

LOCUS PSICODRAMA

Gisele Köller Adami Pawlak

**REVIVER PARA RE (VIVER): UM RELATO DE CASO DE UM LUTO
PERINATAL SOB INTERVENÇÃO NA CENA PSICODRAMÁTICA**

**FLORIANÓPOLIS
2018**

LOCUS PSICODRAMA

Autora: Gisele Köller Adami Pawlak
Orientadora: Profª Dnt Márcia Pereira Bernardes

**REVIVER PARA RE (VIVER): UM RELATO DE CASO DE UM LUTO
PERINATAL SOB A INTERVENÇÃO PSICODRAMÁTICA**

**FLORIANÓPOLIS
2018**

Gisele Köller Adami Pawlak
Orientadora: Profª Dnt Márcia Pereira Bernardes

**REVIVER PARA RE (VIVER): UM RELATO DE CASO DE UM LUTO
PERINATAL SOB A INTERVENÇÃO PSICODRAMÁTICA**

Monografia apresentada no curso de formação em Psicodrama Clínico, como requisito para obtenção do título de Especialista em Psicodrama- Nível I- Foco Clínico na Escola Locus Psicodrama. Orientadora: Prof.ª Márcia Pereira Bernardes.

**FLORIANÓPOLIS
2018**

REVIVER PARA RE (VIVER): UM RELATO DE CASO DE UM LUTO PERINATAL

SOB A INTERVENÇÃO PSICODRAMÁTICA

Por

Gisele Köller Adami Pawlak

Esta monografia apresentada à Banca Examinadora foi avaliada e julgada Aprovada para a obtenção do título de Especialista em Psicodrama- Nível I- Foco Clínico, no curso de Formação da Escola Lócus Psicodrama.

Profª Dnd. Psic. Márcia Pereira Bernardes

Coordenadora e professora orientadora

ProfºDr. Harrysson Luiz da Silva, PhD

Professor convidado

Profª Msc. Psic. Mônica Duarte Gonçalves

Professora convidada

Florianópolis/SC

2018

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus por poder me capacitar a exercer minha profissão,

À minha família que sempre me apoiou e inspirou nos meus estudos,

Ao meu marido que compreendeu meus períodos de ausência no decorrer da pós-graduação e que sempre me deu todo o suporte mesmo no ano de nosso casamento,

Aos mestres de pós-graduação: em especial Márcia Bernardes, minha orientadora; à Prof.^a Márcia Marques que me inspirou com seu jeito amável de ensinar; à Prof.^a Maria Luiza com sua leveza e criatividade; à Prof.^a Viviane Almeida por inspirar-me com sua intensidade e bom humor; e, a todos os outros professores que passaram e continuam passando por minha trajetória e deixam um pouco de si em minha prática;

À Marly Bebeu por me apresentar o Psicodrama, antes mesmo que eu tivesse a certeza que era isso mesmo que queria seguir,

Às minhas colegas de turma: Carla, Daniela, Michel, Shirley que tornaram este caminho mais frutífero, leve e prazeroso e cuja amizade permanece,

À minha amiga querida, Ariany Maçaneiro por todo seu apoio, suporte, inspiração e amizade (que o Psicodrama me deu),

À querida amiga Nádia, pela amizade, pelas trocas, pelos livros emprestados com tanta prontidão,

À todos os meus pacientes, que tornam meus dias cheios de sentido, de aprendizado e que fazem com que eu me mova a buscar conhecimento e a me desenvolver cada vez mais neste papel que tanto amo exercer: o de Psicodramatista!

Enfim, a todos que já passaram por meu caminho profissional, grandes nomes, incríveis profissionais os quais me espelho e busco meu próprio jeito de ser psicodramatista no mundo!

Gratidão!

EPIGRAFE

“Deixa partir
O que não te pertence mais
Deixa seguir o que não poderá voltar
Deixa morrer o que a vida já despediu
Abra a porta do quarto e a janela
Que o possível da vida te espera
Vem depressa que a vida precisa continuar (...)
E o presente é o presente que o tempo quer te entregar.
Deixa morrer o que a morte já sepultou
Deixa viver o que dela ressuscitou
Não queiras ter o que ainda não pode ser
É possível crescer nesta hora
Mesmo quando o que amamos foi embora
A saudade eterniza a presença de quem se foi
Com o tempo esta dor se aquieta
Se transforma em silencio que espera
Pelos braços da vida um dia reencontrar”.

(Música Perdas Necessárias – Pe. Fábio de Mello)

RESUMO

A presente pesquisa tem como finalidade utilizar técnicas psicodramáticas num estudo de caso de uma mulher de 36 anos que após vivenciar a perda de seu bebê recém-nascido, tem apresentado dificuldades em se reorganizar e retomar sua vida e seus papéis. A [fundamentação sicionômica adotada estará fundamentada](#) no Psicodrama Bi pessoal. A metodologia adotada utilizará os contextos, etapas e instrumentos do psicodrama. A partir da realização de 40sessões de psicodrama bi pessoal os resultados foram os seguintes: a paciente conseguiu rematizar a sua condição de luto para um estado saudável, liberando-se da cena traumática, criando dessa forma, novas possibilidades de reviver novos sentimentos, desejos e projetos.

Palavras-chave: Psicodrama bi pessoal, Luto, Papéis.

ABSTRACT

The present study aims to evaluate the effectiveness of psychodramatic techniques in a case study of a 36-year-old woman who, after experiencing the loss of her newborn baby, has presented difficulties in reorganizing and resuming her life and her roles. The socioeconomic foundation adopted will be based on Bipersonal Psychodrama. The methodology adopted will use the contexts, stages and instruments of psychodrama. The results of 36 sessions of bipersonal psychodrama were as follows: the patient was able to remort her mourning condition to a healthy state, releasing herself from the traumatic scene, thus creating new possibilities for reliving new feelings, desires and projects.

Key-words: Bipersonal Psychodrama, mourning, roles.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 ORIGEM DO TRABALHO	12
1.2 OBJETIVOS.....	12
1.2.1 Objetivo Geral	13
1.2.2 Objetivos Específicos.....	13
1.3 PROBLEMA DE PESQUISA.....	13
1.4 JUSTIFICATIVA.....	13
1.5 DELIMITAÇÃO.....	16
2 EMBASAMENTO TEÓRICO	17
2.1 PSICODRAMA DE JACOB LEVY MORENO.....	17
2.2 ESPONTANEIDADE E CRIATIVIDADE.....	18
2.3 A SESSÃO DE PSICODRAMA.....	20
2.4 INSTRUMENTOS DO PSICODRAMA	23
2.5 TEORIAS E CONCEITOS	24
2.5.1 Teoria da Matriz de Identidade	24
2.5.2 Teoria dos papéis	27
2.5.3 Teoria dos Clusters	Error! Bookmark not defined.
2.5.4 Teoria do Momento	Error! Bookmark not defined.
2.6 PSICODRAMA BIPESSOAL.....	28
2.7 PRINCIPAIS TÉCNICAS	29
2.7.1 Técnica do Duplo	30
2.7.2 Técnica do Espelho.....	Error! Bookmark not defined.
2.7.4 Técnica da Inversão de Papéis versus Tomada de Papéis.....	30
2.7.5 Solilóquio	Error! Bookmark not defined.
2.7.6 Concretização.....	32
2.7.8 Maximização	Error! Bookmark not defined.
2.7.9 Interpolação de resistências	Error! Bookmark not defined.

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

2.7.10 Psicodrama Interno.....	33
3 SOBRE A MORTE E O LUTO	33
3.1.1 Luto da perda de um filho.....	37
3.2 PSICODRAMA E A INTERVENÇÃO COM LUTO.....	38
4 METODOLOGIA	40
5 APRESENTAÇÃO DAS SESSÕES	42
5.1 DESCRIÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO CASO	42
5.2 CENA: VENCENDO O MEDO DE HOSPITAL.....	44
5.2.1 Explicações teóricas: Vencendo o medo de hospital.....	47
5.3 CENA: REVIVER PARA RE (VIVER): RETORNANDO A SALA DE PARTO.....	47
5.3.1 Explicações teóricas: Re (viver) para reviver	50
5.4 CENA: VOLTANDO A VIDA, A PRIMEIRA VIAGEM DE FÉRIAS.....	52
5.4.1 Explicações teóricas: Voltando a vida	54
5.5 CENA: A CONSTRUÇÃO DA LÁPIDE – ACEITANDO A PERDA	54
5.5.1 Explicações teóricas: Aceitando a perda.....	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS.....	59

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

Field Code Changed

1 INTRODUÇÃO

1.1 ORIGEM DO TRABALHO

Este trabalho teve origem a partir de uma demanda muito crescente no contexto clínico da terapeuta e pesquisadora deste trabalho, que é a **temática** do luto.

Vida e morte, embora ambíguas, caminham juntas. Uma não se dá sem a outra, afinal, viver, também remete ao morrer. Entende-se que é o curso normal de tudo que o que é ser vivo.

Pensar numa vida sendo gerado, o que se espera, portanto, é que se possa gerar, propriamente, esta vida. E referindo-se a maternidade, poder vivenciar este novo papel: o de ser mãe.

Quando a morte impede que este papel seja desempenhado, ou seja, quando ela chega praticamente junto com o nascimento, intriga, desperta questionamentos e até mesmo indignação.

Sendo o luto Peri natal tão delicado e instigante é que a pesquisadora escolheu este tema. Encontrando-se em um momento pessoal pensando em poder exercer a maternidade e gerar uma vida, ao encontrar uma paciente sua também com tamanho desejo e espera por exercer o papel materno, ter que vivenciar um luto Peri natal despertou grande desejo em auxiliá-la a superar esta perda e reorganizar sua vida e seus papéis diante de tamanha dor.

Sei que é vc que estava no momento pessoa, mas no texto não fica claro.

Para isto, procurou correlacionar e levar em conta o processo de luto e utilizando neste processo algumas técnicas psicodramáticas como concretização, tomada de papel, duplo e psicodrama interno.

Quem procurou fazer a correlação?

2 OBJETIVOS

2.1.1 Objetivo Geral

Utilizar as técnicas psicodramáticas para auxiliar mulheres em situação de luto Peri natal a restabelecerem o retorno aos seus papéis.

2.1.2 Objetivos Específicos

- Realizar fundamentação teórica relativa às técnicas psicodramáticas, teoria dos papéis, etapas do luto e luto Peri natal;
- Descrever os resultados das sessões psicoterapia psicodramática bi pessoal;
- Avaliar os resultados das intervenções realizadas.

2.2 PROBLEMA DE PESQUISA

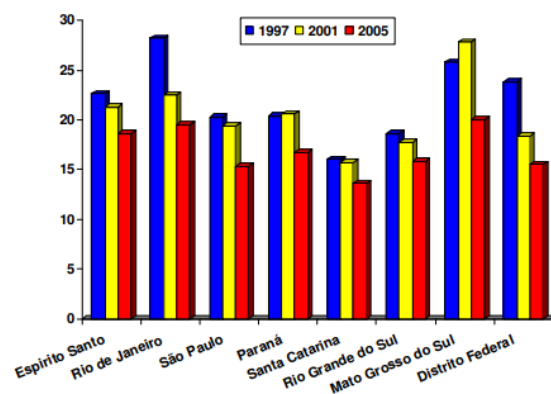
Como as técnicas psicodramáticas podem auxiliar uma mãe em situação de luto Peri natal? [Auxiliar A que?](#)

2.3 JUSTIFICATIVA

Vivenciar uma perda ou pensar em nossa própria morte, por mais que o tempo tenha passado, continua sendo um tema de difícil compreensão e aceitação, sobretudo quando o contexto é de mulheres em luto por seus filhos, ou mais especificamente, de luto Peri natal como é o tema deste trabalho.

A morte Peri natal é uma realidade expressiva em todo o país (conforme se pode verificar no gráfico I), e, ela diz respeito à perda do bebê a partir da 22ª semana até o sétimo dia de seu nascimento.

Gráfico 1 – Taxa de mortalidade Peri natal no Brasil, 1997, 2001 e 2005



* Por mil nascimentos.

Fonte: RIPSAs, 2007.

Ao tornar-se mãe, um novo e significativo papel vai se desenvolvendo e com ele, a formação de um vínculo desde a gestação. Da mesma forma como a mãe nomeia este bebê e vai se vinculando, lhe dando um lugar no mundo, este filho também vai dando um lugar para esta mãe, na medida em que vai possibilitando com que exerça seu papel materno.

Conforme a [teoria dos papéis de quem?](#) um complementa o outro. A perda Perinatal [perda ou luto?](#) rompe com este vínculo, ou seja, com o desempenho deste papel, extinguindo-o e por esta razão trazendo muito sofrimento, pois além da perda de um filho, priva-se de todas as expectativas, experiências, memórias que se iria construir a partir do exercício deste papel, ou seja, priva-se de exercer propriamente o papel de mãe.

Autores como Worden (1932), Kubler-Ross (1978), Bowlby (1984) Parkes (1998) tem desenvolvido estudos e pesquisas referentes ao tema do Luto e do luto materno, que tem nos auxiliado a compreender este processo, bem como conceitos importantes, que serão mencionados no presente trabalho, dentre outros que refletiram temas da morte e do morrer, como Perazzo (1986), entretanto, especificamente sobre o luto Perinatal encontra-se pouca bibliografia.

Iaconelli (2007) e os alemães Kersting & Wagner (2012) trazem importantes contribuições, mas ainda assim há muito que se ampliar este tema.

Porque esses autores estão separados dos autores do parágrafo anterior? Eles não tratam do mesmo assunto?

Muza, Souza, Arrais & Iaconelli (2013) **relatam** que há poucos estudos abordando luto Peri natal tendo em vista que não é uma perda plenamente reconhecida, e sim, socialmente negada e não validada pela sociedade.

Kersting & Wagner (2012) em seus estudos **sobre luto Peri natal?** abordaram os impactos psicológicos causados pela perda Peri natal, como por exemplo, stress pós-traumático, depressão, dificuldades no sono e sintomas de ansiedade, bem como implicações em papéis e atividades sociais, até então desempenhados trazendo ainda que o luto, embora seja um fenômeno natural pode levar a sintomas mais graves, sendo mais comum neste tipo de perda desenvolver um luto complicado, tido como um luto com durabilidade excessiva, ou não sendo elaborado de forma adequada.

