



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – FACES
CURSO: PSICOLOGIA

**A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM DIALÓGICA PARA A
CONSTRUÇÃO DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA
PSICODRAMÁTICA**

ANÉSIO DA SILVA BATISTA

BRASÍLIA
JUNHO/2009

ANÉSIO DA SILVA BATISTA

**A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM DIALÓGICA
PARA A CONSTRUÇÃO DA RELAÇÃO
TERAPÊUTICA PSICODRAMÁTICA**

Monografia apresentada como requisito para
conclusão do curso de Psicologia do UniCEUB –
Centro Universitário de Brasília. Professor
orientador: Maria do Carmo de Lima Meira

Brasília, Junho/2009



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – FACES
CURSO: PSICOLOGIA

Esta monografia foi aprovada pela Comissão examinadora composta por:

Prof. MSc. Maria do Carmo de Lima Meira

Prof. MSc. Maria Cristina Loyola dos Santos

Prof. MSc. Cynthia Rejane Corrêa Ciarallo

A Menção Final obtida foi:

Brasília, Junho/2009

*Dedico este trabalho, com amor, a Líbia,
minha amiga e companheira,
e aos meus queridos filhos,
Alice, Flávia, Miguel e Luana.*

*E agradeço especialmente à mestra-facilitadora
Maria do Carmo de Lima Meira,
por sua enorme generosidade.*

Sumário

Resumo	V
Introdução	06
Capítulo I – Saúde, doença, cura e psicoterapia	09
1.1 Aspectos históricos e antropológicos sobre a saúde, a doença e a cura	09
1.2 As bases da psicoterapia	14
Capítulo II – Abordagem dialógica	17
2.1 Antecedentes filosóficos da terapia dialógica	17
2.2 Atitudes eu-tu e eu-isso	18
2.3 O que é uma abordagem dialógica	20
Capítulo III – Abordagem psicodramática	24
3.1 Aspectos históricos do psicodrama	24
3.2 Matriz de identidade	26
3.3 Teoria dos papéis	28
3.4 Os conceitos de tele e de encontro	30
Considerações finais	34
Referências Bibliográficas	36

Resumo

Este trabalho pretende contribuir para o entendimento da importância que tem a abordagem dialógica para a construção da relação terapêutica psicodramática, e de como essa abordagem influenciou a criação e o desenvolvimento do Psicodrama. Ao contrário das abordagens não-dialógicas, que consideram a relação terapêutica apenas uma instância preparatória para a instância principal, a das intervenções, a abordagem dialógica considera que a relação terapêutica é o próprio foco do processo terapêutico, uma vez que o sucesso de uma terapia dialógica consiste no aprimoramento da qualidade da relação do indivíduo com os outros e consigo mesmo. O Psicodrama é uma abordagem dialógica, e, como tal, concebe o homem como um ser em relação, com capacidade inata para desenvolver relações verdadeiras, por intermédio do seu Fator *Tele*. Porém, essa capacidade pode ser bloqueada por um ambiente repressor, fato que, por si só, é suficiente para produzir sofrimento. Por isso, a terapia psicodramática consiste em ajudar o paciente a recuperar a sua capacidade *télica*, de forma a poder estabelecer relações verdadeiras com o terapeuta, com o mundo e consigo mesmo, o que equivale a recuperar a saúde. Para demonstrar como se dá esse processo, este trabalho foi organizado em três partes principais. A primeira, aborda alguns modelos históricos sobre a saúde, a doença e a cura, e apresenta alguns requisitos básicos para se conduzir eficientemente uma psicoterapia. A segunda parte trata da abordagem dialógica: seus antecedentes filosóficos e a sua prática clínica. E a terceira parte mostra como Jacob Levy Moreno desenvolveu o Psicodrama, apresenta alguns dos principais conceitos psicodramáticos, e descreve algumas características importantes de uma sessão psicodramática.

Palavras-Chave: psicodrama, dialógica, tele.

O objetivo deste trabalho foi contribuir para o entendimento da importância que tem a abordagem dialógica para a construção da relação terapêutica psicodramática, e de como essa abordagem influenciou a criação e o desenvolvimento do Psicodrama.

As abordagens não-dialógicas em Psicologia, geralmente, seguem um procedimento segundo o qual, ao dar início a um tratamento, o terapeuta deve, em primeiro lugar, estabelecer uma relação de confiança com o paciente, para, amparado por ela, poder aplicar com segurança as intervenções recomendadas por sua abordagem teórica, ou seja, ter condições para propor ao paciente as soluções para os problemas que o levaram a buscar ajuda terapêutica. Para essas abordagens, portanto, a relação terapêutica é considerada uma instância preparatória para a instância principal, a das intervenções, que constituem o verdadeiro foco da terapia.

Por outro lado, quando a relação terapêutica passa a ser construída sobre as bases da abordagem dialógica, ela deixa de ser apenas uma instância intermediária do processo terapêutico e torna-se o próprio foco desse processo, pois o sucesso de uma terapia dialógica consiste no aprimoramento da qualidade da relação do indivíduo com os outros e consigo mesmo.

A abordagem dialógica tem forte influência do hassidismo, seita religiosa judaica derivada da cabala que prega a necessidade de substituição da relação vertical com Deus por uma relação horizontal. Nessa seita, a figura de autoridade do rabino é substituída pela figura do facilitador *tzaddik*, que estimula o fiel a construir a sua própria forma de se relacionar com a divindade, sem intermediários. No hassidismo, todo homem contém em si uma centelha divina, que se manifesta a cada vez que ele estabelece uma relação verdadeira com o seu semelhante. Assim, com o despertar da centelha divina, o indivíduo torna-se tanto verdadeiramente humano como verdadeiramente divino.

O Psicodrama é uma abordagem dialógica, e, como tal, concebe o homem como um ser em relação, com capacidade inata de desenvolver relações verdadeiras, por intermédio do seu Fator *Tele*. Porém, essa capacidade pode ser bloqueada por um ambiente repressor, fato que, por si só, é bastante para produzir sofrimento. Por isso, a terapia psicodramática consiste em ajudar o paciente a recuperar a sua capacidade *télica*, de forma a poder estabelecer relações verdadeiras com o terapeuta, com o mundo e consigo mesmo, o que equivale a recuperar a saúde.

Tele é o referencial constante para todas as formas e métodos de psicoterapia, incluindo não só métodos profissionais de psicoterapia, psicodrama, psicoterapia de grupo, como também métodos não-profissionais, tais como cura pela fé, ou métodos que aparentemente não guardam relação alguma com a psicoterapia (Moreno, 1983, p. 249).

Para demonstrar como se dá esse processo, este trabalho foi organizado em três capítulos, subdivididos em tópicos, com a finalidade de ajudar o leitor a acompanhar, passo a passo, como foram considerados historicamente os conceitos de saúde, doença e cura, até o surgimento e a aplicação do método psicodramático.

O primeiro capítulo discorre sobre seis modelos históricos a respeito da saúde, da doença e da cura; apresenta três rituais religiosos praticados hoje no Brasil, mostrando o entendimento de cada um deles a respeito da origem e da cura do sofrimento; e apresenta a estrutura básica de uma psicoterapia.

O segundo capítulo apresenta a abordagem dialógica em Psicologia: seus antecedentes filosóficos; seus principais conceitos; e a definição do que é e de como essa abordagem é aplicada.

