

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
INSTITUTO DE ARTES**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**DESMASCARANDO OS EUS:  
A UTILIZAÇÃO DE MÁSCARAS  
EM GRUPO DE TERAPIA EXPRESSIVA**

**ANA PAULA YAMAKAWA GODOY**

**CAMPINAS - SP**

**2003**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**

**INSTITUTO DE ARTES**

Mestrado em Artes

**DESMASCARANDO OS EUS:  
A UTILIZAÇÃO DE MÁSCARAS  
EM GRUPO DE TERAPIA EXPRESSIVA**

ANA PAULA YAMAKAWA GODOY

Dissertação apresentada ao Instituto de Artes da UNICAMP como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Artes sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lucia Helena Reily.

CAMPINAS - SP

2003



FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA CENTRAL DA UNICAMP

G548d Godoy, Ana Paula Yamakawa.  
Desmascarando os eus : a utilização de máscaras  
em grupo de terapia expressiva / Ana Paula Yamakawa  
Godoy. – Campinas, SP : [s.n.], 2003.

Orientadora : Lucia Helena Reily.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de  
Campinas, Instituto de Artes.

1. Distúrbios do pânico. 2. Máscaras. 3. Psicodrama.  
4. Psicoterapia de grupo.

I. Reily, Lucia Helena. II. Universidade Estadual de  
Campinas. Instituto de Artes. III. Título.



## DEDICATÓRIA

Aos meus pais Oswaldo (*in memoriam*) e Beth Godoy, com todo amor, gratidão, respeito e admiração que houver nesta vida!

## AGRADECIMENTOS

Sou grata:

A Deus;

A todos os integrantes dos Grupos de Terapia Expressiva;

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lucia Helena Reily;

Ao Prof. Dr. Evandro Gomes de Matos;

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sara Pereira Lopes;

À Elisabeth Yamakawa Godoy;

A todos os Yamakawas e a todos os Godoys;

Em especial, à Tia Esther Yamakawa;

Ao Fábio Luiz Massarella e sua calorosa família;

Ao casal afilhado e eternos amigos Elenice e Edmilson Cominotti;

À Psicóloga Maristela da Silva Farci;

Ao Prof. Dr. Sérgio Luiz Arruda Saboya;

Ao Prof. Dr. Paulo Kühl Mugayar;

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Liliana Andolpho Guimarães;

Ao Instituto de Artes – Departamento de Artes Cênicas – da Unicamp;

À Faculdade de Ciências Médicas – Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria - da Unicamp;

Ao Prof. M.Sc. Edley Matos dos Santos;

À Psicóloga Maria Alice Torres Montenegro;

Aos funcionários do IA;

Em especial, ao grande Educador Genezio Mesquita;

Ao Grupo de Teatro Expressão, de Franco da Rocha (SP);

Ao Laboratório do Ator de Campinas;

À FECAMTA – Federação Campineira de Teatro Amador;

Ao Grupo Cenarte – Cia. Teatral;

Em especial, ao Diretor Walter Rhis;

A toda equipe de profissionais e amigas do NATA: Ana Gabriela Annichinno, Andréa Patutti, Dra. Carla Vieira Stela, Elke Kauder, Liliana Ravera, Lionela Sardelli e Rosemary Assis;

Às funcionárias do Ambulatório de Saúde Mental Geral de Adultos: Lourdinha, Any, Nádia e Celina;

Aos Professores de Teatro (meus iniciadores): Fábio Leirias e Zezé Tonezzi;

A todos os meus amigos irmãos e irmãos amigos, da família, do teatro e da vida!...



## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | <b>01</b> |
| O tema da pesquisa.....  | 02        |
| <b>CAPÍTULO 1 - TRANSTORNO DO PÂNICO</b> .....   | <b>07</b> |
| 1.1 Alguns conceitos.....  | 07        |
| 1.2 Medidas terapêuticas.....  | 11        |
| 1.3 NATA - Núcleo de Atendimento dos Transtornos de Ansiedade.....                                   | 15        |
| <b>CAPÍTULO 2 - PSICOTERAPIA</b> .....   | <b>19</b> |
| 2.1 Esquema referencial teórico.....   | 19        |
| 2.2 Abordagem existencial humanista.....   | 21        |
| 2.3 Procedimentos técnicos.....  | 24        |
| 2.4 Modalidade grupal e vivencial.....   | 27        |
| <b>CAPÍTULO 3 - ARTE EM PSICOTERAPIA</b> .....   | <b>29</b> |
| 3.1 Terapias expressivas.....  | 29        |
| 3.2 Psicodrama.....  | 37        |
| 3.3 Arco-Íris do Desejo.....   | 40        |
| <b>CAPÍTULO 4 - MÁSCARAS</b> .....   | <b>43</b> |
| 4.1 Função social das máscaras.....  | 43        |
| 4.2 Função artística das máscaras.....   | 45        |
| 4.3 Função terapêutica das máscaras.....   | 47        |
| 4.3.1 Instituto de La Mascara.....   | 48        |
| <b>CAPÍTULO 5 - GRUPO DE TERAPIA EXPRESSIVA NO NATA</b> .....  | <b>53</b> |
| 5.1 Caracterização.....  | 53        |
| 5.2 Desenvolvimento.....   | 55        |
| 5.3 Estudo piloto.....   | 57        |
| 5.4 GTE – Grupo de Terapia Expressiva.....   | 67        |
| 5.5 Relato de sessão.....  | 71        |
| <b>CAPÍTULO 6 – A UTILIZAÇÃO DE MÁSCARAS NA REALIDADE DO GTE - GRUPO DE TERAPIA EXPRESSIVA</b> ..... | <b>77</b> |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....  | <b>91</b> |
| <b>ANEXOS</b> .....  | <b>95</b> |
| Anexo 1 - Declaração de Supervisão Clínica.....  | 95        |
| Anexo 2 - Termo de Consentimento.....  | 97        |
| Anexo 3 - Informes/Contrato.....   | 99        |
| Anexo 4 - Estratégia A.C.A.L.M.E-S.E.....  | 101       |

|   |            |
|---|------------|
| Anexo 5 - Relato de Observação de Estagiária de Psicologia do NATA..... | 105        |
| Anexo 6 – Questionário Aberto.....                                      | 107        |
| <b>BIBLIOGRAFIA.....</b>  | <b>111</b> |
| Referências bibliográficas.....   | 111        |
| Bibliografia consultada.....  | 114        |
| <b>LISTA DE QUADROS</b>   |            |
| QUADRO 1 - Critérios diagnósticos para transtorno do pânico.....        | 08         |
| QUADRO 2 - Participantes do GTE.....                                    | 54         |
| QUADRO 3 - Cronograma.....  | 66         |

## RESUMO

O presente trabalho traz algumas considerações, à luz da Psicologia, sobre a utilização de máscaras em grupo de terapia expressiva. Trata-se do relato da experiência de implantação de Grupo de Terapia Expressiva no NATA – Núcleo de Atendimento dos Transtornos de Ansiedade, em funcionamento no Hospital de Clínicas da Unicamp. Participaram deste projeto cinco mulheres e um homem, todos adultos, com diagnóstico de transtorno do pânico, atendidos ambulatorialmente.

O processo relatado baseia-se em 13 encontros semanais, cada qual com duração de 1h30min, pelo período de quatro meses, com o cumprimento de cinco temas divididos em módulos. Em cada encontro, foram seguidas as etapas de uma sessão de psicodrama: aquecimento, dramatização e compartilhar. Foi aplicado um questionário aberto com a finalidade de obter uma análise qualitativa dos resultados, sob referencial que abrange conceitos das abordagens existencial e humanista, unindo elementos do psicodrama e *gestalt*.

A proposta do trabalho foca a investigação de um modelo de intervenção pouco difundido, a fim de contribuir na geração de críticas e reflexões, compilação de dados históricos e achados relevantes para as áreas de Arte e Psicologia, de forma a ampliar os conhecimentos atuais e estimular a realização de estudos com vistas ao desenvolvimento científico e humano.

UNITERMOS: máscaras - psicologia - psicoterapia - teatro - arte terapia

## ABSTRACT

This study presents various considerations from the standpoint of psychology on the use of masks in group expressive therapy. The text explains how the expressive group therapy program at NATA – Nucleus of Treatment of Anxiety Disorders – was begun at the Hospital de Clínicas – Unicamp. Six adults, five women and one man, diagnosed with panic disorder participated in the project in the outpatient clinic. There were 13 weekly encounters, lasting 1 ½ hours each, over a four months period. Five themes, divided in modules, were developed. In each session, a series of psychodrama steps were followed, i.e. warming-up, dramatization, and sharing. An open questionnaire was applied at the end, as a means of obtaining qualitative analysis of the results, based on an existential and humanistic approach, combining elements from psychodrama and gestalt therapy. The proposed focuses on investigations and intervention model has been little divulged, as a contribution for generating positive criticism and reflection as well as producing historical data relevant findings for the fields of art and psychology, so as to broaden present knowledge and enhance a body of research for scientific and human development.

Key-Words: Panic disorders; masks; psychodrama; group; psychotherapy.



## INTRODUÇÃO

A elaboração deste projeto foi inicialmente motivada pela experiência como Psicóloga Aprimoranda no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Prof. André Teixeira Lima em Franco da Rocha, SP, onde tive a oportunidade de coordenar um grupo de teatro formado pelos pacientes presos no período de 1995 a 1997. Através dessa prática, foi possível observar, durante as atividades desenvolvidas, que a participação dos pacientes presos em grupo de teatro produziu alterações significativas tanto nas atitudes quanto na manifestação de idéias e sentimentos dos participantes.

Desde o início de minhas atividades, que uniram a arte (especificamente a cênica) e a psicologia, em 1990, venho desenvolvendo práticas teatrais como atriz amadora e militante do movimento organizado de teatro amador. Após participar de cursos livres de teatro no SESI – Serviço Social da Indústria, no LAC – Laboratório do Ator de Campinas, em workshops na EMCEA – Escola Municipal de Cultura e Arte (vinculada à PMC – Prefeitura Municipal de Campinas) e em Eventos da FECAMTA – Federação Campineira de Teatro Amador (congressos e encontros), integrei um grupo de trabalho no LAC e participei do curso de formação. Nesse local, desenvolvi atividades de pesquisa e prática teatral sob a coordenação do Professor, Ator e Diretor de Teatro M.Sc. José Tonezzi pelo período de sete meses, no ano de 2001.

Nesse mesmo ano, participei do curso intensivo “O Ator e a Máscara” no Barracão Teatro, ministrado pelo também Professor, Ator e Diretor de Teatro Ésio Magalhães. Esses cursos e práticas foram fundamentais enquanto alicerce para a utilização de recursos teatrais no projeto. O contato com as artes dramáticas, enquanto caminho de libertação, satisfação, plenitude e autoconhecimento também contribuiu para a crença de que tais experiências podem ser vividas por outras pessoas.

Na seqüência do aprimoramento, ingressei no Programa de Estágio em Psicologia na Enfermaria de Psiquiatria, do HC – Hospital de Clínicas da Unicamp, em 1998, onde tive a oportunidade de desenvolver, entre outras atividades, um grupo de vivências dramáticas junto aos pacientes sob regime de internação. Apesar do curto período dessa prática, a motivação, o envolvimento e o retorno verbal dos pacientes foram

elementos à constatação dos benefícios obtidos através de práticas que envolvem arte em psiquiatria, por denotarem a importância da existência de espaços que permitam a expressão individual e/ou grupal, não limitados à verbal, dentro de um enfoque terapêutico.

Durante esse estágio, sob a supervisão da psicóloga Maristela da Silva Farci, que teve a duração de dois anos, cursei algumas disciplinas na FCM – Faculdade de Ciências Médicas como aluna especial da Pós-Graduação. No Hospital de Clínicas, participei das reuniões clínicas semanais coordenadas por médicos psiquiatras docentes da FCM. Nessas reuniões, eram discutidos todos os casos junto à equipe de profissionais formada por médicos residentes, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuavam na Enfermaria.

Através dessa experiência, além dos subsídios teóricos e práticos relacionados à Psicopatologia, pude observar a alta incidência do TP – transtorno do pânico, aliada à necessidade de buscar conhecimentos sobre etiologia e tratamento e prevenção que pudessem contribuir para o desenvolvimento e fundamentação de novas frentes de atuação psicoterápica. Considero que a sensibilização e o interesse pelo estudo e atuação junto aos transtornos de ansiedade, especificamente o TP, foram despertados pelo conjunto de toda experiência e pelos conseqüentes questionamentos que foram surgindo nesse período.

Em 2000, participei da implantação do NATA – Núcleo de Atendimento dos Transtornos de Ansiedade, sob a coordenação do Prof. Dr. Evandro Gomes de Matos, Médico Psiquiatra, docente da FCM – Faculdade de Ciências Médicas, integrando, desde então, a equipe de profissionais responsáveis pelo atendimento psicoterápico, psicodiagnóstico, pesquisas e divulgações dos resultados sobre TP, onde tive a oportunidade de desenvolver o grupo de terapia expressiva relatado neste trabalho.

### **O tema da pesquisa**

Muitos profissionais da área de saúde referem-se ao transtorno do pânico como um dos quadros que compõem o “mal do século”, dividindo a cena com fobias, depressão e outras neuroses. Apesar de muitos estudos recentes indicarem que a

depressão e o pânico surgem em consequência da confluência dos fatores biológicos, emocionais e ambientais, tem sido comum uma valorização de discussões centralizadas na articulação entre contexto social e econômico e as manifestações de sintomas ligados a esses quadros.

Acredita-se que um dos fatores agravantes para o surgimento do TP esteja relacionado à transformação dos valores humanos, a qual o sistema e todos os seus recursos rezam como necessária à adaptação aos novos modos de sobrevivência, reconhecimento e relacionamento social e interpessoal.

A competitividade, o individualismo, o materialismo, entre outros valores, ao mesmo tempo em que conduzem ao que supostamente sejam soluções imediatas para a vida cotidiana, tendem a afastar as pessoas de valores como a espiritualidade, a solidariedade e a justiça. Estes, por sua vez, têm-se revelado elementos de suma importância para o desenvolvimento humano individual e coletivo, além de estarem possivelmente vinculados ao surgimento de problemas como estresse, falta de segurança física e emocional, empobrecimento da capacidade de estabelecer e manter relacionamentos afetivos, entre outros comprometimentos.

Por muito tempo, observamos que a mídia contribui para que o homem divulgue, internalize e reproduza essa “ânsia” pelas conquistas materiais, vinculando o poder de consumo à realização pessoal, profissional e até mesmo sexual. O reconhecimento e a valorização pessoal, atribuídos e vinculados ao aspecto social, estão voltados especialmente para aqueles que possuem recursos financeiros e através destes obtêm toda rede de apoio material, político e humano necessários ao usufruto dessa condição ‘privilegiada’ de ser e estar no mundo.

O prazer e a satisfação parecem acompanhar o ritmo ágil e volúvel imposto pela era globalizada. Essa crítica não se direciona ao processo de globalização em si, mas aos possíveis efeitos negativos, gerados pelas inúmeras distorções e adoções desses novos estilos de vida, que geralmente descartam uma avaliação mais crítica e elaborada quanto ao seu caráter benéfico ou nocivo para o desenvolvimento humano.

Embora corroboradas por pensamentos e estudos de autores e profissionais diversos, essas reflexões sobre as relações entre os sintomas psicopatológicos e a modernidade não são apresentadas aqui como verdades e/ou diagnóstico. Para tal,

reconhecemos a necessidade de outras pesquisas com essa finalidade específica, embasamento e aprofundamento devidos.

Este trabalho visa ao estudo de uma forma de tratamento psicológico em grupo, utilizando máscaras como um recurso terapêutico voltado para uma população que apresenta o diagnóstico de TP. As hipóteses iniciais foram que tanto a modalidade grupal quanto a expressiva, bem como a utilização de máscaras, atuariam como formas e recursos facilitadores do desenvolvimento de recursos internos (como segurança, autonomia, assertividade, auto-estima, autoconhecimento e outros), contribuindo para que os participantes lidassem melhor com a ansiedade manifesta.

Para investigação desse modelo psicoterápico, foi realizado um GTE – Grupo de Terapia Expressiva no NATA no período de março a junho de 2003, perfazendo um total de quatro meses. Em outubro desse mesmo ano, demos início à prática de outro GTE, formado por dois integrantes do grupo anterior e seis novos participantes, todos usuários do NATA.

Na constituição do trabalho, o primeiro capítulo traz algumas considerações sobre o TP – transtorno do pânico, formas atuais de tratamento nas esferas biológica, psicológica e psicossocial, seguido de uma breve apresentação do NATA. No capítulo seguinte, abordamos os referenciais teóricos e metodológicos adotados, enfatizando as contribuições dos filósofos Soren Kierkegaard (1813-1855) e Jean Paul Sartre (1905-1980). Esses autores consubstanciaram a condução de uma leitura existencialista do ser humano e sua subjetividade. Essa leitura conta também com a influência do aporte teórico humanista, a partir do qual diversas abordagens psicológicas encontraram fundamento, como a *gestalt* terapia, a abordagem centrada na pessoa, a terapia vivencial e o psicodrama.

Subseqüentemente, encontra-se uma breve conceituação das Terapias Expressivas e das principais correntes que orientaram as leituras e fundamentos dessa prática. Apesar da confluência de teorias utilizadas no GTE – Grupo de Terapia Expressiva, demos um destaque às definições sobre os preceitos e técnicas do Psicodrama, fundado pelo Médico Jacob Levy Moreno (1889-1974), e às técnicas do Arco-Íris do Desejo, pesquisa desenvolvida pelo Autor e Diretor Teatral Augusto Boal, que há quase duas décadas vem trabalhando na união destas áreas: teatro e terapia.



No capítulo sobre Máscaras, após um breve comentário sobre o papel das máscaras nas esferas social e artística, dedicamos maior aprofundamento ao papel desse instrumento na área terapêutica. Esse capítulo foi enriquecido com outro sobre o histórico e a utilização das máscaras no Instituto de La Mascara – BsAs – Argentina.

O último capítulo versa sobre a descrição específica do GTE, a caracterização, os procedimentos e resultados observados durante o processo. Para melhor compreensão da estrutura e desenvolvimento do GTE, registramos também as duas experiências que antecederam a formação do grupo em foco, suas contribuições para uma formatação mais adequada às características da população e às demandas apresentadas, além do relato de uma sessão.

A discussão dos resultados e considerações finais tiveram como base as observações realizadas durante as sessões e as respostas dadas individualmente pelos participantes a um questionário aberto sobre todo o processo.



# CAPÍTULO 1

## TRANSTORNO DO PÂNICO

### 1.1 Alguns conceitos

A nomenclatura do TP – transtorno do pânico é derivada do deus Pã da mitologia grega. Esse deus era uma criatura bizarra, representada por uma figura humana com orelhas, chifres, cauda e pernas de bode. Tido como uma das divindades rurais, o deus dos bosques, dos campos, dos rebanhos e dos pastores era apresentado sempre tocando uma flauta. Há um poema que faz alusão à origem da flauta campestre (Sirinx ou siringe) que ele tocava magistralmente:

“E nos contou como, em um dia, Sirinx  
De Pã fugiu, tremendo, apavorada  
Desventurada ninfa! Pobre Pã!  
Como chorou, ao ver que conquistara  
Da brisa apenas um suspiro doce!”  
(Bulfinch, 2002, p. 42)

Sirinx era uma ninfa caçadora muito bonita que um dia, ao fugir de Pã, que corria ao seu encalço, foi ajudada pelas colegas ninfas. Quando Pã pensava ter conseguido agarrar Sirinx, na verdade havia tomado nos braços um feixe de juncos, colocado pelas ninfas da água. Ao perceber, Pã suspirou, e o ar entre os juncos deu origem a uma linda e melancólica melodia. Pã gostou tanto que resolveu juntar alguns juncos de tamanhos desiguais, criando um instrumento que em homenagem à ninfa passou a se chamar sirinx.

Mas esse foi apenas um episódio. Pã era muito temido por todos que precisavam atravessar a floresta durante a noite. Tanto que “os pavores súbitos, desprovidos de qualquer causa aparente, eram atribuídos a Pã e chamados de terror pânico, ou simplesmente de pânico” (Bulfinch, 2002, p. 204). Da mesma forma, os sintomas do pânico abordados neste projeto têm um caráter súbito, sem causa aparente.

Neste projeto, o diagnóstico de TP é realizado pela equipe médica do NATA – Núcleo de Atendimento dos Transtornos de Ansiedade com base nos critérios definidos pelo Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM-IV, 4. ed.,

publicado pela Associação Psiquiátrica Americana. A opção pelo DSM-IV, 4. ed. ocorreu em função de seu enfoque descritivo dos transtornos, que explora características específicas como o curso, padrão familiar e prevalência, considerando o significativo sofrimento clínico e os prejuízos na vida social e ocupacional do indivíduo.

#### QUADRO 1 - Critérios diagnósticos para transtorno do pânico

- A) Em algum momento durante o distúrbio, um ou mais ataques de pânico (períodos definidos de medo ou desconforto intenso) ocorreram:
1. inesperadamente, isto é, não imediatamente antes ou durante a exposição a uma situação que quase sempre causava ansiedade;
  2. não é disparado por situações nas quais a pessoa foi o foco de atenção de outros.
- B) Quatro ataques ocorreram dentro de um período de quatro semanas, ou um ou mais ataques foram seguidos por um período pelo menos de um mês de medo persistente de ter outro ataque.
- C) Pelo menos quatro dos seguintes sintomas se desenvolveram durante pelo menos um dos ataques:
1. falta de ar (dispnéia) ou sensação de asfixia;
  2. vertigem, sentimentos de instabilidade, ou sensação de desmaio;
  3. palpitações ou ritmo cardíaco acelerado (taquicardia);
  4. tremor ou abalos;
  5. sudorese;
  6. sufocamento;
  7. náusea ou desconforto abdominal;
  8. despersonalização ou desrealização;
  9. anestesia ou formigamento (parestésias);
  10. ondas de calor ou calafrios;
  11. dor ou desconforto no peito;
  12. medo de morrer;
  13. medo de enlouquecer ou cometer ato descontrolado.

D) Durante pelo menos alguns dos ataques, ao menos quatro dos sintomas em C desenvolveram-se subitamente e com intensidade aumentada dentro dos dez minutos do início do primeiro sintoma, notado no ataque.

E) Não se pode estabelecer que um fator orgânico iniciou e manteve a perturbação. Por exemplo, intoxicação por anfetamina ou cafeína, hipertireoidismo.

(Fonte: *DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Association of Psychiatry – 4. ed. 1995*)

A ansiedade vivenciada pelo ser humano é aceita como adequada e até necessária ao seu processo de desenvolvimento e adaptação, conforme Gentil et alii (1997, p. 30). Entretanto, em algumas situações em que produz sofrimento físico, psíquico e social, torna-se patológica e requer intervenção terapêutica.

Quando a ansiedade se manifesta em episódios intermitentes, associadas a vários sintomas de número e intensidade significativos, trata-se de crises ou ataques de pânico. Os ataques são caracterizados por um período de intenso temor ou desconforto que surge subitamente, no qual pelo menos quatro dos sintomas relacionados no quadro desenvolvem-se rapidamente e atingem um pico máximo por volta de dez minutos.

De acordo com Gentil et alii (1997, p. 103), esses ataques de pânico duram menos de uma hora e sua freqüência é variável. Segundo o DSM-IV, o TP é classificado como um dos transtornos de ansiedade, dentre outros, tais como fobia social, transtorno compulsivo obsessivo e transtorno de estresse.

Segundo o Psiquiatra Antônio Egídio Nardi (2002, p. 4), Professor do Instituto de Psiquiatria da UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro, o TP é um quadro de ansiedade aguda, sendo que os aspectos essenciais são os ataques de ansiedade aguda e grave, recorrentes, os quais não estão restritos a qualquer situação ou conjunto de circunstâncias específicas. Evidencia que principalmente o primeiro ataque de pânico é imprevisível e espontâneo (raramente ultrapassa trinta minutos). Durante o ataque, a pessoa pode sentir-se confusa, com dificuldade de concentração e com

necessidade de abandonar o local para procurar ajuda ou ir para outro lugar mais ventilado.

Os Psiquiatras Kaplan e Sadock apresentam alguns dados epidemiológicos sobre o TP que julgamos interessante apresentar para melhor compreensão de nosso objeto de estudo. Segundo os autores (1993, p. 419):

“o transtorno do pânico parece ter uma prevalência no período de vida de aproximadamente 1,5 a 2% da população. A proporção entre os sexos é de aproximadamente 2 mulheres para 1 homem. O transtorno do pânico desenvolve-se, mais freqüentemente, na idade adulta jovem, com a idade média de apresentação de cerca de 25 anos, mas pode desenvolver-se virtualmente em qualquer idade”.

Estudos recentes confirmam esses dados, como o realizado por Laura Andrade (apud Zorzetto, 2003, p. 32) no Instituto de Psiquiatria da USP - Universidade de São Paulo em 2002, segundo a qual estima-se que “1,6% dos brasileiros tenha apresentado transtorno do pânico pelo menos uma vez durante a vida”, e que por razões não totalmente compreendidas “as mulheres são 2,3 vezes mais propensas a desenvolver ansiedade e pânico”.

Na Clínica, confirmamos essa proporção tanto na incidência quanto na prevalência de TP entre os sexos. Porém, consideramos importante ressaltar que temos observado a manifestação de grande dificuldade por parte dos homens quanto ao reconhecimento dos sintomas e solicitação de ajuda, fatores que possivelmente interfiram nesses dados estatísticos.

A maioria dos homens que chegam ao ambulatório/consultório vem encaminhada por outros profissionais ou setores (muito raramente observamos procura espontânea e seguida ao surgimento dos primeiros sintomas, ao contrário das mulheres). E além dos prejuízos físicos e emocionais desencadeados pelo TP, a maioria deles tem revelado claros sentimentos de desconforto e vergonha frente à situação de impotência e desconhecimento sobre o quadro que apresenta e quanto à situação específica de buscar tratamento. Talvez possamos inferir que o número de participantes do sexo masculino nos programas de psicoterapia seja inferior (se comparado ao número de mulheres) em função dessa dificuldade que temos observado.

Corroborando com a maioria dos estudos sobre esse assunto, as conclusões às quais chegou o Médico Gold (1998, p. 769) quanto às diferenças sexuais no estudo da

prevalência revelam que, embora na maioria dos transtornos mentais e comportamentais esta não seja maior em mulheres, é acentuadamente marcada nos transtornos de ansiedade e depressão.

Segundo dados expostos no Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 (p. 71), apesar das experiências clínicas indicarem que as mulheres geralmente comunicam um número maior de sintomas físicos e psicológicos do que os homens:

“Não há dúvida de que fatores genéticos e biológicos desempenham algum papel, como o indica particularmente o estreito relacionamento temporal entre uma prevalência mais alta e a faixa de idades produtivas com as alterações hormonais associadas [...] Contudo, fatores psicológicos e sociais também pesam significativamente na diferença entre os sexos nos transtornos depressivos e de ansiedade. É possível que haja mais estressores tanto reais como percebidos entre as mulheres”.

