



PUC
RIO

SANDRA MAITINO VIGNA

AValiação NO TRATAMENTO DE NEUROSE OBSESSIVA GRAVE
EM ADOLESCENTE

TESE DE MESTRADO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro, setembro de 1972.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea
CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil
<http://www.puc-rio.br>

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

AVALIAÇÃO NO TRATAMENTO DE
NEUROSE OBSESSIVA GRAVE
EM ADOLESCENTE (DISSERTAÇÃO)

por

Sandra Maitino Vigna

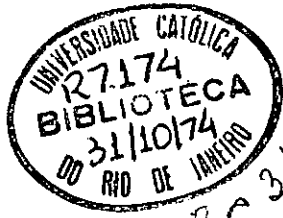
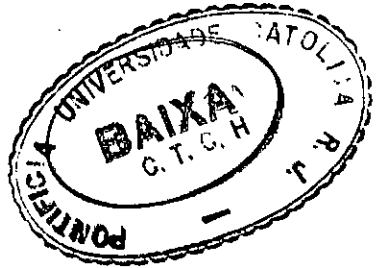
Tese submetida como requisito parcial para
a obtenção do grau de

MESTRE EM

PSICOLOGIA CLÍNICA

Dr. Carlos Paes de Barros

Rio de Janeiro, GB, setembro de 1972



BC 31635

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

FACULDADE DE CIÊNCIAS

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

150
U678
TESEUC

UC 19643-2

por

Sancti Martini Vindob.

These submitted to the Faculty of Sciences

of the University of Lisbon

LIBRARY

PSYCHOLOGICAL LIBRARY

rece

Dr. Carlos Barro

Rio de Janeiro, 23 de Junho de 1974

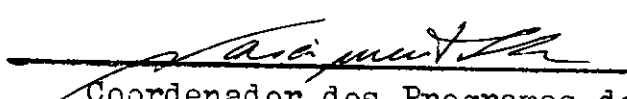
Tese apresentada no Departamento de
Psicologia da Pontifícia Universidade
Católica do Rio de Janeiro, fazendo parte
da Banca Examinadora
os seguintes professores:

Dr. Carlos Paes de Barros

Dr. Aroldo Rodrigues

Dra. Angela Podkaneni

Rio de Janeiro, setembro de 1972


Coordenador dos Programas de
Pós-Graduação do Departamento
de Psicologia da Pontifícia
Universidade Católica
do Rio de Janeiro.

AGRADECIMENTOS

- Ao dr. Carlos Paes de Barros, professor orientador.
- À CAPES e
- Ao Departamento de psicologia da FUC, que
tornaram possível a realização
dêste trabalho.
- Aos meus supervisores, Dra. Angela Podkameni e
Dr. Horus Vital Brazil.
- À minha analista, Dra. Neyde Burlanaqui
- Aos meus professores e
- A todos aqueles que colaboraram na execução
dêste trabalho.

S U M Á R I O

O presente trabalho procura justificar a eficácia terapêutica de uma atitude de observação participante no tratamento de neurose obsessiva grave em adolescente, lançando mão de técnicas de avaliação (testes projetivos e entrevistas) e do critério clínico de validação de hipóteses de trabalho.

Primeiramente foi discutido o critério de progresso terapêutico, com o sentido de mudança de personalidade. A seguir, deu-se procedimento à avaliação da mudança de personalidade, baseada tanto em dados clínicos como em dados obtidos através da situação experimental, e ambos vieram a confirmar a previsão que havia sido feita em relação às mudanças formais na estrutura da personalidade do paciente. Finalmente foi discutida a relação de causa e efeito, ou seja, que as mudanças verificadas deveram-se à utilização de um determinado agente de mudança, e técnica terapêutica em questão, e não ao acaso ou qualquer outro fator.

S U M M A R Y

This work is concerned with justifying the therapeutic effectiveness of an attitude of participating observation in the treatment of serious obsessive neurosis in adolescence, employing assessment techniques (the projective tests and interviews) and the clinical criterium for the validation of hypotheses.

First, the concept of therapeutic progress was discussed, as one type of personality change. Next, these changes were evaluated through clinical and experimental data, having been confirmed the predictions that had been made concerning formal changes in the patient's personality structure. Finally, the cause-and-effect relationship was discussed; in other words: the observed changes were due to the use of one specific agent of change, the therapeutic technique, and not to random factors.

