade da diminuição do viés determinante, quando a aplicação do instrumental padronizado é posto de forma dialógica; e, quinto, pelo caráter suplementar que os dados encontrados através desse instrumental acrescentam na leitura do processo.

Como um outro recurso metodológico da prática clínica (qualitativo), a versão de sentido pretende dar conta do sentido produzido pela fala como produto de ressonância entre o terapeuta e o cliente, propiciando a possibilidade de desdobramento e de reexperienciação do processo por parte do psicoterapeuta. (Ammatuzzi, 1996). Versões de Sentido são anotações que os psicoterapeutas realizam, referindo-se ao momento da sessão ou do encontro que acaba de acontecer, não devendo ser entendido como um simples registro, mas como relato do vivenciado, impregnado de impressões, percepções e sensações acerca da experiência vivida, intercambiada na relação. Como instrumento psicoterápico, propicia a averiguação do processo e a (re)vivência da experiência, de forma que se possa reelaborar sentidos da afetação presente na inter-relação subjetiva. A afetação caracteriza-se pela concretização de um encontro intersubjetivo, onde as experiências do outro são percebidas e significadas, alterando-se a maneira como se sente no mundo e, principalmente, frente à autoridade que lhe comunica. Neste sentido, trata-se um elemento mobilizador utilizado na produção de uma fala terapêutica – uma intervenção que amplia o campo fenomênico e possibilita o desdobramento de sentidos, e esta só torna-se possível quando o terapeuta-pesquisador-supervisor (pois a fala terapêutica também pode ser produzida nos espaços onde estes personagens atuam) privilegia a diferença.

O Inventário de auto-estima de Coopersmith é composto de 58 itens, sendo 8 destinados à verificação do efeito de desejabilidade social. É dividido em 26 itens para auto-estima geral, e 8 itens para as categorias auto-estima social, familiar e profissional. Este instrumento foi traduzido e adaptado segundo indicações de Gobita & Guzz (2002). A escala Beck de depressão é composta de vinte e um (21) grupos de quatro afirmações, que descrevem uma forma de como a pessoa tem se sentido durante um período determinado do mês. Os sujeitos poderiam receber um valor máximo, variando de zero (0) a sessenta e três (63) pontos. Quanto maior o escore, maior o nível da depressão. O questionário de triagem foi baseado em 13 itens da lista de sintomas propostas pelo DSM IV, sendo do tipo Likert (1= nunca até 4= sempre). Este questionário era respondido em casa, sob indicação do psicoterapeuta, e

entregue em datas marcadas. Os outros instrumentos eram administrados no consultório. Ambos eram preenchidos pelo cliente, mas cada item era lido conjuntamente com o psicoterapeuta, o qual fornecia orientação, quando necessário. É nesse ponto que o caráter dialógico da coleta de dados impõe-se: a leitura da sentença, a discussão sobre o que compreende dela, como ela afeta seu modo de estar-no-mundo e em que intensidade foram maneiras de relativizar a perspectiva determinista embutida nos instrumentos através da dimensão subjetiva do sujeito, afinal, é ele quem descreve seu mundo subjetivo. Foram realizadas sete avaliações, sempre depois de realizados 40 encontros, sendo uma para linha de base, cinco durante o processo e uma para *follow up*, ocorrida seis meses depois do término do processo.

Foram realizados 204 atendimentos (quatro deles, como foi dito, em caráter de urgência), duas vezes até o 16º encontro, seguindo uma vez por semana. Estes atendimentos ocorreram paralelamente aos atendimentos quinzenais com um psiquiatra. Somente pelo décimo encontro o cliente passou a participar de uma terapêutica medicamentosa. Os duzentos encontros seguintes configuraram o processo psicoterápico; pois, desde o quarto encontro, o cliente saíra do surto e passara a elaborar suas questões. Para garantir um rigor da proposta de análise quantitativa, no quarto e oitavo encontros foram administrados os instrumentos para verificação de uma linha de base para o acompanhamento. Oito meses depois da última avaliação foi realizada uma nova verificação dos índices obtidos nessas avaliações. Por fim, finalizando o *follow up*, seis meses depois dessa verificação, uma nova avaliação foi feita. As sínteses desses dados quantitativos foram apresentadas na terceira avaliação (45º encontro) e na última avaliação do processo (200º encontro), de forma esquemática e didática, ao cliente. Ao término do processo, os registros foram lidos conjuntamente, para se estabelecer uma visão geral do fluxo psicoterápico.

Resultados

Apresenta-se uma breve descrição do início dos contatos com o psicoterapeuta; em seguida, um resumo preliminar do caso para, finalmente, expor as sínteses dos blocos de sessão baseados nas versões de sentido e nos registros clínicos do psicoterapeuta.

Perfil do caso

O cliente foi um rapaz de 22 anos. Para resguardar sua identidade, chamaremos de Leonardo. Este rapaz foi levado à clínica, por sua mãe, apresentando um quadro alheio à realidade e aos fatos cotidianos, na época. Parecia apresentar um surto psicótico e sinais de depressão grave (que mais tarde foram confirmados pelo psiquiatra, para o qual fora encaminhado). Segundo a mãe, tudo começou com o rompimento do namoro que vivia até então. Os dados, a seguir, detalham esse contexto.

Leonardo nasceu na região Sudeste do Brasil. Aos 14 anos de idade seus pais separaram-se e sua mãe viu-se com a necessidade de mudar seu domicílio para uma cidade na região Nordeste, juntamente com sua avó. Leonardo praticava esporte, era sociável, tendo vários amigos e amigas. Mas, segundo sua mãe, sempre fora susceptível a preocupações desde pequeno. Cita que isso pode ter sido decorrente do fato dele ter presenciado os conflitos conjugais dela com seu pai.

Após a mudança ele só manteve contato com o pai através de correspondências. Ao terminar os estudos secundários, com 18 anos, começou a trabalhar como segurança de uma empresa. Dessa forma, assume uma fatia considerável das despesas da casa. Sempre fora, conforme a descrição da mãe, “um rapaz cheio de vida e muito namorado” (sic). Teve muitas namoradas e “ficas” (sic) e também manteve relacionamentos paralelos, “mas sem problemas” (sic). Até que conheceu Andréia (ela tinha 24 anos, na época) através de amigos em comum. “Apaixonam-se fortemente” (sic). Essa moça passou a frequentar a casa de Leonardo e, algumas vezes, dormia lá, com ele. Ainda segundo a mãe, esse relacionamento tinha o apoio da família.

Depois de um certo tempo, os amigos de Leonardo falam-lhe sobre um suposto envolvimento de Andréia com outro rapaz – fato que relutava acreditar e o impelia a defendê-la. Por conta disso, chegou a romper os laços de amizade com alguns desses amigos. No entanto, a insistência de outros amigos acerca da « infidelidade » (sic) de Andréia começou a produzir desconfianças. Leonardo começou a questionar as impossibilidades de encontros que ela alegava, as frequentes saídas da namorada com as amigas e a di-

minuição da freqüência das relações sexuais. À partir daí, começou a perseguir-la, “ter brigas por ciúmes” (sic).

