

PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA FOCADA NAS EMOÇÕES

*António Pazo Pires**

RESUMO

Este texto debruça-se sobre uma nova forma de fazer psicoterapia psicanalítica e psicanálise. A exploração das emoções como meio de mudança. Relato uma alteração na minha prática clínica em que a emoção passou a ser o foco da atenção. Uso um maior equilíbrio entre guiar e seguir o paciente, uma atenção aos marcadores e uso das intervenções para cada um desses marcadores como o desdobrar sistemático de uma evocação, focalização, ou o diálogo da cadeira vazia. São abordadas algumas dificuldades de integrar uma exploração mais eficaz da emoção num modelo psicanalítico praticado há muitos anos. Pequenas vinhetas clínicas ilustram a forma de explorar as emoções.

Palavras-chave: integração; psicanálise; terapia focada nas emoções; desdobrar sistemático de uma evocação; focalização; diálogo da cadeira vazia.

EMOTION-FOCUSED PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY

ABSTRACT

This text is about a new way of doing psychoanalytic psychotherapy and psychoanalysis. The exploration of emotions as a means of change. I report a change in my clinical practice in which emotion has become the focus of attention. I use a greater balance between guiding and following the patient, an attention to the markers and use of interventions for each of these markers as the systematic evocation unfolding, focusing, or the empty-chair dialogue. I describe some difficulties of integrating

*Psicanalista, Professor Associado e Diretor do Departamento de Psicologia Clínica e da Saúde, Instituto Superior de Psicologia Aplicada - IU, Lisboa, Portugal.
E-mail: apires@ispa.pt

a more effective exploration of the emotion in a psychoanalytic model practiced for many years. Small clinical vignettes illustrate how to explore emotions.

Keywords: integration; psychoanalysis; emotion-focused therapy; systematic evocative unfolding; focusing; empty chair task.

Sem emoção não pode haver mudança. Afeto e representação eram dois pares indissociáveis no início da psicanálise. Para Freud (1985/1969, p. 296) a evocação de memórias do passado só seria terapêutica se fosse acompanhada pelo reviver do afeto que lhe estava associado. Para Ferenczi (1932) era essencial não apenas recordar mas reviver o passado na relação com o terapeuta. E para Fromm (1941/1984) a compreensão tinha de ser emocionalmente viva.

A psicoterapia psicanalítica mais recente também reconhece a emoção como um alvo de intervenção. Por exemplo, McWilliams (2004/2006, p. 29) citando Blagys e Hilsenroth, identifica os sete fatores que distinguem a psicoterapia psicodinâmica das terapias cognitivas: 1) foca-se nas emoções, 2) nas relações do paciente com os outros, 3) e na relação com o terapeuta, 4) explora as tentativas do paciente para evitar pensamentos e sentimentos dolorosos, 5) identifica temas e padrões recorrentes; 6) discute o passado do paciente relacionando-o com o presente, 7) e explora os desejos e fantasias do paciente.

Apesar disso, nunca foi dada na Psicanálise a devida relevância à emoção. Não existe uma teoria da emoção ou uma teoria da técnica da emoção. Essa negligência é transversal às várias Psicanálises (Freudiana, Teoria das Relações de Objecto, Interpessoal, do Self, e Relacional). Por exemplo, Donnel Stern (2015) diz que o afeto e a autenticidade são vacas sagradas na Psicanálise Relacional, mas mais vezes professadas do que praticadas.

A psicanálise não tem até hoje formas específicas de focar e explorar as emoções. O trabalho de Karen Maroda (2010) *Psychodynamic techniques: working with emotion in the therapeutic relationship* é uma das poucas exceções. É um contributo importante para despertar os psicanalistas para a importância de trabalhar as emoções. Mas, ainda assim, está muito aquém do que se desenvolveu nos últimos 30 anos sobre psicoterapia com as emoções.

Participar num workshop sobre Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy (AEDP) aumentou a minha curiosidade e levou-me a rever a literatura sobre a forma de trabalhar as emoções em psicoterapia. Grande parte do que existe resulta da investigação sistemática levada a cabo por Greenberg e vários colaboradores sobre a Emotion Focused-Therapy (EFT). Comecei pouco e pouco a integrar na minha prática clínica uma maior atenção às emoções e mais intervenções oriundas da EFT específicas para trabalhar as emoções que vou descrever neste artigo.

A integração dum trabalho focado nas emoções na minha formação de base psicanalítica não foi feita sem dificuldades que resultam dum misto de características pessoais e de divergências nos dois modelos de que o princípio da neutralidade psicanalítica é um exemplo.

Com a maioria dos pacientes existe pelo menos alguma emoção quando iniciam a terapia. Mas ela tende a desaparecer ao fim de um tempo, e a dificuldade está em fazê-la voltar às sessões. Uma forma de estabelecer uma atitude de colaboração é ensinar o paciente sobre a forma como trabalhamos, explicitando que sem emoção não pode haver mudança. Explico desde cedo ao paciente que a minha intervenção é de base psicanalítica mas que dou uma atenção especial às emoções como forma de perceber as dificuldades das pessoas. Acrescento que sem emoção não existe mudança. Se a pessoa vier apenas falar e nunca se emocionar nunca irá mudar.

Explorar as emoções significa mudar a forma de intervir distanciando-nos de uma psicanálise clássica centrada no conteúdo. A atenção foca-se nas emoções. Durante as sessões dou conta de que me contendo e não faço intervenções que seriam dirigidas ao conteúdo porque estou focado em detetar as emoções e fazer intervenções dirigidas a elas. Quando uma emoção surge ou é mencionada isso se torna a prioridade. Se o paciente refere uma chatice, ou que ficou ansioso, fala superficialmente e muda de assunto, poucos minutos depois eu interrompo e digo simplesmente “podemos voltar atrás por um momento e tentarmos perceber melhor o que sentia, que chatice (ou ansiedade, etc) era essa?”. Habitualmente os pacientes ficam pensativos, concentram-se, tentando recuperar a emoção.