Fica evidente o quanto este tipo de perda impacta no exercício dos papéis do dia-a-dia, bem como na saúde mental da mulher. **Com base em que já está validando seu problema de pesquisa antecipadamente? Quais referências levam você a essa avaliação.**

Assim, sendo, tendo em vista os impactos acima, bem como a dor vivenciada, a dificuldade de lidar com este tipo de perda, é que o luto Peri natal é importante ser estudado.

Logo, buscar formas de auxiliar mães a passar por este luto e poder retomar seus papéis, sua saúde mental, bem como, estimulá-las ao desempenho de novos papéis não é tarefa fácil, mas a psicoterapia tem muito a contribuir neste processo.

O psicodramatista Perazzo (1986) traz a importância da psicoterapia como forma de intervenção e auxílio e por isso a necessidade de ampliar pesquisas a respeito da intervenção do tema do luto em geral, e como o luto Peri natal não é diferente:

O processo de psicoterapia materializa os mortos e a morte, tornando evidente o que chamei de desenterro. Só mesmo a elaboração do luto, o enterro interior desses mortos, torna possível esta transformação em apenas memória de modo que o afeto dela decorrente não se torne um impedimento para o desempenho dos diversos papéis que a vida a todo o instante nos oferece (PERAZZO, 1986, p.126).

A abordagem psicodramática pode ser uma possibilidade recomendada no âmbito das psicoterapias para a intervenção junto ao luto.

Conforme Kellerman e Hudgins (2010) perdas significativas podem ser consideradas como traumas vivenciados, e assim o psicodrama pode ser um facilitador desse tratamento:

Baseado nos princípios tradicionais da catarse e da reencenação, assim como nos elementos dramáticos do ritual e da narrativa, o psicodrama tem sido empregado com sucesso em numerosos clientes traumatizados há mais de cinquenta anos (KELLERMAN; HUDGINS, 2010, p.24).

Pesquisar e aprofundar a intervenção do Psicodrama na temática do luto Peri natal pode auxiliar em maior promoção de saúde mental a mulheres que passam por uma perda Peri natal, bem como auxiliá-las na reorganização de seus papéis e retomada de sua vida.

2.4 DELIMITAÇÃO

A presente pesquisa foi realizada na cidade de Joinville, com uma mulher, de 36 anos em processo de luto Peri natal, que veio em busca de psicoterapia, a fim de poder lidar com o sofrimento da perda de um filho após seu nascimento.

O impacto desta perda corroborou para a dificuldade em desempenhar seus outros papéis, ao manifestar tristeza e choro constante, dificuldades no convívio social, bem como de restabelecer a sua saúde mental.

Foram realizadas ao todo 40 sessões de psicoterapia utilizando a metodologia psicodramática. O caso é considerado de extrema relevância por expressar a real dor da perda Peri natal, seus impactos e o quanto pode ser difícil esta superação.

Nestas 36 sessões não foram abordados somente temas ligados ao luto Peri natal, tendo em vista que após a paciente conseguir elaborar sua perda, optou por dar continuidade e trabalhar outros temas.

Nesta pesquisa serão descritas as cinco (cinco) sessões do início de seu processo terapêutico, consideradas mais significativas para elaboração do luto.

3 EMBASAMENTO TEÓRICO

3.1 PSICODRAMA DE JACOB LEVY MORENO

Jacob Levy Moreno foi o criador do Psicodrama como teoria e técnica psicoterápica. Romeno, judeu, com grande influência religiosa e personalidade extrovertida e cativante, Moreno **cursou** Medicina e logo inicia seu legado (GONÇALVES; WOLF; ALMEIDA, 1988, p. 11).

Moreno teve grande influência do Hassidismo, movimento judaico que aproximava a divindade do universo humano, defendendo que Deus se manifestara na existência humana, e que era um Deus próximo (Fonseca, 2008, p.20).

A influência do hassidismo fez com que Moreno vislumbrasse o homem como um ser cósmico, caracterizando um sentido maior, uma não terminalidade, ou seja, a continuidade, onde os vínculos não se perdem após a morte.

Criador da sociometria e pioneiro em psicoterapia de grupo foi médico psiquiatra e já na sua juventude envolvia-se com trabalhos grupais (MALAQUIAS, 2012, p.18-19).

Conforme Bustos (1990) Moreno concebe o homem a partir do vínculo e toda sua teoria partirá daí, do ser na relação.

Para Moreno o indivíduo é concebido e estudado através de suas relações interpessoais. Logo ao nascer, a criança é inserida num conjunto de relações, constituído em primeiro lugar por sua mãe (que é o primeiro ego-auxiliar), seu pai, irmãos, avós, tios etc.; a este conjunto Moreno chamou de Matriz de Identidade (GONÇALVES; WOLF; ALMEIDA,1988, p. 41).

A partir desta visão, Moreno estrutura sua teoria em: Socionomia, Sociodinâmica, Sociometria e Sociatria.

A Socionomia é a ciência que irá se ocupar de estudar as leis sociais que regem o comportamento interpessoal, desenvolvendo assim teorias que auxiliam na leitura dos fenômenos grupais, englobando aqui vários conceitos como a matriz de identidade, conserva cultural, etc. e fenômenos grupais como tele-transferência, teoria da espontaneidade e criatividade, teoria dos papéis, dentre outros. (MALAQUIAS, 2012).

Já a Sociodinâmica busca estudar o funcionamento das relações interpessoais, tendo como método de estudo o *role-playing*, permitindo assim ao indivíduo atuar

dramaticamente diversos papéis, visando desenvolver um papel espontâneo e criativo (GONÇALVES; WOLF; ALMEIDA, 1988).

A Sociometria diz respeito à ciência das relações interpessoais (BUSTOS, 2005). Ela pode ser conduzida por meio do teste sociométrico, mas não somente reduzida aos testes, ela possibilita o entendimento do objetivo pelo qual se escolhe uma pessoa, possibilitando investigar, conhecer e analisar a vida a partir do viés das inter-relações (CASTRO, 2011).

Por fim, a Sociatria, que constitui a terapêutica das relações sociais, tem como métodos: a Psicoterapia de grupo, o Psicodrama e o Sociodrama, onde Moreno vislumbrava que através destes, seria possível a cura e o tratamento do social. (GONÇALVES; WOLF; ALMEIDA, 1988).

A sociatria propõe uma idéia intrigante: o que sucederia se começássemos a tratar os elementos 'doentes' de nossa sociedade com uma abordagem holística? Ou seja, considerando em primeiro lugar que "ele" estão relacionados a 'nós'. (...) Tratar-se com uma ação construtiva, com estímulo, de maneira cuidadosa, delicada e completa, produzirá resultados de cura. Da mesma forma, os problemas sociais poderiam ser tratados por métodos que promovem a catarse coletiva (liberando sentimentos destrutivos e abrindo-se para as alternativas de cura) (BLATNER, 1988, p.71).

2.2 ESPONTANEIDADE E CRIATIVIDADE

Espontaneidade e criatividade são dois dos conceitos mais importantes de toda a teoria moreniana.

Blatner (1988) nos ajuda a compreender o conceito de espontaneidade de Moreno: poder dar uma nova resposta a uma antiga ou nova situação; e, acrescenta que "o comportamento automático, habitual, fixado, compulsivo, rígido, estereotipado (...), é o oposto da espontaneidade.

Comportamentos não espontâneos **compõem** parte do que chamamos de psicopatologia" (BLATNER, 1988, p.78).

Portanto, ela é o cerne, liberá-la pode ser capaz de possibilitar o viver bem, a saúde mental. As técnicas **e as** teorias psicodramáticas vão atuar propriamente no resgate do potencial espontâneo e criativo de cada ser humano, sendo a ação a grande porta de entrada para tal.

O texto acima remete aos comportamentos, mas está voltado para a psicopatologia rever.

Moreno concebeu o psicodrama como uma oportunidade para entrar em ação, em vez de apenas falar, e para poder assumir o papel das pessoas importantes de nossas vidas para melhor compreendê-las, confrontá-las com imaginação na segurança do teatro terapêutico e, acima de tudo, para se tornarem seres humanos mais criativos e espontâneos (MORENO, 2016, p.59).

Para Fonseca (2008) a maioria de nossas respostas sociais acaba por ser condicionadas por regras e normas (conservas culturais), muitas vezes fazendo com que nossa espontaneidade seja bloqueada, o que restringe a capacidade humana de criação, tornando o ser humano mais uma peça da engrenagem e não criador e participante de seu próprio destino e de sua própria história.

A possibilidade de modificar uma nova situação ou de produzir algo novo a partir do que é dado é criar, aproximando-se muito do próprio conceito de espontaneidade, ambos são indissociáveis, sendo que a espontaneidade é quem permite ao potencial criativo poder se manifestar (GONÇALVES; WOLF; ALMEIDA,1988).

O psicodrama irá buscar por meio da ação este resgate do potencial espontâneo e criativo abrindo assim a possibilidade de responder de uma forma diferente a padrões de comportamento e de ação rígidas, psicopatológicas e que não vem funcionando para a promoção da própria saúde e da saúde das relações.

Muitas vezes, o que impede que esta espontaneidade venha à tona são as conservas nas quais a sociedade e nós mesmos nos colocamos. As conservas culturais dizem respeito àquilo que é dado, produzido e acabado por nossa cultura, um sistema de valores, atos finalizados que ao mesmo tempo parecem ter nos organizado, garantido sobrevivência e continuidade de uma herança cultural.

(MORENO, 1975), pois conforme Gonçalves, Wolf & Almeida (1988) se tivéssemos, enquanto humanos, apenas aceitado e conservado o que já se produziu, perderíamos nossa espontaneidade, assim sendo, as conservas devem ser apenas o ponto de partida para a criação. São necessárias, mas não devem representar o fim, podem sempre poder ser repensadas, melhoradas e transformadas.

No texto acima, fica claro que Moreno se remete a Gonçalves, erro de referencia rever.

Pode-se inferir que a concepção de luto, bem como a noção de perda, por exemplo, podem ser consideradas conservas culturais. A partir do exercício da espontaneidade e criatividade, é possível buscar uma resposta criativa para lidar com este momento de sofrimento cujos sentimentos normalmente são tristeza, culpa, desesperança, etc., ressignificando a perda e dando lugar a outros sentimentos, tendo em vista, que no caso da paciente da presente pesquisa, sua perda foi um evento traumático e que corroborou para o embotamento de sua espontaneidade.

2.3 AS ETAPAS DO PSICODRAMA

As etapas do Psicodrama são: aquecimento, dramatização, o compartilhamento e o processamento, sendo este últimos para fins didáticos.

Inicialmente realiza-se o aquecimento, tanto numa sessão grupal quanto bi pessoal, podendo este ser inespecífico e específico. “[...] existe uma regra de ouro em psicodrama: ir do superficial ao profundo, e da periferia para o centro” (BUSTOS, 2005, p.80), portanto o aquecimento contribui neste papel.

Segundo Holmes e Karp (1992) o aquecimento tem várias funções, dentre elas a de estimular a criatividade e a espontaneidade dos membros do grupo, facilitar as interações dentro do mesmo, sendo capaz de propiciar um clima confiável e de pertencimento, auxiliar os componentes do grupo a focalizar os problemas os quais desejam trabalhar, sendo que deste processo emergirá o protagonista.

A etapa do aquecimento é responsável por auxiliar na escolha dos temas possibilitando um espaço para que os sentimentos possam aparecer tanto entre os participantes quanto ao coordenador, podendo também transparecer o grau de tensão presente no grupo para que possa ser trabalhado (BUSTOS, 2005).

O aquecimento inespecífico são propostas neutras, a fim de contribuir para que o paciente consiga focar sua atenção em si mesmo, aquietar as resistências, ainda não se tem metas muito definidas, contribui para que consiga se reconectar consigo, podendo ser proposto de diversas formas: verbal, com movimentos, etc. (CUCKIER, 1992).

Já o “aquecimento específico é a preparação do protagonista para a dramatização; é, também a manutenção do clima de envolvimento com a realidade vivida e dramatizada” (GONÇALVES; WOLF; ALMEIDA,1988).

O aquecimento específico se realiza quando surge o protagonista, que assuma essa necessidade de ação. Uma técnica utilizar para ativar esse momento é a de caminharem juntos- diretor e protagonista- sobre o cenário, enquanto conversam e delimitam o papel a representar, o lugar e o momento em que se desenvolverá a ação psicodramática(BUSTOS, 2005, p. 153).

A dramatização é considerada um dos momentos mais importantes da sessão, ela é quem visa à possibilidade de revisitar e reconstituir a realidade já vivenciada, através dos papéis implicados nesta realidade (NAFFAH NETO, 1997). Nesta etapa tanto o diretor quanto o protagonista planejam a cena inicial, a cena é então montada e disposta no palco, não havendo necessidade de utensílios específicos da cena, como mobília, televisões, etc., o mais importante é que o protagonista consiga descrever o espaço físico com detalhes, para que se sintonize neste espaço com memórias e emoções envolvidas e então possa ser encorajado para a ação e trazer à tona também outros papéis que compõem a cena, por meio dos egos auxiliares (HOLMES; KARP, 1992).

Portanto, a dramatização é como o coração da sessão de Psicodrama, ali vão se desenrolar os temas, conflitos, necessidades que serão trabalhadas por meio da ação e com a possibilidade de com o uso da espontaneidade, buscar novas formas de responder a situação apresentada.

Nesse sentido, podemos dizer que a dramatização tem por finalidade levar o indivíduo a uma expressão espontânea e criativa, que possibilite a recriação dos papéis rigidamente desempenhados na situação real, análoga à da representação. A representação espontânea e criativa dos papéis, levando o indivíduo a situar-se de uma nova maneira diante da realidade, colocando a imaginação e a criatividade a serviço da realidade concreta com a qual o indivíduo se defronta, é que vai possibilitar uma reordenação ou reorganização da experiência do indivíduo (NAFFAH NETO, 1997, p.22).