O terceiro capítulo fornece informações sobre os dados da vida de Jacob Levy Moreno, que foram relevantes para a criação do modelo psicodramático; e apresenta os

conceitos de matriz de identidade, teoria dos papéis, tele e Encontro, fundamentais para que se entenda o processo psicoterapêutico no psicodrama.

I

SAÚDE, DOENÇA, CURA E PSICOTERAPIA

1.1 Aspectos históricos e antropológicos sobre a saúde, a doença e a cura

Ao longo da sua história, a humanidade criou vários mitos e modelos que influenciam ainda hoje a nossa forma de conceber e de lidar com a saúde, com a doença e com a cura. Apesar de conviver com um grande desenvolvimento tecnológico, o homem atual ainda busca o auxílio dos deuses para compreender o sentido da sua dor, ou para apaziguá-lo frente aos mistérios da vida e da morte. Assim, a razão, a fé, e as explicações científicas e religiosas misturam-se nas atitudes do homem contemporâneo que busca a cura para algum sofrimento. Nessa busca, o indivíduo estabelece relações com outros indivíduos, que se sentem aptos e disponíveis para ajudá-lo. Essas relações, por sua vez, vão se configurar de acordo com determinados modelos culturais e históricos sobre a saúde, a doença e a cura. Para um melhor esclarecimento sobre o tema, serão apresentados a seguir os seguintes modelos: primitivo, grego, cartesiano, romântico, biomédico e holístico.

No modelo primitivo, o homem era subjugado pelas forças naturais, às quais, por não compreender, atribuía qualidades divinas, o que lhe dava alguma compreensão e o ajudava a aliviar a sua angústia diante do imprevisível. Assim, tudo o que existia, a matéria e os eventos naturais, estava integrado num espírito de totalidade. Ter saúde significava, portanto, viver de acordo com a ordem da natureza. Nesse contexto, o curador ou xamã era o mediador entre o homem e o espírito integrador, personificando a relação do homem com o cosmos, e, por intermédio dele, a ligação do doente com o todo podia ser restabelecida. Assim, a doença era causada quando o homem violava um tabu ou ofendia os deuses de alguma forma, e, para ajudar o doente, o xamã o ouvia, não para encontrar um sintoma, mas para descobrir qual o erro que ele havia cometido, pois a cura era obtida por intermédio do arrependimento e de

sacrifícios, que restabeleciam a boa relação entre o homem e a divindade. E, como o xamã conhecia as propriedades medicinais das ervas, da música e da terapia verbal, ele atendia a duas necessidades básicas do doente: busca espiritual e saúde (Ramos, 1994).

O modelo grego foi o primeiro a diferenciar os conceitos de matéria e de espírito, e a desenvolver práticas científicas, como observação, análise, dedução e síntese. Porém, manteve o conceito de *Nous*, a inteligência criadora, diretora e ordenadora do cosmos, que podia ser conhecida pelo homem, e cuja ordem dava unidade à multiplicidade mutável da existência. A saúde consistia na harmonia entre o corpo e a alma, e podia ser obtida por meio da música, da alimentação, da compreensão dos sonhos e da meditação. Em casos de doenças, era utilizado também o poder curativo das palavras e da argumentação, para expulsar do corpo do doente os *daimons*, ou espíritos malévolos (Ramos, 1994).

No modelo cartesiano, desenvolvido pelo filósofo René Descartes, a matéria e a mente constituíam duas realidades separadas, de forma que o corpo podia ser comparado a uma máquina cujo funcionamento, bom ou mau, não dependia de qualquer relação com a mente. Com esse modelo, Descartes foi considerado o criador do dualismo mente-corpo, “tanto no sentido positivo, de promover um pensamento científico, como no negativo, mais atual, de dificultar a compreensão mais global do homem” (Ramos, 1994, p. 21).

No modelo romântico, utilizado na prática médica durante a primeira metade do século XIX, a saúde era fruto da interação de diferentes fatores, e o conhecimento terapêutico dependia, principalmente, da observação clínica do doente, que era visto como um sistema cujas partes formavam um todo unitário, no qual os aspectos orgânicos e mentais influenciavam-se mutuamente. O tratamento para a doença, que era considerada um desequilíbrio não-natural causado por fatores biológicos, morais, psicológicos e espirituais, não tinha como foco a própria doença, mas sim a idiosincrasia da pessoa doente. Para esse modelo, uma doença orgânica podia afetar o equilíbrio psicológico, assim como uma doença

psicológica podia afetar o equilíbrio orgânico, pois havia no indivíduo uma mutualidade orgânica e mental. A relação pessoal entre o médico e o paciente tinha uma importância decisiva para a cura, e foi nessa época que a psiquiatria foi incorporada à medicina (Ramos, 1994).

O modelo biomédico, surgido no final do século XIX, se contrapôs ao modelo romântico, alegando que ele era empírico e que não permitia generalizações, ou seja, pouco do conhecimento adquirido com um paciente podia ser aproveitado para outro, pois o modelo era muito dependente da observação clínica. A doença deixou de ser um desequilíbrio não-natural e passou a ser um desvio do normal, perdendo o seu caráter holístico, e a ênfase nos fatores biológicos, morais, psicológicos e espirituais cedeu lugar ao foco nas anormalidades biológicas. A relação pessoal entre o médico e o paciente foi aos poucos substituída pela pesquisa experimental, considerada a principal fonte do conhecimento científico, e o indivíduo deixou de ser estudado como um sistema, para passar a sê-lo apenas em suas partes, cada vez menores. Os tratamentos individualizados, então, foram substituídos pelo foco nos aspectos universais das patologias (Ramos, 1994).

No modelo holístico, a mente e o corpo compõem a mesma unidade e são interdependentes em todos os estágios de saúde ou doença, por isso, é um reducionismo afirmar que existem doenças puramente orgânicas ou puramente psicológicas. Todas as doenças são consideradas psicossomáticas e dependentes da relação contínua entre o corpo e a mente, tanto na sua origem, como no seu desenvolvimento e na sua cura. Por isso, cada paciente é visto e tratado como uma pessoa única, e a sua participação e autonomia no processo de cura são sempre estimuladas (Ramos, 1994).

Finalmente, para facilitar o entendimento de como os conceitos de saúde, doença e cura se manifestam ainda hoje no Brasil, serão apresentados três exemplos de cultos religiosos que oferecem serviços de cura: o terreiro de jarê, que é um tipo de candomblé de caboclo

encontrado na zona rural da Chapada Diamantina, na Bahia; a igreja pentecostal; e o centro espírita.

Segundo o jarê, o indivíduo, na sua vida diária, está em constante interação com espíritos que podem lhe invadir o corpo para causar doenças. Por isso, para realizar a cura, o médium, possuído por caboclos poderosos e matreiros, faz, em primeiro lugar, uma entrevista privada com a pessoa que foi procurar ajuda, para conhecer a seqüência de eventos que culminaram na situação de sofrimento e para identificar os espíritos causadores do mal. Em seguida, o curador entoa os cânticos correspondentes aos espíritos malévolos, para que eles libertem o doente, que depois é submetido a outros rituais, com a finalidade de fortalecer o seu corpo, ou seja, de *fechá-lo*, para que, de uma próxima vez, ele possa resistir às invasões dos espíritos causadores dos sofrimentos. A cura então se dá com a expulsão dos espíritos e com o fortalecimento do corpo do indivíduo (Alves e Minayo, 1994).

