

manter seu caráter de experiência individual e nem para abordar prematuramente o aspecto da dependência e da dívida com os terapeutas.

Relação de trabalho no sentido real do termo, mas também no psicológico, uma vez que o atelier poderá ser depositário dos conflitos que preocupam os pacientes. A propósito da bifocalidade — “tratamento institucional-psicoterapia” — Racamier escreve: “Um doente que sabe utilizar esses dois planos, que lhe são oferecidos, colocará na instituição seus problemas e a psicoterapia será usada para elaborar as soluções inconscientes, depois volta novamente à instituição para provar as modalidades funcionais já elaboradas.” Esta colocação dos problemas necessita toda uma parte ativa vinda dos pacientes, que deve ser favorecida tanto no atelier como em outros locais da instituição. Esta parte ativa é particularmente manifestada no atelier, pela solicitação muscular e intelectual, sendo que em outros lugares da instituição a atitude dos pacientes, talvez, seja mais passiva.

O ergoterapeuta, no seu contato com os pacientes, coloca-se de imediato numa relação de apoio. É assim, também, que ele conhece sua técnica e transmite aos outros seus conhecimentos. Ele não é “bom e generoso” na medida em que faz os outros trabalhar, lhes impõe um esforço e o abandono de formas regressivas de funcionar às quais os pacientes estão muitas vezes ligados.

À mediação de uma atividade provoca muitas vezes uma relação de dependência. Os pacientes que chegam ao atelier são quase sempre limitados nas suas possibilidades pelas desvantagens de suas doenças. Por outro lado, também trazem uma nova técnica, pela falta de conhecimentos.

É a evolução desta relação de dependência, talvez, que constitui o sujeito de nossa atenção e nosso projeto terapêutico, onde o objetivo final poderá ser a independência, mesmo que esta noção seja relativizada para cada um. No extremo, uma total independência no atelier deverá ser a finalidade e uma característica ergoterapêutica. Há exceções, entretanto, como por exemplo a independência para acertar as aquisições num período de tratamento ou ainda essa independência vivida de maneira positiva

(reassegurante, valorizante), colaborando nos espaços mais problemáticos (psicoterapia, integração profissional ou escolar). Mas sempre será ilusório reduzir o tratamento ergoterapêutico a uma abordagem de aprendizagem. A dependência técnica, quando existe, desdobra-se sempre numa dependência afetiva. Isto é muitas vezes vivido de maneira ofensiva e nos obriga manter muita discrição. Há uma espera, por parte dos pacientes, que é um pedido de atenção particular, e outra, que é das nossas atitudes com relação ao que eles são.

Com Luc, a relação de dependência parecia ser completamente fechada, sem que ele buscasse ter um espaço para o jogo, ou para uma tentativa de autonomia. Nesse fechamento, eu também estava presa. Luc me fazia pagar caro sua necessidade vital de que eu estivesse lá, para que ele trabalhasse. Exercia um verdadeiro domínio sobre minhas atitudes. Parece que a situação foi desbloqueada graças ao momento em que a relação foi carregada de afetos agradáveis e desagradáveis: a raiva, que pode ser motivada para cada um de nós de maneira particular (no caso de Luc: tempo de presença; para mim: maneira de utilizar o tempo no atelier). Nós brincamos e rimos, e enfim a distensão foi possível, assegurando assim a qualidade de nossa ligação. Luc podia e pediu para trabalhar só.

Sabe-se que as situações de dependência são muitas vezes mal vividas pelos pacientes, do ponto de vista de seus narcisismos. Eles gostam muito de não ter necessidade de ninguém, para protegê-los de toda desilusão, tanto quanto não vêem a necessidade de se adequar a uma relação com o outro. É grande o conhecimento que podemos obter da maneira como nós mesmos nos comportamos em situações de dependência: o contato com médicos, os outros membros da equipe, as estruturas que nos empregam e nos permitem trabalhar melhor com o paciente na relação de dependência. Esta, depois de instaurada, pode evolutivamente ser trabalhada passando de poder-tudo ou poder-impotência, para uma relação de cooperação, desenvolvendo-se sempre qualitativa e quantitativamente.

Nós, em equipe, vivemos uma experiência partilhada

com nossos colegas, nos cuidados que damos aos pacientes. Mas esta experiência não é nossa motivação primeira e nossos salários, frente às nossas responsabilidades, deixam supor a busca de gratificações individuais que ultrapassam os objetivos comuns. O ideal é que as conheçamos a fim de que a busca de satisfação pessoal não perverta nossa função. A dependência dos membros da equipe é correlata à noção de tratamento institucional, e ela é recíproca.