Se, no início da sessão, dizem que não sabem que tópico háo-de escolher, digo-lhes para escolherem o tópico que traga mais emoção (Maroda, 2010, p. 143). Em situações de impasse pode ser necessário

dizer ao paciente que já não está envolvido emocionalmente nas histórias que conta. Com pacientes com mais dificuldade em identificar emoções pode ser necessário ajudá-los a perceber pequenas emoções no dia-a-dia. Noutros casos, pode ser necessário nomear a emoção identificada na face do paciente de que ele próprio ainda não se apercebeu ou não tem capacidade para exprimir por palavras.

A terapia torna-se mais interativa e interrompe-se por vezes o paciente no seu discurso. Eu inicialmente achava que essas interrupções podiam cortar o fluxo da associação livre. No modelo clássico o analista escuta intervindo muito pouco, e deixa todo o espaço ao paciente para associar livremente sobre um tema e mudar depois para outro. O analista vai tentando estabelecer uma ligação ou encontrar um padrão subjacente aos vários temas abordados pelo paciente e, se sente ter encontrado esse aspeto comum, faz uma intervenção. Numa exploração das emoções interrompe-se uma vez ou outra, mas não há risco de cortar a associação livre do paciente. Pelo contrário, abre-se um canal de enorme potencial. Contornam-se as defesas e resistências do paciente que estão a ser usadas para evitar a emoção através de um falar sem parar. Fazer o paciente parar e concentrar-se na sua emoção esclarece a emoção. Por vezes somos induzidos em erro pela palavra que o paciente usou para designar a emoção; por exemplo diz que “é duro”, “é difícil” e nós podemos ser tentados a pôr lá o que entendemos. Se pedirmos ao paciente para se concentrar na emoção acaba por ser ele próprio a explicitar, a consciencializar melhor o que sente e a traduzi-lo por palavras, e além disso surgem-lhe memórias espontâneas, e associações, e ele continua em associação livre a partir daí.

É a atitude que muda e não apenas o aplicar de uma técnica. Quando ouve o paciente o terapeuta deve estar atento a cinco aspetos da emoção e notar quais é que estão presentes e quais é que não estão. 1) a sensação ou emoção propriamente dita, o que o paciente sente, 2) a situação ou contexto em que ocorreu, ou que desencadeou a emoção, 3) a tendência para a ação, o que o paciente fez ou é compelido a fazer perante tal emoção; pode sentir vontade de se encolher, desaparecer, insultar, fazer rituais obsessivos, etc. 4) que necessidade a emoção evoca, o que o paciente precisaria para lidar com essa emoção; pode ser reconhecimento, aprovação, afeto, apoio, ser cuidado, autonomia, preservação do espaço,

etc. Ajudar o paciente a ter consciência dessa necessidade facilita o seu sentido de agência, 5) o significado, i. e., como o paciente vê ou o que pensa sobre o facto de ter a emoção; por ex. pode sentir que não deve chorar porque é vergonhoso, ou que não deve emocionar-se porque pode descontrolar-se e ser agressivo, etc.

As emoções ajudam-nos a sobreviver proporcionando-nos uma forma rápida e automática de responder a certas situações; ajudam-nos a relacionarmo-nos com os outros e com as exigências da vida; a perceber as nossas necessidades e o que precisamos fazer para as atingir; alertam-nos para o que está a ocorrer ou o que pode ocorrer conosco; preparam-nos para a ação; ajudam a integrar a experiência, a dar um sentido. São ao mesmo tempo uma forma de comunicar aos outros o que sentimos (ver “Alfred & Shadow – A short story about emotions” no Youtube <https://www.youtube.com/watch?v=SJOjpprbfE>).

Para trabalhar de forma eficaz as emoções é preciso um equilíbrio entre seguir o paciente e conduzi-lo. Um dos meus primeiros interesses em psicoterapia foi Rogers e a sua perspectiva não diretiva. Li os seus livros e fui treinando a colocar-me no ponto de vista do paciente e identificar o seu sentimento. Mas essa terapia ajuda a saber seguir o paciente mas não a conduzi-lo. O meu treino posterior em Psicoterapia Psicanalítica e depois em Psicanálise reforçaram essa atitude mais passiva do que ativa, que por sua vez era egossintónica com as minhas características pessoais. Esta forma mais passiva colide e dificulta uma atitude de condução necessária com pacientes mais retirados, que precisem mais de *holding*, ou em tarefas mais interventivas como a técnica da cadeira vazia.

Uma intervenção típica da EFT que integrei na minha prática clínica é o “desdobrar sistemático da evocação” [systematic evocative unfolding]. É usado para trabalhar “reações problemáticas”, i.e, reações emocionais ou comportamentais que os pacientes acharam extremas ou em que sentiram perplexidade. O paciente não consegue explicar essa reação; por exemplo, “ontem de manhã fiquei triste mas não consegui perceber por quê”, ou “muitas vezes fico irritado com a maneira dela falar mas nem percebo bem por quê, ainda ontem aconteceu”. Essas reações problemáticas são muito frequentes no discurso de alguns pacientes mas se não intervirmos pedindo que se foquem e descrevam essa reação eles vão andar às voltas,

passando de uns assuntos para os outros sem focarem verdadeiramente e analisarem a reação. Estar atento a essas situações problemáticas na narrativa do paciente ajuda a identificá-las e reconhecê-las.

