

Psicoterapia breve

Abordagem sistematizada de situações de crise

EDUARDO FERREIRA-SANTOS



PSICOTERAPIA BREVE

Abordagem sistematizada de situações de crise

Copyright © 1990, 1997, 2013 by Eduardo Ferreira-Santos
Direitos desta edição reservados por Summus Editorial

Editora executiva: **Soraia Bini Cury**

Editora assistente: **Salete Del Guerra**

Capa: **Buono Disegno**

Imagem de capa: **Hayati Kayhan/Shutterstock**

Projeto gráfico e diagramação: **Crayon Editorial**

Impressão: **Sumago Gráfica Editorial**

Editora Ágora

Departamento editorial

Rua Itapicuru, 613 – 7º andar

05006-000 – São Paulo – SP

Fone: (11) 3872-3322

Fax: (11) 3872-7476

<http://www.editoraagora.com.br>

e-mail: agora@editoraagora.com.br

Atendimento ao consumidor

Summus Editorial

Fone: (11) 3865-9890

Vendas por atacado

Fone: (11) 3873-8638

Fax: (11) 3873-7085

e-mail: vendas@summus.com.br

Impresso no Brasil

Sumário

PREFÁCIO	11
PRÓLOGO	15
INTRODUÇÃO	19
Apresentação do problema	19
Proposta psicoterápica de solução	25
1 RETROSPECTIVA HISTÓRICA	27
Fase inicial: de Freud ao EMDR	27
Publicações recentes	31
Aplicação e desenvolvimento no Brasil	34
2 A PSICOTERAPIA BREVE	39
Introdução	39
Tipos de psicoterapia breve	40
Conceito de psicoterapia breve	41
Crêterios de indicaçãõ	45
Focalizaçãõ	50
Duraçãõ e prognóstiço	54
3 TEORIA DA CRISE	57
Introduçãõ	57
Compreensãõ psicodramática da crise	63
4 TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	69
Aspectos históricos e conceituais	69
Aspectos neurobiológicos	87
Aspectos psicodinâmicos	91

5 SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE PSICOTERAPIA	
BREVE SEGUNDO O ENFOQUE PSICODRAMÁTICO	97
A postura do psicoterapeuta	97
Esquema técnico geral	105
Esquema técnico específico	115
6 PSICOTERAPIA BREVE GRUPAL	129
7 FARMACOPSICOTERAPIA	141
8 PROTOCOLO CLÍNICO	153
9 EXEMPLOS CLÍNICOS	163
CONSIDERAÇÕES FINAIS	187
Quadro sinóptico	191
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	193

Prefácio

PSICOTERAPIA BREVE E PSICOTERAPIA LONGA

PELOS CAMINHOS DO DESTINO acompanho este livro desde o nascedouro.

Eduardo Ferreira-Santos indicou-me como orientador do trabalho que deu origem a este livro, como ele próprio descreve em seu prólogo. Quando, então, apareceu-me com o rascunho do trabalho, percebi que pouco ou nada tinha a sugerir. O trabalho foi aprovado pelo Instituto Sedes Sapientiae. Recomendai-lhe a leitura a muitos supervisionandos e inúmeras cópias foram feitas. Mais recentemente, o trabalho já transformado em tese, Eduardo chamou-me, pela segunda vez, para dar um parecer a respeito da transformação da tese em livro. Observei uma vez mais que pouco ou quase nada deveria ser mudado.

Por força de uma longa experiência como professor, iniciada muito cedo em cursos para vestibulares e depois continuada em funções didáticas no Hospital das Clínicas (FMUSP) e em entidades de psicodrama, Eduardo é fluente e claro.

O tema deste livro é de enorme importância para um país como o nosso, onde os ambulatórios de psiquiatria encontram-se abarrotados de pacientes sem atendimento psicoterápico.