## **1.2 Medidas terapêuticas**

Quanto aos tratamentos para o TP, atualmente consistem na adoção de intervenções isoladas ou concomitantes (sendo esta preferencial) que utilizam os recursos técnicos e profissionais disponíveis nos campos biológicos, psicológicos e psicossociais.

No campo biológico, segundo Gentil et alii (1997, p. 151), o primeiro psicofármaco relatado como eficaz no tratamento do TP, na década de 60, foi a imipramina, um antidepressivo. O relato dessa experiência suscitou diversos trabalhos posteriores, alguns conflitando com os seus resultados, outros confirmando-os.

Segundo o Psiquiatra e Coordenador do AMBAN – Ambulatório de Ansiedade da USP, Francisco Lotufo Neto (1988, p. 93), o único modo comprovadamente eficaz para bloquear os ataques de pânico, de modo que não mais aconteçam ou pelo menos tenham sua frequência muito reduzida, é através da psicofarmacoterapia. Segundo Neto, os três grupos de medicamentos que têm se mostrado eficazes são antidepressivos tricíclicos, inibidores de monoaminoxidase (IMAO) e benzodiazepínicos. Neto afirma que “o índice de recaídas com a suspensão da medicação é elevado, variando de 20% a 50% dos casos” (Idem, 1988, p. 94).

Concordando com essa linha de pensamento, porém ressaltando a utilização de antidepressivos que atuam como inibidores seletivos de recaptção de noradrenalina e serotonina, associado ao tratamento psicoterápico, apontamos novamente o Psiquiatra

Antônio Egídio Nardi (2002, p. 7), segundo o qual “medidas terapêuticas eficazes, como a psicoterapia e a farmacoterapia, principalmente os antidepressivos inibidores seletivos de recaptção de noradrenalina e serotonina usados com sabedoria, propiciam a remissão total dos sintomas”.

Embora muitos estudos comprovem a eficácia da utilização de todas as opções terapêuticas medicamentosas citadas (sejam elas administradas de forma isolada ou combinada), percebemos preocupações, pesquisas, observações e atualizações constantemente por parte dos clínicos.

Acreditamos que tal preocupação se deva ao fato de se considerar a possibilidade de ocorrência de efeitos colaterais e falta de adaptação de cada pessoa aos diversos medicamentos comumente escolhidos pelos médicos para o tratamento do TP, como prejuízos ao desempenho cognitivo e psicomotor [benzodiazepínicos (ansiolíticos)], piora clínica inicial, anorgasmia, ganho de peso, etc. (antidepressivos tricíclicos). Assim como Gentil et alii (1997, p. 154), percebemos que a maioria dos psiquiatras acredita que:

“os antidepressivos sejam a melhor escolha para o tratamento do transtorno de pânico, pois são capazes de bloquear os ataques e melhorar a esquiva fóbica e a ansiedade antecipatória, sem prejudicar o desempenho cognitivo e motor. Os ISRS (inibidores seletivos da recaptção de serotonina) e ISRN (inibidores seletivos da recaptção de noradrenalina) têm emergido como importante alternativa, especialmente naqueles pacientes com intolerância aos antidepressivos tricíclicos”.

Focalizando o tratamento do TP na esfera psicológica, podemos afirmar, mediante diversos estudos, que as terapias cognitivo-comportamentais têm revelado alto índice de eficácia no controle dos sintomas. Segundo o Psiquiatra Francisco Lotufo Neto (1988, p. 94), para o TP destacam-se com futuro muito promissor as terapias cognitivas desenvolvidas por Beck & cols. e a terapia contextual de Zane, pois ambas “ensinam os pacientes a lidar com a seqüência de pensamentos que desencadeiam ou acompanham a ansiedade e o comportamento fóbico, controlando-os e assim ajudando a superar estes problemas”.

Para Neto, “o objetivo principal do tratamento é estimular o paciente a se expor às situações que ele teme e evita, de forma gradual” (Idem, 1988, p. 94). Portanto, Neto acredita que além dessas referidas técnicas psicoterápicas sejam muito úteis alguns



recursos auxiliares, como “relaxamento, dessensibilização sistemática, os quatro passos de Claire Weekes (enfrentar, aceitar, flutuar e deixar o tempo passar)” (Idem, 1988, p. 94), com a finalidade de preparar e facilitar a exposição prolongada a tais situações fóbicas.

Considerando que o componente biológico no TP requer o tratamento médico imediatamente após o diagnóstico, avaliamos que o papel do psicólogo também seja imprescindível em todos os momentos, inclusive para contribuir com o processo de aderência da pessoa ao tratamento, apoio e psico-educação individual e familiar.

Observamos com uma certa freqüência que o sentimento de medo (quase sempre presente nos ataques e na ansiedade antecipatória, traduzida pelo medo de ter novos ataques) tende a levar o indivíduo a evitar situações que, a partir de associações individuais, considera possível desencadear ataques de pânico.

Tais situações, evitadas muitas vezes, estão associadas ao uso da medicação, ao contato com outras pessoas que apresentam os mesmos sintomas, a conversar ou ouvir sobre o TP, entrar em um hospital, pegar ônibus, etc. Diante disso, é preciso que seja estabelecida uma relação de confiança para com os profissionais, a fim de que a pessoa aceite, entenda e colabore com o tratamento, permitindo ser ajudada.

Segundo o relato das Psicólogas Miréia Roso e Lígia Ito (apud Gentil et alii, 1997), que fazem parte da equipe de profissionais do AMBAN - USP, o terapeuta deve assumir uma postura firme e ao mesmo tempo compreensiva diante de seu paciente, pois sem isso, o terapeuta percebe que esse paciente geralmente abandona o tratamento.

As psicólogas ressaltam o papel do médico nesse processo de reassuramento do paciente, todavia acreditam que “para os que recusam a medicação ou que, por algum motivo, não a toleram, ou não apresentam a resposta esperada, recomenda-se o programa de terapia cognitivo-comportamental somente” (p. 167).

Considerando que o pânico compreende uma esfera subjetiva no ambiente fenomenológico do indivíduo, julgamos clara a necessidade de buscar intervenções que extrapolem os sintomas e abranjam reestruturações vitais. De acordo com avaliação da Psicóloga Mariângela Gentil Savoia (apud Zorzetto, 2003, p. 33), também integrante da equipe do AMBAN - USP:

“Quem tem pânico apresenta estratégias pouco adaptadas para enfrentar as situações adversas, em geral, não tentam resolver o problema, mas o evitam,

por isso o uso de medicamentos pode não ser a solução definitiva, mas ajuda o paciente a encarar o tratamento conjunto, com remédios e psicoterapia”.

Alguns autores consideram que a linha de atuação psicanalítica revela-se menos indicada ao tratamento do TP, se comparada a outras técnicas como a cognitivo-comportamental. Segundo o próprio Freud, os ataques de angústia que descreveu em 1885 como fazendo parte da neurose de angústia, e que correspondente ao que atualmente denominamos TP, não eram abordáveis pela psicanálise.

Segundo a Psicóloga Lúcia Maciel (apud Gentil et alii, 1997), Freud acreditava que tanto o desencadeamento quanto a cura do TP estavam associados a um processo químico: “no caso específico das neuroses atuais, e da neurose de angústia em particular, Freud negou a existência de mecanismos psíquicos envolvidos na sua gênese, afastando a possibilidade de intervenção pelo método psicanalítico” (p. 87).

Temos observado que as seqüelas emocionais da vivência de crises de pânico têm gerado tendência ao isolamento, sentimentos de inferioridade, depressão, sentimentos de desesperança, medo constante de novas crises, entre outras. Estudos recentes sobre o tema confirmam essa hipótese, conforme verificamos no trabalho sobre tratamento do TP com terapia psicodramática de grupo realizado na Faculdade de Medicina da Unesp de Botucatu - SP, cujos resultados evidenciam a manifestação dos seguintes sintomas, conforme Torres (2001, p. 141):

“sentimentos de desamparo e seus desdobramentos: insegurança; fragilidade e medo; raiva e culpa; sentimentos de desamor e rejeição; vergonha e inferioridade; isolamento e dificuldade de pedir ajuda; dificuldade de identificar e de expressar sentimentos – manifestados somaticamente – e dificuldade de assumir o papel de ‘cuidador’ e outras responsabilidades”.

Quanto ao terceiro espectro de intervenção necessária ao tratamento do TP (a reabilitação psicossocial), entendemos que essa estratégia, variável de acordo com as necessidades das pessoas, com o contexto e condições culturais e socioeconômicas das redes de atendimento nem sempre é possível de ser trabalhada concomitantemente aos atendimentos clínicos e psicológicos. Sobre a conceituação da Organização Mundial de Saúde – OMS (1995, p. 96), concordamos que reabilitação psicossocial:

“é um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes em virtude de transtorno mental a oportunidade de atingir o seu

nível potencial de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o incremento de competências individuais como a introdução de mudanças ambientais, sendo um processo abrangente, e não simplesmente uma técnica”.

Após a primeira entrevista na clínica ou hospital, notamos freqüentemente uma necessidade de um período inicial de tratamento (variável entre 15 dias e 1 mês), sendo esse farmacológico único ou associado à psicoterapia, em que a pessoa fica afastada de suas atividades habituais, sejam elas acadêmicas, laborais, de lazer ou domésticas. Nesse sentido, a reabilitação psicossocial, que permeia todo o processo de tratamento, depende das condições apresentadas pelo indivíduo, sem que essa seja relegada a um plano inferior no manejo terapêutico.

Ao contrário, entendemos tal estratégia como essencial ao cumprimento do moderno e humanizado modelo de atenção preconizado pelos mais importantes órgãos e instituições voltados à saúde, como a citada OMS. Dentre as suas resoluções quanto aos problemas de saúde mental, está o uso das intervenções farmacológicas, psicológicas e psicossociais de forma clinicamente significativa, equilibrada e integrada.

### **1.3 NATA – Núcleo de Atendimento dos Transtornos de Ansiedade**

O Núcleo de Atendimento dos Transtornos de Ansiedade - NATA foi implantado em agosto de 2000 com o objetivo de prestar atendimento psiquiátrico e psicoterápico aos pacientes com transtorno de ansiedade, bem como pesquisar e divulgar os achados em torno do mesmo. O NATA funciona no Ambulatório de Saúde Mental Geral de Adultos do Hospital de Clínicas da Unicamp e está vinculado ao Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria. A equipe do Nata é constituída por um médico psiquiatra (Coordenador), uma médica neurologista, dois médicos residentes do 2.º Ano em caráter de rodízio, dez psicólogas e (atualmente) duas estagiárias de Psicologia.

Em função da grande demanda, bem como da inexistência de outros serviços especializados no Município e Região, nesta primeira fase de implantação está sendo enfatizado o TP, que, como já visto, trata-se de um dos quadros do transtorno de ansiedade. São atendidos pacientes encaminhados por outros setores do HC, como os ambulatórios, prontos-socorros e enfermarias; pelas redes públicas e privadas de assistência de Campinas e Região.

A primeira consulta é realizada por um médico residente em conjunto com uma das psicólogas da equipe, ambos supervisionados pelo Médico Psiquiatra, docente da FCM, que coordena o NATA. Além da anamnese e dos exames de rotina, que seguem o modelo dos prontuários médicos do HC, os residentes solicitam exames específicos que fazem parte do protocolo de pesquisa clínica. Nesse primeiro momento, tanto o diagnóstico quanto a terapia medicamentosa são discutidos com o Coordenador, sendo que posteriormente os residentes realizam acompanhamento mensal de cada paciente.

Também em cumprimento ao referido protocolo, as psicólogas da equipe aplicam algumas escalas e testes que visam a avaliar a existência e os níveis de ansiedade e depressão, bem como a realização de um psicodiagnóstico.

Concomitantemente ao tratamento psiquiátrico, é preconizado o tratamento psicológico através de psicoterapias individuais e grupais em diferentes abordagens. Antes do início desses atendimentos, todos os usuários respondem a uma Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL, em sua versão abreviada) com fins de avaliação do tratamento. Os resultados obtidos no NATA têm sido submetidos a análises estatísticas e publicados em revistas especializadas, divulgados em congressos e eventos na área de saúde mental.

O Médico italiano Giovanni Battista Cassano, Professor da *Università di Pisa* no Departamento de Psiquiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologia, Membro da *Facoltà di Medicina e Chirurgia – Pisa* tem contribuído com estudos específicos sobre esse aspecto, através da aplicação e validação de instrumentos, como SCI-PAS – *Structured Clinical Interview for Panic-Agoraphobic Spectrum*.

Duas psicólogas que compõem a equipe do NATA, Liliana Ravera e Lionela Ravera Sardelli, estão desenvolvendo pesquisas envolvendo o SCI-PAS e a versão adaptada para pesquisa deste, com ênfase na utilização do instrumento PAS-SR-*Panic-Agoraphobic Spectrum – Self Report*, no Brasil e na Itália, junto ao Prof. Dr. Cassano. Essa linha de pesquisas aponta um futuro promissor quanto à aquisição de informações que tendem a expandir os recursos necessários para eficiência e eficácia no tratamento do TP, principalmente para a prevenção.

Retornando ao TP, além das limitações das atuais técnicas terapêuticas no tratamento, enfrentamos outra problemática: o alto índice de ocorrência e a dificuldade

de diagnóstico. O relato de muitos pacientes usuários do NATA retrata a dificuldade encontrada para chegarem ao diagnóstico. Apesar de as estatísticas apontarem a alta incidência dos transtornos ansiosos e embora há muito tempo esses transtornos venham sendo descritos na literatura da área, tanto na esfera científica quanto popular, existe ainda muito desconhecimento e/ou desconsideração por parte de muitos profissionais com relação ao TP e ao tratamento de suas seqüelas. Segundo Neto (1988, p. 93):

“É benéfico fornecer ao paciente informações adequadas. Muitos chegam, após anos de psicoterapia, com explicações incorretas e bizarras que levam a sentimentos de culpa e inferioridade achando que vão morrer ou ficar loucos. Freqüentemente são estigmatizados pelos familiares e médicos, cansados e frustrados pelos insucessos de diagnóstico e tratamento”.

De acordo com estudos mais recentes, essa problemática é atual, pois conforme podemos verificar nos registros constantes no Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001:

“Mesmo em países com serviços bem estabelecidos, menos da metade dos indivíduos que necessitam de atenção faz uso dos serviços disponíveis. Isso se deve tanto ao estigma ligado aos indivíduos com transtornos mentais e comportamentais como à insuficiência dos serviços prestados” (2001, p. 84).



## **CAPÍTULO 2**

### **PSICOTERAPIA**

#### **2.1 Esquema referencial teórico**

Fundamentada nos princípios da filosofia existencialista, a proposta da abordagem escolhida para o desenvolvimento deste trabalho busca identificar a imagem que o indivíduo tem de si mesmo, partindo da experiência, de forma a compreendê-lo em sua totalidade, analisando a forma como está estruturado seu existir. Como exemplo, podemos citar os objetivos terapêuticos da Psicóloga Erthal (1991), em sua prática de terapia vivencial orientada pela filosofia existencial e psicologia humanista, segundo a qual:

“[Com a terapia] aos poucos vai aprendendo a suportar mais os riscos do experienciar decorrentes da confiança que adquire em si mesmo. O cliente vive e passa a viver mais intensamente seus sentimentos ao mesmo tempo em que os exprime; vive suas experiências e confia nelas como ponto de referência básico para suas decisões; adquire novas concepções pessoais sobre o mundo, podendo mudá-las à medida que se torna necessário; passa a ser mais flexível; o eu passa a ser visto como um processo e não como um objeto” (p. 83).

Neste trabalho, pretendemos evidenciar a via de manifestação humana através da arte como um caminho para uma existência mais plena, autêntica e consciente (primeiramente, através de uma experiência clínica para posterior levantamento de reflexões e discussões em torno dos resultados). Por termos utilizado uma forma de terapia vivencial, o referencial teórico aqui foi norteado pela filosofia existencialista e psicologia humanista, a partir do qual o foco esteve no conhecimento da personalidade, da existência do indivíduo.

De acordo com os pressupostos do Filósofo existencialista Kierkegaard (1813-1855), sujeito e objeto são partes de uma mesma estrutura. Em 1849, escreveu sobre o desespero humano em suas três formas: o desespero inconsciente de ter um eu (que considerava como verdadeiro desespero), o desespero por não querer ser esse eu e o desespero por querer sê-lo: “Quanto mais consciência houver, tanto mais eus haverá; pois que, quanto mais ela cresce, mais cresce a vontade, e haverá tanto mais eus

quanto maior for a vontade. Num homem sem vontade, o eu é inexistente; mas quanto maior for a vontade, maior será nele a consciência de si próprio” (1984, p. 207).

Kierkegaard considerava importante o ser humano compreender-se existindo, viver a experiência em vez de observá-la de fora. Segundo o Filósofo Jean Paul Sartre (1905-1980), também existencialista, existe um paralelo entre consciência e ação, onde *ser é agir*. Para ele, a consciência é definida pelo presente, pois não considera a existência de ação inconsciente:

“O quietismo é a atitude daqueles que dizem: os outros podem fazer o que eu não posso. (O existencialismo) é justamente o contrário, visto que afirma: a realidade não existe a não ser na ação; aliás, vai mais longe ainda, acrescentando: o homem nada mais é do que o seu projeto; só existe na medida em que se realiza, não é nada além do conjunto de seus atos, nada mais que sua vida” (1984, p. 13).

Já a psicologia humanista, outra referência adotada para a compreensão do ser neste trabalho, pressupõe um potencial de pessoa que ultrapasse a sua existência. Nessa corrente, considera-se que existe um impulso para o crescimento, para o processo de individualização em cujos processos o homem é tido como responsável pela sua própria atualização. O crescimento aqui implica escolhas livres entre a segurança e o desenvolvimento, enquanto a meta humana fundamental gira em torno da auto-realização ou individualização.

Unindo os enfoques existencial e humanista, surge a visão de que o homem é livre para assumir sua condição. Existência é igual a liberdade (projeto), só pode aparecer enquanto forma de ação. Se ser é agir, pela liberdade, o homem escolhe o que quer ser e realiza sua auto-transformação.

A autoconsciência (expressão própria do indivíduo como ser-no-mundo) confere identidade. Esse autoconhecimento faz com que o homem se depare com a sua finitude, ou seja, tem um tempo-limite para existir. Assim, existem possibilidades, porém só existindo pode realizá-las; o homem tem que realizar escolhas. É um ser sozinho e ao mesmo tempo se relaciona com outros. Quanto mais consciência tiver dessas condições, mais livre será, pois é através da autoconsciência que ele aumenta sua liberdade de escolha.



## 2.2 Abordagem existencial humanista

No termo *psicoterapia*, que significa “terapêutica por meios psicológicos”, conforme Silveira Bueno (1986, p. 921), está implícita a idéia de “tratamento”, de “cura”. Todavia, apesar de a abordagem existencial humanista não enfatizar a padronização do existir saudável e adoecido, e sim tender a uma visão holística que concebe formas singulares de ser no mundo, entendemos que o grupo de terapia expressiva relatado neste trabalho pode ser considerado uma modalidade psicoterápica.

Concordamos e atuamos de acordo com a seguinte conceituação de psicoterapia, trazida no Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 (p. 93): “Refere-se a intervenções planejadas e estruturadas visando influenciar o comportamento, o humor e os padrões emocionais de reação em face de diferentes estímulos, com uso de meios psicológicos verbais e não verbais”.

Independentemente da abordagem adotada como referência, acreditamos que não seria possível desconsiderar o papel do diagnóstico, principalmente tendo em vista os possíveis benefícios trazidos por sua utilização ética, humana e científica. A importância do diagnóstico é posta em evidência no Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 (p. 86), sustentada por algumas argumentações, como:

“Um diagnóstico objetivo correto é fundamental para o planejamento da atenção individual e para a escolha do tratamento apropriado. [...] Pode ser feito em termos nosológicos (isto é, de acordo com uma classificação e nomenclatura internacional de doenças e distúrbios), no que se refere ao tipo e ao nível de incapacidade sofrido pela pessoa, ou, de preferência, em termos de ambas as coisas. A intervenção precoce é fundamental no bloqueio do progresso rumo a uma doença plenamente instalada, no controle dos sintomas e na melhoria dos resultados. Quanto mais depressa for instituído um curso de tratamento, melhor será a prognose”.

Neste trabalho, o grupo terapêutico foi formado por pessoas atendidas no NATA que receberam o diagnóstico de transtorno de ansiedade, especificamente o TP. Apesar de considerar, conforme já citado, a importância e os possíveis benefícios advindos da adoção de um sistema diagnóstico padronizado para a ampliação dos conhecimentos, prevenção e intervenção mais adequadas e comunicação entre profissionais, instituições e países, entendemos que os objetivos terapêuticos no grupo foram independentes, pois consistiu essencialmente a busca de formas mais harmônicas de ser. Esse processo de harmonização é entendido como a conquista da

autoconsciência, identidade, ampliação de possibilidades de ação, que por sua vez reflete nos sintomas e insatisfações pessoais. Segundo Erthal (1991, p. 75):

“O principal objetivo da psicoterapia existencial é proporcionar uma maximização da autoconsciência para favorecer um aumento do potencial de escolha; é proporcionar uma ajuda efetiva ao cliente no sentido de descobrir-se e de autogerir-se; é ajudá-lo a aceitar os riscos de suas próprias decisões responsáveis, enfim, de aceitar a liberdade de ser capaz de utilizar suas próprias capacidades para existir”.

Os avanços científicos são muito importantes, até mesmo enquanto postura de reflexão e combate à tendência de estagnação. Entendemos que esse processo de estagnação tanto pode evitar os possíveis riscos a que somos constantemente submetidos durante nossa existência, como também pode evitar ou retardar nosso crescimento pessoal.

Reconhecemos que certos comportamentos e sintomas são previstos por meio de análises estatísticas, porém, estas devem extrapolar o caráter “regulador” e, sobretudo, possibilitar uma melhor compreensão dos processos vivenciados pelos seres individualmente. Devem ainda corresponder às necessidades em termos de desenvolvimento de meios teóricos, técnicos e metodológicos que facilitem a comunicação entre profissionais e população.

Para consubstanciar essa reflexão, recorreremos novamente ao Relatório Final da Assembléia Mundial da Saúde 2001, organizado pela principal instituição mundial de saúde pública, a OMS – Organização Mundial de Saúde, cujos temas principais foram “Cuidar, sim. Excluir, não” e “Nova Concepção, Nova Esperança” para a Saúde Mental:

“Como um diagnóstico preciso é requisito essencial para uma intervenção apropriada no nível individual, bem como para a epidemiologia precisa e a monitorização no nível da comunidade, os avanços nos métodos de diagnóstico vieram facilitar consideravelmente a aplicação de princípios clínicos e de saúde pública ao campo da saúde mental” (p. 48).

Dentro de uma postura constantemente crítica, humanizada e atualizada, acreditamos que não deve haver espaço para reducionismos primários sobre aceitação e utilização das classificações diagnósticas. Ainda, conforme o Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001, “Toda classificação de transtornos mentais classifica síndromes e condições, mas não indivíduos. Estes podem sofrer um ou mais transtornos durante um ou mais períodos da vida, mas não se deve usar uma etiqueta diagnóstica para

descrever um indivíduo. Uma pessoa nunca deve ser igualada a um distúrbio, físico ou mental” (p. 47).

Resultantes dessa corrente existencial e humanista, tanto a terapia vivencial quanto a *gestalt* terapia estão focadas no aqui-e-agora. Não existe uma limitação espaço-temporal enquanto anulação dos tempos passado e futuro. Ou seja, nessas práticas são observadas as influências hoje de vivências do passado e também as projeções futuras. Os pressupostos básicos da *gestalt* em muito se assemelham aos da terapia vivencial, pois versam, segundo Andrade (2000, p. 128), sobre “viver e estar consciente do presente, estar plenamente atento ao fazer, saber o que se quer fazer e poder fazê-lo, confiar nos dados da própria percepção”.

Em 1973, a Artista e Terapeuta Janie Rhyne reuniu em seu trabalho com arte os fundamentos da *gestalt* terapia, acreditando que a experiência criativa possibilitava às pessoas entrar em contato com seus conflitos:

“A experiência gestáltica de arte é o seu eu pessoal complexo fazendo formas de arte, envolvendo-se com as formas que você está criando como fenômenos, observando o que você faz, e, possivelmente, espera percebendo por meio de suas produções gráficas não apenas como você é agora, mas também modos alternativos que estão disponíveis para que você possa se tornar a pessoa que gostaria de ser” (Rhyne, 2000, p. 44).

Rhyne, semelhantemente a Nédoncelle (1961), acreditava na possibilidade de que fazer arte ajudava a recuperar características, quando deficientes, ou mesmo desenvolvê-las:

“Se o homem concreto tem apenas a garantia imediata da sua duração, e se durar se revela insuficiente à integração do seu drama pessoal, há que se abrir a uma profunda e meditada autognose (pensar é caminho do ser) que o desvende a si próprio, abrindo-o, no trânsito do durar ao perdurar, ao desvendamento dos sinais reveladores do ser” (Nédoncelle, 1961, p. 9).

De acordo com alguns princípios específicos, os objetivos da *gestalt* terapia estão voltados a propostas de experimentos de contato, sensibilização e *awareness* (esquecer a mente e voltar aos sentidos). Segundo o Terapeuta Gary Yontef, considerado um dos mais importantes profissionais da nova geração ligados à *gestalt*, *awareness* pode ser entendida como uma “[...] forma de experienciar. É o processo de estar em contato vigilante com o evento de maior importância no campo do

indivíduo/meio, com total suporte sensório-motor, emocional, cognitivo e energético” (Yontef, 1991, p. 213).

Nas pequenas singularidades de cada experiência encontram-se passagens e possibilidade de transformações. Para Andrade (2000, p. 57), “Ao expressá-los [os conflitos], há a possibilidade de reorganizar as próprias percepções, visando um melhor equilíbrio da personalidade”. Para Rhyne (2000, p. 126), tornar-se consciente, *aware*, está assim representado:

“Um modo de aumentar autonomia do nosso próprio estilo de vida é termos uma consciência mais ativa sobre o que está acontecendo em nossa vida [...] usá-la para podermos melhor moldar as formas pelas quais queremos evoluir [...] descobrir o que já existe no nosso estilo de vida. [...] Para fazer isso conscientemente, precisamos, antes de tudo, manter contato com mais aspectos do nosso ser, ter maior percepção da nossa configuração total, da nossa *gestalt* total”.