Bustos (2005) dividiu a dramatização em algumas etapas:

- 1) Montagem: aqui, colocam-se os elementos que irão constituir a cena levando em consideração também o tempo e o espaço. É necessário instigar quando a ação acontece, que idade tinha o protagonista quando a ação aconteceu, como é possível auxiliá-lo na tarefa de assumir esse momento de sua vida, o que estava acontecendo neste período, etc., sendo que para que esta cena seja válida, se faz necessário recriá-la no tempo presente do indicativo. E quanto ao espaço, estar atento a onde ocorre a cena e que detalhes a compõem sem real necessidade de demarcá-las com objetos, almofadas.
- 2) Investigação: responsável por pesquisar e produzir a cena em si, identificando qual o assunto a ser levantado, identificar os personagens que compõem a cena, oferecendo-lhes um lugar, escolher os egos auxiliares, identificar quem inicia a ação, utilizando-se sempre que necessário sob condução do diretor à inversão de papéis e outras técnicas que contribuam para compreender e investigar a cena, seus personagens e conteúdos.
- 3) Elaboração: utilizando-se das técnicas de mudança de papéis, solilóquio, entrevista, concretização, duplo e espelho e propiciando a elaboração do que está sendo vivenciado.
- 4) Resolução: possibilitando a abertura a novas alternativas e auxiliando na realização simbólica de desejos latentes.

A sessão de Psicodrama finaliza-se com o compartilhamento. Numa sessão de psicodrama grupal os demais integrantes do grupo são convidados a compartilhar com o protagonista em questão: emoções, sentimentos e pensamentos que o trabalho psicodramático o mobilizou, visando assim aproximar os membros do grupo, ficando mais próximos do protagonista (CUCKIER, 1992). Busca-se aqui falar de si mesmo, onde cada um sentiu-se mobilizado pela dramatização, o que ela reverberou dentro de cada um (BUSTOS, 2005).

Cuckier (1992) só alerta que na terapia Bi pessoal, este compartilhar deve ser feito com cautela, tendo em vista que o *compartilhamento* do terapeuta deve estar sempre a serviço do seu paciente, sendo ele quem deve avaliar a necessidade de compartilhar algo de sua vida pessoal ou não, mas sem exageros para não colocar o foco em si mesmo.

A última etapa, o processamento, mais comuns em grupos didáticos, é responsável por realizar o registro da sessão psicodramática e posteriormente possibilitar a análise dos conteúdos da dramatização, bem como de aspectos técnicos e dinâmicos do protagonista, assim compreendendo as alternativas realizadas pelo diretor, sendo uma etapa importante para fomentar a aprendizagem de uma forma ativa. (BUSTOS, 2005, p.93).

2.4 INSTRUMENTOS DO PSICODRAMA

Para que o método psicodramático se faça possível, necessita-se de cinco instrumentos básicos, são eles: o diretor, o protagonista, os egos auxiliares, o palco e a platéia. No caso de uma psicoterapia bi pessoal, exclui-se apenas a platéia:

- 1) Diretor: é aquele que dirige, coordena e facilita a dramatização, ou seja, o terapeuta (HOLMES; KARP, 1992; MALAQUIAS, 2012).
- 2) Protagonista: é o membro foco do grupo, aquele que irá explorar seus conflitos na sessão. O protagonista é um dos instrumentos mais significativos do psicodrama, ele será o representante do grupo, o qual deste emerge para ação dramática, trazendo à tona e representando em cena sentimentos do grupo (HOLMES; KARP, 1992; GONÇALVES, WOLF; ALMEIDA, 1988).

O tema protagônico é o texto, o roteiro ou o assunto construído e desenvolvido durante o ato psicodramático (*latu sensu*); tem como sua expressão maior o protagonista, responsável que é pelo encaminhamento e por seu desfecho (ALVES, 1999, p.90).

- 3) Egos auxiliares: são os membros do grupo, os quais desempenharão e representarão papéis significativos no enredo apresentado da cena vivenciada pelo protagonista e que estarão a serviço do grupo e do diretor. (HOLMES; KARP, 1992; MALAQUIAS, 2012).

A primeira função é a de retratar o papel de uma pessoa requerida pelo sujeito; a segunda função é a de guiar o sujeito, mediante o aquecimento

preparatório, para suas ansiedades, deficiências e necessidades, com o objetivo de orientá-lo no sentido da melhor solução de seus problemas (MORENO, 2016).

- 4) Palco ou cenário: trata-se do espaço definido e delimitado no qual a dramatização será vivenciada, o espaço do “como se”, onde irão representar os papéis (HOLMES; KARP, 1992; MALAQUIAS, 2012).
- 5) Platéia ou público: são os outros membros do grupo que não estão ligados diretamente na dramatização, mas que funcionarão como uma caixa de ressonância para o protagonista, portanto, ainda assim, são membros que participam ativamente (HOLMES; KARP, 1992; GONÇALVES; WOLF; ALMEIDA,1988).

2.5 TEORIAS E CONCEITOS

2.5.1 Teoria do Desenvolvimento da Matriz de Identidade

Rever no sumário: aqui você colocou teoria da matriz de identidade, e fala da teoria do desenvolvimento da matriz de identidade.

A [teoria do desenvolvimento da matriz de identidade](#) diz respeito a um esquema de desenvolvimento humano, é ali onde tudo começa e se desenvolve. Moreno (1975) a chamou de placenta social.

A matriz de identidade provê, pois, a criança do alimento físico, psíquico e social. A ela cabe a fundamental tarefa de transmitir a herança cultural do grupo a que pertence o indivíduo e de prepará-lo para sua posterior incorporação na sociedade (BERMUDEZ, 1980, p. 56).

Inicialmente Moreno dividiu a Matriz de identidade em cinco etapas. Posteriormente, (FONSECA, 2012; GONÇALVES; WOLF; ALMEIDA,1988) reformularam em três etapas, conforme será descrito a seguir:

- a) [Fase do duplo ou identidade do eu com o tu: fase da Indiferenciação, onde alguém auxilia à criança no que ela no que não consegue realizar;](#)

- b) Fase do espelho ou reconhecimento do eu: onde ocorrem dois movimentos: concentrar atenção em si mesmo não identificando o outro; e, de concentrar-se no outro, onde este último, ignora a si próprio.
- c) Fase da Inversão ou reconhecimento do tu: é onde ocorre a tomada do papel do outro para que consiga inverter papéis.

Fonseca (2008) por fins didáticos reformulou a Matriz de identidade em 10 etapas:

a) Indiferenciação: Nesta fase, a criança não sobrevive sozinha, necessita de outra pessoa que cuide dela, de um ego auxiliar, podendo captar seus desejos, que possa auxiliá-la no que não consegue fazer. Assim como a criança precisa de um outro alguém que nomeie o que precisa, na relação terapêutica esta mesma necessidade pode se apresentar.

b) Simbiose: Nesta fase fica expressa a forte ligação da criança com a figura materna, à medida que vai caminhando para ter sua própria identidade, mas ainda não é possível totalmente reconhecer-se como único, dotado de sua individualidade.

c) Reconhecimento do eu, onde a criança passa a se reconhecer, a compreender que tem sua própria identidade, passando a tomar consciência de seu próprio corpo e o percebendo aos poucos como separado de sua mãe (*tu*) e dos demais também passando a identificar sensações diversas como fome, respiração dor, etc. reconhecendo-se também diante do espelho.

d) Reconhecimento do tu: ao mesmo tempo em que se reconhece também passa a reconhecer o outro, entrando em contato com o mundo e identificando o tu, podendo descobrir que o outro também sente e reage a seu comportamento, sendo que este aprendizado o auxiliará no estabelecimento de relações adequadas futuramente.

e) Relações de corredor: uma vez que eu e o tu estão reconhecidos, passa a reconhecer outros "*tus*" em sua vida, podendo relacionar-se com eles, onde o tu passa a ser não só a mãe, mas ampliando as possibilidades relacionais e uma vez identificando esse outro tu, identifica-o, distingue-o, porém, considera-o ter apenas para si mesmo, como sendo apenas seu e de ninguém mais.

f) Pré-inversão de papéis: processo este caracterizado pela possibilidade de desempenhar seu papel de eu no mundo, mas também desempenhando outros

papéis, papéis do outro (tu), ora fazendo o papel de um animal, de outras pessoas, etc., não havendo ainda reciprocidade, sendo apenas o treinamento da inversão de papéis.

g) Triangulação: onde a criança passa a não perceber-se mais como não sendo única e exclusivamente do seu tu, identificando também um Ele, assim sendo, contribui para aceitar a realidade de que os outros têm relacionamentos independentes dela e que isto não ameaça sua própria relação, não perderá afetivamente com isto.

h) Circularização: onde finalmente estará preparada para relacionar-se com mais pessoas, podendo participar e entrar em contato com grupos e amigos (*eles*), sendo esta fase responsável pela real socialização da criança, onde passa a sentir-se parte de um *nós*, de uma comunidade.

i) Inversão de papéis. Aqui é onde poderá ser capaz de conseguir a capacidade plena de uma relação mútua, servindo-se de base teórica para a técnica psicodramática também nomeada de inversão de papéis. Esta possibilita numa relação a respectiva troca de posições, colocando-se no lugar do outro, podendo adentrar no mundo do outro, conhecendo a realidade do mesmo, sendo imprescindível para a construção do fator tele e culminando para maior maturidade e saúde psicológica.

j) Encontro: esta última etapa traz a possibilidade de capacidade de inversão plena de papéis, caracterizando-se pela saúde das relações e maturidade plena psicológica. Seria o ideal das relações.

Moreno considerou a [Teoria do Desenvolvimento da Matriz de Identidade](#) como a base psicológica para todos os processos de desempenho de papéis e outros fenômenos como a projeção, identificação, imitação, etc. (MORENO, 1975).

No que diz respeito à mulher em luto Peri natal da presente pesquisa, pode-se inferir que após vivenciar a perda de seu filho, retornará ao estágio de caótico indiferenciado, tendo em vista a confusão de sentimentos, de dificuldade em se reconhecer diante deste momento, bem como, reconhecer os outros papéis que a permeiam. Passar por uma perda significativa pode ser capaz de desorganizar o indivíduo psiquicamente.

2.5.2 Teoria dos Papéis

Moreno trouxe uma teoria valiosa dentro de seu método, a teoria dos papéis. Para ele, papel é como uma forma de funcionamento que o sujeito assume em algum momento específico reagindo a uma determinada situação envolvendo outras pessoas ou objetos, sendo unidades culturais de conduta com características da própria cultura (BERMÚDEZ, 1980; FOX, 2002; MORENO, 1975).

Ego e papel estão em interação contínua. A percepção do papel é cognitiva e antecipa as respostas que estão por vir. Já o desempenho de papéis é uma habilidade de execução: um alto grau de percepção pode ser acompanhado por uma habilidade baixa para seu desempenho e vice-versa (FOX, 2002, p. 114).

A teoria psicodramática dos papéis abrange os papéis sociais levando em conta a dimensão social, papéis psicossomáticos que dizem respeito à área fisiológica e por fim, os papéis psicodramáticos expressando a dimensão psicológica do eu (MORENO, 1975).

Os papéis sociais dizem respeito ao contexto da sociedade em si, portanto, são correspondentes às funções sociais sendo estes adquiridos em sua matriz de identidade dos grupos aos quais vai fazendo parte e se relacionando com o seu ambiente (BERMÚDEZ, 1980).

Já os papéis psicossomáticos, relacionam-se ao corpo:

As funções fisiológicas indispensáveis, relacionadas com o meio: comer, dormir, defecar, etc. Nesses casos, é no exercício da função que vão sendo manifestados os papéis e, por meio deles, o organismo. (...) estabelecem, pois, o nexos entre o ambiente e o indivíduo (BERMÚDEZ, 1980, p. 68).

E sobre os papéis psicodramáticos, podem ser considerados todos aqueles papéis que partem de uma ação criadora do ser humano (BERMÚDEZ, 1980).

(...) prefiro reservar a denominação de papéis psicológicos ou do imaginário aqueles jogados espontaneamente pelas crianças nessa fase de seu desenvolvimento. Constituem o treinamento natural da criança no ir-e-vir entre realidade (papéis sociais) e fantasia (papéis psicológicos ou do imaginário). A alternância do desempenho dos papéis sociais e psicológicos leva o infante a atingir a crítica e a discriminação entre o real e o imaginário (fantástico). Uma dificuldade nesta fase do desenvolvimento poderá significar eventuais retrocessos do futuro adulto à confusão entre fantasia e realidade.

Seria, por exemplo, o caso de pessoas em quadros delirantes e alucinatórios (FONSECA, p. 40, 2008).

Assim sendo, os papéis acabam por ocupar o centro das teorias das relações interpessoais possibilitando com que cada papel se relacione com outros papéis chamados de complementares (BUSTOS, 2005).

Papel então é uma experiência interpessoal na qual necessita de outros indivíduos para que seja colocado em ação, contudo, todo papel acaba sendo uma resposta a outro, não sendo possível existir papel sem seu contrapapel (FONSECA, 2008), por exemplo: para que uma professora possa exercer sua função como tal, necessita de um outro que complemente sua função, como no caso, o aluno. Esse conceito nos auxilia a compreender muitas dinâmicas relacionais.

Soeiro (1995) traz que a vinculação é a responsável pelo desenvolvimento dos papéis, sendo ela necessária para que aqueles ainda pouco desenvolvidos possam aparecer e se conectar a seus complementares.

No caso da paciente enlutada, pode-se perceber, que por conta de sua perda, seu papel de mãe foi bloqueado, e seus outros papéis, como por exemplo, o papel profissional, o papel de esposa, de amiga, de filha, etc, todos estes ficaram embotados, necessitando resgatar sua espontaneidade e criatividade para voltar a olhar para eles e desempenhá-los, o que no decorrer das intervenções, foi sendo possível este resgate. *(aqui é fundamentação teórica e não análise das sessões, deve passar essa parte para a análise das sessões).*

2.6 PSICODRAMA BIPESSOAL

Para Cuckier (1992) Psicodrama Bi pessoal é a abordagem terapêutica que teve origem no Psicodrama, mas que atende um paciente por vez sem fazer uso de ego auxiliar, portanto, é uma relação entre um paciente e um terapeuta, assim chamada, Bi pessoal.