Para intervir através de uma evocação feita de forma sistemática é importante obter a colaboração do paciente começando por perguntar-lhe se está disposto a analisar a situação em detalhe. De seguida pede-se ao paciente para descrever a situação. O objetivo é reconstruir a cena de forma tão vívida que a situação problemática seja revivida e recordada. É pedido ao paciente para descrever detalhadamente o que aconteceu de forma a encontrar o início da reação problemática. O ideal é conseguir identificar a forma típica como o paciente lida com as emoções. Por exemplo, pode não expressar o que sente e engolir a emoção e depois ficar deprimido ou não expressar a sua contrariedade e ficar tenso e com dores de cabeça. Envolve reevocar uma experiência problemática tornando-a vívida na sessão de modo a explorar, diferenciar e processar as reações que causaram a perplexidade (Rice & Greenberg, 1984; Greenberg & Goldman, 2008, p. 200-212; Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004, p. 193-201). Para Greenberg (2011/2014, p. 118) esse tipo de intervenção implica a evocação vívida da experiência de maneira a promover a reexperiência da situação e a reação do cliente, e assim determinar as ligações entre a situação, os pensamentos e as reações emocionais, para finalmente chegar ao significado implícito da situação que dá sentido à reação.

Um paciente numa quarta sessão diz que ficou triste durante a manhã. Acrescenta que lhe parece o seu estado natural, como quem diz “eu sou assim”. Eu não me deixo convencer e peço para ele descrever a situação para tentarmos perceber o que se passou. Ele diz que estava a trabalhar com os colegas e a certa altura ouviu alguém a falar em Picoas. Lembrou-se de que era o local em que a ex-namorada morava e depois disso foi à casa de banho e deu conta de que estava triste. Peço-lhe para me falar dessa tristeza. Diz que se sente só e por isso fica triste. Peço para ele falar sobre isso e ele acrescenta “uma criança que fica só num *Shopping*”. Tento que fale sobre essa criança só mas sem grande resultado. Acabo por perguntar-lhe do que precisa a criança? Ele não responde e eu sugiro que seja de ser confortada, aconchegada, de proteção, tranquilizada, de colo. Ele concorda. Depois diz que por fora parece um adulto mas no fundo é uma criança sozinha.

O desdobrar da evocação é uma forma sistemática de trabalhar o que o paciente nos traz. Em psicanálise fazemos por vezes intuitivamente essas explorações mas nunca de forma tão sistemática. A vantagem do treino em EFT é aprender os detalhes de uma intervenção baseada em investigação de processos que através de *task analysis* identificou as fases por que os pacientes passam durante uma tarefa de evocação sistemática para reações problemáticas. A resolução dessa tarefa implica obter uma nova visão do funcionamento do *self*. O paciente sente-se curioso, com vontade de explorar e disposto a seguir as sugestões do terapeuta. Durante o processo recorda a situação, reexperencia o sentimento, descobre coisas sobre si próprio simboliza o material e encontra um significado para a experiência e percebe o seu impacto, a situação torna-se mais clara. Quando a tarefa não é bem-sucedida o paciente evita as intervenções do terapeuta e mantém-se confuso, frustrado e resistente (Watson & Rennie, 1994).

Outro aspeto que evidencia a dificuldade de integração de diferentes modelos resulta da reticência em “apoiar” os pacientes. Com este paciente senti que precisava de apoiá-lo, dizer algo reconfortante, tranquilizador. Mas por momentos não sabia o que dizer. Só pensava em perguntar se já se tinha sentido assim antes, no passado. Como se precisasse de ir à procura de padrões explicativos, da origem, como é feito na psicanálise. Acabei por dizer que há tão pouco tempo me conhece e veio aqui contar estas coisas tão íntimas de si próprio, essa fragilidade. Que é importante que o tenha feito, e aprecio que o tenha feito. Depois da sessão fiquei a meditar sobre a minha dificuldade em confortá-lo. *A posteriori* foi mais fácil pensar que podia ter dito por ex. “aqui tem oportunidade de não estar sozinho”. O treino num modelo clássico de Psicanálise, no qual a neutralidade é um princípio base, dificulta a expressão de apoio. A formação em Psicanálise Clássica desvia-nos da capacidade de apoiar, confortar, como se isso nos tornasse menos neutros e como se dar apoio fosse menos psicanalítico do que interpretar. Como se fosse só psicoterapia de apoio, algo desvalorizado em relação à psicanálise. Na verdade, o terapeuta precisa de ser caloroso, próximo e reforçador. O apoio só é um problema quando é feito de forma gratuita, i.e., quando é feito a despropósito, e quando não é genuíno. Quando o terapeuta está sintonizado com o paciente e este de fato se encontra numa necessidade de apoio, o que é mais recomendado é apoiar ou reforçar.

Esse exemplo ilustra a tendência de muitos psicanalistas a não expressarem as suas emoções. Na EFT o terapeuta expressa de forma mais clara e explícita a empatia que sente pelo paciente do que na psicanálise. O terapeuta não é um chinês de óculos escuros à mesa das negociações que não mostra emoções. Empatia é perceber o que o outro sente, sentir de alguma forma o que o outro sente (pelo menos evocar o sentimento de experiências semelhantes), aceitar esse sentimento, mas também expressar essa empatia. O terapeuta expressa a empatia através de emoções.

A focalização experiencial (*focusing*) (Gendlin, 1969, 1996) é outra das técnicas que integrei a partir da EFT. O *focusing* ajuda o paciente a aceder à sua experiência corporal como fonte de informação e a simbolizá-la. É usado sobretudo quando o paciente sente algo [felt sense] mas não sabe dizer o quê, não sabe o que sente. Tem uma sensação pouco clara (Ver Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004, p. 193-217; Greenberg, Rice & Elliot, 1993).