### **2.3 Procedimentos técnicos**

Encontramos incentivo para a escolha do trabalho em experiências criativas principalmente na concordância de diversos autores das áreas de *gestalt*, psicodrama e abordagem centrada na pessoa quanto ao caráter revelador da existência do ser no mundo em suas formas peculiares de perceber, atuar e escolher os caminhos possíveis e imaginários, conforme vemos em Derdyk (2001, p. 34): “[...] nossas experiências – sensíveis e inteligíveis – afrontam as intersecções entre aquilo que ainda não se sabe e aquilo que já se sabe, ou em que se acredita saber, evocativas de uma ordem originariamente existencial, inerente a todos nós”.

De modo geral, além das psicoterapias tradicionais, existem atualmente diversas modalidades sendo estudadas e aplicadas por profissionais de diferentes abordagens teóricas, locais e contextos de atuação.

Entendemos que a experimentação dessas psicoterapias alternativas torna-se necessária à medida que a realidade social, política, econômica e cultural, bem como as manifestações psicopatológicas e o cenário científico tecnológico no mundo estão em constante processo de evolução e transformação. Acreditamos que tais mudanças requerem atualizações, reflexões e acompanhamento de profissionais de todas as áreas na busca de novos conhecimentos, validação de descobertas, soluções cada vez mais adequadas às demandas humanas. Conforme Fiorini (1993, p. 15):

"As psicoterapias de mais antiga tradição, as mais difundidas e as mais estudadas, são, sem dúvida, as verbais, isto é, as que concentram suas expectativas de mudança no poder modificador, revelador da palavra, [porém] já se assinalou como problema o desgaste das palavras com o uso (ou o mau uso) da linguagem psicoterapêutica. Comentou-se que há certas palavras que cada vez querem dizer menos, que são repetidamente usadas, como observava Bion, para não pensar".

Importante considerarmos que além de possíveis dificuldades relacionadas à forma de expressão verbal, todos os outros elementos não verbais são a própria linguagem de conteúdos do sujeito. Esse tema indica a necessidade de pesquisas, conforme Fiorini (1993, p. 15): "Enfrentar esta problemática da linguagem é outra das direções importantes para o desenvolvimento de nosso campo. Nela surge todo o problema da linguagem em suas relações com o corpo e com a ação. E se abre, então, à pesquisa, à questão das possibilidades de uma linguagem ativa, viva".

Segundo Leonardo Wolk, Psicólogo argentino e Professor na UBAs – Universidade de Buenos Aires e UES – Universidade de El Salvador, existe um fator pessoal que determina a escolha, adaptação e sucesso do processo psicoterápico tanto pelo terapeuta quanto pelo cliente, sendo que nenhuma prática invalida outras formas de atuação e compreensão do ser e das patologias. O depoimento de sua prática contribui para reforçarmos essa idéia:

"Desde hace años me dedico a la práctica psicoterapéutica desde una orientación psicoanalítica y psicodramática. Continuamente afirmo que todos los enfoques curan; todas las orientaciones terapéuticas pueden curar; hay pacientes que eligen una determinada terapia y un terapeuta por algo y hay terapeutas que eligen una práctica u orientación por algo" (Wolk, 1995, p. 13).

Entendemos que o corpo enquanto potencialmente revelador de conteúdos internos, subjetivos do indivíduo, permite uma série de abordagens terapêuticas que nos aproximam dessa via de comunicação sensível e ao mesmo tempo concreta. Nesse sentido, julgamos importante ressaltar que outras formas de linguagem podem ser consideradas além do discurso verbal em contexto psicoterapêutico. Enquanto recursos terapêuticos, essas outras formas de linguagem fazem parte da existência e singularidade do indivíduo e requerem muita habilidade no manejo e leitura. Como bem nos revela a Artista Edith Derdyk (2001, p. 79):

"o corpo expressa uma crise constante absorvendo e extraindo as experiências sensíveis oriundas do mundo e, simultaneamente, povoando e devolvendo ao mundo experiências formalmente reconstruídas. Dentre as múltiplas direções

que se oferecem generosamente para nós, a experiência criadora é uma fundação possível. O corpo é o primeiro e o último agente que atua sobre as matérias do mundo: estamos sempre no meio”.

É muito provável que a neutralidade pura não exista, e que fazem parte do manejo terapêutico as constantes formulações, hipóteses, objetivações; mas o importante é que tenhamos clareza da linha que as divide, por mais tênue que se apresente.

Partindo desse ponto, acreditamos que seja possível desenvolver um espaço em que o outro possa se perceber agindo, sendo, atuando, fazendo suas próprias leituras, interpretações, de forma a aproximar-se de uma responsabilidade pelo que e como vê, percebe:

“São precisamente aspectos relevantes da tarefa em psicoterapia: perceber totalidades, captar detalhes, avaliar necessidades e possibilidades. Estas intervenções provêm nova informação (uma decisão interior pode ser captada pelo outro sem palavras), estimulam uma avaliação retrospectiva da própria conduta perante o outro, propondo ampliar o registro das próprias mensagens gestuais e posturais” (Fiorini, 1993, p. 132).

O Psiquiatra argentino Mario Buchbinder, que trabalha com máscaras em terapia seguindo as referências psicanalíticas e psicodramáticas, traça um paralelo entre os caminhos terapêuticos e a tragédia grega. Segundo o autor (1993, p. 24):

“Nietzsche, na definição da tragédia grega, aponta dois pólos: o apolíneo tende a produzir imagens definidas, formas harmoniosas e estáveis que dão segurança; o dionisíaco é sensibilidade diante do caos da existência e, também, é a instigação a se submergir nesse caos. Entendo que esses dois pólos estão presentes em toda a psicoterapia: a mobilização e a desestruturação remetemos ao dionisíaco; a reorganização e a estruturação nos relacionam com o apolíneo. Essa polaridade se acentua no trabalho com máscaras, porque a máscara produz um efeito de desmascaramento e facilita a conexão com outras máscaras”.

De algum modo, os caminhos terapêuticos propostos pela abordagem escolhida para o desenvolvimento deste projeto contêm alguns elementos desta dinâmica, como se o apolíneo representasse a estabilidade do ser no mundo que não se arrisca, enquanto o dionisíaco estabelece uma ponte com o crescimento, com a liberdade existencialista de ser, estar consciente, agir, correr os riscos da mudança, talvez sofrer, mas assumindo a responsabilidade por suas escolhas e, assim, abrindo as possibilidades de formar, resgatar ou assegurar a identidade, auto-realização, individualização.

## **2.4 Modalidade grupal e vivencial**

Escolhemos a modalidade grupal para o desenvolvimento deste trabalho de terapia expressiva em função da crença na necessidade de promovermos encontros com outras pessoas que pudessem trocar experiências. Pretendíamos que o grupo pudesse servir de espelho para visualização do eu no outro, concretizando em espaço propício uma microssociedade de relações construídas e vivenciadas a partir de sentimentos, desejos, expectativas autênticas e reveladoras dos “eus”.

Os conceitos e práticas em psicoterapias de grupo que predominam na área de saúde mental estão voltados muito especificamente ao tratamento e recuperação de psicopatologias, conforme apontado por Kaplan (1993, p. 618): “a psicoterapia de grupo é um tratamento no qual pessoas emocionalmente enfermas, cuidadosamente selecionadas, são colocadas em um grupo guiado por um terapeuta treinado para ajudarem umas às outras a efetuarem uma mudança na personalidade”.

Porém, considerando que todos temos limites e potenciais a serem trabalhados, entendemos que a modalidade grupal e o trabalho expressivo devem extrapolar essa condição e priorizar o desenvolvimento, fortalecimento e reassseguramento dos aspectos saudáveis de cada indivíduo. Talvez a mudança necessária que conduza ao “saudável” não seja a mudança de personalidade, mas sim da forma, do modo de experienciar, de atuar “nessa” personalidade que não julgamos imutável.

A partir dos subsídios encontrados nas referidas abordagens teóricas, a utilização de máscaras neste trabalho em grupo expressivo buscou atingir uma mobilização mais rápida de estruturas psíquicas e/ou psicopatológicas. Segundo Erthal (1991, p. 83), “A chamada ‘cura’ é, então, a própria autenticidade: é a aceitação plena da condição humana; é a expansão própria da existência autêntica”.

A prática que será relatada adiante também configura uma modalidade de terapia vivencial por reunir certos elementos e técnicas que, segundo Erthal (1991, p. 71), “lança mão de pressupostos da filosofia existencial para uma análise reflexiva, permitindo chegar a uma compreensão fenomenológica do existente. Não se trata de um corpo rígido e inalterado de verdades e práticas [...] ao contrário, chega a uma grande variedade de práticas clínicas”.





## **CAPÍTULO 3**

### **ARTE EM PSICOTERAPIA**

#### **3.1 Terapias expressivas**

Muitos autores concordam que algumas técnicas utilizadas em arte podem atuar como elemento no processo terapêutico pela possibilidade de facilitar a vazão em um espaço de criação, a expressão da espontaneidade como libertadora, conscientizadora, como um espelho de formas de existir no mundo, de se relacionar consigo, com sua produção e com o outro.

Segundo o Pesquisador das Terapias Expressivas Liomar Quinto de Andrade (2000, p. 45), “Com auxílio da expressão artística e a criatividade inerente, o ser humano expressaria, tomaria conhecimento e sentir-se-ia individualmente participando do seu contínuo processo de crescimento, dentro de um contexto social. Esta é a alma da arte, é este poder que se pretende recuperar pelas artes terapias e terapias expressivas”.

O indivíduo estará mais próximo do “saudável” quanto mais puder estar consciente de seu funcionamento, papéis e escolhas, ampliando sempre suas possibilidades de atuação no meio, percebendo que as redes e vínculos sociais exigem e/ou esperam determinadas posturas e atitudes bem como que “aprendemos” social e culturalmente a vestir as máscaras para viver. Dentro dessa perspectiva, entendemos que Andrade (2000) contribui com a fundamentação da utilização da máscara em grupo de terapia expressiva (com objetivo de aproximação do saudável via conquista da conscientização) através da seguinte citação:

“O homem realiza sua natureza criativa dentro de um contexto cultural. É necessário reconhecer o quanto o ‘ser criativo’, em sentido amplo, permite, a nível individual, a sanidade mental, através do autoconhecimento. Também pode-se defender, a nível social, a arte e as terapias expressivas como um fator de conscientização, isto é, de participação não alienada e ativa no processo político, econômico e histórico” (p. 43).

Acreditamos que seja possível vestir quaisquer máscaras e estar bem, mas para isso julgamos fundamental que haja uma consciência no indivíduo, ou seja, uma

escolha e adoção consciente delas. O que percebemos é que na maioria das pessoas esse processo [de atuação(ões) do(s) eu(s)] acontece de forma automática. Dificilmente passa por uma reflexão, fator que pode conduzir a muitas insatisfações, bloqueios, tolhimentos dos eus autênticos que precisam ser revelados, pelo menos a si mesmo.

De modo geral, as pessoas reconhecem a existência dos diversos eus, ou seja, dos diversos papéis que assumem ao longo de sua vida. Porém, julgamos de suma importância que cada um tenha condições para perceber como, de que forma e o que fazer quando a(s) máscara(s) prejudica(m) sua existência plena.

Além da diversidade dos eus, é também importante ao indivíduo a capacidade de perceber as relações e reações para consigo, com os outros e com o meio, todos influenciados diretamente pela(s) máscara(s). De acordo com Derdyk (2001, p. 79), “Com este corpo, grávido de eus, delineador de subjetividades eternamente emergentes, o ato criador – massa mesclada do pensamento com impulsos, emoções, sensações, afetos, memórias, imagens, vontades, desejos – arremessa ao mundo, de forma incisiva e decisiva, novas formas de vida”.

A tomada de consciência sartreana, objetivada no trabalho, está diretamente ligada à ação, pois entendemos, conforme Andrade (2000, p. 48), que “O ato de criar reelabora vivências antigas na trama ‘civilizada’ do nosso ‘eu’ atual, sem perdas de significado, nem renúncia de sentimentos”.

Em algumas linhas de atuação, a linguagem verbal em contexto terapêutico utiliza a não-ação como caminho para garantir maior fluidez no pensamento. O objetivo geralmente está voltado para a obtenção de uma revisão da antiga idéia dicotômica sobre corpo e mente que preconiza a secção entre os atos de agir e pensar, conforme nos aponta Fiorini, estudioso das técnicas de psicoterapia:

“O certo é que uma nova linha de experiências grupais, psicodramáticas, de trabalho corporal, sua convergência nos laboratórios de interação social vieram também questionar aquelas premissas em torno das quais surgem os problemas do deterioramento da palavra. Nestas experiências o que se constata é a possibilidade de inverter em parte a premissa (não agir para poder pensar), sublinhando a necessidade de agir, de comprometer também o corpo, para poder sentir-pensar-verbalizar com uma intensidade e uma veracidade novas” (1993, p. 16).

Outras formas de manifestação são inerentes ao ser humano. Em todas as épocas, culturas e sociedades, existem registros de expressões artísticas ou com fins

estéticos, ritualísticos ou descomprometidos claramente de finalidades. E mesmo que atualmente a tendência ao pragmatismo e racionalismo tenha adquirido um espaço considerável (associado de forma notável e estável aos padrões tidos como aceitáveis e coerentes por uma grande parcela das diversas populações do mundo), o que se percebe é que muitas pessoas, por mais que tenham tais valores cristalizados, têm sido capazes de se entregar aos trabalhos que resgatam esse livre espaço de sentir, criar, brincar.

Dessa forma, acreditamos que estejam usufruindo os benefícios dessas experiências em termos de bem-estar, de saúde física e mental. Essa tendência também foi observada por Fiorini (1993, p. 16):

“Estas experiências facilitam um acesso pleno a esse nível de sensibilização e contato consigo mesmo e com os outros, onde a linguagem viva, pessoal, afetiva, amíúde poética, é emergente natural do vivido. Estes novos contextos de experimentação grupal abrem portas, inclusive, para a aprendizagem de novas linguagens, plásticas, corporais, dramáticas, que uma cultura repressiva mantém relegadas à época dos saudosos jogos infantis”.

Freud acreditava que as imagens podem representar mais o inconsciente do que as palavras, pois estas estão mais livres da “censura”. Em seus diversos trabalhos publicados, estabelece algumas correlações entre os sonhos, as criações artísticas e os conteúdos inconscientes reprimidos pelo indivíduo. Esse pensamento é compartilhado de alguma forma por Carvalho (apud Andrade, 2000, p. 11): “A pesquisa moderna nos esclarece que a imagem é o processo de pensamento que evoca o uso dos sentidos – visão, audição, cheiro, gosto e o sentido do movimento, posição e toque”.

Essa é uma das propostas das artes na psicoterapia: possibilitar o desenvolvimento dos sentidos, que percebemos tão intrínseco e ao mesmo tempo esquecido, ou seja, automatizado. Notamos que tanto o desenvolvimento quanto a utilização dos sentidos tendem a ocorrer sem consciência e reflexão, depuração que julgamos necessária ao desenvolvimento humano.

Outros profissionais também se utilizam dessa via artística em terapia para atingir tais objetivos, conforme Andrade (2000, p. 30): “Ao associar arte e linguagem em terapia, buscamos o ‘vínculo’ perdido entre imagem e verbo, imaginação e conceito, e queremos ajudar o homem a ser aquele que sente aquilo que pensa”.

De modo geral, a terapia expressiva utiliza recursos expressivos combinados, como pintura, escrita, dança, dramatização, etc., com finalidade terapêutica. Segundo Carvalho (apud Andrade, 2000, p. 12), “As imagens, como linguagem plástica, aliadas a outras expressões, como movimentos corporais, dramatizações, canto e a linguagem verbal na fala e na literatura, em prosa e verso, são os meios usados nas terapias expressivas para a facilitação do autoconhecimento, da solução de conflitos emocionais e do desenvolvimento pessoal harmonioso”.

Os recursos e técnicas dessa terapia tendem a possibilitar a expressão, o alívio e a obtenção de *insights* a partir de uma comunicação metafórica. Com base nessa hipótese, as diversas experimentações e relatos dessa conjunção de abordagens que resultam em práticas terapêuticas alternativas, somadas aos interesses, disponibilidade e identidade pessoais conduziram ao desenvolvimento do grupo de terapia expressiva em foco neste projeto.

Contudo, reforçamos a necessidade de que tal método não seja limitado aos modelos convencionais que geralmente partem de uma prática específica embasada por uma corrente teórica com finalidade terapêutica. Enfatizamos, sobretudo, a importância de que a expressão através de recursos artísticos seja a própria finalidade.

Pretendemos compartilhar, com essa reflexão, a idéia de que o processo deve ser o foco do trabalho, enquanto que o fator terapêutico, mesmo que objetivado, não seja o único fio condutor das idéias, curso e avaliação. Consubstanciando essa linha de raciocínio, encontramos as seguintes argumentações de Andrade (2000, p. 44):

“O efeito terapêutico dos diversos trabalhos com expressão artística terá que ser definido a partir da técnica: o fazer artístico e não conforme um modelo dado por uma determinada corrente em psicologia, citando-se o tratamento psicanalítico e a situação específica do trabalho com o divã que produz uma situação que resulta em efeitos ‘terapêuticos’. A arte também pode fazer isso através da produção de situações bastante diversas do ‘divã psicanalítico’”.

Para a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Heloísa Ferraz (1998), Artista Plástica e docente da Escola de Comunicação e Artes - USP, a divulgação de trabalhos que integravam arte, psicologia, psiquiatria e psicanálise influenciaram tanto as concepções artísticas, estéticas e científicas quanto a compreensão da arte e questões da vida humana (p. 19). Ainda de acordo com o levantamento realizado pela autora:

“Cronologicamente, as relações da arte com a psiquiatria e a psicologia datam do século XIX, quando apareceram as primeiras referências teóricas sobre o assunto e foram introduzidas nos hospitais psiquiátricos algumas atividades de natureza artística ou artesanato. No campo da psiquiatria percebe-se que as primeiras ligações entre elas vão oscilar entre as diversas linhas terapêuticas e as comparações com a arte de vanguarda” (1998, p. 20).

Todavia, Ferraz acredita que os interesses dos cientistas pela arte dos psicóticos tomaram corpo somente após a divulgação do trabalho do Médico Legista francês Ambroise Tardieu (1982), “baseado na utilização de desenhos para auxiliar os diagnósticos”, através do qual foi seguido por psiquiatras de diferentes países, que procuravam “identificar as doenças mentais através dos vários estilos artísticos” (Ferraz, 1998, p. 20).

Muitos autores concordam com a suma importância dos trabalhos de Hans Prinzhorn, Psiquiatra da Universidade de Heidelberg que se interessou profundamente pelo estudo dos trabalhos plásticos de pacientes psiquiátricos. Em 1910, iniciou seus estudos, que buscavam, conforme Andrade (2000, p. 50), uma compreensão das relações entre produções de ‘doentes mentais’, correntes artísticas e psicopatologia das expressões nos ‘normais’.

Prinzhorn (apud Silveira, 1992) acreditava na existência de um potencial criativo presente em todas as pessoas, contrariando o pensamento racional predominante especialmente na área médica em sua época, conforme podemos observar neste pensamento: “É fácil entender que não se poderá acreditar na objetividade dos protocolos médicos. As obras, ao contrário, são concretizações de expressões objetivas. E uma interpretação feita por um observador que desvende seus pressupostos atingirá facilmente graus de objetividade superior ao de um protocolo” (p. 90).

Também no início do Século XX, os Médicos Freud e Jung trouxeram contribuições específicas para a compreensão da manifestação artística e seu significado para o homem. Para Freud (1906, p. 67), a expressão manifesta conteúdos inconscientes do indivíduo.

“Sem dúvida o autor [Jensen, da obra ‘Fantasia’] procede de forma diversa. Dirige sua atenção para o inconsciente de sua própria mente, auscultando suas possíveis manifestações, e expressando-as através da arte, em vez de suprimi-las por uma crítica consciente. Desse modo, experimenta a partir de si mesmo o

que aprendemos de outros: as leis a que as atividades do inconsciente devem obedecer”.

Freud considerava “a criação artística [como] produto de uma função psíquica, denominada sublimação” (cf Andrade, 2000, p. 51). Entre 1906 e 1913, publicou análises sobre alguns artistas e suas obras sob a ótica psicanalítica. Mesmo considerando um possível papel da arte enquanto instrumento de observação e diagnóstico, Freud acreditava na necessidade da palavra para mediar e validar o seu valor terapêutico.

Jung, por sua vez, na década de 20, introduziu a arte no processo terapêutico, sendo que (ao contrário de Freud) para ele “a criatividade é uma função psíquica, daí a arte não ser apenas fruto de sublimação de instintos sexuais e agressivos” (cf Andrade, 2000, p. 51). Jung acreditava que as diversas formas de arte poderiam contribuir para a integração da personalidade do indivíduo, através da liberação da criatividade, por considerá-la capaz de organizar possíveis ‘caos’ e ‘rupturas’ internas.

Na década de 40, o Pintor francês Jean Philippe Arthur Dubuffet foi reconhecido como um dos representantes mais originais da arte contemporânea. Concebeu uma nova estética, inspirada na arte espontânea e lírica dos primitivos e na arte atormentada dos “loucos”. A partir do movimento art brut (arte de ruptura com os valores estéticos tradicionais) organizou uma coleção de trabalhos que denominou “arte bruta”. Atualmente, essa coleção encontra-se reunida e ampliada por novos trabalhos, no Museu de Arte Bruta, situado em Lausanne, na França, inaugurado em 1976.

Segundo o Diretor desse museu, Michel Thévoz, o Pintor Jean Dubuffet (apud Silveira, 1992, p. 88) acreditava nas produções de toda espécie (desenhos, pinturas, bordados, modelagens, esculturas, etc.) que, segundo o autor “apresentam um caráter espontâneo e fortemente inventivo, que nada devem aos padrões culturais da arte, tendo por autores pessoas obscuras, estranhas aos meios artísticos profissionais”.

No Brasil, entre importantes referências profissionais, tivemos a valiosa contribuição da Psiquiatra Dr.<sup>a</sup> Nise da Silveira, também na década de 40. Tendo como referência a abordagem junguiana, realizou diversos estudos e práticas terapêuticas correlacionadas à arte. Atuando no Centro Psiquiátrico de Engenho de Dentro, RJ,

inaugurou o hoje mundialmente reconhecido Museu de Imagens do Inconsciente, em 1952. Para ela:

“As imagens do inconsciente objetivadas na pintura tornam-se passíveis de uma certa forma de trato, ainda que não haja nítida tomada de consciência de suas significações profundas [...] Nossa observação comprovou que a oportunidade que o indivíduo teve, durante o tratamento, de descobrir as atividades expressivas e criadoras [...] poderá abrir-lhe novas perspectivas de aceitação social através da expressão artística ou simplesmente (o que será muito) munido de um meio ao qual poderá recorrer sozinho, para manter seu equilíbrio psíquico” (cf Silveira, 1992, p. 19).

A Psiquiatra criticava a posição defendida por alguns profissionais que foram precursores desses estudos sobre a relação entre os desenhos/pinturas de psicóticos porque acreditavam que tais produções poderiam ser tanto reveladoras quanto complicadoras dos estados psicopatológicos. Conforme cita Silveira (1992, p. 90), “Os psiquiatras tradicionais buscarão nas imagens dados e confirmações para seus diagnósticos. Não aceitam a possibilidade de que o fato de dar forma a imagens que se agitam em tumulto no inconsciente, ainda que sob configuração simbólica, possa ter efeito terapêutico – ou venha tornar-se uma linguagem que descreve enigmas do processo psicótico”.

Segundo a autora, “muitos admitem que o ato de desenhar ou pintar contribui para um mergulho mais profundo na psique e fixação em temas delirantes, como E. Kris, F. Reitman, J. Plokker, etc.” (p. 90). Silveira acreditava que a produção artística tem o potencial de contribuir para o desenvolvimento do indivíduo que se expressa através da arte, longe de efeitos nocivos e não se resumindo a um mero instrumento de avaliação diagnóstica para o médico.

Contudo, esse posicionamento, que considerava influenciado por uma “muralha cartesiana que aprisiona o psiquiatra na esfera do pensamento racional e da palavra”, não era compartilhado por todos que trilharam esse caminho de arte e psique. (Idem, p. 87).

Em 1956, por exemplo, o Médico Robert Volmat pesquisou e publicou sobre o valor terapêutico da expressão plástica coletiva: “Melhora os contatos interpessoais e ajuda o estabelecimento de comunicações verbais, favorecendo o contato psicoterapêutico, e, particularmente para alguns, permite fornecer-lhes um auxílio precioso e eficaz que poderá ser desenvolvido” (Volmat, 1956, p. 263).

O método conhecido como arte terapia teve como uma das principais precursoras a Educadora Margaret Naumburg. A partir de uma orientação psicodinâmica, acreditava, como Freud, que o inconsciente é revelado através de imagens. O sentido terapêutico estaria na projeção latente de conflitos psíquicos em trabalhos artísticos seguida da interpretação desses conflitos pelo próprio executor, ou seja, conforme Andrade (2000, p. 53), o “trabalho expressivo serviria como um espelho o qual reflete informações e pode estabelecer um diálogo entre consciente e inconsciente”. Esse método apresenta notável diferença do trabalho e conceitos envolvidos na utilização da arte em contexto terapêutico proposto pela Dr.<sup>a</sup> Nise da Silveira.

Para Naumburg, a arte terapia caracteriza-se pela intervenção do profissional, que, a partir do “estabelecimento de uma relação transferencial com o doente, encoraja-o (orienta-o dinamicamente) a descobrir a significação de suas criações”; enquanto que “no Museu de Imagens do Inconsciente, as atividades realizadas são absolutamente livres e espontâneas”, sendo que o profissional exerce “no máximo, uma função catalisadora” (cf Silveira, 1992, p. 92).

A partir dessas experiências, muitas publicadas, outras apenas relatadas ou citadas por outros autores, muitos trabalhos foram desenvolvidos ao longo desse período e ainda o são, orientados pelas mais diversas correntes teórico-filosóficas. A sistematização dessas práticas é muito importante tanto para uma melhor compreensão das experiências realizadas quanto para que contribua com uma sustentação para o desenvolvimento de novas práticas. As aplicações são diversas em termos de conceitos, contextos profissionais e finalidades. Essa é mais uma razão para realização de pesquisas sobre o assunto, até porque, como nos informa Andrade (2000, p. 52), a aplicação da arte em psicoterapias vem ocorrendo em ritmo crescente:

“As terapias expressivas e as artes terapias transcenderam os estudos psiquiátricos e encontram, hoje, aplicação como método terapêutico em consultórios e instituições e organizações diversas. Trabalham com pacientes individualmente e em grupo, bem como no atendimento de casal e família. São utilizadas com crianças, adolescentes e adultos, em terapias focais, breves e de longa duração. Também são utilizados seus recursos em orientação profissional, vocacional, ocupacional, recrutamento, seleção e treinamento, bem como encontram amplo uso em prevenção e educação”.