Mesmo sabendo que o Psicodrama moreniano teve origem em contextos grupais, a terapia Bi pessoal veio crescendo em sua prática e constitui boa parte do trabalho clínico e psicoterapêutico no cenário psicodramático. Bustos (2005), grande renome do Psicodrama mundial, a defende colocando que para alguns pacientes, ter

uma terceira pessoa pode ser intolerável, portanto, em algumas circunstâncias, considera importante sim o vínculo bi pessoal.

Aguiar (1988, p.32) também afirma sobre psicodrama bi pessoal que se constitui como “o teatro espontâneo em uma de suas mais criativas formas”.

Cuckier (1992) não considera o psicodrama bi pessoal uma abordagem de menor valor, ou somente de cunho preparatório para uma posterior inserção no grupo, mas acredita que o modelo repete a relação mãe-bebê, possibilitando continência, atenção focal, bem como podendo o terapeuta estar disponível e presente neste contato com o paciente, sempre e quando ele necessitar e cujo modelo encontra-se em abordagens psicológicas suficientemente reconhecidas há longo tempo. Assim sendo, constitui-se como uma prática comum e que se utiliza do método, dos instrumentos e técnicas psicodramáticas, com grande valia e adesão no âmbito mundial.

2.7 PRINCIPAIS TÉCNICAS

O Psicodrama possui um vasto repertório de técnicas que enriquecem o trabalho terapêutico e tendo em vista que seu método se dá pela ação, através delas se consegue ter muitas possibilidades e caminhos neste manejo.

As três técnicas acima citadas, portanto, estão relacionadas a três grandes momentos no desenvolvimento da matriz de identidade sendo a primeira delas o *Estágio de identidade total* quando a criança ainda não se vê como inseparável do mundo e de sua mãe, fase esta, na qual depende de alguém para tudo e que possa suprir suas necessidades (FÉO, 1990; GONÇALVES; WOLF; ALMEIDA, 1988).

Esse parágrafo estava fora de contexto no item 2.7.1 passei para cá.

Nesta fase (qual?) é que se faz menção a técnica do duplo, pois a criança, não conseguindo nomear as coisas a sua volta, precisa de um outro que realize isto por ela, estando ligada assim, a primeira fase da matriz de identidade. As técnicas básicas são: duplo, espelho e inversão de papéis que conforme Gonçalves, Wolf & Almeida (1988) embasam-se na *Matriz de Identidade. Ou teoria do desenvolvimento da matriz de identidade?*

Entretanto, as técnicas utilizadas são as seguintes: duplo, tomada de papéis, concretização, psicodrama interno e videotape.

2.7.1 Técnica do Duplo

A técnica do duplo consiste em que quando o protagonista não está conseguindo expressar algo, o ego-auxiliar (no grupo) ou o diretor (na terapia Bi pessoal), dá voz e tenta expressar o que ele não está conseguindo, verbalizando sentimentos e emoções percebidas e captadas e reproduzindo assim atitudes corporais faciais, sendo que quando cumprido efetivamente é confirmado pelo protagonista (CUCKIER, 1992; GONÇALVES; WOLF; ALMEIDA, 1988; GONÇALVES, 1988; MALAQUIAS, 2012).

Cuckier (1992) coloca que para que o terapeuta possa efetuar um bom duplo, necessita assumir a postura física do paciente, a fim de entrar melhor no papel, em seguida, deve começar a colocar em dúvida os sentimentos já formulados pelo paciente viabilizando assim novas possibilidades, motivações e emoções naquele papel e por fim, deve estar atento afirmando e concretizando essas possibilidades.

2.7.2 Técnica da Inversão de Papéis versus Tomada de Papéis

No terceiro estágio a criança adquire a capacidade de se colocar no lugar do outro e também o permitindo tomar e se colocar em seu lugar, assim sendo, a fase da inversão de papéis serve de base teórica para a técnica que leva o mesmo nome. (FÉO, 1990; GONÇALVES; WOLF; ALMEIDA, 1988).

Cuckier (1992) traz a técnica da inversão de papéis como uma das técnicas mais clássicas do Psicodrama e explica que a mesma ocorre quando se pede ao paciente em questão que tome o lugar do outro o qual esteja se retratando, representando-o ao invés de verbalizar sobre ele. A autora ainda coloca a controvérsia

que há entre psicodramatistas a respeito do que seja a real inversão de papéis, onde para alguns só é possível inverter papéis com a presença real da pessoa em questão na qual a cena está se desenrolando e já para outros a inversão pode sim ocorrer tomando o papel deste outro com sua percepção própria dela ou de ordem imaginária do lugar deste, não necessitando de sua presença física, por isso, acabou-se por diferenciar Inversão de Papéis de Tomada de Papel.

A técnica da inversão de papéis, portanto, só ocorre quando as pessoas envolvidas em determinada cena estão de fato presentes, como por exemplo, em terapias de família ou de casal, caso o protagonista esteja desempenhando o papel de uma pessoa a que esteja se referindo em sua cena, ou quando se utiliza um ego auxiliar para tomar o papel deste tu, atuando através do modo pelo qual ele a vê e internaliza, aí está sendo utilizada a técnica da Tomada de Papel (FÉO, 1990; GONÇALVES, 1988).

Ambas fazem parte do repertório psicodramático expressamente, podendo ser consideradas as técnicas mais utilizadas na clínica. Ainda a este respeito, Rosa Cuckier acrescenta:

No Psicodrama Bi pessoal esta evolução, da tomada de papel à possibilidade de realmente experimentar ser o outro, se dá, na minha opinião, através do aquecimento; quanto maior for a aderência e empatia que o paciente obtiver na tomada do papel do outro, mais poderemos falar em inversão de papéis. A técnica da entrevista feita pelo terapeuta emprestar sua voz à almofada que representa o próprio sujeito vão criando este aquecimento, e propiciando um "como se" mais substancial, onde aquela relação parece estar ocorrendo no aqui e agora. (...) Indica-se uma troca de papéis sempre que se deseje investigar mais profundamente uma relação importante para o paciente (CUCKIER, 1992, p. 45).

Moreno & Moreno (2014) trazem que a técnica da inversão de papéis pode ser considerada também uma técnica de socialização e autointegração, e baseando-se em exemplos próprios com o filho Jhonatan, nos auxiliam a entender melhor a inversão a partir da diferenciação deste conceito com o de jogo de papéis, colocando que quando alguém faz um determinado papel como professor, médico ou de mãe, por exemplo, no sentido de estar aprendendo este papel, nomeou isto de jogo de papel, técnica esta muito utilizada no teatro da espontaneidade. Mas a partir do momento em que o pai e a mãe trocam entre em si seus papéis, aí se tem a inversão de papéis, propriamente. E pensando a este respeito, pode haver muitas mães, mais ao tomar o lugar da minha própria, por exemplo, tem-se aí um lugar singular e uma forma de ser diferente de outras mulheres no mesmo papel.

A inversão, ou a tomada de papel pode auxiliar o protagonista de várias formas, por exemplo:

habilita outros membros do grupo a ter um quadro mais completo da visão do protagonista em relação as pessoas mais importantes de sua vida, através da dramatização desses indivíduos; habilita o protagonista a vivenciar o mundo a partir do ponto de vista do outro e, nessa posição, receber o seu próprio impacto (agora representado pelo ego auxiliar), tal como vivenciado pelo mundo. (...) A inversão de papéis também é usada para encorajar o protagonista a desenvolver autocontrole, se um protagonista estiver vivenciando sentimentos intensos e talvez violentos com relação 'ao outro' (HOLMES; KARP, 1992, p.31).

Moreno traz que foi percebendo que inverter papéis podia auxiliar as pessoas em conseguir compreender melhor os outros ao redor, podendo aprender a amá-las, parecendo ser um requisito indispensável para o estabelecimento de uma comunidade psicodramática(MORENO; MORENO, 2014).

2.7.3 Concretização

Esta técnica consiste em poder materializar objetos inanimados, emoções, doenças, partes corporais, entidades abstratas como vínculos, conflitos, por intermédio de falas dramáticas, imagens, movimentos, tomada de papel e outras técnicas feitas pelo paciente (CUCKIER, 1992; GONÇALVES; WOLF; ALMEIDA, 1988; SANTOS, 1998). Portanto, "consiste em dar uma postura dramática aos diversos sentimentos ou sensações expressas pelo protagonista"(BUSTOS, 2005, p 86).

A concretização é utilizada, freqüentemente, para o encadeamento de cenas. Por exemplo, recorre-se à corporificação pelo cliente de uma emoção. A pedido do terapeuta, no papel da emoção o paciente expõe uma situação vivida que apresenta uma articulação (ou sobredeterminação) com a cena inicial. Deste modo, o conflito subjacente pode ser dramatizado (SANTOS,1998, p.122).

Pode ser considera um importante recurso, pois promove com facilidade a catarse de integração facilitando também com que aspectos latentes possam vir a tona (CUCKIER, 1992; SANTOS, 1998).

2.7.4 Psicodrama Interno

Consiste em um recurso que utiliza de imagens internas, evitando ao máximo aspectos racionais e privilegiando sensações e desejos (DIAS, 1996). Pode ser utilizado num trabalho de dramatização onde a ação se faz de forma simbólica, isto é, o paciente é levado a pensar, visualizar e vivenciar a situação, mas sem executá-la no concreto (CUCKIER, 1992).

É um recurso muito utilizado em terapia Bi pessoal. “Sugiro que o paciente deixe fluir seu filme interno ou passe a enxergar com seu olho interior. Vou acompanhá-lo com base no que ele me diz; enxergo por intermédio de seus olhos: ele é meu guia e vou atrás” (FONSECA, 2010, p.60). Normalmente conduzindo com olhos fechados, mergulhando interiormente nos conteúdos desejados.

uckier (1992) coloca que pode-se solicitar ao paciente que fique em posição confortável, e a partir da condução do aquecimento pode-se sugerir que entre em contato com o que lhe ocorre no momento, podendo ser uma imagem, uma cena, uma emoção, etc.

2.7.5 Videotape

Fonseca (2010) nomeou de técnica do *videotape*, as visualizações de cenas já vividas pelo paciente, portanto deriva do psicodrama interno.

3 SOBRE A MORTE E O LUTO E A DIFICULDADE DE RETOMADA DOS PAPEIS

Lidar e falar da morte não é assunto fácil ainda nos dias de hoje, já escreveu Perazzo(1986, p.17) que “morte é o desprendimento definitivo da ação e a ruptura

final da relação sujeito-mundo. Deixando de existir no real, persistimos apenas na memória, na fantasia e talvez no inconsciente do outro”.

Conforme Silva (2014), embora seja nossa única certeza, a morte ainda tende a ser negada e ser um tabu por nós.

A morte é um evento mobilizador de diversos sentimentos, tanto no que se depara com sua terminalidade, quanto em seus familiares e profissionais de saúde que possam estar envolvidos nesse processo de morrer. O deparar-se com a morte do outro marca nosso primeiro contato com a finitude, ampliando nossa própria consciência da mortalidade. Compreender os aspectos relacionados à morte e ao processo de morrer é fundamental para o amplo entendimento do luto, experiência igualmente universal e observada ao longo de toda a história da humanidade nas mais diversas culturas (SILVA, 2014, p.71).

Conforme Nery (2014) todos os papéis que desempenhamos estão permeados pela afetividade, assim sendo, onde há vínculo há uma lógica afetiva de conduta, uma forma de responder neste vínculo. A morte pode ser tida como a extinção de um vínculo, e então decorrem os bloqueios e as lógicas afetivas de conduta da pessoa enlutada.

Para Bowlby o apego tem como função manter a proximidade entre as crianças e seus cuidadores, propiciando assim, a segurança para a criança, bem como proteção (SANTOS, 2014). Ainda segundo Bowlby, o luto acaba sendo uma reação a este rompimento de vínculos afetivos, trazendo um caráter devastador, tendo em vista o estresse da separação e a dificuldade de se imaginar tendo que reconquistar sua segurança e proteção sem a presença da pessoa que perdeu (SANTOS, 2014).

[Aqui é Santos citando Bowlby rever forma de referencia.](#)
[\(BOWLBYapud SANTOS, 2014\).](#)

Luto pode ser considerado um processo relacionado à perda de alguém por decorrência da morte (SILVA, 2014). O luto não pode ser considerado como uma doença, pois “é praticamente impossível que o enlutado não venha a sentir, em algum grau e por algum tempo, tristeza, insegurança, raiva, ansiedade, medo etc.” (SOLANO, 2014, p. 95). Assim sendo, o fato destes afetos existirem não significam doença, mas precisam ser processados conscientemente (SOLANO, 2014).

Elizabeth Kübler-Ross (1998) é considerada uma das pioneiras nos estudos sobre a morte e aborda cinco fases ou estágios da morte ou do enlutado, que tem como objetivo apenas cunho didático, para auxiliar as pessoas no entendimento de suas emoções, podendo ou não seguir uma linearidade, sendo elas: fase da negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.

A fase da negação para o enlutado diz respeito a recusa em acreditar nos fatos ocorridos, tendo cunho simbólico, no qual o sujeito procurará seguir o curso de sua vida buscando ignorar as novas informações; a fase da raiva, como o próprio nome já diz, refere-se a este sentimento que pode ser dirigido a si mesmo, a algum terceiro ou mesmo a pessoa perdida e pode ser expressa intensamente ou mesmo ser abafada por sentimentos de culpa e inquietação; a fase da barganha pode ser caracterizada pela tentativa de negociar consigo o ocorrido através de “e se” vindo a ser complementado por atitudes que na crença do enlutado, poderiam explicar ou mesmo facilitar a aceitação; na fase da depressão, que é considerada a quarta fase, é onde aparecem pesar, solidão, tristeza e outros sentimentos relacionados, podendo também ser marcada por uma fase de isolamento, corroborando normalmente para o agravamento da depressão, entretanto, aqui já se consegue redirecionar o foco do tempo passado para o tempo presente; por fim, a fase da aceitação, onde acontece o entendimento e a reorganização, onde se pode conseguir internalizar características positivas da pessoa perdida e se readaptar à vida (KÜBLER-ROSS, 1998).