É uma técnica em que se ensina o paciente a manter-se deliberadamente em silêncio, concentrando-se no corpo e esperando que ele “fale”. Espere e escute. Para isso, é preciso parar de falar. É uma técnica corporal em que o paciente pergunta para si próprio “o que se passa?”, ou “o que é esta coisa que eu sinto?” e a seguir mantém-se quieto e evita responder por si próprio. Em vez de tentar dizer ou pensar qual é o problema, ou em vez de verbalizar mentalmente, espera e escuta. Se vaguear, basta voltar a tentar “onde é que eu estava?” e concentra-se no corpo e deixa vir ao de cima o que vier. E então a versão corporal do *felt sense* faz-se sentir de forma suficientemente clara. É preciso fazer perceber ao paciente que as palavras vêm das sensações e sentimentos. É uma técnica que envolve mais a cognição do que a emoção. Embora focar-se na emoção possa ativar a emoção, o objetivo é explorar e simbolizar a emoção. É delineada para promover uma experiência mais profunda e não um grau mais elevado de ativação. É mais uma atitude de que uma técnica que pode ser treinada e cultivada como forma de a pessoa se conhecer. A resolução implica uma mudança na sensação corporalmente sentida e a criação de novo significado.

Uso habitualmente a focalização quando o paciente tem uma sensação ou mesmo uma emoção, mas pouco clara. A focalização também pode ser usada para ajudar o paciente a passar de uma narrativa do exterior para

uma narrativa do interior e do pensamento para a emoção. O paciente pode estar, por ex., a falar de forma intelectual e externa, sem contacto com uma experiência interna. Andando às voltas, e sem se dirigir ao mais importante. Nessas ocasiões o terapeuta pode ajudar o paciente a abrandar e olhar para dentro, tomar atenção ao que se passa no seu corpo, perguntando “o que sente neste momento?”. Como se o paciente perguntasse a si próprio “O que se passa comigo neste momento?” (Greenberg, 2015, p. 125).

Um paciente diz que tem andado chateado com as questões do trabalho. Acha que os colegas têm mais sucesso do que ele e isso o deixa aborrecido. Proponho que ele se concentre no corpo e deixe o corpo falar. Explico-lhe que só tem de deliberadamente ficar em silêncio por instantes e ouvir o corpo. Explico que a primeira tendência da pessoa é contar coisas sobre si, mas aqui o objetivo é adiar as palavras. Nem tudo o que se experiencia é traduzido em palavras. É preciso esperar para que o sentimento se aclare e a palavra certa venha ao de cima. Ao fim de cerca de 20 segundos diz que tem necessidade de interromper porque o que sentia era tristeza. A partir daqui fala em como se tornou uma pessoa muito controlada, contida, porque sofria muito com o que era antes. Na infância e adolescência era muito emocional e criativo mas isso trazia-lhe problemas, os outros troçavam. A pouco e pouco tornou-se mais fechado, passou a fazer como os outros. Não gostava de si pelas consequências que isso trazia e desenvolveu características narcísicas como ser depreciativo com os outros para não se sentir inferior. Também se tornou muito exigente consigo próprio e com os outros e, quando não conseguia prever as coisas ou atingir o que queria, autodepreciava-se. Mais tarde dirá que o que sentiu no exercício foi uma sensação semelhante ao que sentia na adolescência quando estava deprimido, chegava a ser uma coisa física, uma espécie de aperto no peito.

Na sessão seguinte volta ao mesmo tema. Teve uma reunião de trabalho em que uma colega esteve o tempo todo a falar, a monopolizar o diálogo. Mas ao mesmo tempo sentia que ela dizia coisas acertadas e propunha boas soluções. Acaba por dizer que sente inveja. Pergunto-lhe o que lhe apetecia fazer na reunião e ele responde que era intervir colocando-a no lugar dela. Exploramos estes sentimentos e fica mais claro para ambos que tem uma necessidade de ser reconhecido, admirado talvez seja a palavra certa.

Outro paciente conta como se sente desconfortável quando a namorada lhe faz carinhos. Diz que se sente invadido. Sempre sentiu isto e já foi pior. Já falamos disto antes. Desta vez peço-lhe para fazer *focusing*. Depois de uns instantes em silêncio diz que é sentir-se frágil, vulnerável, dominado, como se ela fosse mais forte, provoca medo, vontade de se afastar. Como se estivesse a manipulá-lo. Eu pergunto: porque é que será tão difícil? Faz um silêncio e diz: quando perguntou isso lembrei-me quando a minha mãe me levava ao hospital em criança por ser asmático. Digo-lhe que as festas o fazem se sentir um menino. Dali a pouco volta a tentar pôr por palavras no que sente, “eu minimizo-me e o outro agiganta-se”. Eu digo: sente-se dominado e ele continua “é como se sentisse que não é honesto, pouco merecedor”. Eu digo: como se lhe fizessem uma festa por ser doentinho!? E ele continua “é estarem a fazer de má-fé. Não é bem isto, desonestidade! (pronunciado com mais ênfase), ludibriar, tentativa de engano, dar a volta... ”

Outro paciente diz que foi fazer uma pequena caminhada com a melhor amiga. Já não se viam há bastante tempo. Diz que foi bom, as coisas correram de forma fluída. Mas mais à frente acrescenta que preferia não ir. Quando chegou a casa teve uma sensação de dever cumprido. Há sempre uma tensão, diz ele. O receio de ser constrangedor. Proponho-lhe que faça *focusing* para percebermos melhor que tensão era essa. Que fique propositadamente uns instantes, cerca de 30 segundos, sem falar e escute o corpo esperando que ele dê uma resposta. Ele fica calado quase um minuto. Acaba por dizer que não sentiu nada no corpo mas que agora percebe que é o receio de ficarem sem dizer nada, se despedirem e depois ela não querer mais estar com ele. Diz que é um receio de abandono, o que é estranho porque ao mesmo tempo gosta de estar sozinho. Mesmo com a melhor amiga está sempre a pensar o que ela vai achar, sempre preocupado com o que vai dizer, com necessidade de agradar. Digo-lhe que deve ser um cansaço, e afinal, quando é que é ele próprio? Ficamos a elaborar sobre isso e acabamos por identificar os sentimentos subjacentes – sentir que é inadequado, como se fosse defeituoso, vergonhosamente não amável.