### **3.2 Psicodrama**

Em todas as abordagens terapêuticas citadas e utilizadas como base para este trabalho, existe a possibilidade de realização da forma grupal. O psicodrama, embora atualmente também compreenda o enfoque bipessoal, desde sua origem, esteve fundamentado no “encontro” e teve sua origem no sociodrama. O entendimento do ser nessa linha está pautado nas relações: a matriz de identidade é formada pelos vínculos estabelecidos desde o nascimento do indivíduo, ou seja, o social tem papel fundamental no desenvolvimento humano.

Segundo Moreno (1983, p. 34), “Pacientes mentais e criminosos pertencem a uma pequena minoria que é posta em reclusão dentro da segurança de prisões e de asilos para insanos. É o grupo Normal o responsável pela decadência mental e social geral”.

Portanto, a sociedade precisa conscientizar-se da importância de seu papel na condenação do homem ao sofrimento mental e também no processo de recuperação desse homem. Assim, a saúde mental deve ser resgatada não apenas no interior de cada indivíduo, mas também nas relações entre esses indivíduos e na estrutura da convivência social. Em linhas gerais, a fundamentação teórica dessa abordagem psicodramática está centrada na vivência de papéis.

Considera-se que toda pessoa atua em inúmeros papéis e conseqüentemente vive e relaciona-se com contrapapéis ou papéis complementares durante toda a sua existência (por exemplo, filho-mãe, amigo-amigo, médico-paciente, etc.). Todo homem é um ser em relação, nunca isolado.

A partir de seu nascimento, inicia-se o processo de formação da Matriz de Identidade, caracterizada pela vivência subjetiva dos vínculos com pessoas e objetos. É um período de internalização de regras e valores próprios da rede sociométrica e compreende três fases principais: o duplo, o espelho e a inversão.

Na fase do duplo, há a dependência total de um ego auxiliar, ou seja, de alguém que satisfaça as necessidades biológicas e afetivas. Esse ego auxiliar funciona como um “duplo”. No desenvolvimento da sessão de psicodrama, o duplo é aquele que procura expressar pensamentos e sentimentos possivelmente despercebidos ou coibidos pelo protagonista durante a sua ação dramática.

Na fase do espelho, ainda não há diferença entre o eu e o outro, ou seja, mundo interno e externo, fantasia e realidade. A criança centraliza suas atenções em si e no outro alternadamente.

Na fase de inversão, o indivíduo já é capaz de colocar-se no lugar do outro e permite que o outro se coloque em seu lugar. Essa capacidade possibilita o estabelecimento de relações empáticas, ou seja, téticas ou, no mínimo, maior compreensão do ser com quem se relaciona e do seu próprio papel. *Tele* é um conceito que Moreno (1892-1974) desenvolveu e significa uma simultânea percepção íntima e profunda entre as pessoas. Embora se origine no aqui-e-agora, ocorre de acordo com os registros afetivos das fases de desenvolvimento do indivíduo.

A matriz social é formada pelos vínculos objetivos com pessoas e objetos. A ligação afetiva com determinadas pessoas em certos momentos da vida é o que se considera Átomo Social, que é a menor unidade social.

No psicodrama, o relacionamento saudável implica a ocorrência da tele, ou seja, requer o conhecimento e sentimento do indivíduo quanto à situação real de outras pessoas. São relações em que a espontaneidade se faz presente, no sentido de capacidade de administração de respostas novas frente às situações novas ou antigas de acordo com as necessidades do momento. Como analisou Moreno (apud Bermudez, 1970, p. 26), a espontaneidade “pode ser comparada metaforicamente com a lâmpada que se acende e graças à qual tudo fica claro na casa. Quando a luz se apaga, as coisas permanecem ocupando o mesmo lugar na casa, mas uma qualidade essencial desapareceu”.

Assim, podemos entender que o indivíduo “saudável” apresenta criatividade e espontaneidade nas suas relações, equilíbrio no desenvolvimento de todos os papéis que desempenha e capacidade de estabelecer relações téticas em seu átomo social. A psicopatologia no indivíduo e no grupo acontece na medida em que as relações téticas cedem lugar à transferência, isto é, quando conflitos internos, imagens de infância e do passado são projetados concretamente no presente, no outro com quem se relaciona, gerando visões distorcidas.

Para o autor, com exceção de alguns quadros reativos ou orgânicos, o desequilíbrio mental origina-se no processo de formação da matriz de identidade. Esse

padrão de funcionamento mental tende a ser mantido se nas relações presentes em seu átomo social os papéis atribuídos de forma distorcida forem cristalizados pelo outro. Quanto maior for a carga transferencial, maior tende a ser a percepção distorcida do mundo e das relações, fator que pode induzir a repetições de vivências, mesmo sem intenção. Porém, se o *tu* envolvido na relação assume seu papel real em vez do papel complementar interno patológico atribuído pelo sujeito adoecido, o resultado pode ser uma ajuda no desenvolvimento de suas capacidades técnicas.

O momento da sessão psicodramática é um espaço para a vivência desses papéis, onde o coordenador dirige e revela para os protagonistas os egos auxiliares e para o grupo essas relações. A sessão de psicodrama, que foi desenvolvida a partir do teatro terapêutico, segue um *setting* específico e muito bem definido, composto por três momentos: aquecimento, dramatização e compartilhar. O objetivo principal da terapia é a aquisição de *insight* através da técnica de dramatização que inclui um diretor, um protagonista, um ego auxiliar e o grupo. Para tal, Moreno (op. cit.) desenvolveu algumas técnicas, como:

a) solilóquio, onde a cena é congelada e o protagonista verbaliza seus pensamentos solitários;

b) inversão de papéis, onde as pessoas trocam de papel procurando aproximar-se ao máximo do interior do outro;

c) duplo, onde o terapeuta ou co-terapeuta “explícita” verbal e fisicamente a ação, intenção, sentimentos e idéias do protagonista;

d) espelho, onde o ego auxiliar entra no lugar do protagonista, revivendo sua ação, com o objetivo de explicitar suas reais intenções.

De acordo com a teoria psicodramática, a dramatização pode viabilizar a rematrização da identidade do sujeito através da promoção de experiências que possibilitem registros afetivos mais positivos. Esse processo depende, sobretudo, da expressão espontânea e criativa dos integrantes do grupo.

A conscientização dos papéis sociais atribuídos e vividos no contexto em que se encontra o indivíduo deve ser enfatizada a fim de resgatar não somente a identidade, mas toda a rede e capacidade vincular. Também é importante a conscientização dos papéis que desempenha no cenário dramático, pois através dela poderá avaliar e

assumir novas posições, valendo-se da espontaneidade para solucionar conflitos. O objetivo principal dessa terapia é a aquisição de *insight* através da técnica de dramatização que inclui um diretor, um protagonista, um ego auxiliar e o grupo.

Um dos recursos expressivos adotados para este projeto foi o drama através de jogos teatrais, construção e apresentação de cenas com e sem máscaras. No primeiro momento do grupo, direcionado ao aquecimento, foram utilizados exercícios e jogos com a finalidade de desenvolver a concentração, a atenção e a disponibilidade física e mental para as atividades, além de repertórios mínimos que auxiliassem nas próximas etapas de dramatização e jogos com máscaras. Foram utilizados jogos advindos do psicodrama para o desenrolar da ação e jogos teatrais utilizados na preparação do ator.

### **3.3 Arco-Íris do Desejo**

Neste trabalho, Augusto Boal, Diretor e Dramaturgo, apresenta-se como a maior referência na área teatral, pois toda prática em que utilizamos elementos teatrais foi embasada nos exercícios que ele propõe para atores e não atores, em suas teorias e técnicas de teatro voltadas ao desenvolvimento do ser humano como potencialmente capaz de se comunicar, expressar, transformar sua realidade e a do meio onde se insere através do teatro. Para Boal (2000, p. 27):

“teatro – ou teatralidade – é aquela capacidade ou propriedade humana que permite que o sujeito se observe a si mesmo, em ação, em atividade. O autoconhecimento assim adquirido permite-lhe ser sujeito (aquele que observa) de um outro sujeito (aquele que age); permite-lhe imaginar variantes ao seu agir, estudar alternativas. O ser humano pode ver-se no ato de ver, de agir, de sentir, de pensar. Ele pode se sentir sentindo, e se pensar pensando”.

O autor acredita que suas formas de trabalho teatral são abertas ao público em geral, independentemente de formação e experiência em artes dramáticas, propondo uma inovação aos preceitos paradigmáticos do teatro profissional atual. Todavia, avalia como sendo de suma importância que esse processo seja dirigido por profissionais qualificados e preparados para a adequada condução e compreensão.

Boal diferencia tanto o significado quanto as formas de atuação de um espectador comum e de um ator: “Quando é o próprio espectador que entra em cena e realiza a ação que imagina, ele o fará de uma maneira pessoal, única e intransferível, como só

ele poderá fazê-lo e nenhum artista em seu lugar. Em cena, o ator é um intérprete que, traduzindo, trai. Impossível não fazê-lo” (2000, p. 22).

Após longa experiência no Brasil e Exterior com teatro do oprimido, teatro foro, teatro invisível e outras correntes por ele desenvolvidas, Boal percebeu que, mesmo não sendo terapeuta, sua forma de trabalhar poderia ser terapêutica. Segundo o autor, o teatro do oprimido também pode abranger um sentido terapêutico, pois o entende como:

“um sistema de exercícios físicos, jogos estéticos, técnicas de imagem e improvisações especiais, que tem por objetivo resgatar, desenvolver e redimensionar essa vocação humana, tornando a atividade teatral um instrumento eficaz na compreensão e na busca de soluções para problemas sociais e interpessoais. Desenvolve-se em três vertentes principais: educativa, social e terapêutica” (2000, p.29).

Boal defende a idéia de que o teatro, enquanto linguagem, ocupa-se de todas as atividades humanas, percorrendo os universos da política, da metafísica, da terapia, transcendendo a si mesmo. Acredita que o teatro, quando utilizado como um recurso terapêutico, pode possibilitar a consciência de si, da própria ação, pois enquanto o indivíduo (não o ator) está atuando, está se vendo, fazendo e ouvindo ao mesmo tempo:

“Nas psicoterapias teatrais, o importante não é a mera entrada do corpo humano em cena, mas sim os efeitos dicotomizantes do Espaço Estético sobre esse corpo e sobre a consciência do protagonista que, em cena torna-se sujeito e objeto, torna-se consciente de si mesmo e de sua ação. Na vida cotidiana, nossa atenção está sempre – ou quase sempre – voltada para outras pessoas e coisas. O protagonista age e se observa agindo, mostra e se observa mostrando, fala e ouve o que diz. [...] Um procedimento é terapêutico quando permite ao paciente – e o estimula – na escolha de uma alternativa à situação na qual se encontra, e que lhe provoca dor ou infelicidade não desejadas” (2000, p. 39).

Boal elaborou e aprofundou teórica e tecnicamente suas formas de trabalho, desenvolvendo um sistema que denominou “O Arco-Íris do Desejo”, lançado na França, em 1992. Esse sistema é formado por técnicas introspectivas que trabalham o corpo e o pensamento. Para facilitar a criação e compreensão de uma cena, das relações que nela se estabelecem ou mesmo aprofundar uma busca, desenvolveu técnicas prospectivas auxiliares que denominou “modo”.

Em seu último livro, Boal comenta detalhadamente dez desses modos, que consistem em atividades específicas utilizadas principalmente como uma preparação para o desenvolvimento do trabalho. Por exemplo, o “Modo Feira”, onde a proposta é que sejam apresentadas ao mesmo tempo, no mesmo espaço, diversas cenas improvisadas. Essa é uma ação que exige dos atores uma grande carga de concentração e de criatividade. Além do Modo Feira, explicita os seguintes modos: “normal”; “romper a opressão”; “parem e pensem”; “suave e macio”; “lento e baixo”; “fórum relâmpago”; “agora”; “os três desejos”, “decolagem” e “representando para surdos”.

Boal ressalta a importância da improvisação em todos os momentos da forma mais fluida e comprometida com o “sentir”. Acredita que a participação nesses trabalhos deve possibilitar a ocorrência de identificação, reconhecimento e ressonância com relação aos conteúdos surgidos das ações, podendo levar à catarse.

Neste projeto, além dos jogos teatrais, extraímos alguns pensamentos desse autor quanto às possibilidades de utilizar o teatro em outros contextos com objetivos diversos do fazer artístico.

## **CAPÍTULO 4**

### **MÁSCARAS**

#### **4.1 Função social das máscaras**

Neste breve comentário sobre a função das máscaras nos contextos social e artístico, não pretendemos aprofundar o tema com bases históricas e atualizações relevantes nem contemplar todos os campos onde tal tema se fez ou faz presente, mas apenas demarcar a existência de uma diferença quanto ao sentido e papel destas (as máscaras) nos diferentes contextos.

O trabalho de conscientização proposto no GTE – Grupo de Terapia Expressiva foi desenvolvido para uma população específica que busca uma melhor compreensão de si mesmo e de seu funcionamento mental. Neste ponto, é importante que fique clara a distinção entre o papel das máscaras para o ator, para o sujeito comum, para o sujeito de uma sociedade que utiliza as máscaras em rituais e para o sujeito em processo terapêutico.

Em diversos contextos, como objeto de variadas significações, empregos, características e materiais, as máscaras fazem parte da vida humana provavelmente muito além dos registros existentes. O poder da “transformação” do indivíduo através do uso da máscara ocorre em sociedades formadas por homens que acreditam na existência de deuses, entidades e forças sobrenaturais que através da máscara entram no corpo do indivíduo que a utiliza, passando este a assumir outra identidade. Nesses contextos, as máscaras são fabricadas, observadas, guardadas e utilizadas de forma ritualística e mitológica.

Utilizada nos primórdios da humanidade como objeto de ritual, segundo Levi-Strauss (1997, p. 135), “as máscaras simples ou articuladas, que só os artistas tinham direito e o talento de fabricar, eram entidades perigosas”, em função do “poder” que os homens das sociedades primitivas acreditavam conferir ao usuário para representar e transcender a própria identidade. Nessas culturas, a máscara tinha caráter religioso, “a máscara protetora, que subtrai o homem aos poderes maléficos e hostis, e a máscara mágica, que transfere ao portador as forças e as propriedades dos demônios por ela

representadas”, conforme Brandão (1992, p. 34). Por isso, tanto o uso quanto a confecção eram controlados por muitas regras e tabus.

Enquanto objeto religioso, de arte, ou mesmo no sentido figurado como atributo a diversos padrões e estilos de personalidade adotados pelos homens (de acordo com Michel Revelard, Diretor do Museu Internacional do Carnaval e da Máscara de Binche, localizado na Ville de Binche, província de Hainaut, Bélgica), a máscara, “este curioso acessório de formas e funções múltiplas é sem dúvida uma das mais antigas expressões das sociedades humanas. Enigmática, inquietante, interpelante, cômica..., a máscara – este outro eu – permite ao seu usuário... ‘o mascarado’ dissimular sua identidade, transformar sua aparência” (Revelard et ali, 2000, p. 12).

Há uma relação íntima e explícita desse objeto e seus significados com as artes, antropologia e psicologia. A comunicação, a vivência, o entendimento de alguns processos humanos permeiam essas esferas que, ligadas entre si e impregnadas de símbolos, objetos e manifestações diversas, utilizam e coexistem com as máscaras em diferentes tempos, sociedades e culturas.

Embora existam diversas definições e considerações acerca da máscara, há, em seu sentido mais concreto, um certo consenso que nos leva a entendê-la, conforme Silveira Bueno (1986, p. 704), como “molde de cartão ou madeira que representa uma cara ou parte dela e destinado a cobrir o rosto; peça para resguardo do rosto na guerra, na esgrima, nos trabalhos de solda ou na cresta de colméias”, e no sentido figurado, como “disfarce; fisionomia característica” (idem, p. 704).

A definição de mascarado, por exemplo, no sentido figurado, está relacionada à identidade, ao caráter. “Mascarado – que está com máscara; disfarçado; pessoa mascarada; pessoa cheia de si” (idem, pp. 704-705). Mas alguns autores, como Levi-Strauss (1997), também consideram como máscara certas pinturas corporais, tatuagens, maquiagem facial e vestuários, sendo o nariz de palhaço a menor máscara existente.

Existem também registros de pinturas em cavernas que revelam figuras humanas com cabeça de animais, sugerindo que os homens utilizavam máscaras com formas e talvez materiais de suas caças com objetivo de conseguir uma aproximação, um disfarce. E há inferências sobre a crença desses homens de que a utilização de



máscaras das presas conferia-lhes autorização das divindades ou espíritos protetores de suas presas.

Em festividades, as máscaras são adereços que caracterizam personagens típicas em carnaval ou festas relacionadas a santos, mitos, etc. Já nos bailes antigos, era comum a utilização de máscaras, principalmente por mulheres. Tais máscaras continham hastes nas laterais e cobriam apenas os olhos.

#### **4.2 Função artística das máscaras**

Em teatro, no entanto, a máscara é entendida de outra maneira. O objeto máscara não é dotado de um “poder sobrenatural”. É, sim, um instrumento. Espera-se que o ator saiba demarcar muito bem onde começa e onde termina a “força” da personagem, tendo durante todo o tempo o controle da situação enquanto profissional que utiliza máscaras para representar papéis. E quando as tira, continua sendo ele mesmo.

Para Antonin Artaud (apud Roubine, 1987, p. 66), “As dez mil e uma expressões do rosto, congeladas em máscaras, podem ser discriminadas e catalogadas para participar direta e simbolicamente desta linguagem concreta do palco; e isto nada tem a ver com sua utilização psicológica particular”.

Se existe uma ritualização da máscara no teatro, é porque o teatro inclui o rito, até mesmo como forma de demarcar o eu e o outro (máscara-personagem). Nesse contexto, as máscaras tanto caracterizam personagens quanto são utilizadas como instrumento de preparação do ator. Além das máscaras que são afixadas ao rosto, feitas de materiais diversos, como na *Commedia Dell’Arte*, existem as maquiagens padronizadas no teatro Nô, na ópera de Pequim, e o nariz vermelho, que caracteriza o palhaço, entre outras personagens. Porém, segundo Roubine (1987, p. 57):

“a máscara só se perpetuou no terreno estritamente limitado de uma tradição, a da *commedia dell’arte*, e, hoje em dia, salvo exceções, ela não passa de uma referência arqueológica: só a utilizam os diretores que sonham reconstituir ou reencontrar o passado do teatro. Quanto à maquiagem, foi abandonada às formas desvalorizadas do teatro, aos atores de farsa e aos clowns”.

Para a preparação do ator, são utilizadas as máscaras neutras com o objetivo de trabalhar a gestualidade, pois o ator precisa de um treinamento que lhe possibilite usar os recursos do corpo em cena. Todavia, a falta de conscientização de seu corpo, de

emoções e de sentimentos não é fator impeditivo do exercício de seu papel.

Recorremos novamente a Roubine (1987, p. 34), segundo o qual:

“O ponto de vista comum, o do espectador, é o de que um gesto exprime alguma coisa – um sentimento, uma paixão, uma relação de forças, etc. A experiência do ator testemunha um funcionamento inverso: é o gesto que precede o sentimento e que lhe dá forma [...] que tal como um fio condutor induz a expressão, a entonação, o movimento cênico”.

Importa que o ator saiba construir a personagem em sua musculatura, comunicando emoções, ou seja, que no palco ele consiga utilizar as técnicas necessárias para fazer o que é esperado. Segundo Arnheim (1986, p. 45), “o artista, seu instrumento e sua obra são fundidos numa coisa física: o corpo humano. Tanto quanto seu corpo está envolvido, ele ‘cria’, principalmente por meio de sensações cinestésicas em seus músculos, tendões e articulações”.

Entretanto, mesmo que o ator não saiba lidar com suas emoções em seu cotidiano, é preciso que saiba administrá-las, enquanto elementos que constituem uma corporeidade, uma poética do corpo na construção de uma personagem. A partir das bases orgânicas, o ator pode desenvolver a habilidade de explorar e comunicar emoções, como, por exemplo, a partir da respiração, conforme nos mostra Próchno (1995, p. 69): “O corpo do ator se desenha naquilo que sua respiração esboça e exige e, neste sentido, passa a ser índice de uma respiração específica e singular. Não há como dissociar corpo e respiração: o corpo que atua, respira. Tais elementos remetem à reflexão sobre a importância fundamental da respiração no trabalho corporal de todo e qualquer ator”.

Considerando que o ator não pode “viver” a personagem, tem que representá-la “como se”; o trabalho de desenvolvimento de recursos de corpo, voz, emoções, etc. não inclui necessariamente o autoconhecimento. Encontramos respaldo para essas considerações através da citação de Sábato Magaldi, Professor de Teatro da USP:

“Considera-se o ator um instrumentista que usa como instrumento o próprio corpo. Voz, expressão, autoridade cênica – tudo ele conjuga, para alimentar o público [...] O mundo das palavras e de marcações de uma personagem escrita supõe uma pluralidade de sentidos, captada e expressa pelo intérprete. Sua arte seria a de um executante, equivalendo, na música, à de qualquer instrumentista” (Magaldi, 1991, p. 24).

Trata-se da transformação do corpo do ator em material poético, para a qual não existe trabalho psicológico, uma vez que o foco dirige-se para a fisicidade desse instrumento de trabalho, que é o corpo do ator.

### **4.3 Função terapêutica das máscaras**

A máscara começou a ser objeto de interesse e pesquisa também na área de psicologia clínica. O Psicólogo canadense Hildegund Janzing, em seu estudo sobre o uso de máscaras em psicoterapia, relaciona uma série de trabalhos, como:

a) a experiência da utilização de máscaras em psicoterapia de grupo com meninos gagos, realizada por Pollackzek e Homefield, em 1954 (sobre este trabalho, Janzing relata que as crianças podiam escolher dentre uma série de máscaras que representavam pessoas do cotidiano que eram apresentadas pelo terapeuta, considerando os resultados desse estudo muito interessantes);

b) o trabalho de Hilarion Petzold, um dos fundadores da “terapia integrativa”, de 1975, na Alemanha, que combina diferentes formas de terapia criativa;

c) também na Alemanha, Katharina Sommer, em 1992, trabalhou com “máscaras ocultas” (olhos fechados) propondo a confecção de tais máscaras em ambiente diverso da clínica, a fim de que não houvesse interferência do grupo na criação individual;

d) o trabalho de Laura Shellen com “máscaras ocultas”, em que enfatizava o processo de confecção das máscaras no desenvolvimento pessoal. A prática era iniciada com “jogos preliminares” em que cada um deveria montar uma cena e apresentá-la ao grupo, seguido da apresentação de outra pessoa com a mesma máscara, e assim podendo chegar aos “jogos abertos”, que incluíam improvisações, com a condição de que sempre houvesse expectadores. Todas as sessões incluíam finalização com um debate para troca de experiências, elaboração da vivência e *feedback* do terapeuta;

e) trabalho com máscaras, desenvolvido na década de 70, em Paris, por um grupo de terapeutas de grupo do Hospital Psiquiátrico Bruno de Panafieu, incluindo confecção, jogos de improviso e períodos de discussão;

f) e os trabalhos desenvolvidos em 1980 pelo Psicanalista H. Saigre, que criou o “Instituto de Mascoterapia” em Paris, junto com colegas. (Janzing, 1998, pp. 151-157).

Em 1970, Brigham comparou a “máscara terapia” com outras modalidades, como psicodrama, jogos terapêuticos, arte terapia e musicoterapia (cf Brigham, 1970). Na França, Nancy Breitenbach (1979) utilizou a máscara em terapia, adaptando-a para a forma de maquiagem. Na América, diversos arte-terapeutas expressivos utilizam a máscara em suas atividades (cf Breitenbach, 1979). O Drama-Terapeuta Robert Landy (1985) propõe a criação, por parte de cada participante, de máscaras que representem seus pais, mães, irmãos e a si próprios, partindo da impressão no gesso até suas faces (cf Landy, 1985).

Fryrear e Stephens, Arte-Terapeutas, têm combinado o uso da máscara com o uso do vídeo. Segundo os autores (1988), o objetivo é criar um diálogo interpessoal, entre o cliente e as partes de sua personalidade que são representadas simbolicamente através da máscara. Essa mesma prática foi adotada por Hinz e Ragsdell (1990) em grupo formado por mulheres bulímicas.

Enquanto um recurso de terapia expressiva grupal, a máscara exerce um importante papel de mediadora entre os níveis de consciência e de comunicação manifesta e latente do indivíduo/grupo em processo. A terapia expressiva utiliza-se de recursos e técnicas com a finalidade de possibilitar a expressão, o alívio e obtenção de *insights* a partir de comunicação metafórica. Como já citado, essa modalidade de atuação tem importantes referências profissionais que contribuíram e continuam contribuindo, como os Psiquiatras brasileiros Nise da Silveira e Osório César, além de Margaret Naumburg, Janie Rhyne, entre outros.

Como no psicodrama, um dos objetivos fundamentais em arte terapia é o desenvolvimento e manifestação da criatividade, ou seja, capacidade para encontrar novas soluções para antigos conflitos. A arte terapia busca desenvolver o potencial criativo das pessoas, possibilitando que lidem melhor com seus problemas através da descoberta de formas adequadas de expressão.

#### **4.3.1 Instituto de La Mascara**

Outra referência importante que norteou este trabalho em seus aspectos teóricos e práticos foram as experiências e produções científicas desenvolvidas e divulgadas pela equipe de profissionais do Instituto de La Mascara, constituída por médicos e

psicólogos. O Instituto foi fundado em 1975 pelo Médico Psicanalista e Psicodramatista Dr. Mario Jorge Buchbinder, em Buenos Aires, Argentina. Nele, são desenvolvidas atividades de pesquisa e assistência nas áreas de psicoterapia, trabalhos corporais e oficinas de artes. O setor de formação e especialização abrange as seguintes áreas: corporal, psicodrama, criatividade, grupos, psicanálise e máscaras.

Buchbinder (1993), em suas práticas que unem arte e psicologia, parte de alguns pressupostos básicos advindos de um aporte filosófico existencialista. A escolha de trabalhar com máscaras está associada ao significado de *aletheia*, conceito antigo de Heráclito, traduzido por Heidegger, que quer dizer “desocultamento”. Segundo Buchbinder (1993, p. 32), “... a problemática da *aletheia* está no centro do problema da verdade. Ao descobrir-se algo, algo permanece oculto. Ao ocultar-se algo, algo se descobre”, como a máscara que mascara e desmascara.

Buchbinder entende o ato artístico como uma possibilidade de “existir” no mundo da forma mais autêntica, espontânea, que conduz a escutas mais próximas das causas individuais da angústia. Ao mesmo tempo, procura não perder de vista a “poética” do desmascaramento. A partir daí, estabelece uma ponte entre o feito e o ato artístico, entendendo este último como “relação transferencial, como ato de despojamento, como feito privado, de entrega, de relação com o outro, de *aletheia*” (Idem, 1993, p. 32), em vez de resultado ou produto artístico. Percebe a ação terapêutica como criação artística, como “produção de sentidos, de ato poético frente à presença do nada, do encontro com o real” (Idem, 1993, p. 32).