Bowlby (1984) propõe que ao longo do desenvolvimento do apego que a figura do apego vai desempenhando uma função de porto seguro, transmitindo conforto e segurança à criança, local para onde ela pode voltar-se sempre que necessário, entretanto, não só as crianças aderem ao apego, os adultos também, quando buscam proximidade com pessoas especiais (BOWLBY *apud* SANTOS, 2014).

Conforme Bowlby *apud* Santos (2014), o luto acaba tendo como significado a reação ao rompimento de vínculos afetivos, sendo que a perda desta figura pode trazer uma reação devastadora e capaz de desencadear um intenso estresse a pessoa enlutada.

As fases vivenciadas pelo luto, para Bowlby (1984), seriam: inicialmente a fase do choque ou torpor, caracterizada por grande tensão, sendo um período intenso de expressões emocionais; depois vem a fase da raiva, onde a pessoa percebe que sua

perda é real e irremediável, podendo aparecer aqui insônia, inquietações, etc., mas ainda assim, pode se ter a impressão de que tudo não passou de um sonho, ou seja, ainda não há aceitação nesta fase e a raiva permanecerá segundo ele até que a pessoa aceite; e por fim, vem a fase da reorganização, sendo que para que ela ocorra é fundamental que se conclua as seguintes tarefas: “aceitar a morte da figura de apego, retornando às atividades mundanas e formando novos laços de apego; e manter algum tipo de apego simbólico ao falecido integrando o relacionamento perdido dentro da nova realidade” (BOWLBY *apud* SANTOS, 2014, p.104).

Parkes (1998), outro autor influente no tema do luto, também nomeia as fases do luto trazendo como primeira fase a de entorpecimento, que aos poucos vai dando lugar à saudade e procura pela pessoa que morreu, depois dando lugar a uma certa desorganização e desespero para só depois poder ter a parte da recuperação, sendo que a forma e a duração variam e podem ser expressas por cada pessoa de formas diferentes. Ele discorre sobre os processos de luto de pessoas, e afirma:

Não é um tipo comum de estresse na vida da maioria das pessoas. (...) É claro que perdas são comuns em nossa vida. E como o luto é uma reação à perda, deveria ser comum também. Mas o termo luto não é usado para a reação à perda de um guarda-chuva velho. Ele geralmente é reservado para a perda de uma pessoa, em especial, de uma pessoa amada (PARKES, 1998, p.24).

Worden (2013) parte da teoria de Bowlby e acrescenta que o enlutamento é um processo constante que tem início com a intensa dor da perda e posteriormente chegando ao ajustamento às novas emoções. Em seus estudos ele define algumas tarefas a serem consolidadas pelos enlutados, seriam estas: aceitar a realidade de sua perda, poder elaborar a dor da perda, buscar ajustar-se de alguma maneira ao seu cotidiano sem a pessoa perdida, e então, poder reposicionar emocionalmente a pessoa que morreu podendo seguir sua própria vida, sendo que não necessariamente precisam seguir esta seqüência ou passar por todas elas (WORDEN, 2013).

[Duas referencias do mesmo autor no mesmo parágrafo? são duas referencias para dois parágrafos?](#)

No que diz respeito ao trabalho dos profissionais em saúde mental, o autor traz que se deve trabalhar com os enlutados as seguintes atividades: Deve-se auxiliar a pessoa a se dar conta de sua perda, a se deparar realmente com ela; auxiliá-lo na expressão de seus sentimentos; a poder viver sem a pessoa que perdeu; favorecer

seu reposicionamento emocional diante da pessoa que perdeu; propiciar tempo para o seu luto; interpretar os comportamentos tidos como normais; sempre oferecer apoio; procurar examinar suas defesas e a forma como vem lidando com sua perda, bem como identificar possíveis patologias e realizar os devidos encaminhamentos sempre que necessário (WORDEN, 2013).

Pode-se observar que ambos os autores trazem a vivência do processo de luto para ser vivido de forma saudável chegando a uma fase de reorganização e reconstrução da vida, seja investindo em outros papéis e vínculos, seja internalizando aspectos positivos da pessoa perdida e negociando consigo mesmo, compreendendo de alguma maneira o que levou a pessoa perdida à morte e retomando sua vida.

3.1.1 Luto da perda de um filho

A partir do momento em que ocorre uma gravidez ocorre também uma reestruturação, um reajustamento na identidade e também na nova definição de papéis onde a mulher passa a se ver diferente bem como, também passa a receber um novo olhar (MALDONADO, 2013).

A maternidade é um fenômeno muito complexo, cujo entendimento advém, sobretudo, de fatores culturais. Ser mãe é, em nossa cultura, um modo de existir significativo, possibilitado apenas pela presença de um 'tu': o filho (FREITAS; MICHEL, 2014, p.277).

E assim sendo esta relação, Freitas e Michel (2014) trazem em sua pesquisa que dificilmente a morte de um filho é superada pela mãe, entretanto, consideram que é possível ressignificar a perda e modificá-la ao decorrer do tempo na medida em que a mãe vai buscando outras formas de lidar com isto, seja através de novos rituais, o fortalecimento de vínculos familiares, outras significações vividas e novos projetos.

Iaconelli (2007) traz o termo Peri natal, referindo-se a perdas de bebês recém-nascidos. Para ela "o luto de um bebê recém-nascido carrega em si um aspecto de inerente incomunicabilidade e atrai, por sua vez, olhares de incompreensão" (IACONELLI, 2007, p.7).

Assim sendo, constata-se que há pouco espaço para mães que perdem seus bebês poderem vivenciar seu luto e serem compreendidas em suas perdas. Muitas

delas como a própria autora traz tem de ouvir do senso comum que “você há de engravidar de novo”, “isto acontece, você vai ter outro filho, ainda é jovem”, não lhe sendo permitido muito menos um espaço para chorar e expressar seus sentimentos envolvidos.

Tratando-se da perda de um filho, que falece logo após seu nascimento ou mesmo que já nasça morto, Bowlby(1984) afirma por meio de seus estudos que é comum a presença de sentimentos de aflição, raiva, irritabilidade e até depressão.

O processo de luto Peri natal, como traz Iaconelli (2007) tende a ser um processo com pouco espaço para ser vivenciado e pouco aceito pela sociedade, portanto, por ser um luto negado, torna-se um processo delicado e que requer atenção.

3.2 PSICODRAMA E A INTERVENÇÃO COM LUTO NA RETOMADA DOS PAPEIS

O fato de vir a perder alguém importante ou que se tem vínculo, pode ser um trauma para muitas pessoas. Isso pode afetar e trazer modificações em seu cotidiano e para KELLERMANN & HUDGINS (2010) passar por um luto de pessoas significativas pode ser considerado um trauma.

Depois de um acontecimento traumático, a vida não é mais a mesma. As pessoas que vivenciaram um trauma sentem que mudaram substancialmente. Sua identidade, seus afetos e suas reações fisiológicas, a maneira como vêem a vida e suas interações com outras pessoas de alguma maneira sofreram total transformação. Não há mais segurança, previsibilidade e confiança (KELLERMAN; HUDGINS,2010, p.23).

Num momento como este, faz-se necessário o resgate do potencial criativo e espontâneo a fim de buscar novas respostas, novos comportamentos que sejam saudáveis ao enlutado afim de que consiga restabelecer-se, bem como seus papéis e sua dinâmica no mundo. Neste sentido, o Psicodrama com seu método e suas técnicas vem desempenhar importante papel.

Parkes (1998) coloca que o luto é uma resposta normal a um estresse e que possivelmente será vivenciado em algum momento por cada um de nós. “O luto é o processo de cura do deslocamento psicossocial causado pela perda de

relacionamentos sociais e intrapsíquicos” (BLATNER, 2010, p.41), portanto, é um processo normal e que pode ser vivenciado de forma saudável.

Em um momento em que tamanha dor ou mesmo desorganização aparecem, muitas pessoas não conseguem recuperar-se ou mesmo retomarem sua vida com qualidade após sofrerem uma perda significativa. Assim sendo, acabam buscando auxílio de um psicoterapeuta e neste cenário o Psicodrama vem com um método eficaz, intervindo com sucesso em muitos casos de pessoas que sofreram algum tipo de trauma, por utilizar-se de princípios como a catarse e a reencenação, pois este visa propiciar uma possibilidade de relembrar, repetir e então elaborar os fatos dolorosos ocorridos (KELLERMAN;HUDGINS, 2010).

Para que haja esta cura, faz-se necessário certo grau de aceitação da perda, esta não acontece enquanto o enlutado se mantém evitando a realidade da sua perda(BLATNER, 2010).

Bouza & Barrio (2010, p.54) sintetizam as fases do luto em três: “1. Não! Não é verdade, isso não aconteceu; 2. Sim, mas não. Aconteceu, mas eu não consigo aceitar ou lidar com isso; 3. Sim, aconteceu, e eu preciso aceitar e lidar com isso”. [Correlacionando com as fases da matriz de identidade, tem-se no primeiro estágio, o caótico/indiferenciado, o reconhecimento do eu e do tu, para então, circularizar e chegar à fase da inversão.](#)

Considerando o tratamento, buscam-se alguns objetivos como: prevenir a repressão auxiliando o paciente a relembrar e reviver os episódios traumáticos, oferecer o apoio emocional necessário a fim de compensar a sensação de abandono, favorecer a assistência social onde se busca contribuir para que o paciente enfrente os fatos da vida e venha a desenvolver habilidades para resolução de problemas, e por fim, possibilitar uma reconstrução, auxiliando o paciente a construir novos vínculos (BOUZA; BARRIO, 2010).

Alguns aspectos terapêuticos globais do Psicodrama no tratamento dos traumas e, não necessariamente considerado etapas são: a reencenação, o reprocessamento cognitivo, a descarga de energia excedente, a realidade suplementar, o apoio interpessoal e o ritual terapêutico (KELLERMAN;HUDGINS, 2010).

- a) A reencenação, ou também denominada como dramatização, no Psicodrama pode ser capaz de permitir que toda e qualquer segunda verdadeira vez seja a libertação da primeira (MORENO, 1975, p.78)

A reencenação e a revivência implicam revisitar várias vezes o fato traumático, verbalizar lembranças e sensações em detalhe e mostrar, por meio da ação, aquilo que é impossível mostrar com palavras (...) o psicodrama proporciona 'mais do mesmo' material traumático, visando produzir uma reação involuntária que saneia o sistema (KELLERMAN; HUDGINS, 2010, p.27-28).

- b) reprocessamento cognitivo do acontecimento traumático, busca-se integrar informações conflitantes e construir novos significados, integrando como que numa narrativa a história pessoal do que ocorreu. (KELLERMAN; HUDGINS, 2010).
- c) Já a descarga de energia excedente, ou catarse emocional, propicia o alívio e a liberação de sentimentos e emoções até então contidas, onde descongelando essa reação, pode ser possível o trauma ser curado.
- d) A realidade suplementar possibilita simbolicamente transformar os cenários trágicos da vida, corroborando para que o fato traumático seja modificado ou permitindo novas reações emocionais. (KELLERMAN; HUDGINS, 2010).
- e) O apoio interpessoal permite reintegração social, evitando o isolamento da pessoa que está passando por um luto ou outro trauma, proporcionando sentimentos de segurança, autoestima, etc. (KELLERMAN; HUDGINS, 2010).
- f) Por fim, o ritual terapêutico, que pode ser capaz de auxiliar pessoas a ajustar-se a novas circunstâncias dentro de uma mesma estrutura, esses rituais também podem ser capaz de transmitir segurança. Aqui, podem-se exemplificar os sociodramas de crise, onde pessoas em comum que passaram por uma mesma perda ou trauma podem ter um espaço comum para elaboração. (KELLERMAN; HUDGINS, 2010).

Assim sendo, pode ser o Psicodrama, seu método e suas técnicas uma vertente eficaz capaz de viabilizar um manejo saudável e efetivo na intervenção com pessoas em processo de luto.

4 METODOLOGIA

Esta Pesquisa é Qualitativa conforme BERNARDES (2017, p129) pois visa identificar algum tema em relação à subjetividade, tendo por base algumas características: possui o ambiente natural como fonte direta de dados, sendo o pesquisador o principal instrumento; em relação aos dados coletados, estes são predominantemente descritivos, tende a seguir um processo indutivo.

A pesquisa qualitativa realizada neste trabalho tem como categoria de investigação o Estudo de caso:

(...)são características da pesquisa qualitativa sua grande flexibilidade e adaptabilidade. Ao invés de utilizar instrumentos e procedimentos padronizados, a pesquisa qualitativa considera cada problema objeto de uma pesquisa específica para a qual são necessários instrumentos e procedimentos específicos. Tal postura requer, portanto, maior cuidado na descrição de todos os passos da pesquisa: a) delineamento, b) coleta de dados, c) transcrição e d) preparação dos mesmos para sua análise específica (GÜNTHER, 2006, p. 204).

Conforme Gil (2013) *apud* Prodanov & Freitas (2013, p.60) “o estudo de caso consiste em coletar e analisar informações sobre determinado indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade, a fim de estudar aspectos variados de sua vida, de acordo com o assunto da pesquisa”, trazendo também a importância de ser um tema significativo e de interesse ao público geral.

Quanto ao tipo de amostra, classifica-se como do tipo por conveniência que é quando o “pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que esses possam, de alguma forma, representar o universo” (PRODANOV; FREITAS, 2013, p.98).

Neste trabalho o estudo de caso diz respeito a uma intervenção por meio da abordagem psicodramática num caso de luto Peri natal de uma mãe que perdeu seu bebê logo após seu nascimento e que foi acompanhada em 40 sessões de psicoterapia.

Foram utilizados recortes de cinco sessões consideradas mais significativas em seu processo terapêutico no que diz respeito ao tema do luto, tendo em vista que em todo o tempo em que foi acompanhada foram trabalhados outros pontos e demandas que não atendem ao objetivo deste presente trabalho.