No culto pentecostal, a cura é alcançada por meio de um rito que ocorre sob a forma de uma batalha do bem contra o mal. A doença é causada pelo Diabo e por seus seguidores, que, como personificações do mal, invadem o corpo da pessoa que sofre. O bem é representado pelo pastor, que é o representante de Jesus Cristo, e pelas obreiras e demais membros da igreja, que são os seus guerreiros auxiliares. A batalha é travada por meio de orações feitas por toda a igreja, ao mesmo tempo e em voz alta. Durante as orações, o pastor coloca a mão sobre o corpo do doente, pressionando o local que é o foco da doença, e, com voz ameaçadora, ordena que os espíritos do mal se ajoelhem diante dele e saiam daquela pessoa. A mesma oração é repetida várias vezes, mudando-se apenas os nomes dos espíritos malévolos – satanáas, exus ou orixás – a serem expulsos. Se o doente chora, treme, tem ataques de perda de consciência, ou outras mudanças comportamentais, essas manifestações são entendidas como oriundas da entidade que o possuiu, e com a qual o pastor estabelece diálogos, sempre afirmando o seu poder sobre ela. A presença da mão do pastor sobre o

doente é o sinal de que a intervenção terapêutica está se processando, e a cura se dá quando o pastor constata que o espírito do mal perdeu a batalha e deixou aquela pessoa livre (Alves e Minayo, 1994).

No espiritismo, não existe a metáfora da batalha do bem contra o mal, pois as doenças são fruto da ação de espíritos pouco desenvolvidos que, por serem movidos pela ignorância, precisam ser tratados com gentileza, para serem ensinados a abandonar os seus comportamentos destrutivos, causadores de doenças, e a aprenderem comportamentos construtivos e benéficos. Assim, ao curarem a pessoa doente, os terapeutas espíritas estão também curando os espíritos causadores da doença, que evoluem de uma situação menos desenvolvida para estágios superiores. Além disso, embora os ensinamentos dos médiuns sejam dirigidos aos espíritos, o ritual tem o objetivo de instruir também o doente e o seu círculo de apoio, no sentido de se comportarem de maneira condizente com a doutrina espírita (Alves e Minayo, 1994).

Portanto, muitas são as formas de conceituar a saúde, a doença e a cura, em diferentes modelos filosóficos e religiosos, assim como podem ser muitas as crenças a respeito da autoridade e da competência daquele que é procurado com a finalidade de prestar ajuda para amenizar uma situação de sofrimento. Esses modelos e crenças, por sua vez, orientam os vários tipos de relações que podem se estabelecer entre aquele que procura ajuda e aquele que se dispõe a ajudar. Analogamente, também na Psicologia, existem diversas orientações filosóficas e epistemológicas, que dão origem às várias formas de psicoterapia, cada uma das quais com os seus próprios pressupostos a respeito da saúde, do sofrimento e de como se deve conduzir o processo terapêutico. Para um melhor esclarecimento sobre como se estrutura uma psicoterapia, serão apresentadas a seguir algumas condições mínimas necessárias para a instauração de um processo psicoterapêutico eficiente.

1.2 As bases da psicoterapia

A psicoterapia é uma interação entre um indivíduo (o paciente) que procura ajuda para resolver um problema emocional, e outro (o terapeuta), capacitado profissionalmente e disponível para ajudá-lo. Essa interação se constitui de três fases: *de abertura*, na qual o paciente relata para o terapeuta os problemas para os quais necessita de ajuda, e na qual se estabelece a aliança terapêutica; *intermediária*, na qual é desenvolvido o trabalho terapêutico; e *de término*, na qual ocorrem a resolução dos problemas trazidos pelo paciente e a elaboração do seu desligamento da terapia.

A natureza desse relacionamento terapêutico, e das transações entre os dois participantes, é estruturada e moldada pelas atitudes e intervenções, implícitas e explícitas, do terapeuta e, secundariamente, pelo paciente. O tratamento é designado para oferecer ao paciente os melhores meios possíveis de alívio ou cura (Langs, 1984, p. 17).

Em primeiro lugar, o terapeuta deve dispor de um *setting*, ou consultório, que é o ambiente físico onde a sessão psicoterapêutica será realizada. Ele deve localizar-se preferencialmente em um prédio comercial, estar mobiliado da forma mais simples, neutra e confortável possível, e ter proteção contra estímulos externos, principalmente auditivos e visuais, para que a sessão transcorra com sigilo e tranquilidade. Caso o terapeuta necessite prestar atendimentos em mais de um consultório, é recomendável que cada paciente seja atendido sempre no mesmo *setting*, pois, por ele ser, em geral, o elemento mais estável do ambiente terapêutico, qualquer alteração ou inadequação nesse componente físico pode influenciar negativamente na colaboração do paciente com o processo terapêutico.

Um dos muitos aspectos notáveis e irônicos da psicoterapia é que, quase sem exceção, o terapeuta iniciante é convidado a trabalhar em um ambiente terapêutico altamente comprometido, a despeito do fato de ele estar tentando aprender os fundamentos da

prática terapêutica. Muitos administradores de clínicas demonstram pouca sensibilidade ao papel desempenhado pelo ambiente terapêutico. Como resultado, as práticas em clínicas e com pacientes internados não são apenas altamente variáveis, mas quase uniformemente destrutivas (Langs, 1984, p. 191).

A primeira sessão deve ser conduzida pelo próprio terapeuta que for dar continuidade ao tratamento, e deve ser marcada em um dia que seja o mais breve possível daquele em que o paciente solicitou a consulta, e em um horário que o terapeuta possa manter nas sessões posteriores. Além disso, o terapeuta só deve iniciar o tratamento se puder lhe dar prosseguimento. É recomendável que seja estabelecido, na consulta inicial, um contrato terapêutico no qual constem, entre outros itens, o preço da sessão, que deve ser mantido nas sessões subseqüentes, e o tempo de duração da sessão, que não deve ultrapassar 50 minutos. Caso o terapeuta necessite cancelar uma sessão, ele próprio deve comunicar o fato ao paciente. É preciso também que não haja, nem tenha havido, fora do *setting*, qualquer outro tipo de relacionamento entre o terapeuta e o paciente, e que ambos mantenham o compromisso de comparecer a todas as sessões marcadas. É recomendável que o terapeuta evite fazer anotações ou atender ao telefone durante as sessões, e tenha sempre em mente que a psicoterapia deve atender prioritariamente às necessidades do paciente, com vantagens apenas secundárias para o terapeuta, como, por exemplo, o recebimento de honorários (Langs, 1984).

Como a psicoterapia é um trabalho conjunto, deve haver entre os participantes uma aliança, na qual o terapeuta deve investir desde a primeira sessão, declarando o seu compromisso e a sua capacidade de ajudar o paciente, estando ciente de que essa aliança corre o risco de ser perturbada “sempre que um dos participantes procurar envolver o outro em algum tipo de interação não relacionada com a cura dos sintomas do paciente” (Langs, 1984, p. 302).