Para o autor, a máscara não fez parte do cotidiano apenas de sociedades primitivas, mas persiste em nosso cotidiano. Associa o caráter “desmascarador” do trabalho com máscaras a outras práticas culturais que considera igualmente reveladoras. Cita ainda algumas características como:

“acesso à verdade não como lugar essencial prévio, mas como lugar de produção de significação; verdade como diálogo, como encontro com o outro; insistência nas múltiplas vozes da realidade, da multiplicidade de vozes e certa pretensão de conviver com elas; lugar privilegiado da palavra, mas também do além dela, que tem a ver com o silêncio e com o corporal; busca do gozo estético, não só no refinamento da obra terminada, mas em seu processo de criação e no fato da recepção ativa do outro; identidade, não como lugar de congelamento, mas como integração de milhares de almas que se alojam em cada membro, órgão ou articulação do corpo individual” (Buchbinder, 1993, p. 221).

Dentre as atividades, terapias e eventos desenvolvidos no Instituto, destacaremos o “Jogo com Máscaras” e a “Mascarada” pela relação estreita com a teoria e prática deste projeto. Ambas possuem caráter terapêutico e utilizam a máscara como objeto intermediário.

O “Jogo com Máscaras” é realizado com grande número de pessoas (desde 50 até 800) e compreende a criação de máscaras, trabalho corporal e montagem de cenas curtas em grupos pequenos, que posteriormente se fundem com outros. Tendo como foco do trabalho a “identidade”, um dos sentidos é servir de espaço para vivência da dicotomia *estruturação* e *desestruturação*, o *ser* e *não ser*, o *eu* e o *outro*.

Buchbinder compara os tipos mais comuns de dramatização observados aos estilos “*happy ending*”, “tragédia” e “becketiano”. Para ele, a dramatização estilo “*happy ending*” apresenta, como o nome diz, um final feliz; tudo acaba bem, com falsa e também falta de consciência em cumprimento a um ideal romântico: “Denomino estilo ‘happy ending’ aquele presente na comédia musical norte-americana do pós Segunda Grande Guerra e pré Vietnã. Na arte, o ‘happy ending’ reaparece nas novelas” (Buchbinder, 1993, p. 128).

No estilo “trágico”, há a presença de estruturação/desestruturação, abandono, desencontro e destruição. Porém, o autor considera o pensamento de Nietzsche e Deleuze, os quais não associam o trágico ao negativo, à oposição, mas como “a afirmação, dentro do jogo apaixonado com o destino, no qual se misturam a sorte e a necessidade” (Idem, 1993, p. 128), sendo a tragédia a potência do ato dramático.

As dramatizações “becketianas”, assim chamadas pela similaridade com o estilo teatral de Becket, representam o caos produtivo. Apresentam ambigüidade, desorganização, ausência de mensagem explícita e tanto “podem aparecer como obstáculos, mas também como espaços de criatividade, já que possibilitam encontrar, no plano da sessão ou do grupo, o aspecto produtivo do caos” (Idem, 1993, p. 129).

A “Mascarada”, por sua vez, reúne menos elementos de jogo e caracteriza-se mais como espetáculo. Tem um caráter festivo e ritualístico através de um ato criativo aberto ao público, que participa fazendo as máscaras e atuando em cenas e jogos corporais com essas máscaras. Nessa atividade, o cenário compreende todo espaço no qual ela se desenvolve; as cenas são improvisadas e não são necessariamente

articuladas entre si; e a relação ator-espectador é diferente do ritual teatral, pois o protagonismo é maciço. Buchbinder (1993, p. 199) acredita que “a recuperação da máscara pelo indivíduo contemporâneo e a possibilidade de jogar com ela lhe permite jogar com sua história universal, pessoal e com seus mitos”.





## **CAPÍTULO 5**

### **GRUPO DE TERAPIA EXPRESSIVA NO NATA**

#### **5.1 Caracterização**

De acordo com o projeto inicial, previmos a realização de um estudo piloto de grupo de terapia expressiva no NATA – Núcleo de Atendimento dos Transtornos de Ansiedade para posterior realização de um GTE – Grupo de Terapia Expressiva, constituído por outras pessoas e com as alterações e adaptações avaliadas como necessárias diante da primeira experiência (que seria relatada e analisada com maior profundidade). Em função de desvios nessa proposta, que ocorreram por motivos que serão apontados no decorrer do capítulo, houve a formação de um terceiro grupo, o GTE, sobre cuja caracterização tentaremos fornecer detalhes, procedimentos, desenvolvimento e discussões.

O GTE foi desenvolvido no NATA, com sede no Hospital de Clínicas da Unicamp - SP. Os participantes eram usuários do núcleo de diferentes níveis socioeconômicos, idade, de ambos os sexos e com Transtorno do Pânico. Como nos outros grupos realizados, o diagnóstico foi feito pela equipe de residentes em psiquiatria sob a supervisão do docente (Médico Psiquiatra), Coordenador do NATA, de acordo com os critérios do DSM-IV.

Para supervisão clínica das sessões, foi escolhida a Psicóloga Psicodramatista Maria Alice Torres Montenegro, do Centro de Estudos e Terapia Movimento de Campinas - SP, que acompanhou semanalmente o desenvolvimento do grupo que fez parte desde o início deste projeto (Anexo 1).

Para participar do grupo, foi estabelecido o seguinte critério de inclusão: ter idade superior a 18 anos, ser atendido pelo NATA, aceitar a participação voluntariamente após entrevista de esclarecimento assinando o Termo de Consentimento Livre, que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (Anexo 2). Além disso, os participantes teriam que preencher a Escala de

Qualidade de Vida (WHOQOL) e aceitar responder o questionário aberto no final do processo.

Nenhum integrante havia tido qualquer experiência anterior com terapias expressivas e todos os que participaram deste grupo estavam medicados com psicotrópicos e foram acompanhados pela equipe médica durante todo o processo. Os convites foram feitos por ordem de inscrição no NATA, e nos casos em que houve recusa, os pacientes foram encaminhados para outros terapeutas e abordagens. Conforme comentado no primeiro capítulo, notamos que logo que o indivíduo procura ajuda (principalmente se os sintomas tiveram início recente), apresenta dificuldade em aderir ao tratamento, o que foi comum à maioria.

No NATA, tal dado não se confirma com relação ao tratamento médico farmacológico, pois temos um índice muito baixo de abandono de tratamento, cerca de 1% do total. A resistência inicial ao tratamento psicológico parece estar associada aos próprios sintomas do TP, principalmente o “medo de ter medo”, que por sua vez leva o indivíduo a evitar situações e lugares em que imagina ser possível ter ataques e estar desacompanhado.

Percebemos que a maioria das pessoas atendidas no NATA prefere participar de psicoterapia individual e somente depois de decorrido algum tempo sem que apresente os ataques de pânico na frequência e intensidade iniciais. Contudo, 50% das pessoas que participaram dos grupos de terapia expressiva aceitaram o convite imediatamente, e 50% das pessoas aceitaram participar após o segundo e o terceiro convite (alguns já estavam sendo acompanhados pelo NATA por mais de um ano).

Para melhor visualização dos participantes, foi elaborado o seguinte quadro:

QUADRO 2 – Participantes do GTE

| Participantes          | 1                       | 2                   | 3            | 4              | 5             | 6                      |
|------------------------|-------------------------|---------------------|--------------|----------------|---------------|------------------------|
| <b>Idade</b>           | 51                      | 63                  | 25           | 41             | 28            | 55                     |
| <b>Sexo</b>            | F                       | F                   | M            | F              | F             | F                      |
| <b>Ocupação</b>        | Representante Comercial | Do lar              | Desempregado | Do lar         | Do lar        | Aposentada             |
| <b>Encaminhado Por</b> | Espontâneo              | Ginecologia Unicamp | Clínica Unip | Psicóloga NATA | Paciente NATA | Pronto Socorro Unicamp |

|                     |              |                     |              |                     |                   |                   |
|---------------------|--------------|---------------------|--------------|---------------------|-------------------|-------------------|
| <b>Procedência</b>  | Campinas -SP | Fortaleza – CE      | Campinas –SP | Campinas -SP        | Campinas -SP      | Campinas -SP      |
| <b>Estado Civil</b> | Separada     | Solteira            | Solteiro     | Casada              | Casada            | Separada          |
| <b>Escolaridade</b> | Ensino Médio | Primário Incompleto | Ensino Médio | Superior Incompleto | Superior Completo | Superior Completo |
| <b>Filhos</b>       | 7 filhos     | Não tem             | 1 filho      | 3 filhos            | 1 filho           | 2 filhos          |

## 5.2 Desenvolvimento

Foi explicado inicialmente aos participantes sobre a proposta básica de um grupo de terapia expressiva, bem como sua estrutura de funcionamento de acordo com os informes/contrato adotados (Anexo 3).

Para melhor visualização da proposta de cada módulo, apresentamos o seguinte esquema:

### Módulo 1 - SENSIBILIZAÇÃO

#### **Foco: sensibilização artística**

Aquecimentos Específicos: integração e desinibição;

Vivência Expressiva: fornecer subsídios básicos para os módulos seguintes através de jogos grupais que trabalham corpo, voz, ritmo, criatividade e percepção;

Compartilhar: momentos para cada participante opcionalmente revelar ao grupo suas impressões, sensações, sentimentos, questões, idéias, etc. (sem réplicas).

### Módulo 2 - EU

#### **Foco: trabalho individual**

Aquecimentos Específicos: atividades que propiciam contato de cada um com características pessoais como pensamento, postura, gosto, expressão, necessidades e papéis;

Vivências Expressivas: atividades individuais para o aprofundamento dos elementos pessoais identificados no primeiro momento, utilizando todos os recursos disponíveis. Compartilhar.

### **Módulo 3 - TU**

#### **Foco: trabalho em duplas (outro)**

Aquecimentos Específicos: jogos em duplas que propiciam o contato de cada um com características do outro, fomentando o desenvolvimento da percepção;

Vivências Expressivas: dramatizações em duplas, utilizando todos os recursos disponíveis e enfocando a relação interpessoal através da percepção de si e do outro. Apresentação ao grupo das criações em duplas. Compartilhar.

### **Módulo 4 - NÓS**

#### **Foco: trabalho grupal**

Aquecimentos Específicos: jogos coletivos que propiciam o contato simultâneo entre todos os participantes e possibilitam o levantamento de um tema grupal;

Vivências Expressivas: elaboração de dramatização coletiva, utilizando todos os recursos disponíveis. Grupo define tipo de direção, funções, personagens, cena. Compartilhar.

### **Módulo 5 - GRUPO**

#### **1.ª Etapa) Foco: elaboração individual do processo GTE**

Aquecimentos Específicos: jogos coletivos que propiciam contato simultâneo entre todos os participantes e preparação para encenação;

Vivências Expressivas: ensaio da dramatização coletiva, utilizando todos os recursos disponíveis;

Apresentação do trabalho;

Compartilhar: reflexão individual sobre a relação existente entre a experiência, os papéis vivenciados e as dramatizações com a vida, personalidade e relações de cada participante.

#### **2.ª Etapa) Foco: elaboração coletiva do processo GTE**

Aquecimentos Específicos: jogos individuais, em duplas e coletivos reunindo elementos anteriormente trabalhados;

Vivências Expressivas: dramatizações individuais com tema relacionado à percepção do grupo ou do processo;

Compartilhar.

### **5.3 Estudo piloto**

Foram realizados, ao todo, três grupos de terapia expressiva. Conforme citado no início deste capítulo, o primeiro grupo foi uma proposta de estudo piloto, o segundo, a tentativa de implantação, que revelou a necessidade de revisão de vários pontos, e o terceiro foi o grupo que resultou das experiências anteriores e será relatado como GTE.

#### **GRUPO 1 – ESTUDO PILOTO**

O primeiro grupo de terapia expressiva teve a duração de cinco meses, tendo sido realizado no NATA e também no Laboratório do Ator de Campinas de agosto a dezembro de 2001. Este grupo foi aberto, passível de integração de novos elementos mediante desligamento de seus membros, com a intenção de manter uma constância no número de participantes, definida com o mínimo de 5 e máximo de 8.

Houve a participação apenas de 5 pessoas, sendo 3 mulheres e 2 homens que, apesar de algumas faltas, permaneceram até o final. As sessões foram semanais, com duração aproximada de 1 hora, não excedendo o máximo de 1h30min. Cada encontro seguiu as etapas de uma sessão de psicodrama: aquecimento, dramatização e processamento/compartilhar.

Durante todo o trabalho, o grupo revelou grande dificuldade de realizar tarefas em conjunto e de “fechar” os processos iniciados. Cada participante expressou uma necessidade e expectativa particular quanto ao trabalho. Alguns queriam falar de seus problemas e/ou vivências, outros queriam saber sobre cada integrante e outros não queriam se expor.

Todos apresentaram grande resistência ao envolvimento com as atividades, fato observado através das falas, risos, interpretações, questionamentos e racionalizações constantes. O aquecimento, que deveria preparar o corpo, a mente e o grupo para o momento seguinte de dramatização, foi estendido para trabalhar além da concentração, principalmente o relaxamento individual e a integração grupal.

Este grupo demonstrou resistência a confeccionar máscaras em gesso ou argila, alegando desconforto para o manuseio do material. Todos disseram estar “sem idéia nenhuma” no momento em que lhes foi apresentada a possibilidade dessa prática. Não quiseram experimentar tocar a argila nem a gaze de gesso. Como alternativa, foi proposto que desenhassem e caracterizassem máscaras em folhas de papel sulfite. Todos aceitaram e desenharam e pintaram com lápis de cor, giz de cera e caneta hidrocor. Embora estivesse disponível, ninguém optou por utilizar tinta guache, cola, brocal, lantejoula, revistas nem barbante.

Foi sugerido que recortassem na máscara o nariz e olhos a fim de que pudessem respirar e olhar nos momentos em que estivessem vestindo-a, mas ninguém aceitou. Todos afirmaram que a expressão dos olhos desenhados era a principal característica da máscara e que se recortassem o nariz o efeito criado também pelo desenho seria perdido. Também não quiseram prender elástico ou barbante para fixá-las ao rosto, pois queriam ter a possibilidade de retirá-la constantemente a fim de olharem para as pessoas e para as cenas com simples movimento manual.

Nas primeiras sessões, o momento de dramatização foi destinado somente à confecção das máscaras faciais (de papel) pelos integrantes. Depois de concluídas e pintadas livremente, as máscaras passaram a ser utilizadas durante as dramatizações, incluindo trocas entre os membros, de acordo com a proposta e finalidade das atividades, que foram dirigidas pela Coordenadora. Antes e após as reuniões, não foram observados indícios de estabelecimento de vínculos entre os participantes, e durante as dramatizações essa situação foi expressa através da composição de cenas individuais, com raras tentativas de aproximações/parcerias. Mesmo quando foi solicitado, não houve discussão e definição conjunta de papéis e cenas.

Nos momentos finais das sessões, o espaço era aberto para manifestação espontânea de sentimentos, sensações e idéias despertadas pelo encontro. Cada participante falava de suas experiências e sentimentos advindos de outros momentos, denotando que não havia sido incorporada ou não havia intenção de compartilhar uma vivência grupal. Com uma certa freqüência, foi necessário lembrar aos participantes que o momento de “compartilhar” referia-se à experiência vivida naquele encontro, e

que cada um poderia apenas falar de si e ouvir o outro, sem fazer questionamentos, críticas ou comentários.

## **GRUPO 2 – TENTATIVA DE IMPLANTAÇÃO**

Tendo em vista o objetivo de implantar o grupo de terapia expressiva no NATA, a experiência do grupo piloto contribuiu para que fosse percebida a importância de que o trabalho fosse desenvolvido no próprio HC. Independentemente da vivência dos sintomas do TP, o HC é o local onde os usuários são atendidos pela equipe médica. Portanto, precisam comparecer com uma frequência mínima mensal.

Para essa redefinição do local de realização do grupo de terapia, foi considerada principalmente a possibilidade de contribuir com o desenvolvimento e fortalecimento da capacidade dos participantes enfrentarem com maior tranquilidade o fato de comparecerem e permanecerem durante o tempo que fosse necessário (em consultas e psicoterapias) nesse ambiente específico, que é o HC. Foi disponibilizada uma sala grande no ambulatório para a realização desse grupo às quartas-feiras das 12h30min às 14h.

O grupo teve início na terceira semana de novembro de 2002 e foi marcado um período de férias que compreendeu duas semanas (Natal e Ano Novo). A intenção era que tivesse a duração mínima de seis meses. Porém, o grupo foi se dissolvendo. As faltas passaram a ser mais frequentes após o retorno das férias do final do ano. Mesmo tendo sido marcado para a segunda semana de janeiro de 2003, apenas três pessoas retornaram, e o fizeram somente na segunda semana de fevereiro desse ano. Ainda assim, em dias alternados, ou seja, nas últimas sessões que ocorreram em fevereiro de 2003, compareceu apenas uma pessoa em cada sessão.

Deste grupo, participaram inicialmente 6 pessoas, sendo 5 mulheres e 1 homem. A população era flutuante, até ficarem apenas 3 pessoas que freqüentavam de forma mais assídua (todas mulheres). Ainda assim, houve vários dias em que foram apenas duas pessoas e em alguns dias foi apenas uma.

Embora tenha sido observada neste grupo maior facilidade para concentração e maior comprometimento com o processo, a experiência no grupo piloto (que revelou grande dificuldade de envolvimento dos participantes nas dramatizações) no momento

inicial de aquecimento também foi repensada. Foram introduzidos elementos que pudessem contribuir com as dramatizações, o que foi feito através da exploração da expressão corporal, vocal, improviso e identificação de situações para serem trabalhadas no momento seguinte, conforme previsto pelo modelo psicodramático.

Entretanto, procuramos não perder de vista a importância da interação entre os participantes com a finalidade de que fosse evitada a dispersão e que todos atingissem um nível de engajamento e descontração (elementos avaliados como necessários para o adequado desenvolvimento e aproveitamento da sessão). Em função de a maioria das sessões ter sido realizada no máximo com 3 pessoas, a proposta de desenvolvimento grupal ficou comprometida. Todavia, os 3 participantes que permaneceram revelaram interesse e capacidade para manter a concentração e envolvimento em cada atividade e momento do processo. Todos atuaram coletivamente e aceitaram a proposta de trocar os papéis durante a dramatização.

Inicialmente, a idéia era confeccionar as máscaras com o grupo, tendo como base uma bexiga ou o próprio rosto. Em função da experiência com o grupo anterior, essa idéia também foi reformulada. Tendo em vista que o foco do trabalho com as máscaras estava na sua caracterização e utilização na representação de papéis, foi reavaliado que o oferecimento das máscaras prontas seria mais adequado, inclusive em termos de conforto (textura, forma, cheiro).

Assim, as máscaras foram confeccionadas pela Coordenadora com gaze de gesso a partir de uma base plástica de máscara neutra com olhos vazados e boca fechada. A partir dessa base comum, foram disponibilizados, durante as sessões, materiais diversos para sua caracterização, como tecidos, papéis, fitas, tintas, barbantes, lã, brocal, cola, etc., além do material trazido pelos participantes.

Para que fosse mantida a proposta de possibilitar a expressão individual nas máscaras, foi decidido que cada participante caracterizaria livremente três delas. Todavia, percebeu-se que essa atividade de caracterização interrompeu um circuito terapêutico, transformando-se em um momento anexo ao trabalho, sendo difícil retomar a mesma concentração do grupo para a proposta terapêutica e grupal de acordo com o programa elaborado. Todas as máscaras foram trabalhadas em sua parte interna, sendo que uma delas não permitia sequer o uso na face por conter objetos colados em



seu interior, fazendo com que apenas uma pessoa resolvesse deixar o espaço da boca aberto.

Durante a caracterização das máscaras, todos comentavam sobre as “intenções” e “significados” das suas composições, atribuindo sempre elementos de sua personalidade e estados emocionais vivenciados. Ex.: Uma das máscaras teve em sua parte interior algumas sementes, folhas e linhas coladas, e cada material e local tinha uma “explicação” (Figuras 1,2 e 3). Os participantes relacionavam-se a situações e épocas vividas, pessoas envolvidas, sentimentos despertados e idéias elaboradas por si sobre todas essas lembranças.

Quando alguém não expunha ao grupo o significado pessoal da caracterização de sua máscara, os outros participantes o abordavam. Porém, se a pessoa não quisesse ou não tivesse um significado verbal que traduzisse sua escolha por determinado material, cor e forma, era respeitado o silêncio. Todos demonstraram muito envolvimento e interesse nos trabalhos com colagem e pintura.

A concentração e a motivação observadas nesse processo eram tão grandes em todos os participantes, que nas sessões iniciais não foi possível interromper essa atividade. Nessas três sessões, a próxima etapa, que eram as dramatizações, não aconteceu. No 4.º encontro (única vez em que a sessão foi dividida em caracterização das máscaras seguida de dramatização), essa última etapa foi totalmente comprometida pela dispersão de todos, pelo desinteresse na proposta e fixação na atividade anterior, fatores que foram expressos verbal e fisicamente.

Somente depois de caracterizadas todas as três máscaras pelos participantes, tiveram início as dramatizações. Estas, porém, foram limitadas à idéia proposta durante a atividade. Por exemplo, se a instrução era para que escolhessem uma das máscaras e criassem uma personagem qualquer, só havia movimentação e falas quando solicitado. Em apenas duas sessões, foi possível trabalhar as máscaras em grupo, encontros a que compareceram três pessoas.

Os participantes experimentaram formas diferentes de andar e falar, mas abandonavam suas personagens quanto aos pensamentos e reações sempre que trocavam de papel. Nesses casos, entravam na “situação” que o outro estava







vivenciando, imaginando o que o outro faria ou diria, inclusive perguntando para a outra pessoa o que deveria dizer/fazer.

A proposta era que cada um pudesse experimentar formas próprias e diferentes para cada situação. Também utilizaram muito pouco as máscaras nas dramatizações. Frequentemente se “esqueciam” delas, segurando-as ao lado do corpo, viradas com a face para a lateral do corpo.

Para melhor visualização do cronograma dessas práticas, foi elaborado o seguinte quadro:

Cronograma:

### ESTUDO PILOTO Grupo 1 - 2001

| Módulos        | 1.ª Sessão | 2.ª Sessão | 3.ª Sessão | LOCAL | DIA          |
|----------------|------------|------------|------------|-------|--------------|
| Sensibilização | 22/08/2001 | 29/08/2001 | 13/09/2001 | NATA  | quarta-feira |
| EU             | 20/09/2001 | 27/09/2001 | -          | NATA  | quarta-feira |
| EU             | -          | -          | 06/10/2001 | LAC** | sábado       |
| TU             | 20/10/2001 | 27/10/2001 | *          | LAC   | sábado       |
| NÓS            | 24/11/2001 | 01/12/2001 | -          | LAC   | sábado       |
| GRUPO          | 12/12/2001 | -          | -          | NATA  | quarta-feira |
| GRUPO          | -          | 15/12/2001 | -          | LAC   | sábado       |

\*10/11/2001 (LAC) – Sábado houve falta coletiva, sem aviso. Essa data foi posterior e anterior aos feriados dos dias 2 e 15 de novembro, respectivamente. Em função desses feriados, resolvemos coletivamente não agendar sessão nos dias 03 e 17 de novembro (sábado). Porém, ficou claramente agendada a sessão de 10/11, tendo sido ressaltada pela Coordenadora a importância da presença de todos, a fim de que não ocorresse um espaçamento de tempo entre as sessões que pudesse comprometer o andamento do grupo.

\*\*LAC – Laboratório do Ator de Campinas, dirigido pelo M.Sc. em Educação, Ator e Diretor de Teatro José Tonezzi.

## GRUPO 2 - 2002/2003

| Datas        | Módulos Previstos | N.º de Presentes | Módulos Realizados |
|--------------|-------------------|------------------|--------------------|
| 20/11/2002   | Sensibilização    | 5                | Sensibilização     |
| 27/11/2002   | Sensibilização    | 5                | Sensibilização     |
| 04/12/2002   | EU                | 4                | Sensibilização     |
| 11/12/2002 * | EU                | 3                | EU                 |
| 18/12/2002   | EU                | 0                | -                  |
| 08/01/2003   | EU                | 0                | -                  |
| 15/01/2003   | EU                | 0                | -                  |
| 22/01/2003   | TU                | 0                | -                  |
| 29/01/2003   | TU                | 0                | -                  |
| 05/02/2003   | TU                | 0                | -                  |
| 12/02/2003   | TU                | 1                | EU                 |
| 19/02/2003   | TU                | 1                | EU                 |
| 26/02/2003   | NÓS               | 1                | EU                 |
| Encerramento | -                 | -                | -                  |

\*Primeira tentativa de dramatização.

Embora não realizado com este grupo, no projeto previmos as seguintes etapas e datas:

| Datas      | MÓDULOS                       | N.º de Presentes |
|------------|-------------------------------|------------------|
| 05/03/2003 | NÓS                           | -                |
| 12/03/2003 | NÓS                           | -                |
| 19/03/2003 | NÓS                           | -                |
| 26/03/2003 | NÓS                           | -                |
| 02/04/2003 | GRUPO                         | -                |
| 09/04/2003 | GRUPO                         | -                |
| 16/04/2003 | GRUPO                         | -                |
| 23/04/2003 | GRUPO - Elaboração Individual | -                |
| 30/04/2003 | GRUPO - Elaboração coletiva   | -                |
| 07/05/2003 | PÓS TESTE                     | -                |

### QUADRO 3 – Cronograma do GTE

| Módulos        | 1.ª Sessão | 2.ª Sessão | 3.ª Sessão |
|----------------|------------|------------|------------|
| Pré Teste*     |            |            |            |
| Sensibilização | 05/03/2003 | 12/03/2003 | -----      |
| EU             | 19/03/2003 | 26/03/2003 | 02/04/2003 |

|             |            |            |            |
|-------------|------------|------------|------------|
| TU          | 09/04/2003 | 16/04/2003 | 23/04/2003 |
| NÓS         | 30/04/2003 | 07/05/2003 | 14/05/2003 |
| GRUPO       | 21/05/2003 | 04/06/2003 | -----      |
| Pós Teste** | 09/07/2003 | -----      | -----      |

\*Cada paciente respondeu à WHOQOL em datas diferentes logo após seu ingresso no NATA.

\*\*Nessa data, agendada especificamente para a aplicação da WHOQOL, nenhum participante compareceu.

#### **5.4 GTE – Grupo de Terapia Expressiva**

O Grupo 3, GTE, teve início em março de 2003 e foi encerrado em junho do mesmo ano. Foi um trabalho vivencial e prático, baseado no aqui e agora, onde foram utilizados jogos advindos do psicodrama, utilizados para o desenrolar da dramatização na psicoterapia e técnicas de teatro utilizadas no trabalho de preparação do ator.