O sujeito da pesquisa é uma mulher de 36 anos em luto Peri natal de uma primeira gravidez. As sessões de psicoterapia ocorreram num Consultório de Psicologia na cidade de Joinville, no estado de Santa Catarina, onde foram realizados 40 atendimentos, sendo um atendimento por semana com duração de 50 minutos por 12 meses utilizando a abordagem psicodramática, do tipo Bi pessoal.

Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a fim de esclarecer os objetivos da pesquisa à paciente, bem como garantir que apenas informações relevantes ao tema da pesquisa serão abordados no presente trabalho.

A fim de resguardar o sigilo em relação a paciente desta pesquisa, foi utilizado o nome fictício *Violeta*, sempre que se fizer referência à mesma.

5 APRESENTAÇÃO DAS SESSÕES

5.1 DESCRIÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO CASO

Violeta, 36 anos, chega ao consultório com expressão de profunda tristeza, relatando grande desânimo e dissabor com a vida após a perda de seu filho logo após o parto, não completando ao todo nenhum dia de vida, pedindo ajuda, relatando ser o último recurso que buscaria após tantos meses de sofrimento.

Violeta e seu esposo planejaram há muito tempo ter um filho, entretanto, ela sofria de endometriose, o que a levou a tentar vários tratamentos para conseguir engravidar. Após um de seus tratamentos conseguiu e com muita alegria relata ter vivenciado seus nove meses de gestação.

Em seu pré-natal os médicos não relatavam quaisquer dificuldades ou problemas no desenvolvimento do bebê, bem como com sua saúde, enquanto gestante permanecia bem, sem complicações.

Ao chegar ao final de sua gestação, Violeta opta por parto de cesariana e agenda com seu médico. No momento do parto, então, Violeta percebe uma grande movimentação no quarto e isto foi deixando-a aflita. Não permitiram a entrada de seu esposo e não esclareciam o que estava acontecendo. Relata o quanto se sentiu sozinha e sem esclarecimentos neste momento.

Os médicos realizaram a cesárea, mostraram o bebê a ela e já saíram rapidamente do quarto sem que ela pudesse aconchegá-lo. Logo em seguida também começaram a cuidar dela e movimentá-la. Percebendo a urgência de seu quadro e a forma com que tentavam ajudá-la, começou a questionar o que estava acontecendo, momento em que disseram que ela estava passando por um quadro de eclampsia, definida “como um episódio primário de convulsão, durante a gestação ou no pós-parto, não relacionada com outras condições patológicas referidas ao sistema nervoso central, presente em gestantes com pré-eclâmpsia” (CARMO *et al*, 2008, p. 25).

Depois disso, só recorda de que uma Psicóloga Hospitalar veio dar a notícia de que seu filho havia falecido por uma parada respiratória e que ela havia passado pelo quadro de eclampsia, que correu grande risco de vida. Neste momento, Violeta então passa a vivenciar e iniciar seu processo de luto.

Após nove meses da perda, Violeta veio à procura de terapia. Um pouco avessa, tendo em vista não ter tido uma boa experiência com a Psicóloga hospitalar que apenas deu a notícia e não a acompanhou, Violeta mostrou-se de certa forma incrédula com o tratamento, mas ao mesmo tempo, colocando que seria sua última tentativa de poder retomar sua vida, de voltar a sentir ânimo com as coisas, de tentar esquecer (como se fosse possível), dentro de tudo o que já havia tentado sozinha.

Nesses nove meses Violeta relatou ter passado seus dias com grande tristeza e desânimo, não demonstrando interesse em nada e não conseguindo falar, ver ou retomar qualquer atividade que relembresse sua gravidez.

Durante a gestação fazia hidroginástica e ioga e também tinha várias amigas grávidas. Ter que retomar tudo isto estava muito difícil a ela, pois não se sentia bem ao se abrir com as pessoas porque tudo o que as pessoas lhe diziam era: “Você pode engravidar de novo”, “Não chora”. Relatou não sentir-se compreendida em sua dor.

Relatou também que não conseguia fazer a lápide do túmulo onde o bebê foi enterrado, não conseguia voltar a sua cidade natal, onde o parto foi realizado, enfim, estava travada e tomada por grande sofrimento. Violeta relatou todo o caso com grande emoção, chorando intensamente nas primeiras consultas. A seguir, o relato de uma parte da sessão inicial:

Violeta: Eu não acredito que vou conseguir apagar isto da minha vida!

Terapeuta: Possivelmente não conseguirá apagar, mas lhe digo que é possível retomar sua vida e diminuir esta dor.

Violeta: Não acredito que esta dor possa diminuir.

Esta foi uma de suas falas na primeira sessão. A seguir, serão descritas as principais sessões que a ajudaram a trabalhar seu luto, sua dor e [a retomada dos seus papéis](#).

5.2 CENA: VENCENDO O MEDO DE HOSPITAL

Numa das primeiras sessões, Violeta perguntou se poderia trabalhar seu medo em relação ao hospital, pois teria que voltar para realizar uma cirurgia (relacionada à endometriose) e não conseguia sequer se imaginar revivendo toda a situação do parto. Fomos trabalhando que era um momento diferente, um local diferente (pois o parto foi realizado em sua cidade natal) e então, trabalhamos da seguinte forma:

Terapeuta: Vamos trazer este medo, Violeta?

Violeta: Sim, como podemos fazer isto?

Terapeuta: Peço que levante, estique seus braços. Respire bem fundo. Mais uma vez. Agora quero que pense em seu medo como um personagem, como seria seu aspecto físico, suas características?

Violeta: Ah, ele seria grande e feioso, tipo aqueles monstros de filme, sabe?

Terapeuta: Ok. Então vou pedir que por uns instantes você seja ele. Quando mudares de poltrona, e aqui ao meu lado colocarei uma almofada representando você, você irá sentar na poltrona como sendo o medo, falará como sendo ele, ok?

Violeta: OK!

(Violeta como medo)

Terapeuta: Olá, Medo.

Violeta (no papel do medo): Olá!

Terapeuta: Gostaria de conversar com você e te conhecer um pouco. Diga-me, há quanto tempo você está aí na Violeta?

Violeta (no papel do medo): Ah, eu surgiu há pouco tempo. Desde que ela perdeu o bebê.

Terapeuta: *Hmm*, certo. E para que você está aí?

Violeta(no papel do medo): (um pouco de emoção). Ela me chamou porque passou um momento difícil no hospital, e não quer vivenciar tudo de novo.

Terapeuta:Então sua função é protegê-la, é isto?

Violeta (no papel do medo): Isto mesmo! Estou aqui *pra* abrir os olhos dela, não quero que passe por tudo de novo.

Terapeuta: Bom, eu e ela conversamos e entendemos que é um momento diferente, um local diferente e um objetivo diferente da outra vivência que ela teve em hospital. O que de fato, Sr. Medo,você a faz pensar que será tudo igual de novo?

Violeta (no papel do medo):*Hmm...* (tempo, pensa). E se acontecer alguma coisa?

Terapeuta:Se, não é realidade, ela não poderá controlar, Sr. Medo, entretanto, o médico já explicou que será um procedimento bem simples sem complicações. O Sr. não quer que ela faça este procedimento?

Violeta (no papel do medo): Na verdade, ela precisa fazer, mas... (pensa). Eu não *tô* querendo deixar!

Terapeuta: Me mostra o que você faz com ela!

Violeta(no papel de medo vai e cutuca a almofada que representa a paciente): Pensa bem, *pra* que você vai passar por isso? Você pode se decepcionar como a outra vez que esteve no hospital! Você vai ficar mal!(aqui a terapeuta faz duplos, também)

Terapeuta:troque de papel, volte a ser Violeta e fale pra ele!

Violeta (falando com o Medo): Não tem nada a ver, é um procedimento simples, para meu bem, não tem razão *pra* você estar aí!

(troca novamente)

Violeta(como Medo) responde: Não! Não vou te deixar!

(troca)

Violeta(falando com o medo): Ah, vai sim! Porque eu tenho que fazer e você não estava aqui até tempo atrás. Não quero me sentir assim!

Terapeuta(no papel de Medo faz um duplo): Mas eu só quero lhe proteger!

Violeta: Não é você quem vai me proteger, na verdade ninguém pode me proteger! Eu preciso cuidar de mim e quero muito melhorar do meu problema de saúde que a cirurgia vai ajudar. Não tenho escolha. Ou melhor, eu tenho, vou fazer! E você não vai me incomodar.

Terapeuta: O que você quer fazer com ele, então, Violeta? Precisas dele nesta situação?

Violeta: Não, não quero ficar com ele. Eu escolho, não ele!

Terapeuta: Às vezes o medo nos ajuda a ter cautela, a pensar melhor em uma determinada situação, conforme conversamos no início da sessão, mas nesta situação então ele não está te ajudando, é isto?

Violeta: Sim, isto mesmo! Eu preciso fazer a cirurgia *pro* meu bem!

Terapeuta: Então o que queres fazer com ele aqui? Diga a ele como será e faça o que queres com ele.

Violeta(falando com o medo): Medo vá embora! Não te quero aqui agora! Você não vai me dominar!

Terapeuta: Diga com mais força

Violeta: Chega, não preciso de você! (e joga a almofada que representava o medo)

Terapeuta: Respire. Está suficiente? Ele foi embora?

Violeta: Foi sim!

Terapeuta: Ok, então respire fundo e à medida que for respirando vá imaginando outros personagens que podem lhe ajudar, ou melhor, outros sentimentos e emoções que possas levar daqui hoje contigo, ao invés do medo que você expulsou.

Violeta (respirando fundo): Coragem... Segurança...Otimismo...

Terapeuta: Ótimo, agora vá abrindo os olhos. Como se sente? Compartilhe um pouco comigo como foi.

Violeta: É isso... Me sinto mais confiante, vai dar tudo certo! Vou lembrar disto lá na hora!

Terapeuta: Que bom, lembre mesmo!

Encerramos, Violeta ficou umas semanas sem vir porque realmente fez a cirurgia e ao retornar relatou que ficou tranquila, que não sentiu medo e se recuperou bem da cirurgia.

5.2.1 Explicações teóricas: Vencendo o medo de hospital

Nesta cena, após o acolhimento iniciou-se um aquecimento inespecífico, por meio da respiração e específico quando pediu-se para entrar em contato com o medo, partindo depois para a dramatização. Utilizou-se inicialmente a técnica da concretização, materializando a emoção: medo.

Conforme Santos (1998) é um recurso muito útil, pois possibilita através da representação corporal do protagonista, que se concentrem emoções presentes na relação apresentada, de modo a tornar visível ao paciente e terapeuta.

No caso de Violeta, ficou visível que a partir da cena da perda do bebê no parto, o medo veio à tona para “querer protegê-la” de que algum sofrimento semelhante viesse a lhe acontecer, novamente. Entretanto, poder vivenciar isto através da ação a fez perceber que isto na verdade não a protegeria nesta situação e sim, a impediria de seguir cuidando de sua saúde.

Outras técnicas que foram utilizadas: tomada de papel, duplo e por fim, através da realidade suplementar houve a resolução do conflito com a emoção medo, onde através da dramatização a paciente foi capaz de dar uma nova resposta encorajando-se a realizar o procedimento e assumindo sua escolha, o controle e decisão disto. “A dramatização possibilita ao indivíduo e ao grupo, por meio do desempenho de papéis psicodramáticos, uma nova organização dos mundos interno e externo” (MALAQUIAS, 2012, p.24), assim sendo, Violeta conseguiu organizar-se diante deste medo de hospital.

5.3 CENA: REVIVER PARA RE (VIVER): RETORNANDO A SALA DE PARTO

Esta sessão pode ser considerada a principal em todo o processo da paciente, pois foi fundamental para que pudesse evoluir em seu processo de luto e reorganização de seus papéis.

Terapeuta: Como você está se sentindo?

Violeta: Não estou bem. Ainda choro muito, não consigo tocar no assunto com pessoas próximas. Não tô sabendo lidar com a situação. É muito difícil lembrar de tudo como aconteceu. Dói muito...

Terapeuta: Te convido a levantar um pouquinho. Caminhe um pouco aqui pela sala(tempo), agora respire bem fundo (tempo), solte os ombros e feche os olhos, concentre-se em suas emoções. O que você acha de revisitarmos esta cena? Eu vou estar aqui ao seu lado, vamos ao seu tempo.

Violeta: OK.

Terapeuta: Com os olhos fechados, qual a cena que lhe vem?

Violeta: Eu no hospital.

Terapeuta: Certo, então deixe-se guiar pela seqüência dos fatos. Você chegou no hospital. Como é este lugar? Vá trazendo em seu pensamento. (Violeta acompanha). O que está acontecendo aí?

Violeta: Estou indo para a sala de parto.

Terapeuta: Quem está aí com você?

Violeta: Estou sozinha (se emociona), não deixaram meu marido entrar comigo.

Terapeuta: Agora, tente outra vez aqui e agora pedir *pra* deixarem seu marido entrar, ok? Aqui podemos tudo!

Violeta: Ele entrou e está segurando a minha mão (se emociona bastante)

Terapeuta: O que está acontecendo agora?

Violeta: Eu estou perguntando para o médico, o que está acontecendo, por que estão todos agitados? Mas não estou tendo retorno, apenas que tenho que ficar calma. Não estou entendendo nada aqui desta movimentação.

Terapeuta: Pergunte novamente e vamos ver o que ele responde. (tempo) E aí? O que ele te diz?

Violeta: Ele está me explicando que não estou nada bem. Estou num quadro de eclampsia.

Terapeuta: Troque de papel e seja este médico. Explique como sendo ele.

Violeta(como médico): Violeta, você está com um quadro de eclampsia correndo um grande risco. Precisamos ser rápidos para tentar salvar o bebê e você. (se emociona ainda mais)

Terapeuta: Como se sente?

Violeta: Apreensiva. Angustiada.

Terapeuta:E agora... como segue?

Violeta: Agora o bebê está nascendo.

Terapeuta: Quais os sentimentos?

Violeta:Está confuso, ele está nascendo, mas estou apreensiva com a informação recebida. Eles só me deixam vê-lo rapidamente. Não entendo...