Assim, o terapeuta deve ouvir empaticamente, procurando sentir e pensar o mais próximo possível de como o paciente sente e pensa, para poder ter uma compreensão cada vez melhor das questões que lhe são confiadas. O terapeuta deve também estar ciente do impacto que pode ter sobre ele a realidade relatada pelo paciente, e estar disposto a elaborar as suas conseqüências, para que elas não perturbem a relação terapêutica, e, conseqüentemente, o processo terapêutico do paciente (Langs, 1984).

Ao paciente, cabe fornecer informações claras e honestas, aceitar o contrato de prestação de serviços estabelecido, bem como contribuir para a manutenção de uma relação terapêutica saudável, isto é, cujo foco seja a resolução das questões trazidas para o *setting* (Langs, 1984).

Portanto, essas são as condições mínimas necessárias para a instauração de um processo terapêutico eficiente. Porém, além dessas condições, cada abordagem em Psicologia estabelece outros procedimentos, de acordo com a sua orientação filosófica e epistemológica. Uma dessas abordagens é a Dialógica, cujos pressupostos e procedimentos serão apresentados a seguir.

II

ABORDAGEM DIALÓGICA

2.1 Antecedentes filosóficos da terapia dialógica

A expressão *dialógica* não diz respeito a uma escola específica em Psicologia, mas a uma forma de o psicólogo, seja qual for a sua orientação teórica, atuar na clínica privilegiando a relação terapêutica construída a partir da atitude *eu-tu*. Essa atitude foi explicitada na Filosofia do Encontro, que o filósofo existencialista Martin Buber começou a desenvolver a partir de 1923, com a publicação do seu livro *Eu e Tu*.

O desenvolvimento da Filosofia do Encontro remonta à infância de Buber, que nasceu em Viena, em 1878. Ainda criança, na aldeia onde morava com os avós, na Galícia, região entre a Polônia e a Ucrânia, Buber entra em contato com uma comunidade religiosa seguidora do hassidismo, seita judaica derivada da cabala, que prega a necessidade de substituição da relação vertical com Deus por uma relação horizontal. Dentro dessa concepção, o rabino perde a sua superioridade hierárquica e cede lugar para o *tzaddik*, líder espiritual que atua como um facilitador, estimulando o fiel a construir a sua própria forma de contato com Deus, sem a necessidade de intermediários. A ênfase na relação pessoal torna-se então mais forte que os textos religiosos, e o reino de Deus transporta-se, de um lugar superior e afastado, para dentro do homem, que passa a conter em si uma centelha da divindade. Porém, essa centelha só pode se manifestar se, e somente se, o indivíduo estabelecer uma verdadeira relação dialógica com o mundo. Então, durante esse momento, o homem torna-se, ele mesmo, o próprio Deus.

Essa experiência nos leva a rever os nossos conceitos sobre o sentido da existência humana, pois, para Buber (1974), o homem só se constitui como verdadeiramente humano, ou verdadeiramente divino, na sua relação com o mundo, ou seja, torna-se impossível existir um

eu fora da relação com um *tu*, que, por sua vez, precisa ser reconhecido, incondicionalmente, na sua alteridade.

Sobre a importância dessa experiência para a constituição humana, Carl Rogers escreve, em *Liberdade para aprender*:

Nos raros momentos em que a autenticidade profunda de um vai ao encontro da autenticidade profunda do outro, ocorre a memorável relação *eu-tu*, a que se referiu Martin Buber, o filósofo existencialista judeu. Esse mútuo encontro, profundo e pessoal, não acontece muitas vezes, mas estou convencido de que, se não acontece ocasionalmente, não somos seres humanos (1972a, como citado em Fonseca, 2008, p. 48).

No livro *Eu e tu*, Buber aborda a natureza relacional da existência humana e define as duas atitudes básicas que podemos assumir na relação com o mundo: *eu-tu* e *eu-isso*, que serão de importância fundamental para a construção da abordagem dialógica em psicoterapia, e sobre as quais discutiremos a seguir.

2.2 Atitudes eu-tu e eu-isso

A atitude *eu-tu* traduz a nossa disponibilidade para o encontro com o outro. É uma atitude de genuína valorização da alteridade daquele com quem nos relacionamos, reconhecendo tanto a sua existência singular como a nossa humanidade comum. Com essa atitude, “a pessoa é um fim em si mesma e não um meio para atingir um fim; e reconhecemos que somos uma parte dessa pessoa” (Hycner, 1995, p. 24). Outra característica da atitude *eu-tu* é que, apesar da nossa disponibilidade para o encontro, não podemos forçar a sua ocorrência, porque ele só acontece quando há mutualidade, ou seja, quando a disponibilidade existe também por parte do outro, pois “o *tu* encontra-se comigo por graça; não é através de uma procura que é encontrado” (Buber, 1974, p.12). Porém, Buber salienta que a relação

proporcionada pela atitude *eu-tu* tem um caráter fugaz, que faz com que tenhamos que aceitar “o encanto de sua chegada e a nostalgia solene de sua partida” (1923/1958b, como citado em Hycner, 1995, p. 24).

A atitude *eu-isso*, por outro lado, ocorre quando tomamos o outro como objeto, como um meio para atingirmos um fim, e é com essa atitude que ordenamos e conhecemos o mundo à nossa volta. Embora seja uma atitude também necessária para a nossa constituição humana, a sua predominância exagerada na nossa vida pode ser ontologicamente prejudicial, uma vez que, não reconhecendo a sua ação limitadora, podemos utilizá-la indiscriminadamente para situações em que poderíamos nos entregar a um encontro verdadeiro (Hycner, 1995).

Além disso, a nossa atitude relacional, seja ela *eu-tu* ou *eu-isso*, também cria o contexto para a manifestação da atitude relacional do outro, sinalizando-lhe sobre a nossa disponibilidade ou não para um ou outro tipo de relação. Dessa forma, a atitude com que me relaciono com o outro, ao criar uma tendência para a evocação de uma resposta recíproca, tende a refletir a atitude com que me relaciono comigo mesmo: valorizando o outro, manifesto a minha auto-valorização, enquanto que, tornando o outro um objeto, torno-me um objeto também. O verdadeiro diálogo, portanto, só pode existir se ambos os envolvidos estiverem dispostos a superar a atitude *eu-isso* e a aceitar a alteridade do seu interlocutor, entrando assim no espaço ontológico que Buber denominou de *entre*, que se localiza “do lado de lá do subjetivo, do lado de cá do objetivo, na vereda estreita onde *eu* e *tu* nos encontramos” (1965a, como citado em Hycner, 1995, p. 25). Esse ponto de contato que transcende as nossas existências individuais requer distância e relação, pois, da mesma forma que somos ontologicamente parte de outros seres humanos, estamos também separados deles. Assim, uma existência sadia pode ser definida como aquela que consegue manter um equilíbrio dinâmico entre separação e relação (Hycner, 1995).

Com base nas atitudes relacionais *eu-tu* e *eu-isso* definidas por Buber, e na capacidade que elas têm de influenciar o contexto para a manifestação da atitude relacional do outro, estruturou-se a psicoterapia dialógica, com o intuito de aprimorar a capacidade relacional do indivíduo que procura o psicoterapeuta em busca de ajuda, como veremos a seguir.