A relação de dependência entre paciente e terapeuta não é recíproca, mas relativa à posição ocupada. Assim, se os terapeutas são "dependentes" dos pacientes para exercerem sua profissão, a dos pacientes é maior, na medida em que os terapeutas investem em suas identidades sobre muitos aspectos (identidade familiar, social, profissional, relacional, sexual e outras).

Pode-se ver, no que precede, a importância dada ao quadro terapêutico, que permite, quando bem definido, ser a referência para os acontecimentos. Os horários, o espaço, os tipos de atividades, o grau de autonomia dos pacientes, podem servir de parâmetros para melhor observação e, conseqüentemente, um ajustamento de nossas atitudes terapêuticas. Trata-se não de adaptar o paciente ao atelier, mas de lhe oferecer pontos de apoio, que ele poderá utilizar segundo suas necessidades.

Assim, o aspecto aparentemente limitante de uma definição pode servir, paradoxalmente, de trampolim para o paciente e para nós mesmos na apreciação das nuances do funcionamento dos pacientes e par nos dar as indicações no sentido positivo ou negativo de suas evoluções. É também uma forma de delimitar uma situação que poderá instaurar o jogo e explorar a criatividade. Efetivamente, é do contraste com uma definição que se pode valorizar os deslizos com relação ao contrato, deslizos que serão trabalhados segundo a história pessoal institucional do paciente. A mediação da atividade, se ela é ferramenta que favorece nossa aproximação terapêutica, guarda também todo seu aspecto de realidade para os pacientes que têm dificuldades de utilizá-la além daí.

Apoiar nosso trabalho na teoria psicanalítica não quer dizer se interessar apenas pelo mundo interno do paciente: é também trabalhar com a realidade externa. Esta abordagem permite uma confrontação com a realidade interna dos pacientes, que, a priori, nós conhecemos e eles, muitas vezes, muito pouco.

Desta forma se encontram determinados os princípios de trabalho que regem meu papel de ergoterapeuta. A. Green nos mostra como "o papel é tirado de si mesmo." Ele distingue **a defesa contra o papel**, que demonstra a "negação de toda obrigação que, com certeza, deixa sem valor todo o privilégio que o sujeito se outorga. É um caos onde não existe nenhum outro tempo, a não ser aquele no qual o papel perdure, ou qualquer espaço a não ser o campo atual." Por outro lado está **a defesa a favor do papel**, que dá a ilusão "de aceitação submissa à legalidade do papel. Quase não há muito de papel, porque o contexto aniquilou o personagem que tem como missão o dizer."

Por causa dessas situações extremas, busca-se balizar as escolhas. São os pacientes que nos mostram lugares, que são diferentes dos caminhos que não podem trilhar. Com esse espaço, encontramos um campo no qual um certo rigor é necessário e onde a espontaneidade pode servir de alavanca terapêutica. Compreende-se que não se trata de estabelecer este trabalho como exemplo para se identificar, mas sim como proposição de um passo a mais no progredir de nossa prática.

(Agradecimentos a Nicole Guedeney, médica responsável do H.O. e a Marc Gumy, ergoterapeuta, que ajudaram com suas críticas a realização deste trabalho.)

BIBLIOGRAFIA

Segal, H. *Introduction à l'Ouvre de Mélanie Klein*, s/d.

Bergeret et coll. *Psychologie Pathologique*, s/d.

Jeammet et coll. *Psychologie Médicale*, s/d.

Watzlawick et coll. *Une Logique de la communication*, s/d.

Racamier. *Le Psychanalyste Sans Divan*. Payot Éditeur, Paris, s/d.

Green, A. *Le Rôle: Contribution à l'Étude des Mécanismes d'Identification. L'Évolution Psychiatrique*, Paris, 1961.

¹O Progressivamente, os membros da equipe que fazem animação são diferenciados por sua função, os enfermeiros abandonam as atividades, pouco a pouco, aos educadores e ergoterapeutas. A introdução da prescrição para o atelier foi um momento importante para esta evolução.

² *Le Psychanalyste sans Divan*, P.C.Racamier, Ed.Payot, Paris, 1980.

Autor: J.C.Legros

Tradução: Jô Benetton