R. J. Campbell¹, em dois trabalhos que se tornaram clássicos, chama a atenção para a necessidade de se adaptarem técnicas psicoterápicas de longo curso para abordagens mais consentâ-

1. CAMPBELL, R. J. "Aplicaciones de la psicoterapia breve" e "Modificaciones de la psicoterapia". In: *Cuadernos de Psicoterapia*, abril de 1967, v. II, n. 1, e setembro de 1967, v. II, n. 2.

neas com a realidade social. É dele a definição irônica de que a psicoterapia é “uma técnica não identificada, aplicada a problemas não específicos, com resultados imprezíveis (para a qual se recomenda um rigoroso treinamento)”.

A reação contrária a essas transformações parte de muitos profissionais que preferem manter seu posto de onisciente observador que escuta. Tal atitude revela, muitas vezes, mais uma rigidez de personalidade do que objeções técnicas reais.

Nessa nova postura, o paciente precisa ser considerado quanto à sua comunidade e subcultura. A família e a comunidade devem ser preparadas para aceitar e integrar o paciente formal e as suas estruturas. Se isso não acontecer, o paciente vai obter bem pouco ou nenhum benefício de um tratamento que não considera o ambiente onde tem de viver.

A celeuma aumenta quando se discute o resultado das psicoterapias em geral. Questão delicada a ponto de muito poucos trabalhos serem publicados a seu respeito. Uma psicoterapia longa tem melhores resultados que uma breve? Muito difícil responder. Alguns autores referem remissões espontâneas de quadros neuróticos, ou seja, a “psicoterapia da vida” também funciona. Brody (citado por Campbell) descreve que, de 306 pacientes “completamente analisados”, com análise de três a quatro anos, numa média de 600 horas de análise, somente 30% foram considerados “curados” ou “muito melhorados”...

Um estudo de cinco anos, realizado por Rogers (também citado por Campbell) sobre resultados em terapia com esquizofrênicos, independentemente de linhas ou escolas psicoterápicas, concluiu que os psicoterapeutas que proporcionam certas condições terapêuticas a seus pacientes obtêm bons resultados. Os outros profissionais colhem resultados negativos. As condições terapêuticas do primeiro grupo são: 1) a exata compreensão empática do paciente; 2) a consideração positiva incondicional para com o paciente; e 3) a autoconsonância ou genuinidade do terapeuta, isto é, sua habilidade em reconhecer os próprios sen-

timentos e reagir genuinamente como pessoa real, de acordo com eles.

Assim, realça-se a personalidade do terapeuta como principal instrumento de trabalho. É evidente, no entanto, que a proposta psicoterápica visa flexibilizar o tratamento segundo a técnica escolhida conforme as necessidades do paciente. Selecionar e aplicar habilmente os métodos de tratamento está diretamente ligado ao treinamento e à experiência do profissional.

Costumo usar a imagem de que existe um tipo de psicoterapia que se assemelha à guerra clássica, longa, pesada, e outro que segue os métodos da guerrilha, ágil, veloz, cheia de esperanças. Creio que a psicoterapia breve enquadra-se neste último tipo. Emprega técnicas rápidas e eficazes. Por que não incluí-las também nas chamadas psicoterapias tradicionais?

JOSÉ FONSECA FILHO

Psiquiatra e psicodramatista, autor de *Psicodrama da loucura* (Ágora, 1980) e *Psicoterapia da relação* (Ágora, 2000)

Prólogo

QUANDO EU AINDA ERA médico residente de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, em 1979, como R-2, comecei a me interessar por alguma forma de atendimento psicoterápico que pudesse ser realmente eficaz e diminuísse a longa fila de espera que lotava o “banco de pacientes” do Serviço de Psicoterapia.

Com o apoio entusiasmado de meu supervisor, Luiz Cuschnir, comecei a pesquisar na literatura uma alternativa de atendimento psicoterápico e, para minha surpresa, constatei que muito já havia sido escrito sobre “uma tal de” psicoterapia breve, praticada com êxito em vários lugares do mundo, notadamente na Inglaterra, nos Estados Unidos e na Argentina.