2.3 O que é uma abordagem dialógica

A expressão *dialógica* não se refere a uma escola específica em psicologia, mas sim à natureza da relação que se estabelece entre o terapeuta e o paciente. Nessa abordagem, o terapeuta deve ter a atitude da mais completa disponibilidade possível, para tentar vivenciar a experiência singular do seu paciente, mesmo que essa experiência seja radicalmente oposta à sua. Essa exigência se faz porque a abordagem dialógica considera que o paciente procura ajuda porque a sua experiência de vida não foi, pelo menos em parte, considerada e valorizada por outras pessoas, o que fez com que ele próprio também não a valorizasse. Então, ele se sente *desconfirmado*, o que lhe causa o sofrimento para o qual foi buscar alívio. Segundo Hycner (1995),

Considerando-se as vicissitudes naturais da existência humana, nenhum de nós recebe o reconhecimento completo e a confirmação total que nos são necessários. Assim, cada um de nós desenvolve vulnerabilidades individuais baseadas em nossas vulnerabilidades existenciais inatas. Todos nós temos feridas não cicatrizadas (p. 112).

Por isso, cabe ao terapeuta levar o paciente a sentir-se compreendido, e a engajar-se na aliança que tornará a relação terapêutica verdadeiramente curativa.

Essa atitude, porém, pode acarretar algumas dificuldades para o terapeuta, a quem, a qualquer momento, se pode exigir que seja aberto e flexível, como nestes exemplos citados por Hycner (1995):

No decorrer de uma tarde, você pode vir a ser solicitado a perceber em profundidade a visão de mundo de um menino de nove anos de idade, cujos colegas de escola debocharam dele por causa de seu peso; ou como é ser uma pessoa de meia-idade angustiada pela dor crônica; ou um jovem e talentoso músico que não pode se apresentar em público por causa de uma doença que o incapacita. Em cada caso, os significados individuais e únicos dessas pessoas serão inevitavelmente moldados por suas formas diferentes de ser-no-mundo. O desafio do terapeuta é responder a elas (p. 113).

Para que o terapeuta supere esse desafio, a saída que a abordagem dialógica lhe oferece é estar *presente* na relação, o que, mais que estar fisicamente próximo, significa, de acordo com Hycner (1995), estar incondicionalmente disponível para a outra pessoa, num dado momento. Esse procedimento, ao mesmo tempo em que mantém vivo o processo da terapia, também exige que o terapeuta abra mão momentaneamente dos seus próprios conceitos e verdades, para poder entrar totalmente sem reservas no mundo dos significados do paciente, sem a preocupação de classificá-lo segundo um diagnóstico ou uma teoria. E, como cada indivíduo vive a sua vida de forma única, a tarefa do terapeuta é captar o significado de cada experiência para cada indivíduo em particular, sentindo o que ele sente, pois “cada um de nós, nos recantos mais profundos de nosso ser, clama desesperadamente por ser confirmado. É uma de nossas grandes necessidades existenciais – sermos profundamente compreendidos por outro ser humano” (Hycner, 1995, p. 118). A autenticidade de tal esforço geralmente é percebida pelo paciente, e, com frequência, profundamente sentida e apreciada por ele. Por outro lado, falhar nisso cria o que Buber chamou de *desencontros*, cujas conseqüências podem ser, por exemplo, intervenções do terapeuta sobre problemas que o paciente não tem (Hycner, 1995).

Além disso, muitas vezes a prática clínica pode conduzir o terapeuta a uma situação paradoxal, que se manifesta na tensão entre os aspectos subjetivos e objetivos que são mobilizados durante o processo terapêutico, pelo fato de que, a qualquer momento, ele pode ser convocado a participar da resolução de problemas que podem não estar resolvidos na sua própria vida. “Nos últimos anos, isso tem sido amplamente discutido sob a rubrica de *o curador ferido*. Ou seja, é a natureza não resolvida de suas próprias dificuldades que sensibiliza o terapeuta para a vulnerabilidade do outro” (Hycner, 1995, p. 30). Contudo, se a fragilidade do *curador* pode sensibilizá-lo para uma profunda empatia pelo paciente, ela pode também ativar as suas defesas e levá-lo a buscar proteção em uma teoria que torne “objetivo o abismo que se aproxima dele e converta o avassalador *nada-mais-que-processo* em algo que possa, em algum grau, ser manuseado” (Buber, 1957a, como citado em Hycner, 1995, p. 37). Nesse caso, o paciente pode ser transformado em um *isso*, para que o terapeuta consiga lidar melhor com a sua própria ansiedade.

Para a abordagem dialógica, a superação desse paradoxo só se dará se o terapeuta “retirar o caso em questão da objetivação metodológica correta e sair do papel de superioridade profissional, conquistado e garantido pelo longo treinamento e longa prática; transformar isso na situação elementar entre aquele que chama e aquele que é chamado” (Buber, 1957a, como citado em Hycner, 1995, p. 39), pois a exigência primordial que é feita ao terapeuta é que ele possua, antes de qualquer treinamento metodológico, disponibilidade para o encontro com outro ser humano.

Uma das abordagens em Psicologia que utiliza largamente os princípios dialógicos é o Psicodrama, pois, segundo o seu criador, Jacob Levy Moreno, o *eu* nunca poderá encontrar-se por si mesmo, mas apenas por meio do *tu*, do encontro com o outro. Para propiciar esse encontro, o Psicodrama utiliza amplamente a ação, a dramatização e a interação. E, por conceber o homem como um ser em relação, tem como foco o aprimoramento da qualidade da

relação do indivíduo com o terapeuta, com os outros e consigo mesmo, pois “uma alma nunca está doente sozinha, mas sempre pela situação intermediária com outro ser existente” (Fonseca, 2008).

A história da criação do Psicodrama confunde-se com a história do seu criador, para quem “Deus está sempre dentro de e entre nós, tal como está para as crianças. No lugar de descer dos céus, entra pela porta do cenário. Deus não morreu, vive no Psicodrama” (1966b, como citado em Fonseca, 2008, p. 44). Por isso, serão apresentados a seguir dados relevantes da vida de Moreno, que foram de importância fundamental para o desenvolvimento da teoria e da prática psicodramáticas.

III

ABORDAGEM PSICODRAMÁTICA

3.1 Aspectos históricos

Jacob Levy Moreno nasceu em 1889, na Romênia, e a história da sua vida, marcada pela curiosidade científica, pela criatividade e pela rebeldia, confunde-se com a história do Psicodrama. Aos cinco anos de idade, brincando de ser Deus, Moreno atira-se do alto de uma pilha de cadeiras e fratura um braço. Em 1908, faz jogos teatrais com crianças, de improviso, nas praças de Viena. Enquanto ainda era estudante de medicina, desenvolve trabalhos de psiquiatria preventiva: em 1914, com prostitutas, para incentivá-las a criar instrumentos de auto-ajuda psicológica mútua; e, em 1916, com refugiados. Em 1917, forma-se em Medicina. Entre 1918 e 1920, colabora com a revista *Daimon*, da qual participam os escritores Franz Kafka e Max Scheler e o filósofo Martin Buber, cuja Filosofia do Encontro teria grande influência sobre o desenvolvimento do Psicodrama.