Terapeuta: Eles retornaram e seu bebê está bem aqui, agora mesmo em seus braços e você pode fazer e falar tudo o que quiser (coloco uma almofada em seus braços, concretizando o bebê, ela solta um choro como que gritado, muito forte). O abraça forte e chora muito. Dou este tempo para que libere toda a emoção necessária, mantendo-me ao seu lado e tocando em suas costas, como que em *cluster* um, cuidado, acolhimento.

Violeta (chorando): Filho, te amo. Tentei fazer o meu melhor, meu filho! Me perdoa! (chora muito abraçando apertado a almofada no lugar do filho e fica um tempo, apenas chorando e abraçando).

Terapeuta: E como aqui podemos tudo, o que ele te responde?

Violeta(chorando muito): Sim, mãe eu sei. Não foi culpa sua.

Terapeuta(Fazendo técnica do duplo): Eu sei mãe, que você me ama e que me queria muito.

Violeta (Permanece com grande emoção)
(tempo)

Terapeuta:Quer dizer algo mais a ele?

Violeta: Não. Só que eu o amo.

(dou mais um tempo, vou pedindo que vá respirando).

Terapeuta: E agora?

Violeta (chora e permanece abraçada com a almofada representando o filho): Agora ok. Ele pode ir.

Violeta: Sim. (Ainda com muita emoção)

Terapeuta:Quando estiver pronta, me avise.

Violeta: OK, (Tempo e abraça bem forte, enquanto isto eu a acolho neste momento, deixo chorar até ir se acalmando).

Terapeuta:(tempo) Vá respirando... Como vamos terminar esta cena?

Violeta: Pode terminar aqui mesmo. Adeus meu filho! (dá o último abraço e deixa a almofada representando o filho).

Terapeuta e Violeta se abraçam. Ela abre os olhos, senta e permanece chorando.

Terapeuta: Vá respirando, querida. Estou com você. Respire fundo aqui comigo. (espera-se mais um tempo até que se acalme e consiga voltar). Consegue compartilhar um pouco como se sente em relação ao que viveu aqui?

Violeta: Não foi fácil, foi bem difícil. Mas sabe, ninguém nunca me deixou chorar deste jeito, só sabiam dizer que “ah, você pode tentar de novo, é nova ainda, não fica assim”, nem a família, não me deixavam. Agora eu sei que ele se foi e que não tive culpa (consegue falar mais calma).

Terapeuta: Isto mesmo, querida. (fomos aos poucos encerrando). Como está aí?

Violeta: Vou ficar bem.

Terapeuta: Ok, que bom. Estamos juntas. Escreva se precisar.(Ela mais calma despede-se).

Violeta: OK. Obrigada! (Se abraçam)

Nas outras consultas foi relatando que não imaginava como aquela dor poderia ter diminuído, a partir daí foi conseguindo se emocionar menos ao falar sobre a perda e foi aos poucos se sentindo mais preparada para voltar a falar com algumas pessoas. Em uma das sessões posteriores relatou que foi convidada pelas amigas da hidrogestante para um café e que se sentiu preparada para recebê-las e contar o que aconteceu, relatando que foi um momento emocionante e que a acolheram muito bem, bem como outros relatos de poder ir enfrentando situações que até então estavam bloqueadas pelo trauma.

5.3.1 Explicações teóricas: Re(viver) para reviver

Após o aquecimento inespecífico por meio do caminhar e da respiração, utilizou-se a técnica do psicodrama interno. Optou-se por realizar a dramatização

internamente tendo em vista ser rica em detalhes para esta ocasião. Pensou-se que visualizar e reviver internamente enriquecesse mais a vivência da cena. Fonseca(2010) também afirma que em sua prática percebe que algumas pessoas conseguem dramatizar mais facilmente de forma interna, por essa razão, também se buscou por esta técnica.

Buscou-se através desta intervenção presentificar a situação traumática já vivida pela paciente, sendo esta, especificada por Fonseca (2010), como técnica do videotape, a técnica de visualizar cenas já vividas e que é derivada do psicodrama interno, ou seja, o fato de pedir para fechar os olhos e visualizar uma cena já vivenciada pelo paciente ele prefere diferenciar do psicodrama interno, e chamar por este nome. Psicodrama interno é caracterizado por ele por dizer mais respeito a quando ainda não há um material específico a ser explorado, e sim, o ato de aventurar-se pelo inconsciente em imagens que possam surgir espontaneamente no paciente.

Utilizando como base a premissa de Moreno (1975, p.78) “toda e qualquer segunda vez verdadeira é a liberação da primeira”, buscou-se isto, possibilitar com que a paciente conseguisse ressignificar esta experiência traumática e liberar o que ficou latente.

Reencenação é considerado terapêutico na medida em que pode ajudar o protagonista a reintegrar emocionalmente e processar cognitivamente (reconhecer) sua perda avassaladora, facilitando o aumento da espontaneidade e, conseqüentemente, aliviando o impacto psicológico do trauma. (KELLERMAN; HUDGINS, 2010, p. 26).

Para auxiliar neste processo, também se utilizou a técnica da concretização, no caso, buscando materializar a pessoa do bebê. O fato de colocá-lo em seu colo e permitir vivenciar na ação o que não pode naquele dia, facilitaria o acesso a emoções e conteúdos latentes, por isso, optou-se por esta técnica e fazê-la não de forma interna, pois de fato, foi o que ocorreu.

Pensando em processos de luto, conforme a teoria de Worden (2013) já apresentada, a vivência desta cena auxiliou e foi crucial para a paciente em seu processo de aceitação da realidade da perda e também na elaboração da mesma. Ela foi precursora para uma série de outras elaborações posteriores.

Bouza & Barrio (2010), defendem que a inversão de papéis com a pessoa falecida, pode oferecer possibilidades de experimentar diferentes formas de elaboração do luto e auxiliá-la na recuperação do seu meio social. Assim sendo,

buscou-se no momento da despedida, poder facilitar com que a paciente vivenciasse de uma forma diferente esta despedida e podendo ouvir algo deste filho no cenário da realidade suplementar corroborando para elaboração do luto.

Ainda conforme, Bouza & Barrio (2010) tentou-se possibilitar a paciente olhar o passado permitindo assim o reconhecimento da morte ou *insight*, focalizar o presente, buscando um ritual de despedida permitindo assim que os sentimentos envolvidos pudessem emergir. Os autores colocam que o próximo passo seria então olhando para o futuro, buscar o apoio no meio externo, podendo assim, propiciar e favorecer novos vínculos com pessoas vivas, que no caso da paciente Violeta, esta última é uma etapa que vai se desenvolvendo posteriormente em outras cenas.

Ainda considerando as teorias do luto, a cena permitiu a ela entrar em contato com diversas emoções como tristeza, desespero e raiva.

Nesta sessão foi muito importante à terapeuta utilizar da dinâmica do *cluster* um, tendo em vista, ser uma cena traumática, exigiu grande acolhimento, aproximação, continência e disponibilidade da terapeuta.

Outras técnicas utilizadas: tomada de papel, quando ela realiza o papel do médico e do bebê e técnica do duplo, quando a terapeuta empresta sua voz no papel de bebê.

Esta sessão foi fundamental para as evoluções e os progressos posteriores da paciente, bem como possibilitou evoluir em outras etapas em seu processo terapêutico e de luto, mais ligadas à reorganização e reinvestimento de energia em novos papéis.

5.4 CENA: VOLTANDO A VIDA, A PRIMEIRA VIAGEM DE FÉRIAS

Terapeuta: Como vem se sentindo?

Violeta: Percebo que já estou bem melhor, já consigo olhar uma gestante sem chorar, freqüentar outros lugares, sinto-me diferente. Só estou com receio, pois vou fazer uma viagem de férias com meu esposo, quero curtir bastante com ele, depois de tudo o que passamos, mas estou com receio de ter uma recaída e ficar lembrando de tudo e ficar mexida, sabe?

Terapeuta: Vamos experimentar um pouco essa viagem? Sente-se confortavelmente, respire fundo (terapeuta realiza um aquecimento). Alongue o pescoço, mexa os ombros. Agora feche seus olhos um instante e você ir nessa cidade que pretende viajar. Já esteve lá antes?

Violeta: Já, é linda. Tem bastante natureza, muita coisa linda.

Terapeuta: Ai que delícia, hein?! Onde você está?

Violeta: Num jardim.

Terapeuta: Certo. Vá deixando vir como um filme em sua mente.

Violeta: De repente, lembrei do bebê...

Terapeuta: Como você quer lembrar dele? (tempo)

Violeta: Quero lembrar dele como um anjinho (se emociona).

Terapeuta: Cada vez que se lembrar dele, o que pode fazer? Experimente aí. (tempo)

Violeta: Posso ir para a natureza e fazer uma prece por ele.

Terapeuta: Pode ser uma boa idéia, experimente fazer isto aí. (tempo). Como se sente?

Violeta: Me sinto bem.

Terapeuta: Isso, permita esta imagem da natureza adentrar sua mente.

Violeta: *Uhum.*

Terapeuta: Tem algo mais que queira experimentar aí? Algo mais aconteceu?

Violeta: Não. É isto. E foi bom estar neste lugar.

Terapeuta: Então pode ir abrindo os olhos devagar. Ele sempre será seu anjinho, não se preocupe se lembrar dele, isto não é errado, faz parte, mas lembre de que agora está num outro lugar, onde acredita que ele esteja?

Violeta: Ah, como um anjinho no céu, olhando por nós. Quem sabe um dia a gente vá se encontrar, né?!

Terapeuta: Verdade. Você acredita nisto?

Violeta: Sim.

Terapeuta: Então como se sente em relação à viagem?

Violeta: Me sinto bem sim! Vai ser muito bom *pra* nós dois retomarmos o que gostamos, estarmos juntos. Precisamos.

Terapeuta: Que ótimo.

(finalizam)

Encerramos a sessão e posteriormente ela relatou que a viagem foi muito especial, que algumas vezes lembrou-se do bebê, mas que isso não trouxe sofrimento como antes.

5.4.1 Explicações teóricas: Voltando a vida

Este recorte da sessão trouxe outro aspecto importante no processo de luto de Violeta, que diz respeito a poder reposicionar a pessoa perdida, dar-lhe um novo lugar, e também, poder começar a se reposicionar e reorganizar diante da realidade da sua perda conforme Worden (2013) aborda enquanto tarefas do luto. Quando ela consegue visualizar um novo lugar para esse bebê, que não o local idealizado, não o lugar traumático, consegue organizar-se melhor em relação à perda e ao mesmo tempo, buscando investir sua energia em outro papel, o de esposa e em algo que gosta, que é viajar.

Através de um psicodrama interno, foi possível que a paciente imaginasse e vivenciasse livremente a sensação desta viagem, e assim, experimentasse como seria a situação que temia buscando espontaneamente e no aqui e agora estratégias para lidar com ela, podendo compreender que não se tratara de esquecer a perda, mas de lhe dar um novo lugar.

5.5 CENA: A CONSTRUÇÃO DA LÁPIDE – ACEITANDO A PERDA

Terapeuta: Olá, como está?

Violeta: Estou bem, essa semana comprei uma roupinha de bebê para uma amiga que está grávida e olha, nem chorei. Tô de parabéns! (risos)

Terapeuta: Verdade, querida! Está indo muito bem... retomando sua vida, não é mesmo?

Violeta: Verdade, não acreditava que poderia ficar assim. Já consigo ir até o quartinho, ver outras mulheres grávidas. Só tem uma coisa me incomodando.

Terapeuta: Diga, o que está lhe incomodando?

Violeta: É final de ano e vou rever a família, lembra que te falei que a pressão estava grande para eu fazer a lápide. O bebê foi enterrado e eles não se conformavam que eu não tinha feito a lápide. Como conversamos, até então eu não estava preparada, mas agora sinto que está na hora de fazer isto.

Terapeuta: É mesmo, você quer fazer?

Violeta: Sim, eu quero, mas não sei como. Cada um fala uma coisa, todos querem opinar! Poxa, que saco isso!

Terapeuta: Que saco! Eu sou a mãe! (Técnica do duplo)

Violeta: É isso...

Terapeuta: Vamos ver isto, então. Levante um pouquinho. Caminha por aqui, para qual cena vamos?

Violeta: Ah, pode ser essa da decisão do que vou fazer.

Terapeuta: OK, quem vai estar nessa cena?

Violeta: Acho que só eu e meu esposo.

Terapeuta: Ok.

(trazemos o marido, almofada para representar)

Terapeuta: Onde estão?

Violeta: Na minha casa, na sala (traz alguns elementos).

Terapeuta: Certo, vocês querem decidir sobre a lápide, correto?

Violeta: Sim.

Terapeuta: Então, o que você quer dizer a ele?

Violeta(pergunta para o esposo): E aí, o que você acha, como podemos fazer?
(troca de papel)

Violeta(no lugar do esposo, responde): Ah, você que sabe, Violeta, eu topo o que você quiser.

Violeta: Eu gostaria de colocar uma foto minha e sua comigo grávida, só isso. E o nome dele.

Violeta (no lugar do esposo): Eu acho ótimo!

Terapeuta: Nesta cena, algo mais?

Violeta: Não, Gisele, acho que é isso, cabe a mim e ele tomar essa decisão, *né?* Não vamos agradecer todo mundo, *né?*

Terapeuta: Isto mesmo. Sentem-se bem assim? Querem trazer a família?

Violeta: Não precisa. Só não sei se vou conseguir ir lá ver, sabe?!

Terapeuta: Vamos tentar aqui. Veja, vocês já decidiram, provavelmente sabem a empresa que devem procurar para fazer a lápide, certo?

Violeta: Sim. Já sabemos (fala da empresa), a família já se encarregou (risos).

Terapeuta: Certo, percebo que está tentando fazer isto mais por sua família, estou certa?

Violeta: Sim, poxa, ficam pressionando, pressionando, que saco isso! Eu não tenho muito esse hábito de cemitério, sabe?!

Terapeuta: Sim, entendo. Mas talvez seja um ritual importante para eles, pois também estão vivenciando esta perda, lembra? Mesmo assim, você não tem esta obrigação, tem?