Comecei a estudar e logo em seguida a trabalhar com essa forma de abordagem tanto em nível institucional (no IPq-HC-FMUSP) quanto em meu recém-inaugurado consultório, recebendo o carinho e o apoio de meus amigos Geraldo Massaro e Dirce Vieira e do saudoso HÉlvio Avegliano Jr.

Nessa primeira fase do trabalho, sob a orientação de Victor Dias e com a colaboração efetiva de minha amiga Norka Wejnsztein, cheguei a escrever alguns trabalhos que, ousadamente, apresentei no II e no III Congresso Brasileiro de Psicodrama.

O estudo foi sendo ampliado e, em 1984, sob a orientação de José de Souza Fonseca Filho, apresentei ao Departamento de Psicodrama do Instituto Sedes Sapientiae o trabalho *Psicodrama e psicoterapia breve: proposta de um modelo de ação terapêutica*

para obtenção do título de terapeuta de aluno perante a atenta e acolhedora banca examinadora – que, além do Fonseca, era formada por Arthur Kaufman e Antonio Carlos Cezarino.

Mas o estudo e a prática dessa fascinante forma de psicoterapia não pararam por aí e, ao ingressar no programa de pós-graduação em psicologia clínica na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, encontrei em Mathilde Neder todo o apoio e a firmeza na orientação da dissertação de mestrado que acabei por defender em maio de 1989 perante a banca examinadora formada por Mathilde, por Rosa Macedo e por outro contagiante entusiasta do tema, Clóvis Martins.

Ainda assim, o trabalho não estava terminado (como acho que nunca estará) e lá estava o ex-terapeuta, ex-supervisor, ex-orientador e grande amigo Fonseca novamente me estimulando a publicá-lo na forma de livro.

Com algumas pequenas modificações no original da dissertação e já tendo, inclusive, publicado uma síntese dos aspectos teóricos da psicoterapia breve em psicodrama no volume 1 dos *Cadernos de Psicodrama do Instituto Sedes Sapientiae*, naquele momento, especialmente motivado (ou talvez até invejoso de minha mulher) pelo nascimento de meu primeiro filho, o Guilherme, encontrei mais um pouquinho de energia para escrever este pequeno livro – que, espero, seja de utilidade, algo como um manual para todos aqueles que se interessam por psicoterapia breve e queiram praticá-la tanto em consultório quanto, em particular, em instituições de atendimento populacional, nas quais seus excelentes resultados poderão realmente constituir solução eficaz para os nossos grandes problemas de saúde mental.

Ao longo desses anos, porém, algumas grandes modificações ocorreram na compreensão e na atuação com o paciente que sofre de uma crise desestabilizadora de sua existência. Notadamente, o grande avanço da farmacoterapia e de abordagens alternativas de psicoterapia ganhou espaço cada vez maior e mais importante.

Se, antes, a psicoterapia breve era uma *opção* de tratamento, hoje em dia tornou-se quase *obrigatória*, não apenas no plano institucional mas, principalmente, na clínica privada, onde os efeitos da política econômica desabaram como uma avalanche. Embora mais pessoas tenham recursos para recorrer a uma psicoterapia, elas procuram um trabalho eficiente e de curta duração.

Trata-se da concretização, em nosso meio, da política neoliberal que leva o “mercado” a procurar formas mais econômicas e satisfatórias no atendimento de suas necessidades, como já vem ocorrendo há vários anos nos Estados Unidos.

No plano social, a psicoterapia breve já ganhou também quase todos os espaços em países nos quais o atendimento médico e psicológico foi estatizado ou, pelo menos, teve grande influência do Estado em sua aplicação, como na Grã-Bretanha.

O Brasil luta, a seu modo, para entrar nesse restrito Primeiro Mundo, sofrendo o impacto impiedoso da globalização, que deixa a nu nossas deficiências e atitudes reacionárias.

O poder da mídia escrita e televisionada, a internet, a propagação universal do conhecimento em segundos, por métodos cada vez mais sofisticados, já não nos permite ficar estacionados no tempo e ver “a banda passar”.