Em concordância com os conceitos sobre o desenvolvimento humano propostos pela *gestalt* terapia, ressaltados pelo Terapeuta Fagan, os objetivos gerais foram trabalhar os seguintes valores humanos: espontaneidade, compreensão, cognição sensorial, liberdade de movimento, receptividade e expressividade emocionais, fruição, desembaraço, flexibilidade no relacionamento, contato direto e proximidade emocional com os outros, intimidade, independência, assertividade, segurança e criatividade (Fagan, 1973).

De forma lúdica, o objetivo foi trabalhar as noções de eu, outro e grupo, a fim de que fosse alcançada uma disponibilidade adequada para a realização das propostas. Em cada módulo, foram elaboradas atividades específicas para o momento de aquecimento com o foco em um dos três aspectos a se trabalhar (eu-tu-nós).

Na sessão inicial, em que foi estabelecido o contrato com as pessoas, foi reforçada uma orientação verbal sobre formas de lidar com a ansiedade, baseada em técnicas cognitivo-comportamentais. Esse procedimento incluiu todos os pacientes do NATA, logo após realização do diagnóstico de TP (anexo 4).

No primeiro momento da sessão, direcionado ao aquecimento, foram utilizados exercícios e jogos com a finalidade de desenvolver a concentração, a atenção, a

disponibilidade física e mental para as atividades, além de repertórios mínimos que auxiliassem nas próximas etapas, as de dramatização. Todo encontro foi iniciado com exercícios respiratórios e concentração dirigida. Todavia, o objetivo mais amplo desses exercícios foi instrumentalizá-los para intervenção em suas possíveis crises de ansiedade, pois entendemos que o primeiro passo seja atingir um estado de relaxamento e uma respiração lenta que possam reconduzir ao estado físico e psicológico que antecedeu a crise. Notou-se que durante os ataques de pânico, geralmente ocorre uma hiperventilação, porém a pessoa não a percebe, principalmente em função da sensação de falta de ar desencadeada.

Já no aquecimento, foram utilizadas as máscaras em atividades individuais no módulo “Eu”, em duplas no módulo “Tu” e em grupo no módulo “Nós”. Foram levadas seis máscaras prontas de gesso, sendo uma metade de máscara neutra, uma máscara inteira neutra e quatro com expressões diversas, além do nariz de plástico vermelho (Figuras 4 e 5). Para facilitar a utilização no rosto (considerando a resistência observada nos outros grupos em ficar com a máscara fixa no rosto), as máscaras foram feitas com hastes de modo que o controle de proximidade e afastamento do rosto partisse do usuário.

Nas dramatizações, os temas foram trazidos pelo grupo a partir de um “aquecimento específico” para a ação, conduzido pela Coordenadora. Nesses momentos, de forma individual, em dupla ou coletivamente, as pessoas deixaram que surgissem na mente situações vivenciadas, assistidas ou imaginadas.

Em cada sessão, foram utilizados recursos diferentes como facilitadores desse processo. Por exemplo, música, texto, imagem e objetos. Após o levantamento dos temas, cada participante, dupla ou grupo apresentava a situação pensada. Em nenhum momento foi revelado ao grupo qual a relação entre a situação exposta e a pessoa que a apresentou. Em seguida, o grupo escolhia uma das situações para dramatizá-la.

Demarcado o espaço cênico como uma parte da sala, o apresentador da situação eleita escolhia dentre os participantes aquele(s) que iniciaria(m) a cena, apontando inclusive a posição e ação inicial que permanecia “congelada”. Também fornecia alguns informes básicos como: local, clima, personagens e conflito. A partir daí, a história passava a ser construída, vivida e explorada pelos membros do grupo individualmente.







Ao final de todos os encontros, após o compartilhar, foi adotada uma massagem nas costas e nuca entre os próprios participantes e o encerramento com uma ciranda cantada e dançada. As três estagiárias participaram de uma atividade inicial que tinha por finalidade apresentá-las ao grupo a fim de descontraí-lo com relação à sua presença e também à fase final que incluiu o compartilhar, a massagem e a ciranda.

Após o encerramento e a entrega dos questionários, foi reservada uma última sessão para definição coletiva sobre a continuidade ou encerramento do Grupo. A esse encontro compareceram três participantes e todos optaram pela continuidade, solicitando a inclusão de seu nome para o caso de ser formado outro grupo ou de ser um grupo também aberto. Em todos os grupos (inclusive no GTE), foram mantidos os informes e contrato anexados neste trabalho, com alteração apenas de data, horário e local das sessões.

A partir do consentimento do grupo, houve a participação de três Estagiárias de Psicologia do NATA na condição de observadoras, sendo que cada uma assistiu sozinha a uma sessão. Duas delas quiseram espontaneamente deixar um relato da sessão, sendo que um deles, escolhido aleatoriamente, foi anexado ao trabalho (Anexo 5).

A seguir, incluímos o relato de uma das sessões realizadas com o objetivo de ilustrar como se desenvolveram as atividades. A escolha dessa sessão foi aleatória, uma vez que em todas houve situações e relatos que consideramos surpreendentes e reveladores sobre a forma como cada participante vivenciou o momento, de como percebeu a si mesmo e ao outro e de como ocorreram as escolhas e utilizações das máscaras durante o processo.

### **5.5 Relato de sessão**

**Data:** 02/04/2003

#### **Módulo: EU**

Antes de iniciarmos o aquecimento, duas pessoas do grupo pediram para começarmos com um breve “compartilhar”, pois sentiam muita necessidade de expor o que estavam sentindo e pensando naquele momento. O grupo aceitou, demonstrando interesse e acolhimento diante da demanda dos companheiros.

Uma das participantes comunicou, de forma bastante exaltada, que sua filhinha (bebê) estava mais calma, chorando menos e dormindo durante a noite, fatores que a levaram a perceber que o fato de ela própria estar melhor trazia reflexo imediato na filha.

Outra pessoa quis compartilhar que estava encantada com um grupo de passarinhos que viu antes de chegar ao hospital. Estava pensando nos problemas “reais” de sua vida afetiva e financeira quando de repente percebeu a enorme beleza desses pássaros juntinhos numa poça d’água, como se estivessem ‘brincando’. Isso, segundo o relato, a deixou tão feliz a ponto de perceber o mundo de outra forma.

Ainda outra pessoa pediu espaço para falar algo em função do que acabara de ouvir. O grupo aceitou e ela disse que estava gostando demais de estar ali e por isso não queria mais ir embora.

### **Aquecimento**

Como sempre, iniciamos em pé, formando um círculo com umas pessoas de frente para as outras. Além da Coordenadora, apenas uma integrante ficou descalça.

Quando todos alcançaram o “ponto neutro” (estabelecido aqui como o momento preciso em que cada um tomava consciência de seu corpo, de sua posição na sala, em silêncio absoluto, preparando o corpo e a mente para o que viesse a acontecer nos próximos minutos) e “postura neutra” [pernas paralelas não excedendo a largura dos quadris; os joelhos nem flexionados e nem rígidos; os braços ao lado do corpo; o peso do corpo distribuído igualmente criando a imagem de “enraizamento” (como se raízes saíssem dos pés em direção ao solo) de forma que cada parte dos pés estivesse tocando o chão e o corpo em prontidão sem nenhuma tensão localizada (nem relaxado, nem tenso)], a Coordenadora deu início às orientações verbais sobre a percepção da própria respiração.

Foi solicitado que procurassem inspirar e expirar o mais lentamente possível, como se o ar fosse além dos pulmões e enchesse o abdômen, procurando cada um manter o pensamento no corpo e na atividade. Espontaneamente, todos fecharam os olhos (procedimento comum em todos as sessões).

Foi proposto um outro exercício de respiração, baseado na arte marcial “*tai chi chuan*”, em que cada um deveria permanecer no “ponto e postura neutros”. Ao inspirar, deveriam levantar os dois braços no mesmo ritmo da respiração da forma mais lenta possível, sem exceder a altura dos ombros, sem tensionar os ombros e pescoço e com as palmas das mãos voltadas para cima. Ao expirar, deveriam voltar as palmas das mãos para baixo e voltar os braços para a posição original, flexionando um pouco os joelhos. Após repetir isso algumas vezes, foi proposto que “soltassem” o corpo e se assentassem ao chão, no lugar onde estavam.

A atividade proposta em seguida foi uma automassagem nos pés, porém a maioria optou por não tirar os calçados, cada qual por seu próprio motivo. Antes que um possível mal-estar fosse desencadeado pela situação e houvesse uma ruptura da concentração, a decisão do grupo foi logo respeitada, sem que houvesse espaço para justificarem. Imediatamente, foi proposta uma automassagem nas mãos, de forma que não ficasse nenhuma parte sem ser trabalhada. Durante essa atividade, foi lembrada a importância de cada um pensar na possibilidade futura de trabalhar descalço para um melhor aproveitamento. Em seguida, foi proposta uma automassagem no rosto.

Ainda assentados, foi proposto que continuassem massageando a face, simultaneamente fazendo caretas e emitindo sons diversos. Diferentemente dos outros grupos, em nenhum momento dessas atividades houve risos ou desconcentração.

### **Dramatização**

As máscaras ficaram expostas em cima da ‘mesa’ desde o início da sessão (Figura 6). A primeira atividade proposta foi que retomassem a “postura neutra” e aos poucos fossem balançando o corpo para a direita e para a esquerda, deixando os braços soltos, percebendo pontos de tensão. Caso identificassem alguma tensão, foram orientados a relaxar a região, mantendo o equilíbrio do corpo centrado na região do umbigo e os pés no chão. Depois, os movimentos foram para frente e para trás, ainda sem tirar os pés do chão.



Após um tempo nesse balanceio, foram instruídos a dar um passo para frente, dizendo: “EU VOU”; um passo para trás, dizendo: “EU VOLTO” e pisarem no mesmo lugar, dizendo: “EU FICO”. No início, observei que tanto o passo quanto a verbalização de cada participante denotava certa insegurança ou descompromisso, fato verificado pela imprecisão de movimentos e forma de falar. Parecia que não estavam associando a ação com o conteúdo da verbalização nem com a “escolha”, não sendo possível prever qual seriam suas execuções. Às vezes, mudavam o sentido no meio do passo e as afirmações soavam em voz baixa e tom de pergunta.

Sem apontar nossas observações, pedimos que cada um fizesse a atividade como resposta ao meu chamado (provocativo e autoritário) de “VEM!”, escolhendo livremente uma das três opções: “EU VOU”, “EU VOLTO” ou “EU FICO”. Aos poucos, todos foram demonstrando maior convicção na ação, na fala e na expressão facial, denotando maior integração, percepção e decisão.

Para a próxima atividade, pedimos que todos ficassem em um lado da sala. Definimos o “palco” como a extensão de uma das paredes na lateral e dois passos de profundidade. O grupo colocou-se de frente para o “palco” perto da outra parede. A mesa com as máscaras também estava no “palco”. Individualmente, cada um escolheu três máscaras diferentes para afirmar: “EU VOU”, três para: “EU FICO” e três para: “EU VOLTO”.

A dramatização consistiu em vesti-las e fazer as afirmações explorando intenções, vozes e gestos de acordo com o que lhes era suscitado pela expressão da máscara. Apenas uma pessoa apresentou certa dificuldade. Escolheu apenas uma máscara para as nove “atuações” e não variou a forma de apresentação. Porém, em nenhum momento recusou fazê-lo.

Vale lembrar que um dos princípios básicos do GTE consiste na liberdade de opção em realizar ou não a atividade. Como sempre, ainda no palco, foi feito um trabalho individual de conclusão e desligamento da personagem através de orientações verbais.

## **Compartilhar**

O compartilhar também é opcional, porém a regra é que não sejam feitos comentários, questionamentos e críticas quanto ao que todos disserem.

A pessoa que escolheu apenas uma das máscaras foi a primeira a se colocar. Pediu permissão para repetir o que outra falou no início da sessão, ou seja, que não queria ir embora. Outra disse que não imaginava uma terapia dessa forma, mas que estava gostando. Se soubesse, teria procurado a Unicamp bem antes. Outra ainda disse que o cônjuge estava percebendo “melhoras” em seu humor e queria saber o que era feito nas sessões. Ao responder que saía de casa uma vez por semana para ir até a Unicamp encontrar com algumas pessoas e cantar, fazer teatro, dançar, relatou que o cônjuge não acreditou. Todos rimos muito.

Uma pessoa não quis se manifestar. Outra disse que ao mesmo tempo em que consegue relaxar e esquecer dos problemas (pelo menos durante a sessão), sente uma grande frustração e medo de não conseguir encontrar as soluções necessárias. A outra pessoa, que costuma falar bastante, permaneceu por um pouco no papel de observadora e, após todos terem se manifestado, compartilhou que estava pensando na atividade “EU VOU”, “EU FICO”, “EU VOLTO”, e ao se lembrar do filho adolescente que se mudou para outro estado a fim de estudar, ficou confusa com relação aos próprios sentimentos. Ao mesmo tempo em que deseja muito que o filho desenvolva autoconfiança, no sentido de enfrentar situações adversas, começou a pensar se a opção por “EU VOLTO” seria uma fuga que denota fraqueza, ou se requer a mesma autoconfiança necessária para as outras opções.

## **Encerramento**

Ciranda: como em todos os encontros, dançamos e cantamos uma ciranda.

Massagem em Duplas: cada um fez e recebeu massagem nas costas, o que também ocorre em todos os encontros.



**CAPÍTULO 6**  
**A UTILIZAÇÃO DE MÁSCARAS**  
**NA REALIDADE DO GTE – GRUPO DE TERAPIA EXPRESSIVA**

A presente discussão refere-se ao terceiro grupo de terapia expressiva realizado e estudado (o primeiro foi um estudo-piloto; o segundo, uma tentativa de implantação), o qual consideraremos como sendo o GTE – Grupo de Terapia Expressiva.

A realização do GTE fez parte do Programa de Psicoterapia de Grupo no NATA – Núcleo de Atendimento dos Transtornos de Ansiedade. Desde o início do projeto, a proposta foi de sistematizar o processo, os dados e os fundamentos, atendendo aos critérios formais que compõem uma metodologia de pesquisa.

O projeto teve como principal finalidade aprimorar e discutir o GTE no meio acadêmico e profissional, para que essa modalidade de assistência fosse analisada por docentes pesquisadores das duas áreas de saber envolvidas, ampliando a possibilidade de sua utilização como proposta terapêutica. Ao produzir conhecimento sobre essa modalidade de tratamento, a proposta foi fornecer dados para referendar ou não sua adoção permanente, bem como contribuir com o processo de formatação do trabalho.

Antes de o GTE ser iniciado, aplicamos a Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL) nos participantes, porém considerando a possibilidade de contaminação nas respostas em função do vínculo entre a psicóloga e o grupo. Foi determinado que a reaplicação desse instrumento, após o encerramento do grupo, deveria ser realizada por uma das estagiárias de psicologia da equipe, devidamente preparada para a tarefa. Entretanto, na data agendada para a aplicação (09/07/2003) nenhum participante compareceu.

Após essa data, tivemos informação de que um dos participantes do grupo havia retornado para o seu Estado de origem (Ceará) no mês de junho; outro participante tinha recebido uma proposta de emprego que inviabilizou sua continuidade no grupo a partir de 11/06/2003. Outro compareceu pela última vez neste dia 11/06/2003, ficando impossibilitado de continuar em função de um grave problema de saúde com a filha.

Com exceção de um participante, todos concluíram as etapas programadas. Porém, conforme já citado, nenhum preencheu a WHOQOL.

Para atender à intenção de que essa modalidade terapêutica pudesse fazer parte permanentemente da rede assistencial do NATA, foi necessário pensar em um instrumento que contemplasse a coleta de informações e que contribuísse para a avaliação e formatação do grupo. Em função dessa necessidade, foi considerada a possibilidade de que a WHOQOL viesse a apresentar algumas limitações do ponto de vista da abrangência de alguns tópicos relacionados diretamente aos registros pessoais da experiência individual e grupal no GTE, de fundamental importância para avaliação mais refinada dos resultados.

Com a finalidade de sanar essa possível problemática, foi escolhido também um instrumento para levantar a percepção dos participantes, quanto aos aspectos mais específicos do processo. Para essa avaliação, elaboramos um questionário constituído de questões abertas sobre cada um dos cinco módulos realizados (Anexo 6). Esse instrumento objetivou a obtenção de um registro escrito e individual, referente ao modo como cada participante percebeu, entendeu, assimilou e sentiu a experiência.

Os questionários foram entregues para os cinco participantes presentes no último encontro, que ocorreu em 04/06/2003. Um dos participantes levou o questionário preenchido na semana seguinte, dois enviaram por e-mail cerca de quatro semanas após a entrega, e outro enviou pelo correio somente em setembro de 2003.

A maneira como trabalhamos com as máscaras foi singular. Os jogos com máscaras individuais, em duplas, trios ou grupos, bem como as “situações-problema” que foram propostas, serviram como ponto de partida para que o conjunto de sensações físicas, idéias e emoções, despertado em cada participante, fosse reunido em uma “forma grupal” única, transformada em cenas e personagens. Exemplo: Na fase do TU, em uma das sessões, propusemos para o grupo que cada um deixasse vir à mente uma situação de infância vivida e/ou assistida que viesse comumente à lembrança. Cada participante identificou a sua situação, e sem dizer se foi vivida ou assistida, apresentou-a ao grupo.

De todas as lembranças, o grupo escolheu uma situação para ser dramatizada. O autor da lembrança montou a cena, definindo o local, o contexto inicial, as personagens,

a ação inicial e as máscaras para cada um. A partir de então, o grupo teve a liberdade de recriar a situação de acordo com os próprios sentimentos e entendimentos. Desde o início, as máscaras estavam na sala, expostas em cima de uma mesa.

A realização de uma prática em território inóspito, pouco explorado, antecedendo a compreensão, desencadeou uma busca posterior de fundamentos que pudessem preencher algumas lacunas determinadas pela singularidade do processo. Durante o percurso, foram surgindo demandas específicas que exigiram constantes adaptações e alterações na forma e conteúdo. Essas demandas foram incorporadas ao processo (mesmo que em detrimento dos enquadres previamente estipulados para o cumprimento do fazer científico) por ter sido priorizada a ética do atendimento psicoterápico, ou seja, em prol do “bem estar” das pessoas envolvidas.

Em duas sessões, cuja dramatização trouxe à tona elementos como medo, doença e loucura, foi trazida, no momento de compartilhar, a questão de como lidar com ataques e com o medo de possíveis ataques de pânico. Nesse encontro, foi aberta uma exceção quanto a não haver réplicas e/ou comentários sobre as verbalizações de cada participante, e esse momento final transformou-se em uma “conversa grupal” esclarecedora e reflexiva sobre o tema TP.

Nesta discussão, pretendemos estabelecer uma correlação entre alguns objetivos pretendidos através do GTE (formas de lidar com os sintomas e seqüelas do TP; o desenvolvimento e legitimação de uma sistemática terapêutica grupal expressiva com máscaras; a experimentação deste grupo como um espaço para que fossem trabalhados, terapeuticamente, conteúdos emocionais trazidos individual e/ou coletivamente) e os resultados obtidos através das observações, análises de relatos verbais e respostas ao questionário aberto.

Escolhemos inserir o registro dos quatro participantes, pontuando em fonte diferente as respostas que julgamos vinculadas às reflexões desenvolvidas, com intuito de fornecermos ao leitor o maior número possível de dados, visando facilitar a compreensão do processo e diferentes análises.

A apresentação de algumas respostas dos participantes não segue a seqüência estabelecida no questionário. Portanto, após a pergunta, consta entre parênteses o módulo correspondente. Corroborando a idéia de que trabalhamos com uma

modalidade nova, passiva e carente de revisões e legitimação, apresentamos os seguintes relatos:

8) O que você mudaria e o que manteria no “formato” deste grupo? (GRUPO)

A. Nada seria mudado. Tudo manteria.

B. Apenas adicionaria um horário individual uma vez por mês.

C. Aumentaria o número de dias da terapia. O formato não deveria ser mudado, e sim, acrescido de idéias novas.

D. Nada.

10) Quanto tempo você acha que deveria ter cada encontro? (GRUPO)

A. Se eu tivesse disponibilidade, poderíamos fazer todos os dias, mas como não tenho, uma vez por semana é o ideal.

B. O tempo de duração do encontro está perfeito.

C. No mínimo quatro horas semanais divididas em dois encontros.

D. O tempo que é o mesmo.

12) Críticas, impressões e/ou comentários. (GRUPO)

A. Em branco.

B. Em branco.

C. Creio que este grupo de terapia expressiva seja o primeiro na UNICAMP. Por isso, acho que ele ainda vai crescer muito, rever o conceito de terapia de grupo e a forma de abordar os problemas através de dinâmicas, facilitando a integração entre seus participantes. Tenho experiência em outro tipo de terapia de grupo e sinto que os participantes deste grupo expressivo têm melhor rendimento. Poderia até ousar dizer que a terapia expressiva se assemelha a uma ludoterapia aplicada ao adulto.

D. Em branco.

Tanto a modalidade grupal quanto o trabalho expressivo tiveram como meta priorizar o desenvolvimento, fortalecimento e reassuramento dos aspectos saudáveis de cada indivíduo, considerando os limites e potenciais comuns aos seres em suas relações consigo, com os outros e com a sociedade. Foi observada a ocorrência de identificação de cada participante com os modelos de conduta surgidos durante os encontros, bem como a percepção e reflexão sobre os papéis adotados pelos indivíduos em sua vida.

Durante os jogos e dramatizações, identificamos que essa percepção e reflexão incluíram o funcionamento individual no cotidiano e em situações de grupo, expressas por necessidades, resistências, dificuldades e limitações, elementos também identificados pelos participantes, conforme relatos:

8) Como você acha que é visto (a) pelas pessoas deste grupo? (TU)

A. Acho que sou visto como uma pessoa muito ansiosa, mas que vive bem em grupo.

B. Como uma pessoa rígida.

C. Sinto-me muito bem neste grupo.

D. Acho que gostam de mim.

7) Alguma(s) atividade(s) desenvolvida(s) com um(a) parceiro(a) do grupo teve(tiveram) reflexo em seu(s) relacionamento(s)? Comente. (TU)

A. Acho que sim, pois me sinto mais confiante e capaz.

B. Sim, Dona "X" sempre demonstrou grande doação de si mesma a favor de outros, mesmo com prejuízo próprio. Tenho refletido sobre isso.

C. Não.

D. Naquela vez que a minha estória foi escolhida e cada um fez o meu papel, eu aprendi com as pessoas que podia ter feito diferente. Hoje acho que faria.

Observamos que houve um reconhecimento sobre a própria condição emocional e a dos colegas de grupo enquanto pessoas com dificuldades, mas também disponibilidade, interesse e capacidade para se desenvolverem e contribuírem com o outro. Para clarear essa idéia, seguem os relatos:

2) Comente sobre o que lembrar da(s) primeira(s) impressão(ões) que teve sobre cada participante e sobre a(s) impressão(ões) que tem agora. (TU)

A. A impressão que tive era que meus problemas não eram tão graves quanto eu pensava. Hoje acho que nós podemos nos ajudar a resolver os problemas.

B. A impressão que tive de cada um foi bem coincidente com a mesma impressão que permanece. Uma pessoa não sabe se colocar em certas situações. Outra pessoa se precipita. Outro não deixa clara sua posição. Outras se conformam demais. Enfim, tudo acontece com cada um de nós por falta de colocação dos problemas na medida e hora exatas. Somente duas pessoas do início do grupo me deram a impressão de que não tinham muita noção da realidade.

C. Tratava-se de um grupo de pessoas iguais a mim, com vontade de viver melhor. E acho que todos estão ali ainda buscando uma forma de viver melhor.

D. Sempre achei todo mundo legal. Acho que agora a gente sabe mais um do outro porque a gente vai falando mais coisas.

Para obtenção desse desenvolvimento perceptivo e integrativo, pretendeu-se, através da livre expressão compartilhada, que cada participante compreendesse melhor seu funcionamento psíquico e as “máscaras” adotadas no cotidiano, a fim de que, a partir desse reconhecimento de si mesmo, pudesse escolher seus caminhos, posturas e “máscaras” de forma mais madura e consciente, responsabilizando-se pelas escolhas e suas conseqüências. Eis algumas questões e respostas que confirmam a impressão de que, nesse sentido, algumas conquistas foram adquiridas através da participação no grupo:

2) Participar do grupo trouxe novo(s) conhecimento(s) sobre você? Em caso afirmativo, comente e se possível exemplifique. (EU)

A. Sim, percebi que posso não me incomodar tanto com certas coisas ou situações.

B. Sim. Minhas opiniões nem sempre precisam ser aceitas ou devo concordar com a dos outros.

C. Sim, que eu não era menos tímido do que eu imaginava.

D. Sim, vi que não era só eu que tinha esse problema.

3) Foi possível perceber mudanças em você que refletiram em seu cotidiano? Em caso afirmativo, comente e se possível exemplifique. (EU)

A. Sim, acho que estou mais tolerante e um pouco menos ansioso.

B. Sim. Aceitar com mais flexibilidade opiniões divergentes.

C. Sim, sou mais alegre e otimista.

D. Sim, acho que consigo ser mais aberto com os outros. Antes tinha muito medo de magoar e por isso muitas vezes guardava pra mim o que eu sentia.

A análise dessas respostas, entre outras, permite-nos inferir que a forma terapêutica escolhida, baseada nos encontros com outras pessoas para troca de experiências dentro de um *setting* e enquadre específico, permitiu que fossem trabalhadas terapeuticamente as relações construídas e vivenciadas a partir de

sentimentos, desejos, expectativas autênticas e reveladoras do 'ser'. Exemplos de relatos:

1) Quais foram os momentos e/ou atividades mais marcantes? Por quê? (GRUPO)

A. O dia que representamos o "Busch" e "Sadamm", tivemos que representá-los com nossos sentimentos.

B. A atividade de defrontar um obstáculo que eu estava imaginando, a qual mostrou pra mim que eu tento me livrar de um grande medo que não sei bem identificar.

C. As dramatizações que fizemos. Porque é sempre a oportunidade que temos para vivenciarmos situações que nos afligem.

D. Quando a gente se apresentou na televisão e que as outras pessoas imitaram o nosso jeito. Me mostraram coisas de mim que eu não tinha idéia e não sabia como que as pessoas me viam.

Durante o desenvolvimento do GTE, observou-se que alguns ainda apresentaram ataques de pânico, porém houve um espaçamento maior entre eles. De modo geral, os participantes relataram sentir-se mais bem preparados para entender e atuar nesses momentos de crise com mais tranqüilidade. Porém, considerando que todos estavam medicados, não é possível concluir que a participação no grupo tenha sido a única responsável pela redução dos ataques. As verbalizações dos participantes durante as sessões e suas respostas escritas sobre os efeitos do trabalho grupal e sobre a percepção de si mesmo contribuíram nesta reflexão, conforme exemplos:

2) Você acredita que seus sentimentos e idéias tenham sido trabalhados neste grupo? Em caso afirmativo, quais? (GRUPO)

A. Sim, a ansiedade é um sentimento mútuo de todos.

B. Sim. Aceitação das diferenças entre as pessoas, aceitação dos nossos sentimentos, inclusive daqueles que não queremos sentir.