I N D I C E

INTRODUÇÃO		1
CAPÍTULO 1	-Discussão teórica do critério de progresso terapêutico como mudança de personalidade.	6
CAPÍTULO 2	-Demonstração de que houve mudança de personalidade no caso de um cliente em terapia há dois anos.	15
CAPÍTULO 3	-Demonstração de que o progresso foi causado pelo processo terapêutico.	24
CONCLUSÃO		38
BIBLIOGRAFIA		39

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo a avaliação de resultados parciais e do processo em psicoterapia, e secundariamente, avaliação de teoria.

Observa-se uma escassez de pesquisas convincentes no que diz respeito à eficácia das várias técnicas psicoterápicas. Até recentemente, não existia uma integração dos estudos efetuados, de modo a propiciar dados comparáveis em vez de simples conglomerados. Como consequência, é reduzido o conhecimento experimental sistemático sobre psicoterapia, sua eficácia, e sobre os fatores que afetam seus resultados. A prática da psicoterapia foi muito pouco influenciada pela análise experimental.

O cientista não pode abordar todos os dados ao mesmo tempo, e para que ocorram resultados frutíferos, é importante fazer perguntas que permitam respostas relativamente inequívocas. Nas pesquisas sobre psicoterapia até hoje realizadas, parece que ainda não foi alcançada a sofisticação necessária para formular as questões adequadas.

Como qualquer outra pesquisa, os estudos em psicoterapia devem estar ligados tanto quanto possível a teorias e conceitos. Assim, as bases teóricas para o tratamento e os conceitos que se supõe estejam indicados pelas variáveis dependentes devem ser explícitos. Todo esforço deve ser feito para coordenar cada estudo com outros anteriores e futuros. Os procedimentos de avaliação padronizada devem ser procurados tanto quanto possível. O relatório deve especificar as condições que serviram de base para o estudo, de modo que este possa ser replicado por outro investigador. Ao longo de seu desenvolvimento a ciência repousa em achados replicados. Considerando a importância desse requisito numa pesquisa, pretendeu-se um estudo que possa ser replicado e isso requer não apenas procedimentos fidedignos de avaliações, como também procedimentos bem especificados para a seleção de pacientes, identificação da natureza do tratamento e outros

passos, de modo a maximizar a fidelidade da réplica.

Em síntese, a pesquisa em psicoterapia, embora importante, é ainda incipiente, tanto nos Estados Unidos como na Europa e principalmente no Brasil, onde há falta total de um trabalho sistemático de investigação de modelo teórico, de processo e de resultado. O panorama da investigação em psicoterapia está impregnado por dois preconceitos:

1. Não cabe nenhuma atividade de pesquisa em psicoterapia.
2. Pesquisa é análise de resultados, o que vem caracterizando os trabalhos de Eysenck¹ e outros.

É nossa intenção adotar uma orientação tripartida, conduzindo uma investigação de âmbito mais amplo, tocando os três planos em que se deve realizar a pesquisa em psicoterapia, a saber:

1. Pesquisa da teoria.
2. Pesquisa do processo.
3. Pesquisa dos resultados.

A pesquisa em psicoterapia precisa sair do âmbito acanhado de pesquisa de resultados, estatisticamente avaliados, como vem sendo feito nas últimas décadas. Método e Material: Foi escolhido o caso de um paciente, A.A., que vem sendo tratado pela autora desde dezembro de 1968. A mãe do paciente procurou o Departamento de Psicologia da FUC em junho de 1968, fazendo então uma entrevista com a assistente social; a seguir o paciente foi submetido a exames psiquiátrico e psicológico.

Resumo da entrevista com a assistente social: Família de A.A. composta de 6 pessoas: pai, 42 anos; mãe, 42 anos, ambos profissionais de nível superior; irmão, 14 anos, 3º Ginásial; paciente, 12 anos, 1º Ginásial; irmãs gêmeas, 7 anos, 2º Primário. A mãe queixa-se de gagueira em A.A. e parece ansiosa com isso, mas não vê dificuldades que poderiam provocar essa gagueira; acha que é "por imitação" (sic) ao pai, que também gagueja. Descreve o paciente como uma criança tensa, sempre preocupada em fazer o melhor possível; é pouco repreen-

didado ou castigado, "tal a noção de dever que tem", (sic). Quando êle acha que falhou, êle próprio se impõe um castigo que os pais aceitam. Nunca faltou ao respeito, e se comporta como o mais velho e responsável pelos irmãos. Sociável, tem muitos amigos. Cumpre sozinho suas obrigações e também sozinho resolve suas dificuldades.