A hora é de ação, de reação, de transformação a caminho da modernidade. Situações estressantes que se refletem em crises existenciais, por um lado, e em crises de resolução para atender a essas mesmas crises, por outro.

Portanto, a psicoterapia breve, agora mais do que nunca, vem se tornar um valioso “arsenal” à disposição do psicoterapeuta que, efetivamente, procura uma “psicoterapia de resultados”. É uma pena que estejamos tão atrasados e não tenhamos percebido que, há quase 100 anos, J. L. Moreno já nos tinha mostrado exatamente isso tudo, ao propor uma terapia de ação, de resultados e de curta duração.

Mas, no lugar de “chorar o tempo perdido”, vamos pôr a mão na massa e começar a fazer aquilo que o grande gênio moreniano procurou nos legar: ajudar ao próximo!

A todas as pessoas nominalmente citadas aqui, e a muitas outras que compartilharam comigo dessa longa caminhada em quase 13 anos de trabalho e pesquisa, o meu maior agradecimento e o mais afetuoso abraço!

EDUARDO FERREIRA-SANTOS

Fevereiro, 2013

Introdução

APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

HÁ ALGUNS ANOS NA prática da psiquiatria clínica nos ambulatórios e enfermarias do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, venho observando e meditando sobre um dos graves problemas enfrentados pela grande massa populacional que procura esses serviços. Trata-se do imenso número de pessoas que, padecendo dos mais variados distúrbios psicogênicos (principalmente os que comprometem a esfera corporal), após infrutífera peregrinação pelas diversas clínicas especializadas do hospital, acaba sendo encaminhado à psiquiatria, na quase desesperada expectativa de aí encontrar alívio para suas angústias e depressões das mais distintas origens.

O que ocorre, no entanto, é que a psiquiatria clínica pouco ou nada pode fazer por essas pessoas, a não ser receitar-lhes uma série de medicamentos paliativos e aguardar a evolução natural do quadro, acompanhando a distância, com retornos ambulatoriais de curtíssima duração e periodicidade muito ampla, devido ao grande número de pacientes. Num levantamento pessoal dos pacientes matriculados no ambulatório do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, por um período de seis meses, constatei que, de 632 pacientes, 168 (26,58%) apresentavam diagnóstico de quadros reativos ou disfuncionais sugestivos de situações de crise.

Para esses pacientes, pouco mais de um quarto dos que procuram a ajuda de um sistema especializado, faz-se necessária a indica-

ção de um processo psicoterápico. Inicia-se, com isso, uma nova agonia para o paciente, que já foi e voltou ao hospital inúmeras vezes para ser triado, economicamente selecionado, registrado, fazer “cartão de matrícula” e finalmente ser atendido pelo médico residente ou pelo assistente. Afinal, ao ser encaminhado para o setor de psicoterapia, mais uma série de entraves burocráticos deverá ser vencida, como nova triagem, entrevista e a longuíssima “fila de espera” que, quase sempre, chega a ultrapassar um ano de duração. E isso não ocorre apenas no Hospital das Clínicas, havendo informações de situação semelhante em outras instituições.

Finalmente, uma vez atendidos, são poucos os pacientes que se beneficiam de um processo psicoterápico de longa duração. Seja por limitação de objetivos, pela dificuldade econômica de locomoção, pela falta de perspectiva de melhora em curto prazo ou por qualquer outro fator, o paciente acabará por interromper o tratamento logo após tê-lo iniciado, tornando perdida toda a sua jornada até ali, para recomeçar novo ciclo de peregrinação provavelmente em outra estrutura institucional semelhante.

Pude constatar – em outra observação pessoal – que o alongamento de um processo terapêutico, em nível institucional, provoca transtornos de tal ordem na vida social e profissional dos pacientes que os obriga a abandonar a psicoterapia após algumas poucas sessões. Tal observação poderá ser comprovada por um estudo estatístico realizado pela dra. Camita Abdo, do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, o qual demonstra elevado índice de abandono da terapia por volta do terceiro mês do processo.