C. Sim, companheirismo.

D. Sim. De que a nossa doença tem cura e a gente pode aprender a controlar.

Embora tenham expressado não possuir domínio total sobre suas dificuldades físicas e emocionais, manifestaram a crença de que a continuidade no grupo de terapia poderá ainda beneficiá-los em termos de aquisição de segurança, melhoria nos relacionamentos interpessoais e aquisição de estratégias para lidar com o TP.

Segundo diversos relatos e ações dos participantes que foram observados durante e após o processo, entendemos que a estrutura emocional para lidar com possíveis ataques de pânico pode ser desenvolvida através do refinamento da percepção das necessidades individuais e coletivas, da aprendizagem e prática de aceitação das vivências de ansiedade (dos sentimentos, idéias, reações) e da exploração de formas de comunicação e relacionamento interpessoal mais fluentes e assertivos:

1) Como você se vê? (EU)

A. Hoje me vejo como outra pessoa, mais feliz, menos triste, mais capaz de realizar coisas e com esperanças para o futuro.

B. Isolada da família (filhos) por força dos acontecimentos relacionados à separação. Sentindo muita falta de convivência. Com alguma esperança sobre melhores acontecimentos.

C. Me sinto uma pessoa bem mais calma.

D. Uma pessoa que tem problemas como todo mundo, mas que tenta buscar caminhos pra melhorar.

O alto nível de ansiedade percebido durante as sessões não determinou a exclusão e/ou abandono total das atividades e planos individuais e grupais. Talvez tenha influenciado quanto à necessidade de maiores esforços e dificuldades na execução das atividades e no desenvolvimento da capacidade de atingirem o “ponto e postura neutra”, de respeitarem o depoimento dos integrantes sem fazer interferências, de postergarem os questionamentos surgidos durante as sessões, etc.

Atualmente, estão precisando conter a “ansiedade” de retomarmos as atividades em grupo, mas não deixam de solicitar e perguntar sobre uma possível data. Essas reflexões decorrem da observação dos participantes durante o desenvolvimento do grupo, porém é possível percebermos um pouco desse funcionamento “ansioso” e a consciência dessa condição através de alguns relatos escritos, tais como:

8) O que você mudaria e o que manteria no “formato” deste grupo? (GRUPO)

A. Nada seria mudado, tudo manteria.

B. Apenas adicionaria um horário individual uma vez por mês.

C. Aumentaria o número de dias da terapia. O formato não deveria ser mudado, e sim, acrescido de idéias novas.

D. Nada.



4) Como define “ansiedade”? (EU)

- A. Como algo ruim que está dentro de mim e eu preciso aprender a controlar.
- B. Excesso de preocupação que desencadeia o medo e a sensação de não ter controle.
- C. Excesso de medo.
- D. Uma pressa, um mal estar que é muito difícil de controlar.

6) Durante as sessões, você pode perceber características suas observando o outro? Em caso afirmativo, se possível exemplifique. (TU)

- A. Sim, quando os colegas relatam situações que viveram ou que vivo no dia-a-dia.
- B. Precipitação em algumas ocasiões, causando entendimento errado dos fatos.
- C. Sempre. Timidez, medo... Acho que cada participante tem alguma coisa de mim.
- D. Muita coisa.

1) Cite algumas características positivas e negativas que observa neste grupo. (NÓS)

A. Positivas: somos um grupo homogêneo, trabalhamos bem junto e nos ajudamos a resolver situações. Negativas: só temos que crescer ainda como um grupo.

B. Positivo é o fato de estarem procurando se tornar melhores. Negativos são acontecimentos que cortam as atividades para se dar margem a brincadeiras e interrupções desnecessárias ao aproveitamento (por parte de outros integrantes que em alguns momentos não conseguiam conter a “ansiedade” de comunicar ao grupo o que estavam pensando, sentindo, percebendo durante as atividades).

C. A característica que mais me chama a atenção é a forma descontraída com que nos relacionamos no grupo. Sinto, no entanto, que determinadas pessoas que chegaram a participar do grupo não entenderam e com certeza não entendem este tipo de terapia.

D. Positivas: faz bem pra todo mundo.

Negativas: A Unicamp é longe, se eu tivesse trabalhando não poderia continuar.

A aderência ao processo psicoterápico observada em todos os integrantes pode ser vista como um indicativo de interferências significativas nas atitudes e manifestações do indivíduo pela via da atividade expressiva grupal. Além da utilização de recursos expressivos, que através do resgate da atuação lúdica teve o intuito de permitir a manifestação de papéis diversos e diferentes possibilidades de respostas para os conflitos, houve o fator grupal do trabalho que propiciou uma imersão no universo das relações interpessoais:

2) Quais foram suas impressões iniciais? (SENSIBILIZAÇÃO)

- A. Gostei muito da prática e a achei muito interessante.
- B. Analisei cada pessoa e suas aparentes razões por estar reunida com o grupo.
- C. Que o grupo seria diferente.
- D. Gostei muito logo no primeiro encontro.

3) Como define “grupo”? (NÓS)

- A. Como algo produtivo que aprende e cresce a cada encontro.
- B. Reunião de pessoas com o mesmo objetivo.
- C. União de pessoas com a mesma finalidade: superar dificuldades de convívio.
- D. Pessoas que se encontram.

7) Como define “grupo de terapia expressiva”? (GRUPO)

- A. Como algo que toda semana posso contar para tentar resolver meus problemas.
- B. Grupo de terapia expressiva trabalha a percepção das próprias sensações e como externamos isso e como a observamos também nos outros.
- C. Uma grande oportunidade que estou tendo.
- D. Lugar que a gente tem pra encontrar na gente mesmo como sair dos problemas de um jeito alegre.

A manifestação da vivência de “prazer”, associada ao caráter lúdico das atividades, a adesão e a interação com o grupo induzem à inferência de que esta forma de trabalho contribuiu para aceleração do processo de exposição dos “eus”, reconhecimento dos “outros”, percepção do “nós” e constituição do “grupo”:

3) Se você acredita que conhece melhor cada integrante, a que fator(es) atribui? (TU)

- A. Ao fato de cada um ter se revelado um pouco nas dramatizações e conversas.
- B. Nos conhecemos melhor pelo fato de estarmos convivendo no grupo já há algum tempo.
- C. Conheço bem melhor do que antes de começar o tratamento. Ao conjunto de tratamento a que venho submetendo-me, ao entrosamento do grupo e ao empenho dos profissionais com os quais eu lido.
- D. Porque cada um foi se mostrando mais.

Através da vivência de diferentes papéis com uso de máscaras expressivas, foi possível identificar alguns perfis dos indivíduos e do grupo, bem como o seu

desenvolvimento no decorrer do processo. A compreensão que esse grupo revelou sobre o papel das máscaras e a utilização que fez delas durante as sessões consubstanciam nossa hipótese inicial de que a máscara, enquanto objeto capaz de revelar-ocultar os sentimentos, personalidades, impressões, etc. poderia ser facilitadora da expressão individual e grupal em função da possibilidade de ser experimentada como uma “revelação protegida de si mesmo, dos outros e do grupo”. Seguem alguns relatos a esse respeito:

4) Como define “máscaras”? (SENSIBILIZAÇÃO)

- A. Como algo que posso colocar e fingir um estado de espírito que não tenho.
- B. Expressões que escondem os verdadeiros sentimentos.
- C. Uma forma de esconder minha timidez.
- D. O jeito que a gente reage e mostra pras pessoas.

3) Qual o papel das máscaras neste trabalho? Você acha que poderiam ser dispensadas? (GRUPO)

- A. Podemos representar outras pessoas, demonstrando ou não o que estamos sentindo. Não.
- B. Acho importante a máscara porque libera as expressões para que as pessoas se expressem mais à vontade.
- C. Uma forma de interpretação. Não. Nada do que se está fazendo neste grupo pode ser dispensado.
- D. É uma ajuda. Não deve tirar.

No momento de compartilhar, houve, desde o início, depoimentos dos participantes significativamente indicativos de envolvimento com o processo, com o grupo e com o próprio crescimento. Também desde o princípio houve uma integração entre todos os participantes que se estendeu para os “corredores” do Hospital e praças da Universidade. Todos revelaram grande disponibilidade e interesse para contribuir com o outro em suas dificuldades e conflitos, expressos durante os jogos de aquecimento, nas dramatizações, no compartilhar e também fora do contexto grupal. Para essa leitura, contribuíram os seguintes relatos:

4.6) Se este grupo fosse um filme, livro ou peça de teatro, qual seria e por quê? (NÓS)

- A. LAÇOS DE TERNURA - Criamos um certo carinho.

B. Em branco.

C. UM LIVRO: DIBS EM BUSCA DE SI MESMO – (Este livro conta a história de uma criança com sintomas claros de autismo que desenvolveu a capacidade de estabelecer vínculos com as pessoas e mundo à sua volta.)

D. Tem um filme que chama “CURTINDO A VIDA ADOIDADO” que já vi de monte e da última vez lembrei muito da gente. (Neste filme, dois adolescentes quebram sua rotina de estudo e extrema obediência aos padrões de comportamento impostos pela família e sociedade em função de um amigo que os convida para juntos programarem um dia inteiro de atividades livres e prazerosas).

Enquanto Coordenadora, procurei identificar situações-conflito que permitissem as mais diversas reações e manifestações, trabalhando-as através de técnicas psicodramáticas com o objetivo de ampliar as possibilidades de respostas e permitir a visualização de respostas do outro e das próprias respostas, vistas a partir do outro como espelho de si mesmo. As principais técnicas utilizadas foram inversão de papéis, duplo e solilóquio. Seguem alguns relatos sobre a forma como os participantes do GTE assimilaram o papel da Coordenadora:

6) Qual o papel da psicóloga neste grupo? (GRUPO)

A. Ajudar-nos a resolver nossos problemas e a conviver com eles.

B. Tem nos dado muita ajuda e nos propiciado conhecimentos importantes para lidarmos com a ansiedade.

C. Importantíssimo. É como se tirássemos o diretor de uma peça de teatro. Quem iria dar a coerência necessária à nossa terapia?

D. Mostrar como a gente pode melhorar.

A totalidade dos integrantes relatou a experiência do benefício através dessa intervenção psicoterápica. Os participantes relataram alívio de tensões corporais e psíquicas, além de terem percebido uma motivação contínua ascendente para participação no processo. Foi possível observar que houve uma identificação positiva com os membros do grupo, com a terapeuta e com a abordagem proposta:

5) Como você se vê em relação ao grupo? (EU)

A. Bem entrosado e participativo.

B. Eu me acho estranho em relação ao grupo. Não me identifico totalmente quanto aos problemas e à maneira de encará-los.

C. Muito bem.

D. Acho que um gosta do outro e todo mundo quer ajudar e aceita ajuda do outro.

4) O que pensa por ter participado deste grupo? (GRUPO)

A. Que sou um ser privilegiado.

B. É muito eficiente para mim trabalhar no grupo.

C. Tem me feito muito bem.

D. Que devia ter entrado antes.

5) O que sente por ter participado deste grupo? (GRUPO)

A. Sinto-me bem e feliz.

B. Sinto-me confortável por não ter abordagens diretas em grupo sobre os problemas e de estar me beneficiando com todas as atividades.

C. Muito bem, ótimo. Espero que não termine este tipo de terapia.

D. Sinto feliz.

Esses apontamentos evidenciam que os novos caminhos terapêuticos não devem se limitar ao alívio atual do sofrimento do indivíduo, restringindo-se ao controle da sintomatologia do TP. Devem incluir, também, o fortalecimento dos recursos internos através do desenvolvimento, recuperação ou manutenção dos valores humanos, a fim de que o sujeito possa lidar melhor com perdas, crises, adversidades. Enfim, com sua própria constituição e funcionamento. Além disso, buscar contemplar o desenvolvimento do indivíduo, que está abalado pelo processo do adoecimento.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O grupo trocou informações a respeito da patologia e das experiências pessoais, revelando interesse em conhecer melhor o TP e disponibilidade para colaborar com os companheiros. Possivelmente essa postura tenha contribuído para amenizar os sofrimentos vivenciados durante os ataques, em função de tranquilizá-los quanto ao medo de morrerem, de terem novas crises e de ficarem “loucos”. Muitos relataram que nesses momentos de crise, quando conseguem lembrar-se do que conhecem a respeito do TP, o mal-estar é mais curto e menos intenso, pois “re-conhecem” que não terão enfarto, nem morrerão asfixiados, e que se trata de uma crise de ansiedade passageira.

Considerando o retorno verbal e escrito dos pacientes e o envolvimento com a terapia, concluímos que tanto as atividades propostas quanto o funcionamento em grupo atuaram como um espaço facilitador de uma reorganização das estruturas emocionais.

Neste trabalho, não foi possível traçar um perfil de ações e reações uniformes entre os participantes. Ou seja, as diversas manifestações observadas não permitem afirmar que as pessoas que apresentam sintomas de transtorno do pânico reagem, pensam e sentem de determinada maneira. Todavia, pesquisas sobre sintomas e aspectos de personalidade comuns observados em pessoas que apresentam diagnósticos como TP, agorafobia, transtorno obsessivo-compulsivo, entre outros, têm sido realizadas.

O enfoque deste estudo foi dado no processo e na aquisição de um conhecimento particularizado dessas pessoas. Nesse sentido, o caráter inconclusivo dos achados sobre padrões de comportamento confirma a importância da necessidade de uma leitura crítica quanto aos diagnósticos e formas de tratamento.

Apesar da vivência comum de sintomas de TP, foi possível constatar a vivência simultânea de papéis como “ansioso”, “feliz”, “responsável”, “maduro”, “saudável”, entre outros, em cada um dos participantes. Os aspectos patológicos da personalidade do indivíduo não foram desconsiderados, mas foram entendidos como “um estado” em sua

existência, como partes (sintomas) do todo (a pessoa) que formam a *gestalt* do indivíduo.

A experiência de coordenação do GTE reforçou a importância de uma formação multidisciplinar para o profissional de saúde mental, visando identificar novas alternativas e possibilidades de tratamento, utilizando recursos de outras áreas, como, por exemplo, o teatro. Dessa forma, é possível diversificar e enriquecer os conteúdos utilizados no trabalho com TP, auxiliando as pessoas a buscarem recursos internos para lidarem com o problema.

Pessoalmente, concluímos que a somatória das referidas vivências orientadas para a formação e prática teatral, associada à supervisão de profissionais da área clínica (o Médico Psiquiatra Coordenador do NATA e a Psicóloga Psicodramatista, com experiência em grupos terapêuticos, responsável pela Supervisão Clínica), bem como o suporte oferecido pela Orientadora e docentes da Pós-Graduação, além da participação em disciplinas específicas na área de artes, oferecidas pelo Curso, foram imprescindíveis para a implantação e avaliação do GTE. Sem esses recursos, acreditamos, seria muito possível o risco de confusões teóricas e metodológicas, que poderiam comprometer desde as pessoas envolvidas até a continuidade deste modelo de atendimento terapêutico proposto.

A problemática do TP não foi abordada diretamente, mas em terapia foi criado um espaço para o desenvolvimento e exploração das estruturas de personalidades que determinam a adoção de determinados papéis no cotidiano. A prática psicoterápica relatada neste trabalho teve seu foco voltado integralmente para a singularidade do ser, através do acolhimento de toda e qualquer expressão individual.

Contudo, houve uma preocupação constante em contemplar o aspecto social, tanto por uma compreensão do indivíduo e do grupo, que incluiu sua condição subjetiva de espelho das representações sociais, quanto pelo intuito de atingir o meio de cada um através de sua participação no trabalho. Acreditamos que tenha sido possível conciliar, durante a prática, uma leitura particularizada de cada integrante e do grupo como um todo.

Esperamos ainda que os relatos e conclusões contidos neste trabalho possam contribuir para a reflexão sobre essas práticas, a fim de que visem sempre o bem-estar



do indivíduo **no** social, **através** do social e **para** o social. Nessa linha de pensamento, encontramos grande incentivo no excerto de Sartre (1984, p. 7): “se a existência precede a essência, e se nós queremos existir ao mesmo tempo que moldamos nossa imagem, essa imagem é válida para todos e para toda a nossa época. Portanto, a nossa responsabilidade é muito maior do que poderíamos supor, pois ela engaja a humanidade inteira”.



**ANEXO 1**  
**DECLARAÇÃO DE SUPERVISÃO CLÍNICA**

*Movimento*  
de Estudos e Terapia

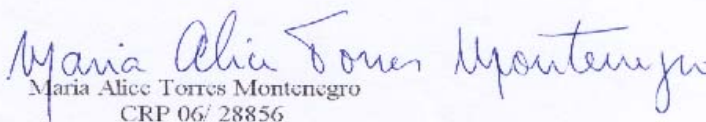
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a psicóloga Ana Paula Yamakawa Godoy CRP 06/46513-6, aluna do curso de Mestrado em Artes- UNICAMP – RA 996219, vem realizando desde Março / 2001 até a presente data, supervisão clínica, a frequência ocorre conforme a necessidade e demanda da profissional.

O grupo supervisionado ocorre no Hospital das Clínicas da UNICAMP, junto à pacientes adultos de ambos os sexos em atendimento ambulatorial no NATA – Núcleo de atendimento dos transtornos de Ansiedade, coordenado pelo Prof. Dr. Evandro Gomes de Matos, médico psiquiatra e docente da FCM- UNICAMP.

O grupo de terapia expressiva utiliza elementos do teatro e do psicodrama, sendo que a análise qualitativa do processo, cujo referencial teórico adotado é existencial e humanista, fará parte do projeto de pesquisa “DESMASCARANDO OS EUS” que será apresentado na dissertação de mestrado pela referida psicóloga e aluna sob minha supervisão.

Campinas, 12 de Setembro de 2003

  
Maria Alice Torres Montenegro  
CRP 06/ 28856

Barbosa de Andrade, 684 - Castelo  
Campinas - SP - Fone: (019) 241 3449  
Fone/Fax: (019) 241.3305  
E-mail: movicet@uol.com.br



## **ANEXO 2**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO**

#### **PESQUISA: NATA – NÚCLEO DE ATENDIMENTO DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE**

Este é um convite para você participar voluntariamente de um estudo clínico. Por favor, leia atentamente as informações aqui contidas antes de dar seu consentimento para participar.

1. O objetivo desta pesquisa é estudar pacientes de ambos os sexos atendidos no Ambulatório de Saúde Mental de Adultos que apresentam transtornos de ansiedade, segundo critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV.
2. A avaliação clínica será realizada antes, durante e após o estudo, bem como a qualquer momento que você ou seu médico acharem necessário para melhor controle de sua saúde.
3. Além da avaliação clínica, serão realizados os seguintes exames complementares: Exame de Sangue, de Urina e Eletroencefalograma.
4. A avaliação a que você será submetido(a) não contém nenhum procedimento diferente dos que poderiam ser realizados em uma consulta de rotina completa.
5. Durante o tempo em que você estiver participando do estudo, esperam-se de você algumas responsabilidades: seguir cuidadosamente as instruções de seu médico para uso da medicação; visitar o médico nos dias marcados para avaliação adequada do tratamento; não permitir que qualquer pessoa utilize a sua medicação.
6. Seu problema pode ser tratado com medicamentos, bem como com psicoterapia ou associação de tratamentos. Portanto, você deve discutir com seu médico qual a melhor opção de tratamento para o seu caso.
7. A sua participação neste estudo é voluntária. Mesmo que você decida participar, você tem plena liberdade para sair do estudo a qualquer momento sem incorrer em nenhuma penalidade. O atendimento médico não será prejudicado caso

decida não participar ou decida sair do estudo já iniciado. O seu médico também pode decidir interromper sua participação a qualquer momento se julgar conveniente para sua saúde.

8. Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, assim como a qualquer momento durante o tratamento. O seu médico poderá oferecer todas as informações necessárias relacionadas à sua saúde, aos seus direitos, bem como aos eventuais riscos e benefícios relacionados à sua participação neste estudo.
9. A sua identificação será mantida como informação confidencial. Os resultados do estudo serão publicados sem revelar a sua identidade. Os seus registros médicos, entretanto, estarão disponíveis para consulta pela equipe envolvida no estudo, pelo Comitê de Ética e pelas Autoridades de Saúde.

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado(a), concordo em participar voluntariamente deste estudo clínico.

Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pela equipe médica.

Paciente e/ou Responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Pesquisador(a): \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Pesquisador(a): \_\_\_\_\_

CR: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### ANEXO 3

#### INFORMES/CONTRATO

- a) As sessões ocorrerão semanalmente com duração mínima de 1h30min, podendo exceder até 30min.
- b) As sessões serão estruturadas em atividades previamente definidas, as quais serão apresentadas pela terapeuta em cada encontro.
- c) O grupo se baseia mais em jogos e atividades práticas do que em verbalizações.
- d) Embora todos tenham procurado os serviços do NATA por uma questão em comum, que é a ansiedade (Pânico), a proposta do trabalho não pretende focar os sintomas. Entretanto, através do autoconhecimento, reconhecimento e vivência de papéis, exercício da criatividade, comunicação, etc., objetiva contribuir para o desenvolvimento de recursos para lidar melhor com o meio, com o outro e consigo mesmo (inclusive com a ansiedade).
- e) As atividades serão propostas, porém cada um deverá participar respeitando os seus limites (não há obrigatoriedade e nem a intenção de “expor” a pessoa).
- f) O contrato poderá ser revisto e algumas decisões (como horários, inclusão/exclusão de integrantes) serão tomadas coletivamente, prevalecendo o consenso.
- g) A presença em todas as sessões é importante, sendo que a perda de um encontro poderá influenciar no desenvolvimento do indivíduo e do grupo em função da “programação temática” definida (não foram estabelecidos critérios para ausências).
- h) Todos os participantes deverão responder a uma Escala de Qualidade de Vida antes do trabalho ser iniciado, que terá por finalidade acompanhar a evolução de cada um e do processo terapêutico. Essa Escala será reaplicada após encerramento, junto com um Questionário Aberto.
- i) A continuidade ou encerramento deste grupo será decidido pelo grupo, em conjunto com o(a) Terapeuta.

- j) Sendo o grupo um espaço para a livre expressão de idéias, sentimentos e papéis, é importante ressaltar que os limites de segurança física de cada um deverão ser respeitados, bem como os espaços físicos e os momentos específicos para atuação.
- k) Este trabalho faz parte de um projeto de mestrado, sendo prevista a publicação dos dados que se referem ao grupo de terapia expressiva no meio científico. Caso o grupo autorize, poderão ser fotografadas as produções individuais e coletivas, sendo inteiramente preservadas a identidade e a imagem de cada participante.



## ANEXO 4

### ESTRATÉGIA A.C.A.L.M.E-S.E.

(Adaptada de Beck, Emery e Greenberg (1985) e Rangé, 1991.)

Para lidar com sua ansiedade, lembre-se: A.C.A.L.M.E-S.E.

A chave para lidar com um estado de ansiedade é aceitá-lo totalmente. Permanecer no presente e aceitar sua ansiedade fazem-na desaparecer. Para lidar com sucesso com sua ansiedade, você pode utilizar a estratégia “A.C.A.L.M.E-S.E.” de oito passos. Usando-a, você estará apto(a) a aceitar sua ansiedade até que ela desapareça.

**1. Aceite a sua ansiedade.** Um dicionário define aceitar como dar “consentimento em receber”. Concorde em receber a sua ansiedade. Mesmo que lhe pareça absurdo no momento, aceite as sensações em seu corpo assim como você aceitaria em sua casa um hóspede inesperado e desconhecido. Decida estar com sua experiência. Substitua seu medo, sua raiva e sua rejeição por aceitação. Não lute contra ela. Resistindo, você estará prolongando e intensificando seu desconforto. Em vez disso, flua com ela.

**2. Contemple as coisas em sua volta.** Não fique olhando para dentro de si, observando tudo e cada coisa que você sente. Deixe acontecer com o seu corpo o que ele quiser, sem julgamento: nem bom, nem mau. Olhe à sua volta, observando cada detalhe da situação em que você está. Descreva esses detalhes minuciosamente para si como um meio de afastar-se de sua observação interna. Procure ser um só: você e seu lado observador: deixe-se dissolver em pura observação. Lembre-se: você não é sua ansiedade. Quanto mais puder se separar de sua experiência interna e se ligar nos acontecimentos externos, melhor se sentirá. Esteja com ansiedade, mas não seja ela; seja apenas observador.

**3. Aja com sua ansiedade.** Normalize a situação. Aja como se você não estivesse ansioso(a), isto é, funcione com ela. Diminua o ritmo, a velocidade com que você faz as suas coisas, mas mantenha-se ativo(a)! Não se desespere, interrompendo tudo para fugir. Se você fugir, a sua ansiedade vai diminuir, porém o seu medo vai aumentar, fazendo com que na próxima vez a sua ansiedade vai ser pior. Se você ficar

onde está e continuar fazendo as suas coisas, tanto a sua ansiedade quanto o seu medo vão diminuir. Continue agindo, bem devagar!

**4. Libere o ar de seus pulmões, bem devagar!** Respire bem devagar, calmamente, inspirando pouco ar pelo nariz e expirando longa e suavemente pela boca. Conte até três, devagarzinho, na inspiração e até seis na expiração. Faça o ar ir para o seu abdômen, estufando-o ao inspirar e deixando-o encolher-se ao expirar. Não encha os pulmões. Ao exalar, não sopre: apenas deixe o ar sair lentamente por sua boca. Procure descobrir o ritmo ideal de sua respiração, nesse estilo e nesse ritmo, e você descobrirá como isso é agradável.

**5. Mantenha os passos anteriores.** Repita cada um, passo a passo. Continue a: (1) aceitar a sua ansiedade; (2) contemplar; (3) agir com ela e (4) respirar calma e suavemente até que ela diminua e atinja um nível confortável. E ela irá diminuir, se você continuar repetindo esse quatro passos: aceitar, contemplar, agir e respirar.

**6. Examine agora seus pensamentos.** Você deve estar antecipando coisas catastróficas. Você sabe que elas não acontecem. Você já passou por isso muitas vezes e sabe que nunca aconteceu nada do que você pensou que aconteceria. Examine o que você está dizendo para você mesmo(a) e reflita racionalmente para ver se o que você pensa é verdade ou não: você tem provas sobre se o que você pensa é verdade? Há outras maneiras de você entender o que lhe está acontecendo? Lembre-se: você está apenas ansioso(a): isso pode ser desagradável, mas não é perigoso. Você está pensando que está em perigo, mas você tem provas reais e definitivas disso?