Nesta mesma época, Leonardo aproximava-se de uma amiga do trabalho, Mara (32 anos na época), a fim de “desabafar” (sic) a crise emocional que estava passando, mas essa aproximação acaba por envolvê-los amorosamente. Andréia descobre esse envolvimento e termina o namoro. É a partir desse ponto, segundo os dados fornecidos pela mãe do cliente, que Leonardo começou a “falar coisas com coisas... e às vezes ficava calado por horas” (sic), demonstrando, em alguns momentos, agressividade. Nesse ínterim, devido a esses sinais comportamentais, foi demitido do emprego.

Em casa passava a maior parte do tempo isolado, pensativo. Mara sentia um certo estranhamento em relação a esses comportamentos e convenceu a mãe de Leonardo a buscar ajuda após o seguinte incidente: Leonardo saiu de casa, dizendo que iria jogar basquete e não retornou. A mãe foi auxiliada pelo seu novo companheiro, com quem vivia na época, na procura do filho, mas não lograram êxito. Decidiram, então, acionar a polícia, e vinte quatro horas depois encontraram Leonardo, no centro da cidade, “sujo e perdido” (sic). Não reconhecia as pessoas e chorava constantemente.

Síntese das sessões

Serão apresentadas as sínteses dos textos das versões de sentido e dos registros de sessões, conjuntamente. Apresentam-se na primeira pessoa para deixar explícito a implicação do psicoterapeuta no processo. Estão organizadas em seqüência, mas compiladas de acordo com o fluxo discursivo geral produzido na dinâmica psicoterápica.

1ª Sessão – etapa da crise: Quando fui receber Leonardo e sua mãe, ela lhe dava água, segurando-lhe o copo. Cumprimentei a mãe e a ele, mas Leonardo não olhou para mim. Até então, eu não sabia do que se tratava. Entramos na sala. Leonardo não quis sentar-se. Andava pelo consultório e, em alguns momentos, parava, mantendo-se num choro silencioso. Eu, escutava o que a mãe dele me dizia e procurava reiterá-la em sua angústia, ecoando para Leonardo minha percepção deste momento, olhando para ele.

Quando sua mãe me falou das circunstâncias do fim do namoro do filho, Leonardo começou a chorar fortemente, como se o fato de tocar no assunto o afetasse profundamente. Logo em seguida, ao finalizar a fala sobre esse assunto, Leonardo diminui o volume de seus balbucios e do choro. Mais uma vez altera para fortes gritos, quando sua mãe falou-me sobre o pai dele. Pensei sobre quantas mágoas e dores esta separação afetiva lhe parecia remeter à dor da separação dos pais. E depois suspendi esse pensamento para voltar o meu envolvimento existencial com o que me era narrado. Segundo a mãe, Leonardo não estava controlando a eliminação da urina e estava sendo alimentado, somente, com a ajuda da mãe, como se fosse um “bebê” (sic). Conforme seu relato, acorda às vezes nervoso, “achando que alguém quer matá-lo” (sic). Num momento dessa sessão, disse ao Leonardo que sobre a mesa havia lápis e papel, podendo escrever ou desenhar algo que quisesse. Leonardo dá uma volta na sala, chorando, e vai em direção à mesa. Pega o papel e o lápis e se senta no chão, escorregando pela parede. Continua chorando, enquanto escrevia. Fiquei surpreso e imensamente comovido. Ele podia comunicar-se por escrito! Dei a orientação e apoio com relação à atenção psiquiátrica, fazendo o encaminhamento necessário. No fim da sessão, Leonardo negou-se a sair da sala e a deixar o material. Assegurei-lhe do sigilo e da guarda do material falado ou escrito. A mãe convenceu-o a sair. Percebi que Leonardo reagia e me senti extremamente disponível para estar com ele neste processo. Acreditava nele.

2ª sessão: Um dia depois, a mãe de Leonardo me ligou dizendo que ele tem falado algumas coisas, tem se alimentado e tem feito uso do toailete de forma autônoma. Mostrou-se feliz com resposta do filho. Entretanto, encontrava-se muito angustiada, pois o médico psiquiatra só lhe garantiria consulta em uma semana. Senti-me, neste momento, impotente, porque se tem ou tiver surtos (principalmente nas consultas) dificilmente poderei contatar com ele. Mas reluto a aceitar isso, porque ele fala com a mãe (pessoa-critério para ele) e tinha aceitado meu convite para usar o lápis e papel disponível sobre minha mesa. Deixou coisas escritas na sala e eu acho que isso pode ser o meio pelo qual pode comunicar-se comigo. No segundo encontro, percebo que quando lhe ofereço coisas, se ele quer, pega da minha mão, e devolve quando peço,

escuta o que falo e parece entender. Sinto que me comunico com ele, mesmo de forma atípica. Tenho estado angustiado com as hipóteses de que essa comunicação, na verdade, não exista, mas ao mesmo tempo sinto que, no fundo, ela está presente. Hoje continuou em silêncio na sala. Um dado que me chamou atenção foi sua dispersão acerca dos sons externos à sala, como se desconfiasse de algo. Outro aspecto foi seu interesse pelos brinquedos, inclusive os revólveres, os quais ele apontava para si (mas não puxava o gatilho). Refleti isso para ele toda vez que repetia esse comportamento (“você aponta o revólver para sua cabeça, mas não aperta o gatilho”). Esse ato parecia simbolizar, para mim, que algo o impedia sinalizar o apertar do gatilho. Minha maior dificuldade era perceber os contornos entre seus comportamentos e a dimensão simbólica deles, uma vez que a via da fala era inexistente. Qual a fronteira entre a fantasia lúdica (o revólver era um brinquedo), a alucinação e a expressão não consciente de atos? Nesta sessão, a mãe me diz que ele tentara pular a janela várias vezes na noite passada. Tenho dado apoio à mãe e percebo o quanto deve estar sendo sofrível para ela. Seu desprendimento pelo filho comovia-me.

3ª sessão: Leonardo falou, claramente, pela primeira vez. Estava impaciente e quis sair da sala. Expus que deveria sentir-se a vontade para decidir se queria ficar ou não. Decidindo ficar, mostrou-me algumas coisas que escreveu. Poemas e frases. Senti-me impressionado ao escutar sua voz de adolescente, com sotaque, ao pedir que sua mãe saísse da sala. Pareceu-me ansioso e muito impaciente. Nessa sessão, sua mãe estava esbaforida e nervosa. Ela dizia: « se quer se matar, faça logo! » (sic). Percebi nesse dia que não consegui entrar em contato com ele em tempo e fiquei pensando que sua paciência não era à toa. Orientei a mãe. Ele não quis ficar na sala e saiu rápido. Sua mãe falou que ele tentara novamente suicidar-se. Senti-me preocupado com ele e achava que o tempo estava correndo ligeiro. No final, sentia dificuldade em respirar e uma tensão muscular dolorida. Pensei que, talvez, Leonardo quisesse sair dali justamente pelo clima (in)tenso que fora produzido naqueles instantes. E, talvez, pela minha impossibilidade de estabelecer um contato intersubjetivo. Ou talvez, estivesse mesmo contrariado ante a postura de sua mãe.