Inpressão da entrevistadora: que os pais exigem muito do menino e êle nem sempre está certo de poder corresponder a essa expectativa. Pai muito ocupado, não dá atenção aos filhos; está geralmente entretido com leituras e estudos. Mãe tem mais contacto com êles, mas parece pouco afetiva. Pais frios, parecendo que sua preocupação principal é a competição entre ambos como profissionais.

Entrevista psiquiátrica : Ansiedade de raízes muito remotas. Boa capacidade de relação. Ansiedade de rejeição muito grande.

Exame psicológico (entrevistas, H-T-P, Rorschach, TAT): Os testes revelaram um menino com características basicamente neuróticas, com séria vulnerabilidade relacionada aos problemas carenciais orais, e que responderia bem a uma terapia individual ou em grupo. Apresenta distúrbios básicos nas relações pessoais, mantendo em sua comunicação na entrevista e nos testes uma atitude intensamente defensiva. Traços obsessivos dominam todos os testes. No grafismo, nota-se uma preocupação em manter bom nível formal, decorrente da grande necessidade de se defender, proibindo o aparecimento de conteúdos conflitivos. A ênfase é posta no plano intelectual, com defesas rígidas para esconder sua dificuldade de relacionamento.

O TAT mostra uma submissão à autoridade paterna e ao controle materno, com forte repressão da agressividade contra essas figuras; em consequência aparece uma anulação da individualidade do paciente.

O Rorschach mostra defesas fóbicas elaboradas sobre as obsessivas, numa tentativa de manter uma repressão intensa sobre o material primitivo ansiogênico.

O paciente foi re-testado para a obtenção dos dados necessários à pesquisa, em abril de 1970.

Optamos por entrevistas e por uma bateria de testes projetivos, com o objetivo de fazer uma análise do processo e avaliação longitudinal dos resultados, ou seja, uma avaliação da evolução das variáveis relevantes e também uma avaliação da eliminação dos núcleos patológicos (no caso, da neurose obsessiva), ao mesmo tempo em que está sendo avaliada a adequação da teoria psicoterápica utilizada e a eficácia da técnica.

As avaliações das variáveis poderiam ser obtidas em três contêxto:

1. Dentro das sessões de terapia.
2. Fora da terapia, mas em situação clínica (psicodiagnóstico).
3. No ambiente externo (ex. performance no trabalho, vida social e escolar, etc.)

Optou-se pelo primeiro e pelo segundo tipo de avaliação. Ao ser efetuado o segundo tipo de avaliação, os testes psicológicos foram administrados por outro profissional que não o próprio analista (o que elimina a interferência de outras variáveis, tais como, envolvimento do paciente com o analista, o que prejudicaria a clareza dos resultados dos testes); porém, é uma avaliação efetuada ainda em situação clínica, evitando interferência de variáveis estranhas.

Entre as várias técnicas de exame de personalidade disponíveis, os instrumentos de avaliação a serem utilizados nesse trabalho foram escolhidos, levando-se em conta sua adequação ao problema e a não limitação da avaliação a um único tipo de instrumento. Foram utilizadas as seguintes técnicas:

1. Analítica, de observação (entrevistas);
2. Projetiva, constitutiva (Rorschach);
3. Projetiva, interpretativa (TAT);
4. Projetiva, de criação artística (H-T-P).

As técnicas projetivas são instrumentos particularmente sensíveis para registrar aspectos inconscientes do comportamento. São testes multidimensionais, com estímulo ambíguo, cuja interpretação depende de uma aná-

lise holística.