Entre 1921 e 1923, Moreno inaugura uma revolução no teatro, com o Teatro Vienense da Espontaneidade, que tinha os seguintes princípios: o dramaturgo e o texto teatral escrito seriam eliminados; a platéia perderia a sua condição de espectadores e, junto com os atores, seriam criadores do texto e da ação, que seriam feitos de improviso, no momento da apresentação; e, assim, a palco desapareceria, dando espaço para a própria vida (Moreno, 1984). Porém, essa experiência foi muito criticada, tanto pelo público como pela imprensa, pois,

Quando o teatro da espontaneidade ofereceu um trabalho teatral bom, honesto, com uma espontaneidade artisticamente trabalhável, o empreendimento como um todo lhes pareceu suspeito. A peça teatral de espontaneidade parecia-lhes ser exaustivamente ensaiada e preparada, ou seja, um embuste. Porém, quando a peça era ruim e sem vida,

apressavam-se a concluir não ser possível uma espontaneidade real (Moreno, 1984, p. 9).

Com a perda do interesse do público, o teatro da espontaneidade tornou-se financeiramente inviável, e Moreno percebeu que, só havendo uma revolução total na cultura do seu tempo, o seu teatro poderia ser compreendido. Porém, a sua decepção atingiu o ponto máximo quando os seus melhores atores abandonaram o teatro da espontaneidade para se dedicar ao teatro tradicional e ao cinema. Diante disso, Moreno encontrou uma solução mais feliz para o seu projeto, e, a partir do *teatro da espontaneidade*, desenvolveu o *jornal vivo*, no qual estimulava os participantes a dramatizarem os acontecimentos do seu tempo. Posteriormente, a partir do *jornal vivo*, Moreno desenvolveu o teatro terapêutico, concluindo que

Cem por cento de espontaneidade era mais facilmente alcançada num teatro terapêutico. Era difícil esquecer as imperfeições estéticas e psicológicas no ator normal, mas era mais fácil tolerar imperfeições e irregularidades numa pessoa anormal, num paciente. Por assim falar, as imperfeições eram de se esperar e até mesmo bem-vindas. Os atores foram transformados em egos auxiliares e, dentro do clima terapêutico, também eram tolerados. O teatro da espontaneidade desenvolveu um modalidade intermediária de teatro – o teatro da catarse, ou psicodrama (Moreno, 1984, p. 10).

Assim, Moreno desenvolveu esse novo modelo de psicoterapia, o Psicodrama, que tem por objetivo “uma organização genuína da forma, uma auto-realização criativa no ato, uma estruturação de espaço, uma concretização de relacionamentos humanos no âmbito da ação cênica” (Moreno, 1984, p. 10).

Em 14 de maio de 1974, Moreno faleceu em Beacon, Nova York, aos oitenta e cinco anos de idade.

Para que se entenda melhor o porquê de o Psicodrama ser considerado uma terapia dialógica, é preciso que se compreenda alguns dos seus principais conceitos, tais como: Matriz de Identidade, Teoria dos Papéis, Tele e Encontro, sobre os quais se discorrerá a seguir.

3.2 Matriz de identidade

Moreno chamou de *Matriz de Identidade* ao conjunto de condições materiais e psicológicas que o indivíduo encontra ao nascer, e com as quais começa a interagir, modificando-as e sendo modificado por elas. Fazem parte da *Matriz* do indivíduo desde o local físico onde mora a sua família, até a sua condição sócio-econômica e o clima psicológico em que ele é recebido. A *Matriz* também pode ser denominada de *placenta social*, por ser o meio de comunicação entre o bebê e o sistema social da mãe.

É a partir do que recebe nesse meio, constituído por fatores materiais, sociais e psicológicos, que a criança começa a viver o processo através do qual irá, aos poucos, se reconhecendo como semelhante aos demais e como um ser único, idêntico a si mesmo (Gonçalves, Wolff & Almeida, 1988, p. 59).

Inicialmente, Moreno dividiu a matriz de identidade em *Primeiro Universo* e *Segundo Universo*. Ao Primeiro Universo, deu duas denominações: Identidade Total, que corresponde à *Matriz de Identidade Total Indiferenciada*; e Identidade Total Diferenciada, que corresponde à *Matriz de Identidade Total Diferenciada*. As características da Matriz de Identidade Total Indiferenciada são: a criança não discrimina pessoas de objetos, nem realidade de fantasia; só existe o tempo presente e relações de proximidade; a criança não sonha, por não conseguir separar objetos e pessoas; e a criança apresenta fome de atos. As características da Matriz de Identidade Total Diferenciada são: diminuição da fome de atos;

início da diferenciação entre pessoas e objetos; surgimento de sonhos; e início de relações distanciadas (Gonçalves *et al.*, 1988).

O Segundo Universo começa com a *brecha entre fantasia e realidade*, e é quando a criança começa a desenvolver os papéis sociais, relacionados ao mundo da realidade, e os papéis psicodramáticos, relacionados ao mundo da fantasia. Moreno dividiu esse período em cinco fases: na primeira, a criança não consegue fazer discriminação entre ela e o mundo; na segunda, volta a sua atenção totalmente para o outro, ignorando a si mesma; na terceira, volta a atenção para si, ignorando completamente o outro; na quarta, a criança pode perceber, simultaneamente, a si mesma e ao outro, já conseguindo fazer incursões no papel do outro; e, na quinta fase, a criança já consegue fazer a troca de papéis com o outro, ao mesmo tempo (Gonçalves *et al.*, 1988).

Mais tarde, Moreno redefiniu a Matriz de Identidade em apenas três fases: *do duplo*, *do espelho* e *da inversão de papéis*.

Na *fase do duplo*, a criança vive numa condição de indiferenciação total, sente-se unificada com o mundo, e não se percebe como indivíduo separado da mãe e do ambiente. Nessa fase, ela precisa que alguém lhe faça aquilo que ela não consegue fazer por si própria. Então, a mãe, ou o cuidador, desempenha para ela a função de ego-auxiliar, ou seja, de mediadora entre a criança e o ambiente, tentando traduzir e satisfazer os seus desejos. E as ações desse ego-auxiliar são consideradas pela criança como ações de uma parte inconsciente de si mesma (Fonseca, 2008).

Na *fase do espelho*, a criança começa a se reconhecer como indivíduo separado do mundo, e passa a agir de duas maneiras distintas e intercaladas, ora concentrando a atenção em si mesma e esquecendo-se do outro, e ora concentrando a atenção no outro e esquecendo-se de si mesma. Nessa fase, já consegue identificar, refletidos num espelho, a sua própria imagem e o seu próprio movimento. “O uso do pronome *eu* é relativamente tardio nas

crianças. Isso só se verifica quando a criança toma consciência da distinção do seu mundo interno com respeito às coisas externas” (Portella Nunes, 1963, como citado em Fonseca, 2008, p. 36).

Finalmente, na *fase de inversão de papéis*, a criança passa a reconhecer a existência de outros mundos diferentes do dela, e consegue sair do seu próprio papel e colocar-se no papel do outro, para, em seguida, fazer a inversão de papéis simultaneamente com o outro. Essa fase corresponderia à possibilidade da relação dialógica *eu-tu*, a que se refere Buber (Fonseca, 2008).

Portanto, o desenvolvimento do indivíduo na Matriz de Identidade se dá simultaneamente com o desenvolvimento dos papéis que desempenha no relacionamento com o mundo. Para se esclarecer esse relacionamento, Moreno desenvolveu a Teoria dos Papéis.