4ª sessão: Voltou completamente diferente, o que me espantou de novo. Entrou sozinho e conversou comigo, calmamente, sobre suas antigas relações amorosas, como se quisesse me explicar o que teria ocorrido com ele esses últimos dias. Também falou sobre sua relação com os pais. Falou sobre seus sentimentos de amor para com cada namorada e sobre as pessoas que passaram em sua vida. Expôs que o fim do último namoro foi muito duro, que “perdeu o sentido” (sic). Percebi que, em alguns momentos, fugiam-lhe as idéias e ele tentava costurá-las com outros assuntos, voltando, em seguida, ao ponto inicial; e que continuava achando-se referência para as outras pessoas, desconfiado (delírio de referência?). Nesta sessão pude compreender que sempre estava me comunicando com ele. Falou-me o que queria dizer-me com os desenhos e os escritos. Viu-se ameaçado e que “todos haviam lhe deixado” (sic). Senti-me satisfeito com este nosso encontro e nele decidimos iniciar um processo de avaliação, para, em seguida, verificar sua demanda psicoterápica. Leonardo faz uma pontuação genuína. Ele questiona sobre como a psicoterapia iria beneficiá-lo e de que forma iria “ver” (sic) se realmente estaria sendo beneficiado. Falamos sobre a idéia de que ele perceberia, no decorrer do processo, aquilo que a psicoterapia lhe traria, mas não havia como prever quando, nem como ele estaria ao finalizá-la (e nem mesmo eu tinha garantias sobre esses benefícios). Falamos que a psicoterapia era um processo que facilitava mudanças, mas que era algo construído no decorrer desse processo. Nossa única hipótese, caso ele seguisse um processo psicoterápico, era a de que a psicoterapia facilitaria uma maior autocompreensão e auto-aceitação psicológica, que possibilitaria, por sua vez, uma maior autonomia sobre seu potencial de escolha e de formulação de seus projetos existenciais. No entanto, seria realmente avaliar a existência dessa demanda. Em seguida, ele faz menção a algumas queixas sobre sua auto-estima e sentimento de depressão. Decidimos, então, optar por uma avaliação desses aspectos. Trabalhamos com o Inventário de Depressão (IBD), do QTD e do de auto-estima (SEI) – Primeira avaliação.

5ª a 45ª sessões: Nesse período, Leonardo veio sozinho à todas as sessões. Sempre apresentou-se sorridente e bem à vontade. Referia que estava sentindo-se bem em decorrência do medicamento, iniciado uma semana antes de nossa quinta sessão.

Pareceu-me mais forte fisicamente. Falou de seus reencontros com a ex-namorada e que estava dormindo em sua casa novamente. Falou que estava se sentindo confuso sobre a possibilidade de um retorno “mais sério” (sic). Disse, inclusive, que percebia as “paranóias voltando” (sic). Falou-me também sobre a família e que se sentia só, pois sempre, em meio às brigas dos pais, “estava sendo manipulado por todos” (sic), tendo que tomar partido por um ou por outro. Falou das mágoas por não ter tido pais “que tivessem lhe dado oportunidade de ir mais além” (sic), por “não ter sido incentivado” (sic). Percebia sua mágoa e lhe afirmava isso, assim como um certo sentimento de culpa presente em sua fala. Leonardo pareceu culpar-se por tudo, como se ele fosse o motivo das desgraças que seguiam em sua vida, inclusive sobre sua relação. Pontuei-lhe minhas percepções sobre como ele se apresentava dependendo dos outros e à avaliação desses outros. No decorrer desse período, sentiu-se dando-se conta disso, e se apropriando mais profundamente dessa nova percepção que lhe desestabilizava. Seguindo nosso plano de avaliação clínica, na quadragésima quarta sessão uma nova avaliação foi realizada através do IBD, o QTD e o SEI – Segunda avaliação. Na 45ª sessão falamos sobre os resultados encontrados, usando gráficos como recurso didático (no mesmo estilo dos utilizados, como veremos mais adiante, na análise quantitativa do estudo). Ele mostrou-se motivado e interessado sobre que resultados obteria na próxima análise da avaliação.

46ª a 86ª sessões: Nesse período Leonardo pôde entrar em contato com seus escritos, produzidos durante as crises. Compreendemos como sendo fragmentos de sentimentos presentes e o “renascimento de coisas passadas” (sic) em sua vida. Falou das sensações paranóides e como se sentia, ao mesmo tempo, alerta e paralisado, o quanto “estava confuso” (sic). Não sabia por que teria feito aqueles registros, mas “sentia que queria falar sobre aquilo” (sic). Percebi sua disponibilidade para tocar nestes assuntos, como se quisesse elaborar sua vivência psicótica (ou, para mim, de alienamento de si). Fiquei com uma forte sensação de que sua dependência era uma forma de busca de segurança no-mundo, que lhe parecia “cruel”(sic). Falamos sobre o quanto sente-se impotente, pouco preparado e sem uma base de segurança emocional efetiva para lidar com as exigências do seu

ambiente. Falamos sobre o modelo de relação que teve com os pais durante a infância. Pelo seu relato, percebi que a segurança que recebia dela era mais relacionada a aspectos instrumentais. Segundo sua representação acerca do que guardou sobre o modelo de apego com a mãe, ele indicou que ela dava conta das necessidades materiais, mas não parecia existir uma relação afetiva mais próxima em termos de carinho, presença participativa e promoção de conforto emocional. A mãe parecia-lhe frágil e indefesa (o contrário da minha percepção) e isso indicava-lhe uma impossibilidade de poder contar com ela. Ao falarmos sobre a fragilidade que percebe de sua mãe, pontuei-lhe como ele percebia o apoio que a mãe dera-lhe nos momentos que estava “fora de si” (usando seus próprios termos). Ele silenciou. E depois disse que achava que a mãe precisa de um marido para protegê-la. Por isso, não aceitava a separação dos pais, nem o atual parceiro da mãe. Pareceu-me, mais uma vez, desestabilizado emocionalmente através da dissonância cognitiva que essa pontuação gerou. Ela parece desvelar um paradoxismo entre sua percepção idealizada de que a mãe precisaria dele (ou do pai) e a percepção, reelaborada, de que a vida da mãe era independente da dele ou de quem quer que ela esteja. O recurso da distorção perceptiva acerca da força e da perseverança que sua mãe teve para criá-lo sem pai e a justificativa do efeito da separação sobre ela foram postos em cheque. A partir daí, Leonardo faltou algumas sessões. No entanto, pareceu aproximar-se de sua condição psicológica, tendo como referência ele mesmo. Efetuamos a terceira entrevista para coleta do IBD, QTD e SEI – Terceira avaliação.

87^a a 127^a sessões: Leonardo está com boa aparência física, mas também tenho-o percebido agitado. Fala-me sobre sua vida atualmente: possibilidades de um novo emprego, boa convivência com os amigos, boa relação com a avó e a mãe (ele não se dava bem com a avó, até então). Entretanto, percebia-se confuso quanto a que papel deverá assumir frente a sua ex-namorada e na sua casa. Leonardo referiu sentir indecisão e insegurança quanto a suas próprias opiniões. Tinha medo, segundo ele próprio, de enfrentar desafios que estariam por vir, antecipando possíveis fracassos. Pôde dar-se conta que sua insegurança tem sustentado seu pessimismo e que pode encontrar outras formas para enfrentar

os desafios. Pôde também dar-se conta que o rumo da sua existência dependeria do seu comprometimento sobre as escolhas que fizer. Falou do medo de voltar a estar como antes, como se sentisse que poderia perder o controle, “mais uma vez” (sic). Mesmo com tantas incertezas, ficou claro que assumiu um potencial para o enfrentamento das dificuldades que poderão vir. Realizamos a quarta avaliação.