Os testes projetivos se baseiam na hipótese fundamental de que entre o percebido e a personalidade existe um isomorfismo². Allport³ refere-se a uma orientação da investigação que correntemente se chama "perception-personality school", que proporcionou a fundamentação do teste de Rorschach. O princípio fundamental mais importante de uma teoria de Rorschach (ou outro teste projetivo) é a eleição que se acha na percepção.⁴ Não há percepção sem seleção, e essa seleção é uma função da personalidade. A hipótese de Rorschach era de que as respostas do indivíduo a um estímulo altamente ambíguo refletiriam o seu modo idiosincrático de perceber o mundo e assim proporcionaria uma espécie de radiografia da estrutura da personalidade. Também Abt⁵ parte do fato de toda percepção ser seletiva, e essa seletividade deve ser considerada como função de um marco de referências individual. Os estímulos não têm, em si, nenhum valor absoluto; o estímulo atua sempre no marco de um campo total, constituindo-se a percepção como atividade organizadora do perceptente. Abt resume a concepção dinâmica atual da percepção, nas seguintes palavras: "... we may look upon perception as an active and purposeful process which involves the whole organism in relation to its field. By its nature perceptual activity has roots that extend deeply into the whole matrix of the individual's past experiences and the perceptual activities of the individual reach out to fashion his orientation to the future".⁶

C A P Í T U L O 1

As pesquisas que vêm se desenvolvendo sobre a mudança de personalidade, envolvem a determinação das condições que provocaram alterações na posição característica de um indivíduo em determinadas dimensões.⁷

A psicoterapia constitui um agente de mudança, uma técnica de indução de mudança de estrutura de personalidade num determinado sentido, e quando êsse objetivo é alcançado, considera-se obtido o sucesso terapêutico.

As leis que regem o comportamento são, em princípio, passíveis de serem descobertas. Nem tôdas, é claro, serão conhecidas ao mesmo tempo. Uma vez que algumas dessas leis sejam conhecidas, o comportamento pode ser previsto. E se alguns dos determinantes são manipuláveis, o comportamento pode ser controlado. É bom lembrar que leis psicológicas não significam fatalismo ou coerção. Se alguém não obedece uma lei jurídica, é punido; se alguém não obedece uma lei psicológica, a lei é inexata e precisa ser modificada. Portanto, as leis científicas não fazem nada acontecer. As deficiências de conhecimento especulativo não estão em sua inadequação e sim na sua ausência de bases para se verificar se são adequadas ou não.

Sabemos que as variáveis que influenciam o comportamento são numerosas, e suas interações extremamente complexas. Por isso, se queremos saber se um determinado comportamento é função de um conjunto dessas variáveis, precisamos encontrar situações em que os efeitos dêsse conjunto de variáveis possam ser isolados. Isso pode ser obtido eliminando outras variáveis relevantes, mantendo-as constantes, ou medindo seus efeitos.

Colocaremos a partir dessa discussão, algumas proposições fundamentais:

1. O comportamento é inteligível, legaliforme.
2. Os seus antecedentes, podem ser descobertos por métodos naturalísticos.
3. A melhor maneira de verificar hipóteses quanto aos antecedentes do comportamento é pelo método da previsão.

4. As leis que relacionam o comportamento aos seus antecedentes são mais facilmente descobertas, de início, observando comportamentos simples, em situações simples.⁸

Em 1919, Watson disse⁹ que "durante todo o processo de desenvolvimento humano, da infância à velhice, ... processa-se não apenas a aquisição de hábitos e a modificação de reações hereditárias mas também, e igualmente importante, a eliminação de sistemas de reação que só funcionam até certa idade. Situações antigas dão lugar a outras novas, e conforme a situação muda, modos antigos de reagir devem ser abandonados e novos modos constituídos". O ponto de vista de Watson não está de forma alguma antiquado. Essa perspectiva vai além de afirmar a importância da especificação da natureza, tanto dos sistemas de reação como de seus moduladores. Trata a possibilidade de mudança dos vários sistemas, em modos e graus específicos, e em condições dadas, como características descritivas fundamentais da personalidade. Dois aspectos dessa colocação devem ser discutidos em cada caso portanto: "em condições dadas" e "modo e grau da possibilidade de mudança".

Passar da consideração quanto às variáveis responsáveis por mudança para a consideração mais específica quanto aos procedimentos realmente usados, envolve mais do que uma simples mudança de ênfase. Há também uma mudança do objetivo científico de previsão para o de controle. Trata-se da aplicação de teorias a problemas práticos. Uma proposição de mudança planejada consiste em diagnosticar o problema existente, identificar a unidade de conduta a ser modificada, estabelecer objetivos, e desenvolver técnicas para provocar a mudança. Um desses processos geradores de mudança de personalidade seria a psicoterapia.

As condições antecedentes responsáveis por mudança são uma questão de determinação empírica. Como êsses antecedentes operam para produzir os consequentes é um problema para o teórico.