3.3 Teoria dos papéis

A expressão *papel* deriva-se da palavra inglesa *role*, que, na Grécia e na Roma Antiga, designava os rolos em que os textos teatrais eram escritos e guardados. A partir do século XVI, a expressão *papel* foi ampliada e passou a significar não apenas os rolos que continham os textos, mas cada personagem a ser interpretado no teatro. Para Moreno, que desenvolveu o Psicodrama a partir das suas experiências com o teatro, “o papel é a forma de funcionamento que o indivíduo assume no momento específico em que reage a uma situação específica, na qual outras pessoas ou objetos estão envolvidos” (Moreno, 1978, p. 27).

O papel é composto de partes coletivas e individuais, ou seja, é uma unidade cultural de conduta e uma experiência interpessoal, que necessita de dois ou mais indivíduos para ser posto em prática. Assim, o papel não pode existir sem que exista também um contra-papel que o complementa, pois todo papel é uma resposta a outro (Fonseca, 2008).

Moreno classificou os papéis em três grupos: psicossomáticos ou fisiológicos, psicodramáticos ou psicológicos, e sociais.

O desenvolvimento dos papéis na criança é o precursor do futuro ego. O recém-nato vive em um universo indiferenciado – a *matriz de identidade*. Os papéis psicossomáticos, ligados às funções fisiológicas (comer, respirar, dormir, evacuar, urinar etc.), determinam as primeiras ligações com o ambiente. São estruturas sobre as quais vão repousar os papéis psicológicos ou psicodramáticos e os papéis sociais (Fonseca, 2008, p. 40).

Esses últimos papéis, psicodramáticos e sociais, vão se desenvolvendo na medida em que a criança, no seu dia a dia, vai fazendo contato com a fantasia e com a realidade, respectivamente. Assim, a contínua alternância entre essas vivências possibilita o amadurecimento da capacidade da criança de discriminar entre fantasia e realidade. Por outro lado, eventuais dificuldades nessa etapa do desenvolvimento podem levar o indivíduo a apresentar quadros delirantes e alucinatórios (Fonseca, 2008).

O surgimento dos papéis psicodramáticos e sociais ocorre, simultaneamente, no despertar do segundo universo da matriz de identidade, com o advento da fase da *brecha entre fantasia e realidade*. Então, esses papéis se juntam aos papéis psicossomáticos já existentes, e, da organização desses três conjuntos de papéis, vai depender a integridade do *eu*. Deve-se, então,

Considerar que os papéis psicossomáticos, no decurso de suas transações, ajudam a criança pequena a experimentar aquilo a que chamamos o *corpo*; que os papéis psicodramáticos a ajudam a experimentar o que designamos por *psique*; e que os papéis sociais contribuem para se produzir o que denominamos *sociedade*. Corpo, psique e sociedade são, portanto, as partes intermediárias do eu total (Moreno, 1978, p. 26).

E, por serem interdependentes, “as variações e os desequilíbrios no acoplamento das estruturas desses papéis, em seu desenvolvimento, originam características e/ou distúrbios do ego” (Fonseca, 2008, p. 41).

Segundo Moreno,

Espera-se que todo o indivíduo esteja à altura do seu papel oficial na vida, que um professor atue como professor, um aluno como aluno e assim por diante. Mas o indivíduo anseia por encarnar muito mais papéis do que aqueles que lhe é permitido desempenhar na vida e, mesmo dentro do mesmo papel, uma ou mais variedades dele. Todo e qualquer indivíduo está cheio de diferentes papéis em que deseja estar ativo e que nele estão presentes em diferentes fases do desenvolvimento. É em virtude da pressão ativa que essas múltiplas unidades individuais exercem sobre o papel oficial manifesto que se produz um sentimento de ansiedade (1978, p. 28).

O conceito de papel, portanto, na medida em que pressupõe a necessidade humana de ação e de relacionamento, é fundamental para a compreensão do Psicodrama e da sua aplicação terapêutica. Outros conceitos importantes, que podem esclarecer sobre como o indivíduo, por intermédio da terapia psicodramática, pode recuperar a sua capacidade inata de atuar de forma saudável no mundo são *Tele* e *Encontro*, que serão abordados a seguir.

3.4 Os conceitos de tele e de encontro

Com uma visão positiva do homem, o Psicodrama parte do princípio de que todo indivíduo tem recursos inatos que o impulsionam para a auto-realização, entre os quais se destaca a *função tele*, que lhe dá a possibilidade de sentir e conhecer a situação real das outras pessoas. E, por facilitar o desenvolvimento de parcerias estáveis e de relações permanentes, a *tele* é o fundamento para todas as relações interpessoais sadias, assim como a referência para todos os métodos de terapia, tanto aqueles com estatuto acadêmico, como o psicodrama,

quanto aqueles não-acadêmicos, como os que oferecem a cura pela fé. Porém, essa função pode ser embotada pela exposição do indivíduo a ambientes ou sistemas sociais repressores, e, nesse caso, ele pode recuperá-la por meio da renovação das suas relações afetivas. Portanto, a recuperação e o desenvolvimento da *tele* são essenciais para a condução de qualquer processo psicoterapêutico eficaz (Moreno, 1959).

Segundo Rojas-Bermudez (1970), *tele* é “o conjunto de processos perceptivos que permite uma valorização correta do mundo circundante” (como citado em Fonseca, 2008, p. 37), e tem como característica principal a reciprocidade, não apenas de sentimentos positivos, mas também de negativos. Por isso, o significado de *tele* é diferente do significado de empatia, pois esta define o relacionamento em um único sentido, ao passo que a *tele* diz respeito às duas direções do relacionamento. Dentro desse entendimento, um indivíduo com sensibilidade empática pode colocar-se no lugar do outro e compreendê-lo, mesmo sem estar em uma situação de reciprocidade, ou seja, sem estar sendo também compreendido pelo seu interlocutor. Por outro lado, quando há sensibilidade *télica*, ocorre automaticamente a inversão de papéis, instaurando-se então o *encontro*, que é a experiência de reciprocidade total, como na relação *eu-tu* descrita por Buber (Fonseca, 2008). “A *tele* é o cimento destinado a manter mais tarde as diferentes formas de agrupamento” (Moreno, 1959, p. 72).

Outro conceito importante definido por Moreno foi o de *transferência*, que ele classificou como a patologia da *tele*, pois permite apenas um falso encontro, no qual o indivíduo, ao invés de se relacionar com o outro, relaciona-se apenas consigo mesmo, ou seja, não faz mais que repetir formas vazias de se relacionar, aprendidas ao longo da sua história de vida, sem nenhuma sensibilidade pelo outro. Por isso, a transferência torna-se a causa de equívocos e de sofrimentos nas relações interpessoais. Para Moreno, a recuperação da *Tele* é fundamental para a melhoria da saúde mental e da criatividade, pois dá ao indivíduo condições de se desapegar do passado e de ficar disponível para o encontro.

Sabe-se que muitas relações terapêuticas entre médico e paciente, após uma fase de grande entusiasmo de ambas as partes, esfriam e morrem, muitas vezes, devido a razões emocionais. O motivo é, frequentemente, uma desilusão mútua quando o encanto da transferência desaparece e a atração *tele* não foi suficientemente forte para prometer benefícios terapêuticos permanentes. Pode-se dizer que a estabilidade de um relacionamento terapêutico depende da força da coesão *tele* que atua entre os dois participantes. A relação médico-paciente é evidentemente apenas um caso específico de um fenômeno universal (Moreno, 1983, p. 21).