128^a a 168^a sessões : Temos conversado sobre as consultas com o psiquiatra e sobre a possibilidade de ter outro surto. Colocou a possibilidade de continuar a terapia a fim de “reorganizar a sua história e se fortalecer” (sic). Falou sobre seu pai e seu meio-irmão, e expressou sua vontade de vê-los. Falou também que gostaria de viver outras experiências amorosas, pois se sente mais maduro “pelo sofrimento” (sic) que vivenciara. Pareceu-me saudosista. Depois de algumas sessões trazendo a questão de que estava mais experiente em decorrência do sofrimento vivido, seu discurso era circular. Decide “dar um tempo” (sic) na terapia. Eu achei que isso seria uma forma de exercitar sua autonomia e experienciar o mundo já que, na psicoterapia, seu fluxo estava dando voltas, como se estivesse represando energia e evitando uma tomada de posição sobre aquilo que estava retornando de forma recorrente (experiente por conta do sofrimento). Esse engodo estava causando-me certo incômodo. Da minha parte, eu também senti que precisava dar esse tempo, pois percebia que não iríamos sair daquele ciclo, a não ser que procurasse fechar suas gestalten lançando-se no-mundo. Isso fez mais sentido para mim, quando apreendi, através da minha supervisão, a idéia de que desse turbilhão haveria o desdobramento de uma síntese, mesmo que inacabada, dessa experiência, tanto para mim quanto para Leonardo. Parece que essa parada foi realmente terapêutica. Depois de dois meses, retornou reafirmando o medo de perder o controle, dizendo ter necessidade de um acompanhamento, mesmo que não tão freqüente como antes, que o ajudasse elaborar esses medos e que pudesse trabalhar algumas dúvidas sobre si e sua vida, como expectativas de trabalho, de fazer uma família e de sentir-se seguro numa relação em que considera que a fidelidade não existe e que isso poderia fazê-lo “pirar” (sic). Continuamos uma vez por semana. Nova verificação do IBD, QTD e SEI – Quinta avaliação.

167^a a 200^a sessões: Leonardo tem elaborado sua compreensão das relações amorosas como uma possibilidade de construção a dois, que não necessariamente deva ser eterna, mas “eterno enquanto dure” (sic). Além disso, que não necessariamente siga a mesma dinâmica afetiva que vivenciou com os pais. Apontou que teme outro surto, mas afirmou que isso pode ser uma forma dele “se safar das crueldades do mundo” (sic), dizendo saber que, se precisasse, eu estaria ali para acompanhá-lo na sua “viagem” (sic). Pareceu-me aceitar a si mesmo, ainda que na possibilidade de surto, reintegrando seu eu às possibilidades que se constituem a sua frente e nele mesmo. Continuou tomando os remédios e indo ao psiquiatra. Expôs a possibilidade de parar novamente as sessões. E, assim, ele o fez. Reencontrei Leonardo um mês depois. Veio dizer-me que estava trabalhando e que sentia necessidade de finalizar a psicoterapia, pois quase não tinha tempo. Mas, sobretudo, queria « ver como é que ficava » (sic). Entendi que ele queria andar com as próprias pernas. Finalizamos. Marcamos uma sessão para avaliação geral do processo e para trabalharmos com o IBD, QTD e SEI. Combinamos de manter contato quando achasse necessário e dali a seis meses fazermos uma nova verificação da depressão e da auto-estima (sexta avaliação). Só nos reencontramos oito meses depois, devido a uma viagem de trabalho que ele fez. Estava bem, e solteiro. Senti que ali demarcávamos uma nova fase em sua vida. Combinamos de nos reencontrar para avaliar seus índices seis meses depois (Sétima avaliação), como ocorreu de fato. Ele estava muito interessado em visualizar seus gráficos e sua evolução. Mostrou-se muito surpreso acerca do seu processo e verbalizou sentir-se satisfeito com os progressos que estava realizando na vida, por se conhecer melhor e por se sentir mais seguro quanto às decisões que tem tomado.

Síntese do psicodiagnóstico e sessões avaliativas

Lembramos que nossa suspeita em relação à terapêutica desse processo era que a psicoterapia facilitaria uma maior auto-compreensão e auto-aceitação psicológica, que possibilitariam, por sua vez, maior autonomia sobre seu potencial de escolha e de formulação de seus projetos existenciais. Lembramos também que a linha de base foi estipulada depois da oitava sessão de avaliação

para cada variável quantitativa estipulada ((i) IBD, (ii) QTD, (iii) auto-estima geral, (iv) auto-estima social, (v) auto-estima familiar e (vi) auto-estima profissional), a fim de indicar um parâmetro de comparação para os índices obtidos nas avaliações subseqüentes.

Segundo os dados da primeira avaliação do IBD, Leonardo obteve 51 escores, o que o identifica com um sinal de depressão designado como grave. A queda de um escore, na segunda avaliação, não muda a indicação, mas pode indicar um prognóstico esperado de queda desses índices no futuro próximo. Quanto ao QTD, Leonardo obteve 19 pontos na primeira e segunda avaliação. A estabilidade não indica, necessariamente, um prognóstico desejado como o anterior, mas favorece a observância de um patamar de base para a avaliação. De modo geral, os pontos obtidos na medida da auto-estima geral indicaram também uma estabilidade: 7 pontos para estima geral e 2 pontos para as notações específicas. Esses valores não estão fixados nos gráficos e são representados por linhas, cuja tracejada sempre indica a “linha de base”.

Apresentamos os índices obtidos pelo Inventário Beck de Depressão (IBD) para, em seguida, apresentar os dados obtidos pelo Questionário de Triagem de Depressão (QTD).

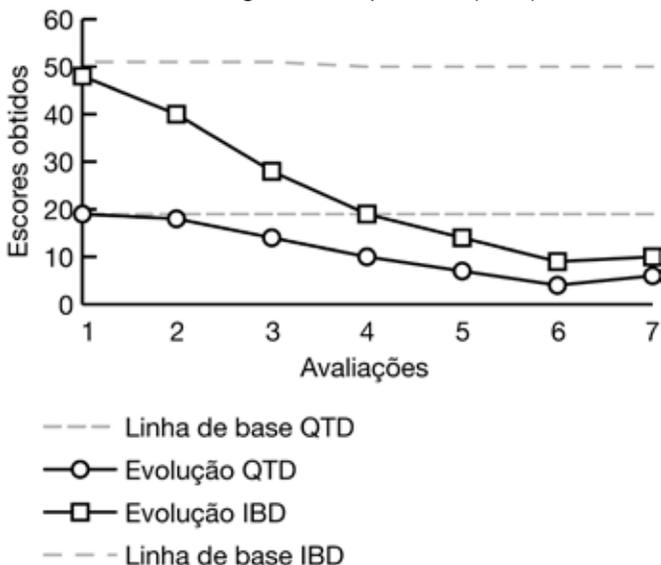


Gráfico 1: Avaliação dos níveis de depressão segundo o IBD e QTD.

Na primeira avaliação, após as duas verificações para a definição da linha de base, Leonardo apresentou, nas sete avaliações subseqüentes, os seguintes dados: 48, 40, 28, 19, 14, 09 e 10 escores. Percebe-se claramente a queda dos escores, sobretudo na terceira avaliação. Conforme a expectativa do estudo, os dados obtidos no QTD seguiram o mesmo movimento do IBD. Na primeira avaliação, após as duas verificações para a definição da linha de base, Leonardo apresentou, nas sete avaliações subseqüentes, os seguintes dados: 19, 18, 14, 10, 07, 04 e 06 pontos.