Gendlin¹⁰ critica a maior parte das teorias de personalidade existentes no que diz respeito à sua inadequação para lidar com o fenômeno da mudança. Nessas teorias, aspectos estáticos de conteúdo e estrutura de personalidade são básicos, donde mudança torna-se um problema especialmente difícil; tendem a explicar a personalidade como aquilo que não muda quando deveria mudar, quando as circunstâncias provocariam uma mudança. Podemos responder pela mudança de personalidade somente se mostramos exatamente como a resistência à mudança consente em mudar, já que estruturas e conteúdos tendem a se manter e a distorcer a experiência presente. Gendlin propõe pontos de referência teóricos com conceitos que podem ser aplicados ao processo de experiência e às relações entre esse processo e os aspectos de conteúdo da personalidade; aí torna-se possível dar conta da mudança. É necessário lidar com os paradigmas de repressão e de conteúdo para que se possa responder por mudança de personalidade; esses paradigmas são, segundo Gendlin, os dois principais modos de formulação corrente, que fazem a mudança parecer teoricamente impossível. No entanto, essas mesmas teorias afirmam que mudança acontece, que envolve um intenso processo interno de sentimentos, e que ocorre num contexto interpessoal. São esses os dois principais caminhos em que as teorias tentam responder pela mudança.

Como o tornar-se consciente ocorre, afinal, se tudo é deformado para impedir justamente isso? Se o material foi reprimido, houve fortes razões, e uma conscientização forçada provocaria um desmoronamento do auto sistema. Não se pode explicar teoricamente mudança de personalidade como simplesmente tornar-se consciente do que estava antes reprimido.

A teoria psicanalítica ocupa um lugar importante nas teorias de mudança, tanto historicamente como em termos de influência contemporânea. Luborsky e Schimek¹¹ comparam a mudança provocada por tratamento psicanalítico com a mudança como consequência do desenvolvimento, e fazem uma revisão dos aspectos básicos da teoria freudiana.

Para Freud,¹² mudança de personalidade era basicamente mudança de ego, provocada pela atividade interpretativa do analista. A mudança é facilitada se o paciente mantém um alto nível de motivação e se identifica com o analista. Ainda em linguagem freudiana, à medida que o controle consciente do ego é ampliado, energia libidinal é transferida dos sintomas para o comportamento envolvendo satisfação e realização.

As dificuldades em avaliar a mudança advêm do fato das mudanças provocadas por tratamento ou por desenvolvimento, serem multi-determinadas e multi-dimensionadas, e mudança em qualquer nível influencia mudanças nos outros níveis. Assim, mudanças favoráveis nos pacientes não significam necessariamente que todos os sintomas desapareceram.

Os princípios mais importantes, segundo Luborsky e Schimek, de como as mudanças ocorrem na psicanálise incluem:

1. O levantamento dos passos anteriores até o ponto em que os sintomas começaram, via revivência do conflito, no curso das sessões de terapia.
2. A dissolução das novas edições dos conflitos conforme são re-experenciados na relação com o analista.
3. A tolerância, durante esse processo, dos níveis elevados de frustração e ansiedade.
4. A aliança entre o analista e o paciente na tarefa de conhecimento do paciente e seus esforços defensivos.

Em mudança de personalidade, há algo que é concretamente sentido pelo paciente; ele sente uma reconstrução interna, seus próprios conceitos e constructos tornam-se em parte desestruturados, e sua experiência sentida, por vezes, excede seu alcance intelectual; está fora dos limites do intelectual. A intervenção intelectual do terapeuta seria intelectualizada pelo paciente e nenhuma mudança de personalidade ocorreria; apenas seu estoque de conhecimentos e informações seria enriquecido por uma nova dimensão.