Esses exemplos parecem mostrar que, mesmo quando aparentemente nada sentem no corpo, os pacientes parecem ir mais diretamente à emoção subjacente, procuram palavras e isso evoca memórias e ajuda a atribuir um significado.

Outra técnica típica da EFT que passei a usar é o diálogo da cadeira vazia (*empty-chair dialogue*) (Greenberg & Watson, 2006, p. 251-280; Watson & Greenberg, 2017, p. 183-207) quando surgem “situações não resolvidas” (*unfinished business*). Por exemplo, “o meu pai nunca esteve presente quando eu precisava”, ou “não tive oportunidade de lhe dizer...”. Corresponde a um sentimento duradouro e não resolvido relativo a uma pessoa significativa. Passei a pedir aos pacientes para dizerem na primeira pessoa o que gostariam de ter dito e não disseram como se estivessem a falar diretamente para a outra pessoa e com posterior troca de papéis.

Um paciente diz no início da sessão que é mais do mesmo, até já chateia. Como se lamentasse vir para a sessão falar sempre no mesmo. Eu digo-lhe que se é isso que o aborrece ou preocupa é disso mesmo que devemos falar. Começa a queixar-se do trabalho, dos colegas, que já lhe apetecia ir-se embora. Diz que engole as coisas e não fala e eu observo que isso ainda o deve fazer ficar mais tenso e sinto que essas coisas que tem acumulado e não diz podiam ser um sinal (um marcador) para usar o diálogo da cadeira vazia. Pergunto se podemos fazer um exercício e ele diz que sim. Proponho que fale para os colegas diretamente. O que é que lhes diria? Digo-lhe para imaginá-los à sua frente, uns em pé, outros sentados, numa pausa do trabalho. Peço para dizer o nome de cada um. Está a vê-los? Sim, dizia-lhes que... Eu digo espere, eu ajudo, tem de dizer em discurso direto, como se estivesse mesmo a falar com eles. Ele começa: “você não se esforçam, estão sempre a encostar-se e a empurrar o trabalho para os outros. Ao menos deixem os outros trabalhar. Ficam aí a cortar as pernas aos outros. Chegam a estar a conversar uma hora, etc”. Dali a pouco peço-lhe para trocar de papéis. Repito as últimas frases que ele disse. O que os seus colegas responderiam? Ele diz “o que é que queres que eu faça? Aqui ganho bem, até posso sair mais cedo, vou buscar os miúdos à escola, etc”.

À medida que a encenação vai avançando a expressão dele vai mudando. Inicialmente ia falando com um sorriso divertido mesmo quando dizia coisas negativas aos colegas. Eu fui estimulando com “reflexões” e algumas conjeturas empáticas. Imitei algum gesticular tênue de afirmação que observava e os gestos dele tornaram-se mais intensos. Apercebi-me de que falava mais para uma colega e incentivei-o

a continuar a falar diretamente para essa colega que é a que o aborrece mais. Começou a diferenciar o comportamento dessa colega e o de outra.

Troca novamente para o papel da colega "... és novo, até fazes as coisas bem, mas noutras nem tanto, mas também é um trabalho difícil...". Às tantas diz "eu acho que ela não diria isso". Então o que diria, pergunto eu? "Dizia vai à merda". Então diga. "... vai à merda...". A encenação continua e quando termina continua a elaborar sobre a zanga contra a colega e como o exercício o ajudou a perceber o ponto de vista dela. Acrescenta que ela diz mal do chefe nas costas dele e falamos sobre a importância do chefe pra ele, a idealização e desidealização do chefe.

Nas primeiras vezes que usei o diálogo da cadeira vazia saía tudo errado. Ter muitos anos de prática clínica não nos qualifica para fazer bem à primeira uma técnica que nunca utilizámos. Todas as intervenções requerem um treino, além de um conhecimento profundo dos seus fundamentos. Rever vídeos em que especialistas usam a técnica é a melhor forma de aprender e complementar a leitura da literatura. Fui-me apercebendo de que das primeiras vezes não tinha explorado suficientemente a emoção. É preciso que o sentimento esteja claramente definido e aceite e que o paciente tenha uma visão do mundo não fundida com a do outro. Dei conta de que me esquecia de pedir para imaginar primeiro a outra pessoa fisicamente, perguntar se é capaz de ver a sua expressão, de a nomear e dizer o que sente ao ver essa expressão. O objetivo é tornar o outro vívido na sessão. Também acompanhava a sua encenação com pouca reflexão empática verbal e não verbal. Esse acompanhamento é usado para guiar o paciente e evitar que se desvie totalmente do percurso da tarefa.

Essa técnica, quando bem conduzida, permite ao paciente expressar de forma mais clara o que sente, dizer o que nunca disse, proporcionando um alívio para um sofrimento acumulado. A técnica acrescenta uma componente vivencial. O paciente não está apenas a pensar, mas a agir como se estivesse a interagir com o outro. Além disso, a troca de papéis facilita colocar-se no lugar do outro e perceber o que para o outro terá sentido, e ajuda a encontrar uma resolução para assuntos não resolvidos, novas respostas para a situação. A resolução dessa tarefa envolve responsabilizar o outro pelo que fez, compreender as razões do outro ou perdoo-lo pelo que fez ou não fez.

Um paciente já estava em terapia comigo há cerca de um ano quando lhe propus pela primeira vez essa técnica. Revelou alguma vergonha dando a entender que sentia expor mais a sua intimidade do que apenas falando. Como se receasse ser “apanhado”. Como se ao representar não se pudesse esconder atrás das palavras e eu como terapeuta estivesse a ver a realidade diretamente. Na verdade durante a representação são revelados aspetos que desconhecíamos e não apareceriam se o paciente estivesse apenas a falar daqueles assuntos. Mas é isso que torna esses momentos curativos, os pacientes expõem a sua maior intimidade sentindo-se vulneráveis e essa vulnerabilidade é aceite e protegida.