A fim de verificar uma evolução da auto-estima, preferimos subdividir os dados obtidos pelo Inventário de Auto-Estima (SEI) em: auto-estima geral e auto-estima específica. Essa última nas dimensões social, familiar e profissional, conforme a cotação que o instrumento exige. Os gráficos a seguir apresentam as evidências quantitativas colhidas.

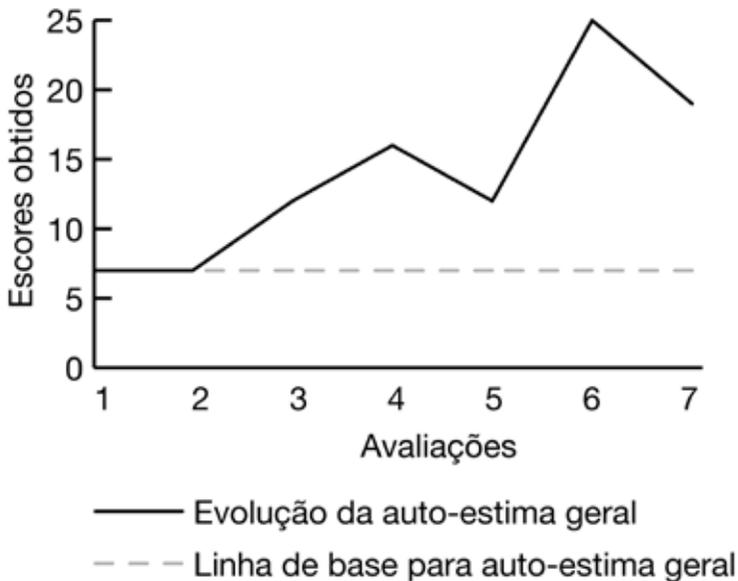


Gráfico 2: Avaliação da evolução dos pontos para auto-estima geral (SEI)

Lembramos que a linha de base para auto-estima geral ficou em (07) sete pontos. Leonardo apresentou, nas avaliações subseqüentes, os seguintes dados: 07, 07, 12, 16, 12, 25 e 19 pontos. Observa-se uma elevação dos escores na terceira avaliação de cinco pontos e de mais quatro pontos na quarta avaliação realizada. No entanto, na ocasião da quinta avaliação, os escores obtidos diminuíram em quatro pontos, para se apresentarem em torno dos vinte e cinco pontos (25) na penúltima avaliação e em dezenove (19) pontos seis meses depois. O último gráfico que se segue apresenta os escores específicos obtidos.

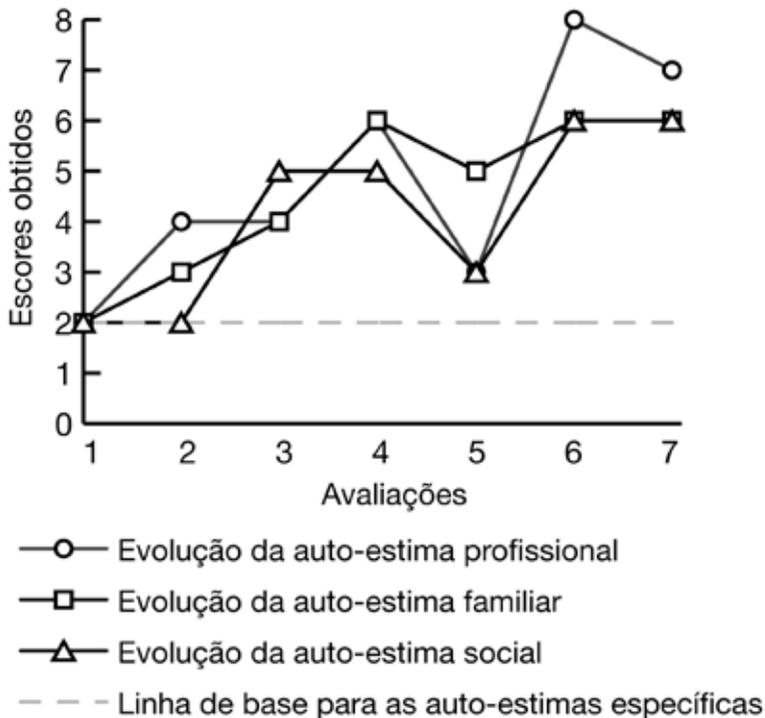


Gráfico 3: Avaliação da evolução dos pontos para auto-estima específicos (SEI)

Neste momento, lembramos também que a linha de base para as dimensões específicas da auto-estima foi estipulada em dois pontos. Igualmente à evolução da auto-estima geral, podemos observar a queda de pontos na ocasião da quinta avaliação e a elevação dos pontos na sexta verificação realizada após seu retorno à psicoterapia. No contexto da “auto-estima social”, verificamos na quinta avaliação uma queda de dois pontos, conforme mostram os escores brutos obtidos, que foram: 02, 02, 05, 05, 03,06 e 06. Quanto aos índices obtidos na seção de “auto-estima familiar”, a queda na quinta verificação foi de um ponto e os escores obtidos foram os seguintes: 02, 03, 04, 06,05, 06 e 06. No campo da “auto-estima profissional”, a queda foi a maior observada na penúltima avaliação, como verificamos a seguir: 02, 04, 04, 06, 03,08 e 07 pontos. Uma leve queda na última avaliação se expressa em um ponto somente. No tópico seguinte, algumas considerações são traçadas sobre o caso em torno dos dados quantitativos e qualitativos apresentados.

Discussão

Meu envolvimento existencial era claro, genuíno. Aquilo que vivenciava na relação afetava-me profundamente. Sentia um desprendimento importante de mim mesmo, motivado para a melhoria efetiva do estado de saúde mental de Leonardo. Esse desprendimento estava, certamente, sendo projetado a partir da identificação que tinha em relação a sua mãe. Para mim, sua maneira maternal e perseverante comovia-me, sobretudo quando, espontaneamente, expressava sua dor, fragilidade e medo de não conseguir ir adiante. Por detrás daquela incerteza, havia uma força preponderante. Ambos, mãe e filho, eram representados por mim como exemplos da força de atualização presentes no ser humano.

Em supervisão e no meu próprio precesso psicoterápico, o sentimento de impotência, a sensação de despreparo ante casos em que o cliente se encontra em um estado psicológico de deteriorização massiva, e o desejo, enquanto psicoterapeuta, para estar-com, foram trabalhados e me fizeram dar conta que meus maiores aliados nessa relação terapêutica eram minha abertura para o turbilhão de sentimentos ali presentes, a clareza ao diferenciar meus conteúdos dos conteúdos trazidos por eles, e a confiança deles na relação. Em outros termos, minha capacidade

empática, de redução fenomenológica e o laço espontâneo seriam os instrumentos maiores do desdobramento da relação terapêutica. Era claro para mim que estávamos juntos, compartilhando as dores e buscando possibilidades para o retorno de sua saúde mental. O incerto, a imprevisibilidade e os limites que um caso dessa natureza pode imprimir não poderiam ser a figura nesse quadro intersubjetivo. No entanto, era preciso ter consciência deles.