Portanto, no Psicodrama, procura-se não se reforçar a relação transferencial. Ao contrário, quando a transferência acontece, o terapeuta deve desnudá-la e convidar o paciente a estabelecer uma relação nova e verdadeira, para que seja favorecida a ocorrência do encontro, e não do falso encontro com a fantasia que o paciente tem sobre o terapeuta. No Psicodrama, tudo é vivido no presente, tanto o passado como o futuro. A cada sessão, o paciente é convidado a viver um momento novo não-vivido no passado, e não apenas a revelar as suas vivências passadas, mas também a realizar no presente um contato mais verdadeiro, mais emocional e mais pessoal. Enfim, a participar da relação transformadora que é o *encontro*. O objetivo da sessão terapêutica converge para o exercício do encontro do homem com o seu semelhante, de tal modo que o *eu* se exercite em ser o *tu* e o *tu* transforme-se no *eu* (Fonseca, 2008).

Uma sessão psicodramática compõe-se basicamente de três etapas: na primeira, denominada de *aquecimento*, há a preparação para o *encontro*; na segunda, a *dramatização*, ocorre o encontro entre o terapeuta e o paciente, e o encontro do paciente consigo mesmo; e, na terceira, denominada de *compartilhamento*, faz-se a elaboração do que ocorreu no *encontro*, que não é apenas uma classificação, mas sim a vivência rara e inesquecível da reciprocidade total, que é a base de toda ação terapêutica genuína (Fonseca, 2008). “O

psicodrama representa a forma dramática e espontânea do encontro entre seres humanos, daí sua força e características peculiares” (Portuondo, 1969, como citado em Fonseca, 2008, p. 24).

Essa força sustenta-se no fato de que o psicodramatista atua no *setting* como um facilitador, isto é, esvaziado de respostas, certo de que, mesmo que ele as tivesse, elas pouco ajudariam aquele paciente em particular, pois, para a abordagem psicodramática, as únicas respostas verdadeiramente úteis são aquelas que o próprio sujeito constrói. Dessa forma, o papel desempenhado pelo psicodramatista não é o do fornecedor de respostas, mas o daquele que se dispõe a ajudar o paciente a encontrá-las por si mesmo. Assim, estabelece-se no *setting* uma relação *eu-tu*, na qual o paciente não é um meio para se chegar a um fim, mas um fim em si mesmo, um sujeito confirmado na sua alteridade.

Considerações finais

A abordagem dialógica não se refere a uma escola específica em psicologia, mas a uma filosofia que valoriza o encontro como o elemento que dá sentido à existência humana. Com base nessa premissa, uma terapia dialógica é aquela que elege a relação terapêutica como o ponto central, e não um ponto secundário, do processo terapêutico. Desse modo, a abordagem dialógica pode ser utilizada por qualquer terapeuta, de qualquer linha teórica.

O psicodrama é um método psicoterapêutico que utiliza a abordagem dialógica, e, como tal, focaliza o processo terapêutico na construção de uma relação norteada pela abertura, reciprocidade, presença e comunicação direta, buscando assim facilitar o aprimoramento da habilidade relacional do paciente.

A teoria psicodramática considera que o paciente procura ajuda porque a sua experiência de vida não foi, pelo menos em parte, considerada e valorizada por outras pessoas, o que fez com que ele próprio também não a valorizasse. Isso faz com que ele se sinta *desconfirmado*, o que lhe causa o sofrimento para o qual foi procurar alívio. Com base nisso, o psicodramatista atua sempre buscando o *Encontro* com o paciente, de forma que ele se sinta *confirmado*, isto é, compreendido a partir do seu próprio ponto de vista. Essa progressiva confirmação no *setting*, pelo terapeuta, permite que o paciente retome gradualmente, no mundo, o diálogo com aqueles de quem se separou, por ter sido por eles *desconfirmado*. Nessa retomada, o paciente terá a possibilidade de estabelecer com o mundo um diálogo verdadeiro e sem reservas, mesmo correndo o risco de ser marginalizado.

Analogamente ao *tzaddik*, líder espiritual hassídico que estimula o fiel a construir a sua forma de contato direto Deus, sem intermediários, o psicodramatista atua no *setting* como um facilitador, ajudando o paciente a encontrar a sua forma peculiar de estabelecer relações saudáveis no mundo. Uma vez que o estabelecimento de relações depende da capacidade de comunicação, que, por sua vez, depende de uma percepção clara do mundo, uma das

potencialidades que o método psicodramático ajuda o paciente a desenvolver é a *tele*, que lhe devolve a possibilidade de sentir e conhecer a situação real das outras pessoas. Assim, o paciente volta a ter condições de estabelecer relações verdadeiras com o terapeuta, com o mundo e consigo mesmo, o que equivale a recuperar a saúde.

Instaura-se no *setting*, dessa forma, uma relação viva entre dois sujeitos que se dão a conhecer, posto que o psicodramatista não vê no paciente um *isso* a ser encaixado em uma teoria, a exemplo do que diz Fernando Pessoa, por seu heterônimo Alberto Caeiro, em um dos seus Poemas Inconjuntos (1913-1915):

Não basta abrir a janela

Para ver os campos e o rio.

Não é bastante não ser cego

Para ver as árvores e as flores.

É preciso também não ter filosofia nenhuma.

Com filosofia não há árvores: há idéias apenas.

Há só cada um de nós, como uma cave.

Há só uma janela fechada, e todo o mundo lá fora;

E um sonho do que se poderia ver se a janela se abrisse,

Que nunca é o que se vê quando se abre a janela.

Portanto, consideramos que o objetivo deste trabalho foi alcançado, uma vez que se esclareceu a importância da abordagem dialógica para a construção da relação terapêutica psicodramática, e como essa abordagem influenciou a criação e o desenvolvimento do Psicodrama.

Referências Bibliográficas

- Alves, P. C., & Minayo, M. C. de S. (Org.). (1994). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Buber, M. (1974). *Eu e tu* (2a ed.). São Paulo: Moraes.
- Fonseca, J. (2008). *Psicodrama da loucura: correlações entre Buber e Moreno* (7a ed.). São Paulo: Ágora.
- Gonçalves, C. S., Wolff, J. R., & Almeida, W. C. (1988). *Lições de psicodrama: introdução ao pensamento de J. L. Moreno* (8a ed.). São Paulo: Ágora.
- Hycner, R. (1995). *De pessoa a pessoa: psicoterapia dialógica* (3a ed.). São Paulo: Summus.
- Langs, R. (1984). *As bases da psicoterapia*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Moreno, J. L. (1983). *Fundamentos do Psicodrama. Novas buscas em psicoterapia* (Vol. 20, 2a Ed.). São Paulo: Summus.
- Moreno, J. L. (1984). *O teatro da espontaneidade*. São Paulo: Summus.
- Moreno, J. L. (1978). *Psicodrama* (2a ed.). São Paulo: Cultrix.
- Moreno, J. L. (1959). *Psicoterapia de grupo e Psicodrama: introdução à teoria e à praxis*. São Paulo: Mestre Jou.
- Ramos, D. G. (1994). *A psique do corpo: uma compreensão simbólica da doença* (2a ed.). São Paulo: Summus.