Por outro lado, passei a considerar também a formação do médico residente em psiquiatria ou do estagiário em psicologia clínica que, inserido em um programa de aprendizagem de psicoterapia, na realidade, dispõe de apenas oito a 11 meses para desenvolver um processo psicoterápico que tenha como base os pressupostos técnicos e teóricos das psicoterapias reestruturativas prolongadas, as quais rigorosamente exigem anos de desenvolvi-

mento. E assim, quase sem levar em conta o diagnóstico e as expectativas e/ou necessidades clínicas do paciente, coloca-se o estagiário em uma posição de terapeuta “semiqualeficado”, assustado diante do imenso material que brota do paciente sob seus cuidados. Por mais que siga à risca as orientações dos supervisores, o fantasma de interrupção do tratamento (por abandono do paciente ou simplesmente pelo término do estágio) acompanha todo o desenrolar do processo terapêutico, que não tem objetivo definido nem metodologia adequada à situação.

Somando tudo isso à qualidade global de atendimento aos pacientes, verifica-se que o que ocorre na verdade é o fato citado por Leopold Bellak (*apud* Small, 1972, p. 12) na Introdução do livro *Psicoterapias breves*:

Tanta energia e tanta reflexão se voltaram sobre a planificação dos serviços de saúde mental em forma de sistemas de distribuição ampla em que, em muitos casos, ninguém se ocupou de conservar a qualidade da mercadoria distribuída. Assim, pois, antes que nos encontremos na posse de um esplêndido serviço de entregas sem coisa alguma para entregar, conviria a todos os interessados que se preocupassem com quem são e com o que fazem as pessoas e como se pode ajudá-las com menos problemas de adaptação.

QUEM SÃO E COMO SÃO ESSAS PESSOAS QUE NOS PEDEM AJUDA?

A vida moderna, caracterizada pelo ritmo acelerado, pelo barulho crescente e ensurdecedor, pela poluição asfixiante, pela despersonalização no estudo e no trabalho em virtude da automação, pela marcante valorização de aspectos fúteis e superficiais, pelo menosprezo de forças afetivas e pelo angustiante medo de ser (mais) agredido e ferido, leva o homem a fechar-se cada vez mais em si mesmo, isolando-se, tímido e apavorado, do mundo que o cerca e o ameaça de destruição, obrigando-o a armar-se de todas as defesas possíveis. Tal situação leva o homem a um estado de permanente “campo tenso”, em que sua espontaneidade e criatividade ficam sensivelmente reduzidas.

Por outro lado, a massacrante máquina publicitária veicula maciça propaganda exaltando o frescor e o dinamismo juvenis. Isso acaba por deixar o ser humano esmagado por si mesmo, prensado num limbo psíquico entre o desejo de desfrutar totalmente daquele “paraíso” apresentado nos coloridos comerciais de televisão e a dificuldade inerente de desvencilhar-se de todo o arsenal defensivo que contribui para proteger-se nas ruas da cidade.

Criam-se, então, os mitos de “perfeição e felicidade”, muitos deles impossíveis de ser alcançados, que geram fortes cargas afetivas de fracasso e frustração, o que serve para alimentar sentimentos de insuficiência e impotência, aumentando a insegurança e o isolamento defensivos.

Como diz Augusto Boal (1977, p. 13):

[...] Marshal MacLuhan afirma que, nesta época de tecnologia tão desenvolvida, o mundo se transformou em uma aldeia global. Através dos satélites, as notícias correm o mundo no mesmo instante em que se produzem. Satélite em mão única: de lá para cá, tudo; de cá para lá, nada.

Na própria ironia de Boal ao citar MacLuhan observa-se que as interações não ocorrem de verdade neste mundo, apenas se informa às pessoas o que se quer ou a respeito do que se deve ser informado, de acordo com a ideologia dominante.