A diferença está em haver participação dos sentimentos do paciente no processo. Conhecer não é fator de mudança. Conhecer a explicação conceitual de uma personalidade é algo possível de se alcançar em algumas horas; o processo efetivo do sentimento de estar mudando, geralmente requer anos. Gendlin apresentou uma teoria em que tenta mostrar de que forma esse processo de sentimento funciona; baseia-se numa abordagem fenomenológica. Focaliza não só o que o paciente está vivenciando, e sim como êle está vivenciando. Considera a personalidade não como uma soma de conteúdos, mas sim os conteúdos como aspectos de um processo; são aspectos de um processo vivenciado, em andamento. Considera a hierarquia dos aspectos do processo; somente quando certos aspectos são simbolizados, outros aspectos entram no processo - ou seja, certos aspectos só podem ser atingidos via certos outros aspectos. Não podemos forçar a abordagem de aspectos que nós, terapeutas, estamos vendo, mas que ainda não entraram no circuito vivencial do paciente. Se forçar, não só será inútil porque aquêle dado não é um dado vivencial do paciente, como ainda reforçará a resistência. Deve ser respeitada a ordem, a sequência de vivências do paciente. Gendlin enfatiza a primazia do processo sobre o conteúdo conceitual; não fazer um inquérito lógico nas profundezas do paciente; responder ao que aparece, e não ao que deixou de aparecer, apesar das tentações dos conteúdos latentes, simbólicos, etc., em busca de respostas conceituais que poderiam beneficiar o terapeuta, mas não o paciente.

Outro ponto importante é a interação entre sentimentos e acontecimentos, a unidade do processo do "self". Personalidade não é algo que é posto em interação; conforme Sullivan disse: "personalidade é um interagente"¹³. Gendlin propõe um planejamento psicoterápico baseado em referências diretas às vivências do paciente, ao que êle está sentindo no momento, mesmo que o conteúdo seja ansioso; o desconforto diminui com a referência direta, com o significado sentido.

O importante é manter o paciente em contacto consigo mesmo. Aplicando essa sistematização dos objetivos da intervenção terapêutica à teoria sullivaniana, teremos comunicações terapêuticas contendo aspectos da relação transferencial, interpessoal.

Podemos dizer que, enquanto teoricamente é impossível para o indivíduo tornar-se consciente do que precisou reprimir e mudar seus conteúdos de personalidade em outros conteúdos, observamos que ambos ocorrem quando o indivíduo está engajado num intenso e profundo processo de sentimentos e no contêxto de uma relação interpessoal. Precisamos de uma justificativa teórica para essa possibilidade observada, e precisamos reformular a teoria da repressão e as definições dos constituintes da personalidade, de modo que as mudanças observadas possam ser formuladas teoricamente.

Com seu modelo para conflitos, Miller¹⁴ demonstrou o que havia sido observado por psicoterapeutas em suas clínicas, ou seja, que forçar neuróticos graves a se aproximarem do tema que é a fonte do seu medo não é uma maneira eficaz de provocar uma mudança favorável. Quando o sujeito considera o objetivo a ser alcançado menos perigoso, por uma diminuição no gradiente de afastamento, e se movimenta para mais perto dêle, é de se esperar um aumento paradoxal na força do medo atualmente elicitado. Mas êsse aumento assim provocado é muito menor do que o que surge quando o mesmo avanço em direção ao objetivo é produzido por um aumento na força da motivação. Temos aí o "rationale" para concentrar os esforços terapêuticos em diminuir os medos fantásticos, ou seja, analisar a resistência primeiro.

A extinção da ansiedade relativa a pensamentos e sentimentos para com os membros da família, embora importante, dá-se no nível verbal e refere-se a pessoas não presentes. Por outro lado, em se tratando da ansiedade ativa, presente, sentida com relação a uma pessoa que está à sua frente, extinção muito mais significativa ocorre por se dar numa situação muito mais carregada do ponto de vista vivencial; e seus efeitos

serão rapidamente generalizados aos familiares e outras pessoas em geral.

Além da redução de ansiedade na psicoterapia - basicamente na relação terapêutica - ocorrem também novas aprendizagens por parte do paciente. Certas atitudes básicas podem ser aprendidas pelo paciente da mesma forma que uma criança aprendendo dos pais, através da identificação e da imitação. Mas se dificuldades neuróticas e psicóticas são produto de experiências desfavoráveis que se estendem por toda a vida do indivíduo e abrangendo setores amplos, uma mudança real exigiria experiência longa e intensiva de correção. O que ocorre é que o que foi adquirido ou abandonado na situação terapêutica é generalizado para o restante da vida do paciente.

A maneira de provocar a mudança não é, como durante tempos se pensou, através do "insight" intelectual. Sua importância relativa é secundária no processo terapêutico. Os clássicos obsessivos são indivíduos com grande capacidade de "insight" intelectual e com ajustamento muito pobre. Coons¹⁵ encontrou maiores modificações nos testes de Rorschach e de inteligência num grupo de alta interação comentando atividades cotidianas do que tanto num grupo de alto "insight" intelectual e pouca interação como num grupo de controle.