Violeta: Não, mas eu quero fazer *pra* mim também, não pelo ritual de ir lá, mas pelo fechamento, sabe?! Parece que estou fugindo disso e fazendo a lápide parece que finalizo todo esse processo, será mais um passo *pra* eu avançar, como um fechamento. E como você disse, eles também estão vivendo este luto e *pra* eles é importante o ritual. Desejo fazer isto sim!

Terapeuta: Verdade, será mais um passo. Então vamos levantar mais um pouquinho, respira fundo e peço que imagine este cemitério. Como ele é?

Violeta: Ah, tem flores e túmulos de crianças, é bonito, até. (traz alguns detalhes deste lugar)

Terapeuta: Agora abra os olhos e estamos aqui, veja, o que temos? Me mostre.

Violeta: (traz os detalhes de como vê este espaço)

Terapeuta: Vá caminhando e me avise quando chegarmos no túmulo dele. Está em algum lugar específico?

Violeta: Não, mas está perto dos da família. (detalha). Pode ser aqui (demarca).

Terapeuta: E como ficou? Veja aí (almofada para demarcar)

Violeta: Gostei! Tá do jeito que falamos, nossa foto e o nomezinho.

Terapeuta: Como se sente? Quer fazer algo?

Violeta: Bem. Não, não quero fazer nada. Sinto-me bem de estar fazendo isto por mim e minha família. (tempo)

Terapeuta: Ok, podemos ir ou quer algo mais?

Violeta: podemos sair sim.

Encerramos bem a sessão. A partir daí, Violeta nunca mais chorou intensamente e trouxe várias situações onde conseguiu lidar bem, sem tanta dor e sofrimento com

sua perda. Relatou ter feito a lápide e que foi um processo tranqüilo. Todas estas cenas vivenciadas psicodramaticamente auxiliaram em seu processo de luto.

Ela seguiu em terapia trabalhando outros temas e passados alguns meses o tema da gravidez voltou, o médico começou a incentivá-la a tentar nova gravidez devido ao seu problema da endometriose. Além de ser a cura, era a oportunidade de tentar novamente, até por uma questão de idade biológica. Ela foi pensando, foi aos poucos aceitando a idéia com cautela, em seu tempo, não fez pela pressão do médico, até que num certo tempo mais decidida e pronta para vivenciar uma nova gravidez, decidiu comprar as injeções para a fertilização em vitro. Entretanto, em uma das sessões, antes deste procedimento, tivemos uma grande surpresa: ela trouxe a informação de que estava grávida e nem precisou realizar o tratamento.

Foi se dando conta de que seria mãe e com os pés no chão, não se desesperou e conseguiu gestar com tranqüilidade, conseguindo separar uma história da outra, entendendo que cada bebê teria uma história, que um não substitui o outro, aparecendo apenas um momento de maior ansiedade antes de um de seus exames que trabalhamos e se saiu muito bem.

Em janeiro de 2017 estive no hospital vendo seu novo bebê e sua alegria em poder realizar o sonho de ser mãe e de ter podido superar a perda do seu primeiro filho, que sempre fará parte de sua história, entretanto, assumindo um novo lugar em sua vida. Foi um momento muito emocionante e significativo.

5.5.1 Explicações teóricas: Aceitando a perda

Nesta sessão utilizou-se um aquecimento e foram trabalhadas duas cenas, a primeira dramatização utilizando a técnica da tomada de papel, que foi a conversa com o marido, onde pode espontaneamente decidir com ele o que e como realizaria a lápide. Em seguida, outro ponto a incomodara, era o de colocar isto na ação. Dramatizamos isto e pode dar este fechamento na sessão e sentir-se mais tranqüila, por ter realizado algo que protelara tanto por não sentir-se em condições psicológicas, e embora fosse algo até mais significativo para seus pais e familiares, para ela foi importante poder realizar isto como um fechamento e também por poder entender que eles também vivenciaram, mesmo que do jeito deles o processo de luto.

Pode-se verificar que a paciente em todo o processo conseguiu evoluir não só no processo de luto, mas também em sua matriz de identidade, que saiu do caótico, inicialmente, de quando chegou e progredindo para voltar a se reconhecer e ir inserindo outros “tus” novamente em sua vida, reorganizando-se em relação a perda e passando a investir energia em outras relações, até chegar fase da inversão de papéis e até mesmo do encontro, no que diz respeito a relação com o esposo que voltou a ser satisfatoriamente próxima e mais harmoniosa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Psicodrama é uma abordagem de grande eficácia no tratamento com traumas e perdas. A possibilidade de trabalhar as fases do luto com as técnicas do psicodrama torna-se uma via acessível, pois permite novas ressignificações.

Foi possível perceber nos relatos das sessões descritas que a possibilidade de entrar em contato com a cena traumática e revivê-la com novos atributos, os quais não lhe foram permitidos naquele momento, e utilizando-se da realidade complementar e das técnicas psicodramáticas, possibilitou a paciente novos desfechos sem interferir no dado de realidade que foi a perda de fato, e assim sendo, como defendido por Moreno, corroborando para a liberação da primeira cena, no caso a traumática. Este tipo de abordagem permite que saia do verbal, do que é consciente e acesse a emoção, possibilitando novos registros.

O objetivo foi alcançado à medida que a paciente foi estimulada a dar novas respostas, ressignificar e vivenciar as fases do luto que ainda, mesmo após nove meses não estavam suficientemente concretizadas e retomar seus papéis que após a perda estavam embotados. O entendimento de ambas as áreas, tanto do processo do luto quanto a utilização do método psicodramático foram cruciais e facilitaram para que o caso tivesse êxito, bem como o vínculo terapêutico.

Poder ter participado de seu novo momento com a nova gestação foi memorial. Isto era uma preocupação, que uma nova gravidez não fosse o tamponamento da dor da primeira perda, e naturalmente, à medida que as sessões foram acontecendo a paciente foi entrando em contato com suas emoções, foi vivenciando o “saber deixar

ir” até que pôde ter o espaço de voltar a olhar para outras relações, reorganizar-se mediante a perda e seguir em frente.

Após o as sessões de psicoterapia psicodramática descritas a paciente retomou seu papel de esposa, de amiga, o papel profissional, dentre outros, bem como, voltou a se aquecer para o resgate e nova tentativa de vir a desempenhar o papel materno, o qual presenciei sua feliz concretização.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. **Teatro da Anarquia**: um resgate do Psicodrama. Campinas: Papyrus, 1988.

ALVES, L. F. R. O protagonista e o tema protagônico. In: ALMEIDA, W. C. (orgs). **Grupos**: a proposta do Psicodrama. São Paulo: Agora, 1999. P.89-99.

BERMUDEZ, R. **Introdução ao Psicodrama**. São Paulo: Agora, 1980.

BLATNER, Adam. **Uma Visão Global Do Psicodrama**: fundamentos históricos, teóricos e práticos. São Paulo: Editora Agora, 1988.

BLATNER, Adam. Métodos Psicodramáticos de facilitação do luto. In: KELLERMAN, P. F., HUDGINS, M.K. **Psicodrama do Trauma**: o sofrimento em cena. São Paulo: Ágora, 2010. P. 41-49.

BOUZA, M. F.; BARRIO, J. A. E. Psicodrama breve e luto. In: KELLERMAN, P. F., HUDGINS, M.K. **Psicodrama do Trauma: o sofrimento em cena**. São Paulo: Ágora, 2010. P. 51- 58.

BOWLBY, J. **Apego e Perda**. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

BUSTOS, D. M. Asas e Raízes. In: HOLMES; KARP, WATSON (Orgs). **Psicodrama após Moreno: Inovações na teoria e prática**. São Paulo: Ágora, 1994. P. 91-94.

BUSTOS, D. M. **O Psicodrama: aplicações da técnica psicodramática**. São Paulo: Ágora, 2005.

BUSTOS, D. M. **Perigo, amor à vista**. São Paulo: Aleph, 1990.

CALVENTE, C. Interpolação de resistências. In: MONTEIRO, R. F. (Orgs). **Técnicas fundamentais do Psicodrama**. São Paulo: Ágora, 1998. P.97-103.

CASTILHO, T. H. **Integrações: psicoterapia psicodramática individual e bi pessoal**. São Paulo: Ágora, 1999. P.31-40.

CARMO, W. R. *et al.* Eclâmpsia: abordagem ao diagnóstico e à conduta. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.18, n.3, supl.4, p.525-528, 2008.

CASTRO, Bernadete. A sociometria para além dos testes. In: MOTTA, J. M.; Alves, I. F. (Orgs). **Psicodrama: ciência e arte**. São Paulo: Ágora, 2011.

CUCKIER, R. **Psicodrama Bi pessoal: sua técnica, seu terapeuta e seu paciente**. São Paulo: Ágora, 1992.

DIAS, V. R.C. S. **Sonhos e Psicodrama Interno na análise psicodramática**. São Paulo: Ágora, 1996.

FÉO, M. S. Atendimento Conjunto Pais- Criança: Uma proposta de trabalho ambulatorial. In: RICOTTA, L. C. A (Orgs). **Cadernos de Psicodrama: Psicodrama nas instituições**. São Paulo: Ágora, 1990. P.18.

FONSECA, J. **Psicodrama da Loucura**. São Paulo, Ágora, 2008.

FONSECA, J. **Psicoterapia da relação**. São Paulo: Ágora, 2010.

FONSECA, José. Onde está o reconhecimento do ele na matriz de identidade? Interseções entre Moreno e Lacan. **Revista Brasileira de Psicodrama**, São Paulo, v.20, n.1, p.115-134, jun. 2012.

FOX, J. **O essencial de Moreno: Textos sobre Psicodrama, terapia de grupo e espontaneidade**. São Paulo: Ágora, 2002. P.114.

FREITAS, Joaneliese Lucas; MICHEL, Luís Henrique Fuck. A maior dor do mundo: o luto materno em uma perspectiva fenomenológica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.19, n.2, p.273-283, abr./jun.2014.

GONÇALVES, C. S. Técnicas básicas: duplo, espelho e inversão de papéis. In: MONTEIRO, R. F. (Orgs). **Técnicas fundamentais do Psicodrama**. São Paulo: Ágora, 1988. P.18-24.

GONÇALVES, C. S., WOLF, R. J, ALMEIDA, W. C. **Lições de Psicodrama: introdução ao pensamento de Jacob Levi Moreno**. São Paulo: Ágora, 1988.

GÜNTHER, Hartmut. Pesquisa Qualitativa versus Pesquisa Quantitativa: Esta é a questão?. **Psicologia, Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.22, n.2, maio/ago. 2006, p.201-210.

HOLMES, P., KARP, M. **Psicodrama: inspiração e técnica**. São Paulo: Ágora, 1992.

HOLMES, P., KARP, M. & WATSON. **Psicodrama após Moreno: Inovações na teoria e prática**. São Paulo: Ágora, 1994.

IACONELLI, Vera. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 614-623, dez. 2007.

KERSTING, A.; WAGNER, B. Complicated grief after Peri natal loss. **Dialogues in clinical neuroscience**, USA, v. 14, n.2,p.1-20, jun. 2012.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais tem para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e seus próprios parentes. 8ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MALAQUIAS, M. C. Teoria dos grupos e Sociatria. In: NERY, M. P; CONCEIÇÃO, M. I. G. **Intervenções Grupais: o Psicodrama e seus métodos**. São Paulo: Ágora, 2012. P. 17-29.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**. Rio de Janeiro: Jaguatirica, 2013.

MORENO, J. D. **Impromptu Man: J.L Moreno e as Origens do Psicodrama, da Cultura do Encontro e das Redes Sociais**. São Paulo: FEBRAP, 2016.

MORENO, J. L; MORENO, Z. T. **Fundamentos do Psicodrama**. A Descoberta do homem espontâneo, com ênfase especial na técnica de inversão de papéis. São Paulo: Summus, 2014. P.186-196.

MORENO, J. L. **Psicodrama**. São Paulo: Cultrix, 1975.

MUZA, Júlia Costa *et al.* Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda Peri natal. **Revista Psicologia teoria e prática**, São Paulo, v.15, n.3, p.34-48, set./dez. 2013.

NAFFAH NETO, A. **Psicodrama: descolonizando o imaginário**. São Paulo: Plexus, 1997.

NERY, M.P. **Vínculo e Afetividade**: Caminho das relações humanas. São Paulo: Ágora, 2014.

NETO, C. H. A. O luto de um suicídio. In: SANTOS, Franklin Santana. **Tratado Brasileiro sobre Perdas e Lutos**. São Paulo: Atheneu, 2014. P.127.

PARKES, C. M. **Luto**: estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus, 1998.

PERAZZO, S. **Descansem em paz os nossos mortos dentro de mim**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1986.

PRODANOV, C. C, FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho científico. 2ed. Rio Grande do Sul: Editora Feevale, 2013. P.70-98.

RIPSA, Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores e dados básicos para a saúde – 2007**. Tema do ano: nascimentos no Brasil. 2007. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2007/tema.pdf>. Acesso em set. 2017.

SANTOS, A. G. Auto-apresentação, apresentação do átomo sócia, solilóquio, concretização e confronto. In: MONTEIRO, R. F. (Org.). **Técnicas fundamentais do Psicodrama**. São Paulo: Ágora, 1998. P.122-124.

SANTOS, S. R. B. A teoria do apego e o luto. In: SANTOS, Franklin Santana. **Tratado Brasileiro sobre Perdas e Lutos**. São Paulo: Atheneu, 2014. P.99- 106.

SILVA, A. C. de O. Conceituando o Luto In: SANTOS, Franklin Santana. **Tratado Brasileiro sobre Perdas e Lutos**. São Paulo: Atheneu, 2014. P.71-78

SOEIRO, A. C. **Psicodrama e Psicoterapia**. São Paulo: Ágora, 1995.

SOLANO, J. P. C. Luto e Saúde Mental In: SANTOS, Franklin Santana. **Tratado Brasileiro sobre Perdas e Lutos**. São Paulo: Atheneu, 2014. P.95.

WORDEN, J. W. **Aconselhamento do luto e terapia do luto**: um manual para profissionais de saúde mental. 4ed. São Paulo: Roca, 2013.