Em síntese, os sintomas observados em Leonardo foram redução da auto-estima e autoconfiança; idéias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, idéias ou atos de suicídio, sono perturbado, tristeza, irritabilidade, idéias delirantes ou/e alucinações, ou/e discurso desorganizado. Conforme visto, quase todos os sintomas descritos para o episódio depressivo e o distúrbio psicótico foram observados no caso, mas, o que interessou não foi, exclusivamente, o seu enquadre nosográfico, porém, como se encontrava no-mundo e o que estes sintomas expressavam, por si só, enquanto presença no-mundo. A atitude fenomenológica voltou-se para a compreensão da realidade do cliente, tal como se expressa, não querendo distinguir sintomas para isso. A realidade é o que é para ele tal qual descreve, mesmo que através de expressões corporais e manipulação de objetos.

Nesse contexto, a aproximação com sua vivência psicótica (mesmo se na época deu-se de forma intuitiva) é afirmada quando, na quarta sessão, expressa-se pela fala. Era a primeira vez que se expressava de forma espontânea e coerente. Ele relatava que percebia o que estava ao seu redor, mas era incapaz de estabelecer uma linguagem coerente, como o que ocorre no processo interativo da fala. Mas um fator emocional parecia sobressair-se nessa vivência. Percebo que, ao falar sobre sua relação com os pais e namoradas, ele apresenta certas lacunas no pensamento, certos cortes nas sentenças, como se houvesse algo, em nível psíquico, que gerasse essas rupturas de ordem cognitiva e afetiva. Teoricamente, podemos entender esse fenômeno como a ação de mecanismos de exclusão de memórias ou representações que são contrárias ou incongruentes aos dados que constituem o campo fenomênico do sujeito. Diversos autores apontam que essa lacuna entre memória de episódios e relato de vivências pode ser alterada devido estados psicológicos de insegurança emocional

internalizados, que desembocam em tentativas de evitar o resgate de memórias cujo teor afetivo faz reviver (tornar consciente, ou seja, tornar-se figura) esse estado de insegurança (Rogers, 1951; Bowlby, 1980; McDonough & Mandler, 1994; Robinson & Clore, 2002). Da mesma forma, conforme a idéia de Reca (1979) e de Paim (1993) de que o sujeito, no estado psicótico, apresenta elementos mnêmicos fragmentados, dificuldade no controle psíquico – que permitem regressões psicoafetivas e o resgate de conteúdos não conscientes bloqueados, acreditamos que essas lacunas seriam decorrentes do seu esforço psíquico de reorganização do seu campo fenomênico.

Em termos gerais, a dinâmica afetiva que vivenciou com os pais pareceu ter tendido para repetições de pensamentos, emoções e atos característicos da sua relação com os pais, na própria vivência amorosa. Isso pode indicar uma rigidez de seu campo fenomênico. Por exemplo, entre as 46^a e 86^a sessões, discutimos sobre o modelo de relacionamento afetivo que desenvolvera com os pais. Para ele, embora se sentisse afetivamente ligado com a figura do pai, a ausência da figura paterna era sinalizada como uma dolorosa situação, que ora inspirava raiva, ora inspirava desejo de estar com ele. Era claro, no entanto, que não podia contar com seu pai. Já em relação a sua mãe, a representação que ele sustenta sobre seu modelo de relacionamento afetivo é pautada mais na postura instrumental do que em um envolvimento emocional próximo e participativo. Se por um lado, segundo seus relatos, ela assumia a postura de provedora (criou-o como mãe solteira durante a maior parte do seu desenvolvimento); por outro, não parecia compartilhar um ambiente de abertura para expressão de sentimentos ou trocas afetivas mais profundas.

Suspeitamos que o fato de ser mãe solteira, sobrecarregada pelo dever de manutenção da casa, do filho e da mãe (avó de Leonardo) pode ter favorecido esse relativo afastamento interpessoal. Alguns estudos indicam que essa forma de representar a relação de apego com os pais pode favorecer a internalização da idéia de que se deve desenvolver uma autonomia precoce e não expor sentimentos ou comportamentos com a finalidade de não gerar preocupação adicional aos pais. Assim, a criança aprende a inibir esses sentimentos mesmo quando se sente em um esta-

do de vulnerabilidade física e emocional (Ainsworth et al., 1978; Miljkovitch, 2001; Guedes & Monteiro-Leitner, 2007).

Em outras palavras, o campo fenomênico de Leonardo parece conter a representação da necessidade de poupar a mãe de seus problemas (o que pode justificar o fato dele idealizá-la como pessoa frágil e indefesa) e apresentar uma rigidez psicológica sobre essa idealização. No entanto, essa rigidez é desestabilizada quando sua vivência de insegurança emocional é afirmada e ele toma consciência que tentava excluir tais representações para manter a idéia de que a separação dos pais seria algo inconcebível, em função da suposta fragilidade da mãe – subliminarmente, essa dinâmica parece mais relacionada à preocupação que sentia durante a infância (segundo o relato da mãe). O significado vivencial dessa rigidez psicológica parece relacionar-se mais ao risco de perder suas fontes de segurança, do que à suposta fragilidade da mãe.

Observamos que essa subcepção, na concepção rogeriana de percepção subliminar de um possível desencadeamento de desorganização psicológica (Rogers, 1977) parece repetir-se em suas relações amorosas. A dúvida da fidelidade, a busca de suporte emocional que se desdobra em envolvimento amoroso, a resistência em vivenciar um envolvimento “sério”(sic), separações e o próprio desencadeamento do distúrbio psicótico podem ser caracterizados como possíveis sinais que apontam para a idéia de uma repetição do risco de perda da fonte afetiva-emocional, e uma tentativa de frear emoções e comportamentos a fim de evitar uma possível reexperiência da angústia da perda (como vivenciado em relação aos pais).

No âmbito geral do seu processo, a auto-estima geral modificou-se de forma correspondente aos desdobramentos psicoterápicos, como a aceitação das possíveis rescindivas psicóticas, a certeza da segurança do apoio familiar e profissional, a busca pela autonomia emocional e financeira, a reelaboração dos laços afetivos que desenvolvia e das relações familiares que assumia, ao crer que a mãe precisava dele, porque era separada. A auto-estima pode ser uma moderadora das relações afetivo-amorosas, das reações à ruptura dessas relações e do modo como a pessoa se lança no-mundo. Por auto-estima entende-se a expressão de uma desa-

provação ou aprovação que o sujeito emprega sobre si, indicando o quanto ele se sente capaz, válido e importante. É um conjunto de representações acerca do valor próprio, que são, igualmente, antecipadas e percebidas pelo sujeito nos atores sociais com os quais se relaciona (Murray et al., 2005). Com seu auto-valor aprovado, parece reinvestir em si e lutar pela sua qualidade de vida. A queda dos escores na quinta avaliação, pode estar relacionada à situação do corte do laço psicoterápico, ou seja, do fim das sessões. Possivelmente, a insegurança ante a concepção de que iria encontrar um mundo “cruel” (sic) tenha desestabilizado sua percepção de que possuía potencialidades capazes de enfrentar esse mundo. Compreende-se este dado como esperado, visto que enfrentava um novo luto, no caso, com a psicoterapia.