No fundo comecei a fazer com as emoções algo que já fazia com os sonhos. Ao ler Phillip Bromberg (2011, p. 31-50), um conceituado e reconhecido psicanalista do grupo da Psicanálise Relacional, deparei-me com uma forma curiosa de abordar os sonhos. Bromberg pede aos pacientes para criarem a atmosfera propícia e voltarem ao sonho, pede-lhes que sejam descritivos pormenorizados, falem no presente do indicativo, “agora estou a ver isto, estou a caminhar para, etc.” Achei curiosa a forma de explorar os sonhos, fazia-me lembrar o psicodrama de que eu também tinha tido experiência e em que o director nos pede para nos colocarmos na situação e encenarmos. Alguns psicanalistas ao ouvirem isso achariam que não é psicanálise mas sim psicodrama e que é demasiado diretivo. Eu pela minha parte pensei, se nos pode ajudar a perceber melhor o paciente, se ele a partir daí faz mais facilmente associações, no fundo se nos ajuda a perceber o inconsciente do paciente e não altera o tipo de mutualidade e colaboração que existia na relação, por que não? Também, verdade seja dita, eu não desconhecia completamente outras formas de explorar os sonhos, mas vê-lo usado por um psicanalista muito experiente incentivou-me a usar a técnica.

Passei então a explorar os sonhos dessa forma ou numa abordagem aproximada. Depois de o paciente contar o sonho, espero pelas associações espontâneas que possa fazer e depois de as explorarmos pergunto-lhe se pode voltar ao sonho e pergunto o que vê, as cores, o que está a sentir, etc. Habitualmente o paciente acrescenta pormenores visuais e de diálogo que não tinha fornecido no primeiro relato. Só isso já de si me dá mais informação, eventualmente não conta à primeira aspetos que a censura o fez omitir

e ajuda-me a perceber melhor o que o angustia. Mas, ao mesmo tempo, acrescentando esses pormenores o paciente expõe-se e partilha mais de si, criando a possibilidade de ser aceite e confirmando que essa maior exposição de fragilidade não foi traumática mas acolhida. Por outro lado, fornece ao paciente outras associações, elaboração e compreensão de si próprio.

O ponto de partida para se falar nas emoções também pode ser a própria emoção do terapeuta. Um paciente diz que me ouviu suspirar e diz que quando ouve os outros suspirarem pensa logo que está a ser cansativo. Uma abordagem possível é explorar o que o paciente tem notado sobre o terapeuta. Por exemplo, perguntar ao paciente se tem notado algo que o possa ter levado a concluir que estou cansado de o ouvir. É uma forma de estar aberto e disponível para conhecer algo de mim próprio.

Nesse caso eu nem sequer tinha me dado conta do meu suspiro. Perante a observação do paciente fico a refletir sobre o que me teria levado a suspirar. Acabo por dizer que não posso ter a certeza, mas provavelmente o suspiro refletia uma sensação de incapacidade da minha parte. A sensação de que convidá-lo a explorar o tema de que estava a falar iria ser sentida como uma crítica. Momentaneamente não encontrava a melhor fórmula de intervir, e a minha frustração, o meu desalento expressou-se por um suspiro. Esta autorevelação ajudou-me a perceber o que ainda sentia nas sessões com este paciente, como a sensação de dificuldade ainda era persistente, e ajudou-nos a refletir sobre ele.

VINHETA CLÍNICA

Espero com esta vinheta mais longa ajudar o leitor a perceber o foco nas emoções. A Luisa é uma mulher de meia-idade, professora. Tem um filho adulto que já não vive com ela. Vive sozinha. Começa por dizer que se separou há dois anos e meio e sente-se desde então a perder vida. Viveu cinco anos com um companheiro. Ele era muito confrontativo, e ela tem dificuldade em dizer não, em entrar em confronto, não consegue expressar a zanga. “Sentia-me julgada, mas ao mesmo tempo amada”. Nos últimos dois anos em que estiveram juntos já se sentia desligada e havia um afastamento; queria que ele se fosse embora mas não lho dizia. Um dia ele disse que tinha um caso com uma colega e separaram-se.

Depois da separação mantêm uma relação em que estão juntos uma vez por semana ou nem tanto. Passou a estar à espera dele, deixando de viver. Por exemplo, deixou o emprego um mês após a separação para estar disponível para ele, porque ele se queixava de que não havia espaço para ele. Ele diz que a ama mas mantém a outra relação.

Em criança era independente e confiante. Aos 12 anos tudo se desmoronou quando os pais se separaram. A mãe da Luisa era uma pessoa muito doente. “A minha mãe chamava-me só para eu estar ali a fazer-lhe companhia. Eu não queria mas ia. Ficava a ouvi-la horas para ela não estar sozinha”. Como era estar com ela? “Doentio. Era pesado”. Saía de lá como? “Esgotada. Resignei-me”. “Também me fazia sentir culpada. Anda cá, senta-te aqui, gostas mais de mim ou do pai?”. Hoje em dia a Luisa está sempre preocupada com a ideia de que os outros se sintam obrigados. Eu vou ouvindo essas coisas de tanto sofrimento que ela me conta sem sofrimento, apenas com uma ponta de resignação. Eu pergunto: e o que sente ao contar-me isto? Não expressa mais do que uma ponta de resignação. Vem contar-me as coisas mas sem qualquer emoção na sessão.