MAS... E AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS? E O CONTATO AFETIVO?

O homem moderno sente-se ameaçado em sua intimidade pessoal e, como não encontra eco na sociedade para o seu lamento e socorro, é compreensível que, no caso de uma situação vivencial intensa (uma “crise”), acabe por procurar refúgio nas profundezas mais íntimas de si mesmo. Como o caranguejo que, na época da muda (ao perder sua carapaça protetora), é obrigado a esconder-se entre as pedras para não ser devorado por seus predadores, o homem também é levado a se esconder em si mesmo,

recriando o ciclo inquebrantável do isolamento que o afasta cada vez mais das relações afetivas.

Nessa carreira das fugas, caem também os últimos baluartes de defesa – como os pequenos grupos sociais e a família – dadas as grandes dificuldades de diálogo, a compreensão e a identificação de seus membros, os quais culminam com o isolamento total.

Moffatt (1982) salienta que

a crise se manifesta pela invasão de uma experiência de paralisação da continuidade do processo da vida. De repente, nos sentimos confusos e sós, o futuro se nos apresenta vazio e o presente congelado. Se a intensidade de perturbação aumenta [...] temos uma experiência de despersonalização.

Trancafiado em si mesmo, ameaçado, incompreendido, confuso e desorientado, o homem chega ao abismo da exaustão; perdido num labirinto de espelhos, a cada movimento ele se encara em sua forma mais angustiante de impotência e insignificância.

Nesse contexto de inquietação, tensão e ansiedade, surge a depressão, forma última da exaustão e do desespero. Desiludido, esgotado e sozinho, o homem volta-se para o mundo e nada vê; volta-se para as pessoas e elas lhe dão as costas, volta-se para si mesmo e mais nada encontra. A depressão se instala e o aniquila.

Bucher (1979) destaca que, como o ser humano tem, hoje em dia, o pensamento atraído pela focalização típica de nossa época nas ocorrências do corpo, o processo vital depressivo em instalação é levado a projetar-se sobre a esfera corporal, sendo vivenciado como doença física, surgindo, então, as chamadas distonias neurovegetativas (a clássica e já em desuso DNV) – a que muitos autores atribuem o nome, até certo ponto impróprio, de “depressão mascarada”. Os padecimentos psicossomáticos mais frequentemente observados, segundo Bucher, são as perturbações do sono, as cefaleias diárias, as dispepsias, as diarreias, os distúrbios dermatológicos e cardiorrespiratórios.

Com essa sintomatologia, a pessoa inicia longa e infrutífera peregrinação por clínicas e ambulatórios, tendo sempre por conclusão e diagnóstico a frase: “Você não tem *nada*. Isso é *apenas* psicológico”. São receitados alguns ansiolíticos, às vezes um ou outro antidepressivo, e muito pouco além disso acaba por ser feito. Se a pessoa tem condições socioeconômicas satisfatórias, será encaminhada para um longo e dispendioso tratamento psicoterápico. Se não, poderá ser encaminhada para alguma instituição, onde nova odisseia será iniciada: as longas e cansativas filas de espera, na expectativa da oportunidade – que chega a demorar anos – de poder realizar alguma forma de psicoterapia.

Sentindo-se outra vez desprezada e desamparada, empenha mais força na estruturação dos sintomas, os quais se tornam mais complexos e angustiantes, fechando ainda mais o cerco sobre si mesma.

Assim, novos mecanismos de defesa vão sendo mobilizados na tentativa de diminuir o sofrimento provocado pela angústia e pela depressão, desenvolvendo-se quadros psíquicos cada vez mais estruturados e cristalizando comportamentos inadequados e incapacitantes, cronificando a angústia e a ansiedade.

Delgado (1969) refere-se às reações psíquicas anormais como o foco axial das neuroses e, embora afirme não considerar os acontecimentos externos críticos como causa suficiente, dá a eles valor semelhante ao de condições predisponentes de personalidade e da constituição psicofísica da pessoa. Ainda nesse aspecto, Delgado atribui grande influência ao ambiente adverso no desenvolvimento desses quadros, afirmando que “isto se observa particularmente nas grandes cidades, onde, desde o princípio deste século, a civilização técnica dá à vida um ritmo apressado que perturba o desenvolvimento psíquico de crianças e jovens”.