Houve uma evolução de escores relacionados à auto-estima profissional, coincidindo com os projetos de auto-suficiência financeira, que Leonardo sempre focalizara. No entanto, supõe-se que a queda observada tenha sido um reflexo de uma desestabilização de sua auto-compreensão e da alteração de sua percepção própria sobre seu potencial de mudança. Possivelmente, também, o contato com as situações de vida tenha reativado a memória de fracassos e, por consequência, inibido suas estratégias de *coping*, tornando-o inseguro, sobretudo em um campo de forte significado, como o “profissional”, intimamente ligado à sua autonomia emocional e financeira. Evidencia-se o desenvolvimento e a revitalização da vivência familiar, ao reelaborar sua percepção sobre sua mãe e da sua responsabilidade por si mesmo. Um elemento ilustrativo é que seus escores obtidos no campo da “auto-estima profissional” subiram e caíram no mesmo ritmo que a sua auto-estima familiar (assim como no campo social). Parece que a busca da vivência profissional e da autonomia financeira está atrelada à possibilidade de mudança da percepção de si, mas também da auto-estima nos âmbitos “social” e “familiar”.

Neste contexto, percebeu-se que, à medida que Leonardo entrava em contato com seus sinais, compreendendo e os integrando à sua forma de estar-no-mundo, ele dá saltos qualitativos na percepção de si e dos outros. Aprende a discriminar os sinais corporais que indicam possibilidade de crise, identifica que se apóia nas expectativas externas na tentativa de legitimar uma acei-

tação que, mais tarde, compreende como condicional. Essa nova compreensão parece retirá-lo da perspectiva de não se responsabilizar pelos seus projetos existenciais. Gradativamente parece dar outra dimensão ao sentido rígido de “fatalidades” a que se apegava. Compreende, então, que é necessária uma parcela de ação pessoal para promover as mudanças desejadas.

Leonardo aprofundou a percepção de sua condição existencial de responsabilidade pessoal e entrou em contato com sua insegurança, até então embotada pela identificação de causas externas a si e aos dilemas que vivia, como seus fracassos, dentre eles, nas relações amorosas. Por isso pareceu resignificar a idéia de “amor” que possuía: eterno, único e imutável. Reconheceu e assimilou que, para vivenciar uma relação amorosa estável seria preciso “reorganizar sua história e se fortalecer”, talvez, querendo dizer que seria necessário conhecer-se mais autenticamente e se lançar no mundo nesta condição mundana. Segundo Moreira (2001), esse movimento configura o caminho para a saúde psicológica.

Parece que, assumindo esta condição, verificava que poderia vir a ser mais autônomo e lançar mão de infinitas possibilidades de escolha, responsabilizando-se por aquelas de que prescindisse. Além disso, reconheceu, na psicoterapia, a abertura para a afirmação do seu sofrimento e para a busca de um resgate de sua condição existencial, sem uma promessa de cura. Conforme o objetivo da psicoterapia, que procura lançar o sujeito no campo da escolha pela afirmação e significação da angústia, para promover crescimento psicológico (Erthal, 1989, 1995). Considera, a partir daí, que seus “surto” poderiam ser formas de estar-no-mundo e que poderia estar junto àqueles que o compreendem e o acompanham neste processo, apontando, sempre, um movimento de reintegração de seu eu e as possibilidades que o constituíam.

Os dados do IBD, do SEI e do QTD foram elementos de forte impacto nesse processo terapêutico, pois Leonardo pode visualizar uma “evolução” de seu estado emocional e da percepção de sua auto-estima. Sempre foi esclarecido que aqueles dados colhidos não eram um “raio X” (sic) de sua condição psicológica e nem uma verdade absoluta. Eram dados das circunstâncias, apenas indicadores, que poderiam servir de mais uma fonte de informação sobre o seu processo.

Comentários finais

Em síntese, no decorrer das sessões psicoterápicas, as vivências de Leonardo foram cada vez mais compreendidas e integradas à sua identidade. Tal integração parece ter permitido a Leonardo dar novos sentidos para os seus projetos de vida e planejar novas estratégias para o enfrentamento dos conflitos familiares. Sua autonomia profissional e afetiva foi ampliada, assim como novas percepções de si e dos outros foram desenvolvidas a favor de aspectos valorizantes sobre si. A depressão foi moderada pela auto-estima, assim como pela evolução de seu processo psicoterápico. Finalmente, Leonardo pôde se apropriar de suas condições de vida, responsabilizando-se pelas escolhas que, autonomamente, poderia realizar. Apesar de dados indicadores de um “sucesso terapêutico”, sugere-se uma certa dose de circunscrição em torno das medidas das “variáveis” estipuladas para a análise da evolução do caso.

Porém, alguns elementos metodológicos desse estudo de caso devem ser considerados. O primeiro, e mais evidente, é a tendência do cliente (e do psicoterapeuta) a querer fazer uso de um índice como sustentáculo de suas ações. Dito de outro modo, usar os dados para reforçar, diretamente, ora o desempenho pessoal (no caso do terapeuta), ora o desempenho do cliente. Parece óbvio que o cliente, ao perceber sua evolução, sente-se reforçado, no sentido comportamentalista do termo. Mas esse não deve ser o foco do usufruto do material de avaliação que se dispõe. O foco seria o efeito didático da leitura do processo psicoterápico em suas diferentes perspectivas, seja no âmbito da qualidade, seja no âmbito da quantidade. É até possível que o fenômeno do reforçamento possa existir, mas esse não é o foco da compreensão da vivência. Tal fenômeno pode ser neutralizado quando compreende-se que aqueles dados não são um retrato de único contorno, ou um dado estático; quando apreende-se o sentido de dinamicidade psicológica e existencial.

O segundo, e metodologicamente esperado, é o efeito da contaminação pelos itens dos instrumentos, devido à repetição das aplicações. Mesmo com o distanciamento entre as aplicações, acredita-se que o cliente sofreu o efeito, dentre outras variáveis externas, da memorização de itens e respostas precedentes, o que

pode ter enviesado os resultados brutos. Porém, as sessões de avaliação qualitativa do processo (eminentemente dialógicas) foram importantes na medida em que possibilitaram a exposição acerca da vivência da avaliação quantitativa e o impacto dessa verificação na vida cotidiana e na psicoterapia. Observou-se o efeito dessa “contaminação”, mas também uma diluição da mesma em virtude do foco na relação subjetiva engendrada no processo. Significa dizer, mais uma vez, que o uso dos instrumentos passou a fazer parte do contexto psicoterápico como um aliado merecedor de autenticidade e interesse pessoal para uma avaliação minimamente insenta desse viés. A motivação para a compreensão genuína do processo parece ter prevalecido à tendência da interferência dos dados precedentes.

O terceiro limite diz respeito ao efeito da expectativa social. Essa interferência, trazida pelo próprio cliente, implica-se no desejo de demonstrar, predominantemente, aspectos positivos da sua condição existencial. Percebeu-se, num primeiro instante, que o movimento de negação da sua condição existencial e a distorção de sua percepção sobre si e sobre os outros (evidenciado também pelo fenômeno da expectativa social) estava mais relacionado à insegurança afetiva e à ativação de mecanismos inibidores de sua afetividade do que pelos instrumentos. Essa situação de incongruência afetivo-emocional estava vinculada à sua situação de luto pelo fim da relação amorosa e de sua percepção anterior de sua condição psicológica anterior ao “surto”. Assim, da mesma forma como foi trabalhado o efeito da contaminação, a inserção dessa possibilidade foi afirmada enquanto possibilidade vivencial, a fim de diminuir a interferência da expectativa social. À medida que Leonardo sente-se cada vez mais aceito incondicionalmente, menos procura mostrar-se em um ângulo estereotipado para ser aceito.