Cerca de seis meses depois do início da terapia as coisas começam a transformar-se. Numa sessão diz que descobriu algo sobre o Abel. Pergunto-lhe o que foi e ela diz que não quer dizer porque sente vergonha. Pergunto se podemos falar sobre esse sentimento, essa vergonha, mesmo que não fale do que viu. Ela diz que sim, é um aperto no peito. Sente vergonha por há tanto tempo se manter na crença de que aquilo que têm os dois (ela e o Abel) ser especial, e afinal não é. Como se se mantivesse enganada. Digo-lhe que sinto que é como uma criança que perde uma ilusão, um sofrimento desse tipo. Ela diz que sim e lembra-se do dia em que o pai lhe disse a ela e à irmã, estando a mãe presente, que se iam separar. Diz que começou a chorar sem parar. Ouvia os pais a discutir permanentemente mas era como se achasse que as coisas se iam compor.

Na sessão seguinte diz que finalmente teve uma conversa com Abel. Estava muito triste, deprimida. E também estava muito receosa de não ser capaz de lhe dizer o que sentia porque ele tentou várias vezes virar a conversa, sentiu-se acusado, saiu da sala. E ao mesmo tempo ela pensava que não o queria magoar. Depois pensou “não! não posso estar sempre a pensar nele”. A zanga assertiva veio ao de cima.

A certa altura digo-lhe que há um enorme contraste entre o que sentiu na altura e o que expressa aqui. Aqui está a falar sem aparente emoção, até com um sorriso, por que será? A conversa acaba por ir parar a não querer ser um peso para o outro, não o sobrecarregar, etc. Só pode deixar transparecer as emoções positivas como o entusiasmo pelo trabalho, o riso com algumas coisas que acontecem, mas nunca o choro, a zanga, a contrariedade. Ela diz que sim, que o ex-marido, pai do filho e de quem se separou uns 15 anos antes, estranhou ao vê-la chorar três dias porque ele pensava que ela já não gostava dele. Ela não mostra quando está zangada, triste, contrariada, pensa sempre no outro e anula-se. Um dia os outros surpreendem-se quando veem que afinal ela tem desejos, sente-se frustrada, etc. Ela não pensa nela e põe-se ao serviço dos outros.

Uma semana depois conta que algo lhe provocou ansiedade. O filho convidou-a para um jantar onde estava também o Abel. A certa altura o Abel começou a discutir com uma das moças e nenhum parecia desistir ou conciliar. Ela sentiu-se ansiosa e foi fumar um cigarro. Mesmo depois da conversa ter mudado ela não foi capaz de se acalmar e queria ir-se embora. A Luisa já estava a falar doutras coisas e eu digo “podemos voltar um pouco atrás e tentarmos perceber essa ansiedade que sentiu?”. Fica pensativa. “É como quando os meus pais discutiam. Eu ia-me embora. Como se devesse tomar partido e eu não conseguia”. Depois acrescenta que o Abel após as discussões costumava criticá-la por não se ter posto do lado dele, que a mãe lhe perguntava se ela gostava mais do pai ou da mãe... Acabou por sair do jantar ao mesmo tempo que o Abel e eu perguntei-lhe se lhe tinha dito alguma coisa. Ela disse-lhe que não estava bem, mas só mais tarde percebeu que a ansiedade era dessa tensão de se sentir obrigada a tomar partido... e o receio de que ele depois a viesse a acusar.

Habitou-se em pequena a engolir o desconforto, a tristeza, a não os poder mostrar, a estar sempre ao serviço do outros e evitar ser um peso. Não aparecia zanga com o desrespeito pelos seus direitos. Por vezes ficava triste, deprimida, mas essas emoções não saíam na sessão ou quando saíam era de forma muito ténue. Foi preciso um longo trabalho de a guiar para a emoção, de ajudar a perceber que era aceitável mostrar as suas emoções.

CONCLUSÃO

Chegados a esta fase é importante sintetizar o impacto do treino em EFT na minha prática clínica psicanalítica.

Foco na emoção. A Psicoterapia Psicanalítica e as diversas psicanálises, como a Psicanálise Clássica, a Teoria das Relações de Objeto, a Psicologia do Self e a Psicanálise Relacional são modelos centrados nos conteúdos e não na emoção. A psicanálise não desenvolveu formas próprias de ativar e trabalhar a emoção e por isso se o paciente se vai ou não emocionar depende em grande parte dele próprio. Em alguns casos corre-se o risco de a terapia ser uma conversa sem emoções. A influência da EFT ajudou-me a ter uma escuta diferente. A minha atenção privilegia agora mais a emoção não se focando apenas no conteúdo. É uma forma de transformar a terapia em algo mais que uma cura pela fala e recuperar na psicanálise a importância da emoção.

A ênfase nas emoções da psicoterapia psicanalítica nota-se mais quando se compara a Psicoterapia Psicanalítica com a Terapia Cognitivo-comportamental, que se centra nos pensamentos e crenças. Mas isso sobrevaloriza a emoção dando-lhe uma importância que não tem de facto nas terapias psicanalíticas. Só quando se compara a psicoterapia psicanalítica e a psicanálise com outras terapias focadas na emoção como a EFT é que se percebe quão escassa e pobre é a exploração das emoções na Psicoterapia Psicanalítica.

O foco nas emoções ocorre por uma atenção e importância redobrada às expressões faciais, ao brilho nos olhos, aos gestos, para além da postura, da tonalidade e interrupções no discurso, às palavras que expressam alguma emoção. A deteção de um desses detalhes leva-me a intervir levando o paciente a focar-se na emoção. Focar as emoções ajuda a ultrapassar a dificuldade que encontramos com pacientes articulados que não têm dificuldade em falar durante uma sessão inteira sobre si mas que nunca ou raramente se emocionam. Nesses casos é preciso uma atenção a pequenos detalhes, mudanças na expressão facial e no olhar, pequenas pausas, e aproveitar esses momentos para lhes perguntar “o que sente neste momento?”. Invariavelmente ouvimos algo que não antecipávamos.

Já me têm perguntado que psicoterapia psicanalítica é essa uma vez que integra o recurso a marcadores e tarefas e em que difere ela da minha prática clínica anterior. Diria que as tarefas só são usadas em algumas sessões e por isso a maior diferença é mesmo uma maior perspicácia na identificação das emoções e a sua exploração de uma forma mais sistemática. A terapia torna-se mais experiencial.