**7. Sorria! Você conseguiu!** Você merece todo o seu crédito e todo o seu reconhecimento. Você conseguiu, sozinho(a) e com seus próprios recursos, tranquilizar-se e superar este momento. Não é uma vitória, pois não havia um inimigo, apenas um visitante de hábitos estranhos que você passou a compreender e aceitar melhor. Você agora saberá como lidar com visitantes estranhos.

**8. Espere o melhor.** Livre-se do pensamento mágico de que você terá se livrado definitivamente de sua ansiedade, para sempre. Ela é necessária para você viver e continuar vivo(a). Você precisa dela e ela ocorrerá sempre que você estiver em perigo, ou pensar que está em perigo, donde é natural que ela ocorra. O que pode estar errado é o que você está pensando a partir dela. Em vez de se considerar livre dela,

surpreenda-se pelo jeito como você a maneja, como você acabou de fazer agora. Esperando a ocorrência de ansiedade no futuro, você estará em uma boa posição para lidar com ela novamente. Enriqueça sua memória com esta experiência, entre outras importantes da sua vida. Você se tornou uma pessoa diferente agora: mais realista, mais conhecedora de suas capacidades, mais segura, mais confiante. Esta experiência vale um lugar de destaque em seu álbum de recordações.



## **ANEXO 5**

### **RELATO DE OBSERVAÇÃO DE ESTAGIÁRIA DE PSICOLOGIA DO NATA**

No primeiro momento, houve a apresentação dos integrantes do grupo de uma forma bastante dinâmica. Logo depois, houve um aquecimento, no qual foi trabalhada a postura corporal, o equilíbrio, o relaxamento, a respiração, a auto-observação, a concentração e a percepção de si mesmo.

Também foi trabalhada, através das dinâmicas, a confiança em relação a si mesmos e ao outro, deixando os participantes mais descontraídos e mais à vontade com o grupo.

Em seguida, houve uma dramatização, na qual a pessoa entrava em cena e contava sobre si mesma e sobre uma outra personagem imaginária. O restante do grupo não poderia saber quem era a própria pessoa e quem era a personagem.

Depois, uma outra pessoa reproduzia a fala, a postura corporal e a expressão facial da pessoa que entrou em cena, mostrando a sua percepção acerca da pessoa. Ter tido a oportunidade de observar a psicoterapia em grupo foi uma experiência muito enriquecedora e motivadora. Poder estar lá, observando as pessoas, a sua maneira de falar, de se expressar verbalmente ou não fez também com que refletisse vários conceitos e teorias estudadas na Psicologia, facilitando minha aprendizagem teórica a partir da prática.

Chamou-me bastante a atenção a contradição manifestada entre o relato verbal e a expressão facial e corporal das pessoas durante sua “vivência em cena”, o que mostrou subsídios relevantes sobre o funcionamento psíquico do ser humano, as suas projeções, introjeções e mecanismos de defesa.

Sintetizando, fiquei contente em ter participado da psicoterapia.



**ANEXO 6**  
**QUESTIONÁRIO ABERTO**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA E PSIQUIATRIA  
INSTITUTO DE ARTES  
UNICAMP

**QUESTIONÁRIO**

Com a finalidade de contribuir para a melhoria deste Grupo de Terapia Expressiva do qual tem participado, solicito a sua colaboração para responder/comentar algumas questões da forma mais sincera possível. Não há necessidade de escrever seu nome, pois, conforme o Termo de Consentimento assinado no momento de sua inclusão no NATA, não serão divulgados dados que possam identificá-lo(a).

É importante que o material seja devolvido neste envelope onde já consta o destinatário sem o(a) remetente, e que o mesmo seja lacrado. Se preferir enviar seu material através de e-mail, fica assegurado que a identificação do(a) remetente também será preservada. Solicito a entrega até em duas semanas a contar desta data (04/06/2003) em uma das três seguintes formas:

- 1) Em mãos ( )
- 2) Via Internet ( )
- 3) Via correio ( )

**MÓDULO 1 - SENSIBILIZAÇÃO**

- 1) Que idéia tinha sobre terapia de grupo antes de começarmos o trabalho?
- 2) Quais foram suas impressões iniciais?
- 3) Quais eram suas expectativas iniciais?
- 4) Como define "máscaras"?
- 5) Quais foram as dúvidas, receios, dificuldades, etc., iniciais?
- 6) Comentários sobre os primeiros encontros.

## MÓDULO 2 - EU

- 1) Como você se vê?
- 2) Participar do grupo trouxe novo(s) conhecimento(s) sobre você? Em caso afirmativo, comente e se possível exemplifique.
- 3) Foi possível perceber mudanças em você que refletiram em seu cotidiano? Em caso afirmativo, comente e se possível exemplifique.
- 4) Como define “ansiedade”?
- 5) Como você se vê em relação ao grupo?

## MÓDULO 3 - TU

- 1) Você acha que conhece melhor cada integrante do grupo hoje, comparando com o momento em que teve o primeiro contato?
- 2) Comente sobre o que lembrar da(s) primeira(s) impressão(ões) que teve sobre cada participante e sobre a(s) impressão(ões) que tem agora.
- 3) Se você acredita que conhece melhor cada integrante, a que fator(es) atribui?
- 4) Se você acredita que não conhece melhor, a que fator(es) atribui?
- 5) Se você não percebe mudança nesse sentido, a que atribui?
- 6) Durante as sessões você pode perceber características suas observando o outro? Em caso afirmativo, exemplifique, se possível.
- 7) Alguma(s) atividade(s) desenvolvida(s) com um(a) parceiro(a) do grupo teve reflexo em seu(s) relacionamento(s)? Comente.
- 8) Como você acha que é visto(a) pelas pessoas deste grupo?
- 9) Como define “expressão”?

## MÓDULO 4 - NÓS

- 1) Cite algumas características positivas e negativas que observa neste grupo.
- 2) Existe(m) elemento(s) comum(ns) a todos os participantes do grupo? Qual(is)?
- 3) Como define “grupo”?
- 4) Se este grupo fosse um animal, qual seria e por quê?
  - 4.1) Se este grupo fosse uma cor, qual seria e por quê?
  - 4.2) Se este grupo fosse um cheiro, qual seria e por quê?



- 4.3) Se este grupo fosse um sabor, qual seria e por quê?
- 4.4) Se este grupo fosse um objeto, qual seria e por quê?
- 4.5) Se este grupo fosse um som, qual seria e por quê?
- 4.6) Se este grupo fosse um filme, livro ou peça de teatro, qual seria e por quê?
- 4.7) Se este grupo fosse uma palavra, qual seria e por quê?
- 5) Você consegue identificar o momento em que passou a considerar este conjunto de pessoas como um “grupo”?

#### MÓDULO 5 - O GRUPO

- 1) Quais foram os momentos e/ou atividades mais marcantes? Por quê?
- 2) Você acredita que seus sentimentos e idéias tenham sido trabalhados neste grupo? Em caso afirmativo, quais?
- 3) Qual o papel das máscaras neste trabalho? Você acha que as máscaras poderiam ser dispensadas?
- 4) O que pensa por ter participado deste grupo?
- 5) O que sente por ter participado deste grupo?
- 6) Qual o papel da Psicóloga neste grupo?
- 7) Como define “grupo de terapia expressiva”?
- 8) O que você mudaria e o que manteria no “formato” deste grupo?
- 9) Que nome daria a este grupo?
- 10) Quanto tempo você acha que deveria ter cada encontro?
- 11) Você gostaria de continuar participando deste trabalho? Em caso afirmativo, com as mesmas pessoas ou com outras? Por quê?
- 12) Críticas, impressões e/ou comentários.



## BIBLIOGRAFIA

### Referências Bibliográficas

1. AGUIAR, Moysés. *O Teatro Terapêutico*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1988.
2. ANDRADE, Liomar Q. *Terapias expressivas*. São Paulo: Vector, 2000.
3. ARNHEIM, R. *Arte e Percepção Visual*. São Paulo: Pioneira, 1986.
4. BERMUDEZ, J. G. R. *Introdução ao Psicodrama*. São Paulo: Ed. Mestre Jou, 1970.
5. BOAL, Augusto. *O Arco-Íris do Desejo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.
6. BRANDÃO, Junito. *Teatro Grego – Origem e Evolução*. São Paulo: Ação Poética, 1992.
7. BREITENBACH, N. "Secret Faces". In: *The Journal of Dramatherapy*, vol. 2, 1979, pp. 18-23.
8. BRIGHAM, F. M. "Masks as a psychotherapeutic modality: A hypothesis". In: *Journal of the American Osteopathic Association*. n. 69(6), 1970, pp. 549-555.
9. BUCHBINDER, Mario J. *Poética del desenmascaramiento. Camiños de la cura*. Buenos Aires: Editorial Planeta, 1993.
10. BUENO, Francisco da Silveira. *Dicionário Escolar da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: FAE, 1986.
11. BULFINCH, Thomas. *O Livro de Ouro da Mitologia – Histórias de Deuses e Heróis*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2002.
12. DERDYK, Edith. *Linha de Horizonte – por uma poética do ato criador*. São Paulo: Escuta, 2001.
13. DSM-IV - *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Trad. Dayse Batista. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
14. FAGAN, J., SHEPHERD, I. L. *Gestalt-Terapia: Teoria, Técnicas e Aplicações*. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.
15. FERRAZ, M. H. C. T. *Arte e loucura: limites do imprevisível*. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.
16. FIORINI, H. J. *Teoria e técnica de psicoterapias*. 10. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1993.

17. FOUCAULT, Michel. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
18. FREUD, S. *Delírios e sonhos na 'Gradiva' de Jensen*. Obras Completas, vol. IX, Edição Standard Brasileira, 1906.
19. FRYREAR, J. L. & STEPHENS, B. C. "Group psychotherapy using masks and video to facilitate intrapersonal communication". In: *The Arts in Psychotherapy*. n. 15, 1988, pp. 227-234.
20. GENTIL, V., LOTUFO-NETO, F. & BERNIK, M. A. *Pânico, Fobias e Obsessões – a experiência do Projeto Amban*. 3. ed. São Paulo: EDUSP, 1997.
21. GOIDANICH, Márcia. "Saúde Mental na Rede Pública: Possibilidade de Inserção Psicanalítica?". In: *Psicologia: Ciência e Profissão*. Brasília, Ano 21, n. 3, 2001, pp. 26-33.
22. GOLD, J. H. "Gender differences in psychiatric illness and treatments: a critical review". In: *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 186(12). 1998, pp. 769-775.
23. HINZ, L. D. & RAGSDELL, V. "Using mask and video in group psychotherapy with boulimics". In: *The Arts in Psychotherapy*. n. 17, 1990, pp. 259-261.
24. KAPLAN, Harold I. & SADOCK, Benjamin J. *Compêndio de psiquiatria: Ciências comportamentais – psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
25. KESSELMAN, Hernán & Pavlovsky, Eduardo. *A Multiplicação Dramática*. São Paulo: Editora Hucitec, 1991.
26. KIERKEGAARD, S. A. *O desespero humano (e outros)*. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1984.
27. LANDY, R. "The image of the mask: implications for theatre and therapy". In: *Journal of Mental Imagery*. vol. 9(4), 1985, pp. 43-56.
28. LEVI-STRAUSS, Claude. *Olhar, escutar, ler*. São Paulo: Cia. das Letras, 1997.
29. LIMA, J. C. C. "Solidão e Contemporaneidade no Contexto das Classes Trabalhadoras". In: *Psicologia: Ciência e Profissão*. Brasília, Ano 21, n. 3, 2001, pp. 52-65.
30. MARÇOLLA, B. A. "Os desafios da psicologia frente à questão ecológica: Rumo à complexa articulação entre natureza e subjetividade". In: *Psicologia Ciência e Profissão*. Ano 22, n. 1, 2002, p. 127.

31. MATISSE, H. *Com olhos de criança*. Coletadas por Régine Pernoud, Le Courier de L' - U.N.E.S.C.O., vol VI, n. 10, outubro de 1953.
32. MORENO, J. L. *Fundamentos do psicodrama*. São Paulo: Summus, 1983.
33. NARDI, A. E. "Comorbidade: Transtorno de Ansiedade Generalizada e Transtorno de Pânico". In: *Casos Clínicos*, Ano 1, fevereiro de 2002, pp. 4-7.
34. NÉDONCELLE, Maurice. *Para uma filosofia do amor e da pessoa*. Portugal: Livraria Morais Editora, 1961.
35. NETO, F. L. "Tratamento da Síndrome do Pânico". In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 37(2), 1988, pp. 93-95.
36. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2001 - *Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança*. Genebra, 2001.
37. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Psychosocial rehabilitation: a consensus statement*. Genebra, 1995.
38. POMPÉIA, J. A. "Arte e Existência". Palestra proferida da Programação Paralela na III Bienal Nacional de Santos – Artes Plásticas, em outubro de 1991.
39. PRINZHORN, H. *Artistry of the Mentally Ill*. New York, EUA: Springer, 1972.
40. PRÓCHNO, C. C. S. C. *Corpo do Ator - Metamorfoses, Simulacros*. São Paulo: FAPESP, 1995.
41. REVELARD, Michel; KOSTADINOVA, G. *Masques du Monde... L'univers du masque dans les collections du musée international du Carnaval et du Masque de Binche*. Bélgica: La Renaissance du Livre, 2000.
42. ROUBINE, J. J. *A Arte do Ator*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987.
43. RHYNE, Janie. *Arte e Gestalt – padrões que convergem*. São Paulo: Summus Editorial, 2000.
44. SARTRE, Jean Paul. *O existencialismo é um humanismo (e outros)*. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1984.
45. SILVEIRA, Nise da. *O Mundo das Imagens*. São Paulo: Editora Ática, 1992.
46. TORRES, A. R. et ali. "Tratamento do Transtorno de Pânico com Terapia Psicodramática de Grupo". In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*. n. 23(3), 2001, pp. 141-148.

47. VOLMAT, R. *L'Art Psychopathologique*. Paris, França: PUF, 1956.
48. WOLK, Leonardo. "Cuerpo-mente – Una concepción integrada en psicoterapia". In: *Psicodrama y cuerpo*. n. 1, Buenos Aires, 1995.
49. YONTEF, Gary M. *Processo, Diálogo e Awareness – Ensaio em Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 1991.
50. ZORZETTO, R. "Ataque contra o Pânico": In: *Pesquisa FAPESP Ciência e Tecnologia no Brasil*. n. 84, São Paulo, 2003, pp. 30-35.

### **Bibliografia Consultada**

1. ALBANO, A. A. *Tuneu, Tarsila e outros mestres... o aprendizado da arte como um rito de iniciação*. São Paulo: Plexus, 1998.
2. \_\_\_\_\_. *Caderno de Formação – Artes Visuais*. São Paulo, 1997.
3. ALBINA, R. T., LIMA, M. C. P., RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A. "Tratamento do transtorno de pânico com terapia psicodramática de grupo." In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 23(3), 2001, pp. 141-148.
4. ALESSANDRINI, Cristina D. (org.) *Tramas Criadoras na construção do 'ser si mesmo'*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
5. ALMEIDA, Antônio F. *Português Básico para Cursos Superiores*. São Paulo: Atlas, 1990.
6. ANDRADE, Liomar Q. "Terapias expressivas: uma pesquisa de referências teórico-práticas". Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da USP - São Paulo 1993. 175 f.
7. ANDRADE, Mário de. *O baile das quatro artes*. São Paulo: Martins, 1975.
8. ARICÓ, Carlos Roberto. *Reflexões sobre a loucura*. São Paulo: Ícone Editora, 1986.
9. ASLAN, Odette; BABLET, Denis (orgs.) *Le Masque. Du Rite au Théâtre*. Paris: Centre National de La Recherche Scientifique, 1988.
10. BACHELARD, Gaston. *A Formação do Espírito Científico*. Rio de Janeiro: Editora Contraponto, 1996.
11. BARBA, Eugênio e SAVARESE, Nicola. *A Arte Secreta do Ator. Dicionário de Antropologia Teatral*. São Paulo: Editora Hucitec, 1995.

12. BARROS NETO, T. P. de. *Sem Medo de Ter Medo – Um guia prático para ajudar pessoas com pânico, fobias, obsessões, compulsões e estresse*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
13. BASAGLIA, Franco. *A Instituição Negada – Relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
14. BAULEO, Armando. *Notas de psicologia e psiquiatria social*. São Paulo: Editora Escuta, 1988.
15. BAZARIAN, Jacob. *O Problema da Verdade*. São Paulo: Editora Alfa Ômega, 1985.
16. BISILLIAT, Maureen. *Pavilhão da Criatividade - Memorial da América Latina - Brasil*. São Paulo: Empresa das Artes, 2000.
17. BLEGER, José. *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
18. BOAL, Augusto. *200 exercícios e jogos para o ator e o não-ator com vontade de dizer algo através do teatro*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.
19. \_\_\_\_\_. *Teatro do Oprimido*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1971.
20. BRICKMAN, Lola. *A linguagem do movimento corporal*. São Paulo: Summus, 1989.
21. BROOK, P. *A porta aberta - Reflexões sobre interpretação e o teatro*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1999.
22. BRUYNE P., HERMAN, J., SCHOUTHEETE M. *Dinâmica da pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Editora Francisco Alves, 1977.
23. BUCHBINDER, Mario J. *Las Mascaras de las mascararas*. Buenos Aires: Editora Letra Viva, 1980.
24. BUENO, Austregésilo Carrano. *Canto dos Malditos – uma história verídica*. São Paulo: Lemos, 1993.
25. CANTON, Kátia. “Caminhos estéticos da saúde”. In: *Jornal Folha de S. Paulo*, 20 de agosto de 1995, pp. 5-15.
26. CAMPBELL, J. *Mitos, sonhos e religião - nas artes, na filosofia e na vida contemporânea*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2001.
27. \_\_\_\_\_. *O poder do mito*. São Paulo: Editora Palas Athenas, 1990.
28. CAPLAN, Gerald. *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

29. CARVALHO, M. M. M. J. *A arte cura? - recursos artísticos em psicoterapia*. Campinas: Editorial Psy II, 1995.
30. CHAUI, Marilena de Souza. *O que é ideologia*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1989.
31. COELHO, Paulo Afonso. "Teatro busca afinidade com o dia-a-dia". In: *Caderno C, Jornal Correio Popular*. Campinas, 21 de janeiro de 1997.
32. *CONHECER*. vol V, São Paulo: Abril Cultural Ltda., 1968.
33. COROCINE, Sidnei C. "Questões preliminares sobre a periculosidade". In: *Revista Insight*. São Paulo, julho de 1994.
34. COUTO, Elisiário. "Substituir intolerância pela solidariedade, a receita da reforma psiquiátrica". In: *Jornal O COFFITO*. Brasília, jan./fev./mar. 1996.
35. CROCHIK, José Leon. "Arte e loucura". In: *Jornal do CRP*. São Paulo, jul./ago. 1996.
36. DAMÁSIO, Antônio. *O mistério da consciência – Do corpo e das emoções ao conhecimento de si*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
37. DAVIDOFF, Linda L. *Introdução à psicologia*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.
38. EYNAT-CONFINO, Irène. *Beyond the Mask. Gordon Craig., Movement, and the Actor*. USA: Southern Illinois University, 1987.
39. FALEIROS, Vicente de Paula. "Espaço institucional e espaço profissional". In: *Revista Serviço Social e Sociedade*. Ano 1, n. 1, São Paulo: Cortez editora, 1979.
40. KLUGER, Jeffrey. "Fear Not!". In: *Time*. EUA, Apr., 2001, pp.38-44.
41. FEYERABEND, Paul. *Contra o Método*. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves, 1977.
42. FISCHER, Ernst. *A necessidade da arte*. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.
43. FREIRE, P. *Educação como Prática da Liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.
44. \_\_\_\_\_. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.
45. GOFFMAN, Erving. *Estigma*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.



46. \_\_\_\_\_. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1987.
47. GRAMSCI, Antônio. *Obras Escolhidas*. Vol. 1, Lisboa: Estampa, 1974.
48. GROSSMAN, F. G. "Creativity as a means of coping with anxiety". In: *The Arts in Psychotherapy*. v. 8, EUA, 1981, pp.185-192.
49. HESSEN, Johannes. *Teoria do Conhecimento*. Coimbra: Armênio Amado Editor, 1976.
50. HILLMAN, J. *O código do ser*. Rio de Janeiro: Objetiva, 1997.
51. JAPIASSU, Hilton. *Nascimento e Morte das Ciências Humanas*. São Paulo: Editora Francisco Alves, 1978.
52. JOHNSON, D. R. "On The Therapeutic Action Of The Creative Arts Therapies: The Psychodynamic Model". In: *Art Psychotherapy*. vol. 25, USA: Pergamon Press, 1998, pp. 85-99.
53. JUNG, C. G. "Sobre o vir-a-ser da personalidade": In: *Realidade da Alma*. Palestra proferida na "União Cultural" em Viena em novembro de 1932.
54. KAGIN, S. L. & LUSEBRINK, V. B. "The Expressive Therapies Continuum": In: *Art Psychotherapy*. vol. 5, USA: Pergamon Press, 1978, pp. 171-180.
55. KOFMAN, Sarah. *A Infância da Arte – Uma interpretação da estética freudiana*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996.
56. KOLB, Lawrence C. *Psiquiatria Clínica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1977.
57. KUHN, Thomas S. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1975.
58. LANCMAN, Selma. "Loucura e espaço urbano: um estudo sobre as relações Franco da Rocha – Juqueri". Tese doutorado. Unicamp, Campinas, SP, 1995.
59. LECHUGA, Ruth D. & SAYER, Chloë. *Mask arts of Mexico*. v. 8, Inglaterra: Thames and Hudson, 1994.
60. LEVINE, Stephen K. & LEVINE, Ellen G. *Foundations of Expressive Arts Therapy – Theoretical and Clinical Perspectives*. Inglaterra: Jessica Kingsley, 2000.
61. LIANO Jr., Nelson. "A arte de viver bem". In: *Superinteressante*. São Paulo: Abr./Ago. de 2001.

62. LIPP, Marilda Novaes e SERRAT, Saulo Monte. "ATOS VIOLENTOS CONTRA PESSOAS - Estudo de Fatores Causais". Monografia, PUCC, Campinas, SP, 1982.
63. LOPES, E. P. "A máscara e a formação do ator". Tese de doutorado. Instituto de Artes. Unicamp, 1990.
64. LUSEBRINK, V. B. "A systems oriented approach to the expressive therapies: the expressive therapies continuum." In: *The Arts in Psychotherapy*. V. 18, EUA, 1992, pp. 395-403.
65. MANUAL DE ASSISTÊNCIA JURÍDICA AO PRESO - Gov Luiz Antônio Fleury Filho, 1994.
66. MATOS, Evandro G. "Contribuição ao estudo do distúrbio do pânico e prolapso da valva mitral". Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Campinas. 1992.
67. MERLEAU, Ponty. "A dúvida de Cézanne". In: *Textos Escolhidos – Os Pensadores*. São Paulo: Abril Cultural, 1980.
68. MICHELI, M. *As vanguardas artísticas do século XX*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
69. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. "Orientações para Funcionamento e Supervisão dos Serviços de Saúde Mental". Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1990.
70. MORENO, Helodio M. *Manual práctico para el desarrollo de la actividad teatral en colegios, universidades y organizaciones populares*. Colômbia: Cooperativa Editorial Magistério, 1989.
71. MORENO, J. L. *O teatro da espontaneidade*. São Paulo: Summus, 1984.
72. MOTTA, Júlia (org). *O Jogo no Psicodrama*. São Paulo: Ágora, 1995.
73. NEPOTE, Ary. "A linguagem como instrumento regulador e mediador da identidade humana". Tese de Mestrado em Psicologia Clínica. PUC, Campinas, 1977.
74. OLIVEIRA, H. C. "O grupo como estratégia de sobrevivência: configurações vinculares de crianças na favela". Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Campinas, 2000. 427 f.
75. PESSOTTI, Isaías. *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.
76. PIAGET, Jean. *A formação do Símbolo na Criança*. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

77. PLAZA, Júlio. "Arte, Ciência, Pesquisa: Relações". In: *TRILHAS. Revista do Instituto de Artes da Unicamp* – n. 6, 1997, pp. 21-32.
78. POWELL, John S. J. & BRADY, L. M. S. W. *Arrancar Máscaras! Abandonar Papéis! A comunicação pessoal em 25 passos*. São Paulo: Edições Loyola, 1991.
79. RELATÓRIO FINAL DA 2.<sup>a</sup> CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL - Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, Brasília, DF, 1994.
80. RICOTTA, Luiza Cristina de Azevedo (org.). "Psicodrama nas instituições". In: *Cadernos de Psicodrama*. v. 1, São Paulo: Ágora, 1990.
81. ROCHA FILHO, Rubem. "O Teatro e o Inconsciente". In: *Monografias, Ministério da Educação e Cultura*. Rio de Janeiro: Secretaria de Cultura. Serviço Nacional de Teatro, 1978.
82. ROGERS, Natalie. *The Creative Connection: Expressive Arts as Healing*. Palo Alto. California Science and Behavior Books, 1993.
83. RUIZ, Roberto. *As cem mais famosas peças teatrais*. Rio de Janeiro: Ediouro, 1987.
84. RUDLIN, John. *Commedia Dell'Arte – An Actor's Handbook*. USA: Routledge, 1994.
85. SANTOS, Antônio Gonçalves dos. "A prática do serviço social nas instituições". In: *Revista Serviço Social e Sociedade*. Ano 1, n. 2, São Paulo: Cortez editora, 1980.
86. STEFFAN, Heinz D. *Novo Guia para a pesquisa científica*. Santa Catarina: Ed. da FURB, 1999.
87. TARKÓVSKY, A. *Esculpir o tempo*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
88. TURATO, Egberto Ribeiro. *TRATADO da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa – Construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas*. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.
89. VYGOTSKI, Liev Semionovitch. *Psicologia da Arte*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
90. \_\_\_\_\_ *A Formação Social da Mente*. São Paulo: Martins Fontes, 1984.
91. \_\_\_\_\_ *Pensamento e Linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

92. \_\_\_\_\_ *O Nascimento da Inteligência na Criança*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
93. WADESON, Harriet. *Art Psychotherapy*. USA: John Wiley & Sons, 1980.
94. WEIL, Pierre. *Introdução à Psicologia Transpessoal*. São Paulo: Vozes, 1995.
95. WERTHEIMER, Michael. *Pequena História da Psicologia*. São Paulo: Editora Nacional, 1989.
96. YAMAKAWA, A. P. G. “A utilização do teatro como recurso terapêutico em psiquiatria”. Monografia (Aprimoramento) - FUNDAP, HCTP “PATL” - Franco da Rocha, 1997, 90 f.
97. ZAMBONI, Sílvio. *A Pesquisa em Arte – um paralelo entre Arte e Ciência*. Coleção polêmicas do nosso tempo, 59. Campinas: Autores Associados, 1998.