Tais limites sugerem permanecermos circunspectos em relação às possíveis inferências, visto que a perspectiva de generalização – e mesmo de absolutização, não é desejada nesse contexto. Também porque trata-se de um processo, como tal, mutante, multifacetado e polissêmico. Além disso, sugere novos estudos de casos e a criação de novos instrumentos de avaliação clínica, assim como de avaliação do processo psicoterápico, além dos usuais elementos intersubjetivos trabalhados nessa abordagem.

Notas

1. Essas informações são a síntese de uma discussão sobre o alcance das avaliações metodológicas e os recursos válidos e reconhecidos nessa prática entre psicoterapeutas de vários países da União Européia, Estados Unidos e Canadá. Fonte: Seminaire «Les méthodes de recherche en psychoterapie et en psychologie clinique». Université Paris X, Paris-France, 2005.

Referências

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Amatuzzi, M. M. (1989). *O resgate da fala autêntica*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Amatuzzi, M. M. (1993). Etapas do processo terapêutico: Um estudo exploratório. *Pesquisa: Teoria e Pesquisa*, 9 (1), 1-21.
- Amatuzzi, M. M. (1995). Descrevendo um processo pessoal: o caso Dolores. *Estudos de Psicologia*, 12(1), 65-79.
- Amatuzzi, M. M. (1996). O uso da versão de sentido na formação e pesquisa em psicologia. *Coletâneas da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP)*, 9 (1), 11-24.
- Amatuzzi, M. M. (2001). *Por uma psicologia humana*. Campinas, SP: Aliança.
- American Psychological Association. (2000). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders, DSM-IV-TR*. Washington, DC: Author.
- Ancona-Lopez, M. (1995). *Psicodiagnóstico: Processo de intervenção*. São Paulo: Cortez.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*. London: Horgarth Press.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation: Anxiety and anger*. London: Horgarth Press.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss*. London: Horgarth Press.

- Bowlby, J. (1997). *Formação e rompimentos de laços afetivos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bucher, R. (1989). *A psicoterapia pela fala*. São Paulo: EPU.
- Cohin, E., & Miljkovitch, R. (2007). La mise en place des représentation d'attachement au sein du couple: Parts relatives à l'enfance et au conjoint. *Psychologie Française*, 52 (4), 519-533.
- Eckert, J., Höger, D., & Schwarb, R. (2003). Development and current state of the research on clietn-centered therapy in German language region. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2 (1) 3-18.
- Erthal, T. C. S. (1989). *Terapia vivencial: Uma abordagem existencial em psicoterapia*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Erthal, T. C. S (1995). *Treinamento em psicoterapia vivencial*. Petrópolis, RJ. Vozes.
- Eysenck, J. H. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Fonseca, A. H. L. (1998). *Trabalhando o legado de Rogers: Sobre os fundamentos fenomenológicos existenciais*. Maceió, AL: Bom Conselho.
- Forghieri, Y. C. (1993). *Psicologia fenomenológica: Fundamentos, métodos e pesquisas*. São Paulo: Pioneira.
- Gobita, M., & Guzzo, R. S. L. (2002). Estudo inicial do inventário de auto-estima (SEI): Forma A. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (1), 143-150.
- Guedes, D. D., & Andrade, A. (1999). *Psicoterapia fenomenológica existencial centrada na pessoa: Considerações acerca da conduta do terapeuta estagiário na compreensão dos horizontes vivenciais* [Video]. Trabalho apresentado no VIII Encontro Nordeste da Abordagem Centrada na Pessoa. Maragogi, AL.
- Guedes, D. D., & Miljkovitch, R. (2005). *Répresentations d'attachement et l'expérience de ruputure de relation amoureuse*. Manuscrito não publicado, Mémoire de Recherche, Université Paris X, France.

- Guedes, D. D., & Miljkovitch, R. (2008). *Représentations d'attachement via-à-vis des parents et des partenaires amoureux: Étude prospective auprès de sujets célibataires*. Manuscrito submetido à publicação
- Guedes, D. D., & Monteiro-Leitner, J. (2007). Models of attachment, homosexuality and depression: An intervention report. *Estud. Psicol. (Natal)*, 12 (3), 291-297.
- McDonough, L., & Mandler, J. M. (1994). Very long-term recall in infants: Infantile amnesia reconsidered. *Memory*, 2, 339-352.
- Merleau-Ponty, M. (1964). *O todo e nenhuma parte* (Os pensadores). São Paulo: Abril.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes.
- Miljkovitch, R. (2001). *L'attachement au cours de la vie*. Paris: PUF.
- Moreira, V. (1987). O enfoque centrado na pessoa no tratamento de um caso de esquizofrenia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 3, 262-281.
- Moreira, V. (2001). *Más allá de la persona: Havia uma psicoterapia fenomenológica mundana*. Santiago, Chile: USACH.
- Moreira, V., Saboia, A., Beco, L., & Soares, S. (1995). Psicoterapia fenomenológico-existencial: Aspectos teóricos de la práctica con base en las competencias. *Psykhe*, 4, 121-129.
- Moser, G. (1994). *Les relations interpersonnelles*. Paris: PUF.
- Murray, S. L., Rose, P., Holmes, J. G., Derrick, J., Podchaski, E. J., Bellavia, G., & Griffin, D. W. (2005). Putting the partner within reach: A dyadic perspective on felt security in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88 (2), 327-347.
- Paim, I. (1993). *Psicopatologia geral*. São Paulo: EPV.
- Patterson, T., & Joseph, G. (2006). Development of a self-report measure of unconditional positive self-regard. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79 (4), 557-570.
- Paulo, M. S. L. L. (2004). *O psicodiagnóstico interventivo com pacientes deprimidos: Alcances e possibilidades a partir*

do emprego de instrumentos projetivos como facilitadores do contato. Tese de doutorado não publicada, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Pimentel, A. (2003). *Psicodiagnóstico em gestalt-terapia*. São Paulo: Summus.
- Polliak, I. (1985). *Abordagem terapêutica del adolescente psicótico desde el enfoque centrado em la persona*. Trabalho apresentado no II Encontro latino Americano da Abordagem Centrada na Pessoa, Buenos Aires, Argentina.
- Reca, T. (1979). *Psicoterapia de las psicosis en la adolescencia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Robinson, M. D., & Clore, G. L. (2002). Episodic and semantic knowledge in emotional self-report: Evidence for two judgment processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83 (1), 198-215.
- Rogers, C. R. (1951). *Terapia centrada no cliente*. São Paulo: Martins Fontes.
- Rogers, C. R. (1975). *Psicoterapia e consulta psicológica*. São Paulo: Martins Fontes.
- Rogers, C. R. (1977). *Tornar-se pessoa*. São Paulo: Martins Fontes.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analyze of psychotherapy outcomes studies. *American Psychology*, 32, 752-760.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.

Recebido em 2 de julho de 2007

Aceito em 28 de maio de 2008

Revisado em 19 de junho de 2008