Maior equilíbrio entre guiar e seguir o paciente. A psicanálise é tradicionalmente uma terapia em que o terapeuta tem uma atitude passiva. Na EFT o terapeuta guia de duas formas. Numa delas guiando o paciente do exterior e superficial para o interior, perguntando o que sente; outra forma de guiar consiste no uso das tarefas. Entre as diferentes tarefas usadas pela EFT o *focusing* é mais acessível para os psicanalistas por requerer menos orientação do terapeuta do que tarefas mais ativas como o uso das cadeiras. Além disso também se centra mais na cognição, no pensamento, como a psicanálise. A grande diferença é que o foco da atenção é o próprio corpo, a sensação corporal e não o que o paciente pensa.

Se for adotada uma atitude passiva, alguns pacientes fogem sistematicamente do sofrimento. Sendo assim, é necessário conduzi-los sistematicamente de volta à emoção. É importante perguntar ao paciente se está disposto a fazer a tarefa reforçando um trabalho de colaboração e reforçando uma relação de confiança.

Estar atento aos marcadores e fazer uso das intervenções [tarefas] para cada um dos marcadores. O conhecimento dos marcadores alertam-nos para uma dificuldade do paciente e para um momento chave para intervir. Por vezes com alguns pacientes eu usava estratégias semelhantes ao desdobrar sistemático de uma evocação para identificar a origem de uma mudança de humor. Mas fazia-o de forma intuitiva e nunca de forma tão sistemática como propõe a EFT. Com a oportunidade de ler extensamente sobre esse tópico na literatura sobre EFT foi possível encontrar um enquadramento teórico para essa técnica e perceber a sua completa utilização. Por outro lado, a utilização dos marcadores e das tarefas também facilita a compreensão psicodinâmica do paciente de forma mais rápida.

A psicanálise que praticava quase nunca se focava no corpo e não procurava ter um cariz vivencial. Se tinha ou não esse cariz dependia quase exclusivamente do paciente. Com a focalização a terapia transforma-se.

Os pacientes começam a ser guiados para o corpo, a estar mais atentos ao que sentem corporalmente e perceber a necessidade de reviver na sessão as situações como forma de perceberem melhor o que se passa com eles.

As dificuldades em integrar as técnicas EFT na minha prática psicanalítica só são generalizáveis a terapeutas com uma longa experiência enraizada de não diretividade, neutralidade, e de não apoiar. As minhas características pessoais que não favorecem ser mais interventivo também terão tido um papel importante.

Finalmente, estas reflexões levam-nos a confirmar mais uma vez a importância de a psicanálise ganhar um caráter sistémico em que influencie outros ramos de conhecimento e seja por eles influenciada. Durante mais de uma década comportei-me como um psicanalista típico, isto é, só lia psicanálise. Para esse tipo de psicanalistas este meu texto soará estranho. Donnel Stern (2015, p. 230) refere que uma vez que as ideias novas em qualquer disciplina provêm com frequência da exposição à informação para lá dos limites da própria disciplina, os psicanalistas deviam ser encorajados a explorar outros campos como a filosofia, neurociências, antropologia, sociologia, e a levar a sério os *insights* vindos da literatura, dos filmes e de outras artes. É curioso que nessa menção estejam omissas a psicologia e as psicoterapias em geral.

REFERÊNCIAS

- Bromberg, P. (2011). Bringing in the dreamer. In: P. Bromberg [Autor]. *Awakening the dreamer. Clinical journeys* (p. 31-50). New York: Routledge.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. (2004). Processing problematic experiences. In: R. Elliott, J. C. Watson, R.N. Goldman, & L. Greenberg. (eds.). *Learning emotion-focused therapy: the process-experiential approach to change*. Washington: APA.
- Ferenczi, S. (1932). *The clinical diary of Sandor Ferenczi*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Freud, S. (1895/1969). A psicoterapia da histeria. In: Freud, S. [Autor], *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (p. 271-316). Rio de Janeiro: Imago.
- Fromm, E. (1941/1984). *Escape from freedom*. New York: Avon Books.
- Gendlin, E. (1969). Focusing. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 6, 4-15.
- Gendlin, E. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy: a manual of the experiential method*. New York: Guilford.
- Greenberg, L. S. (2011/2014). *Terapia focada nas emoções*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Greenberg, L. S. (2015). *Emotion-focused therapy. Coaching clients to work through their feelings*. Washington: APA.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. Washington: APA.
- Greenberg, L., & Goldman, R. N. (2008). Therapeutic tasks: focusing on individual emotional states. In: L. Greenberg, & R. N. Goldman (eds.), *Emotion focused therapy: the dynamic of emotion, love, and power* (p. 199-224). Washington: APA.
- Greenberg, R. L., & Elliot, R. (1993). *Facilitating emotional change: the moment-by-moment process*. New York: Guilford.
- Maroda, K. J. (2010). *Psychodynamic techniques. Working with emotion in the therapeutic relationship*. New York: Guilford.
- McWilliams, N. (2004/2006). *Psicoterapia Psicanalítica: guia para terapeutas*. Lisboa: Climepsi.

- Rice, L. & Greenberg, L. (1984). *Patterns' of change: an intensive analysis of psychotherapeutic process*. New York: Guilford.
- Stern, D. (2015). *Relational freedom. Emergent properties of the interpersonal field*. London: Routledge.
- Watson, J. C., & Rennie, D. L. (1994). Qualitative analysis of clients' subjective experience of significant moments during the exploration of problematic reactions. *Journal of Counseling Psychology*, 41(4), 500-509.
- Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2017). *Emotion-focused therapy for generalized anxiety*. Washington: American Psychological Association.

Recebido em: 08/12/2015

Aprovado em: 10/02/2016