À “descompensação psicológica” pode seguir-se um quadro neurótico (às vezes até psicótico), cuja cronificação causa danos irremediáveis e permanentes, reduzindo e dificultando em muito uma ação terapêutica *a posteriori*.

Como, então, quebrar esse círculo vicioso? Como sair dessa situação?

PROPOSTA PSICOTERÁPICA DE SOLUÇÃO

ESSE É MAIS UM dos desafios que o profissional de saúde mental tem de enfrentar. Para tanto, é necessária a atuação em diversos níveis – do biológico (pois não se pode negar o excepcional avanço dos conhecimentos da psiquiatria biológica nos últimos tempos) e social (avaliando a atual situação de desconforto e as ameaças em que vive a população em geral) até o planejamento técnico-teórico de atendimento dessa população específica.

Assim, pois, o reconhecimento desse segmento populacional, com seu sofrimento, é uma das tarefas básicas do terapeuta atuante.

Mas tal reconhecimento, ainda que em nível primário e puramente psicológico, é bastante deficiente por parte dos agentes terapêuticos atuantes no nosso meio, pois as reais necessidades dessa população são, na maior parte, desconhecidas e/ou não vivenciadas pelo agente, que, também em sua maioria, é proveniente de classe econômico-social diversa da que procura seus serviços e, evidentemente, apresenta profundas diferenças existenciais, culturais, sociais e até de linguagem entre si.

Assim, nas palavras de Rosa Macedo (1984):

Se há, pois, alguma abertura das instituições existentes, elas não sabem o que exigir do psicólogo, na medida em que não têm objetivos claros e definidos quanto ao atendimento voltado para a saúde mental, seja em que modelo for [...]. Se de um lado as instituições não explicitam sua finalidade, de outro os psicólogos não recebem formação específica para atuação em contexto diverso dos tradicionais.

No entanto, como o atendimento dessa população tem de ser feito, pois sua existência é flagrante e indiscutível, o que se obser-

va é uma atuação caótica, desorientada, baseada em empirismos e adaptações pessoais marcadas por um ecletismo perigoso em que se perdem a coerência e o rigor teórico-metodológico, numa espécie de “luta vale-tudo” na qual se torna tênue o limite que separa a liberdade da técnica (e sua imensa possibilidade criadora) do uso indiscriminado de técnicas, teorias, posturas filosóficas, religiosas e experiências que lançam mão tanto do efeito placebo, que reconhecidamente têm, quanto do efeito nocebo².

Com a intenção de evitar o mais possível o alucinante caos terapêutico (como muitos autores já o fizeram em outras linhas de psicoterapia), no presente volume apresento um modelo técnico e teórico de base psicodramática dinâmica que possa ser aplicado não apenas em situações de emergência, mas transponha esse momento inicial e possa acompanhar a pessoa todo o período em que ela estiver atravessando uma crise existencial por meio da atuação da psicoterapia breve.

Discutirei as implicações metodológicas do psicodrama em psicoterapia breve e apresentarei a proposta de um modelo de ação terapêutica, considerando não só a discussão da indicação do próprio processo como também as fases que envolvem a evolução da psicoterapia breve psicodramática.

Constitui, portanto, objetivo deste livro a apresentação da psicoterapia breve em um enfoque psicodramático como proposta de solução da situação de “crise” em que se encontram determinados indivíduos, que buscam ou demandam por psicoterapia, principalmente em instituições, ambulatorios de saúde mental e postos de saúde.

2. *Nocebo*: neologismo utilizado pelo autor para designar o efeito semelhante ao *placebo*, porém com um sentido prejudicial (do latim *placere*, agradar; *nocere*, prejudicar). [N. E.]