Conforme os dados de nossa pesquisa demonstrarão, trabalhar a ansiedade na relação terapêutica revelou-se eficiente para promover as mudanças desejadas, enquanto que a ênfase no "insight" intelectual serviria apenas para enriquecer os conhecimentos do paciente mas com pouco efeito de mudança real, principalmente em se tratando de pacientes lançando mão maciçamente de técnicas obsessivas rígidas, sempre consideradas como um desafio à intervenção terapêutica.

Foi Rogers¹⁶ quem descobriu (não é uma teoria ou hipótese, mas uma observação sua) como, na prática, o indivíduo pode ser ajudado a superar o paradigma da repressão. Percebeu que a defesa e a resistência são aplacadas quando as respostas dadas ao paciente pertencem ao seu próprio quadro interno de referência.

Isso significa que a comunicação terapêutica sempre deve referir-se a algo que está diretamente presente no campo vivencial do paciente naquele momento.

Rogers verificou que, enquanto explanações conceituais, deduções, eram geralmente resistidas, a referência exata ao significado momentâneo sentido pelo próprio paciente era sempre bem-vinda e liberava o cliente para auto-expressões mais profundas e mais extensas.

Gendlin propõe diagramaticamente duas dimensões de comunicação. Uma horizontal - nessa direção pode-se deduzir ou induzir muita coisa a partir do material trazido: a história progressiva, o comportamento habitual, padrões emocionais, etc. Faz-se isso partindo do que o cliente sente agora, através de conceitos, para outras coisas que ele não está sentindo agora. A outra dimensão - vertical - baseia-se no fato de qualquer comunicação se referir internamente a uma massa de sentimentos, percepções, intenções, julgamentos, desejos, etc., que são sentidos no momento. Uma comunicação diz apenas um pouco sob forma verbal, mas repousa sobre muito, que está sendo vivenciado pelo paciente.

Gendlin parte da observação de Rogers para uma sistematização da abordagem terapêutica dentro dessa perspectiva, colocando as etapas que o terapeuta deve ter em mente para focalizar. Essa é uma atitude técnica que pode ser aplicada a qualquer teoria, comunicando qualquer tipo de conteúdo; no nosso caso, trata-se de conteúdos de comunicação referindo-se à relação interpessoal. A comunicação pessoal de um paciente sempre envolve não apenas o significado de suas palavras, mas também toda a gama de significados vivenciados momentaneamente sentidos, mas não inteiramente expressos. Isso constitui seu quadro interno de referências, que deve ser o objetivo focado pelo terapeuta. A qualquer momento, um indivíduo pode se referir a um dado internamente sentido. Assim, a descoberta de Rogers de como penetrar nos limites defensivos do paciente acrescenta a consideração da experiência direta à teoria da personalidade.

Segundo Rogers, a mudança de personalidade procurada pela psicoterapia deve ser no sentido de um "self" não como um objeto percebido, e sim algo sentido no processo. Não uma estrutura a ser defendida, mas uma rica e dinâmica consciência do experimentar interno.

C A P Í T U L O 2

Nossa primeira hipótese é a de que houve mudança de personalidade no sentido positivo. Procuraremos demonstrar essa hipótese, no caso de A.A., nosso paciente, através de verificação experimental, pela comparação dos resultados de testes projetivos (e entrevistas), aplicados antes do tratamento, e após dois anos de terapia (ainda não concluída).

Nossa previsão, antes de tomar conhecimento dos resultados do re-teste, era de que êsses resultados indicariam um intenso movimento regressivo e um afloramento vivenciado de material primitivo antes reprimido, contra o aparecimento do qual estavam sendo utilizadas técnicas obsessivas rígidas e técnicas fóbicas constituídas para reforço das primeiras.

Nosso planejamento terapêutico foi feito visando êsse objetivo como resultado de uma primeira etapa do processo, e os scores do re-teste vieram a confirmar nossas expectativas (baseadas na observação clínica) de que tal objetivo havia já sido alcançado na ocasião da aplicação da avaliação psicodiagnóstica.

Primeiramente vamos justificar o planejamento terapêutico citado. Comportamento é uma função, em parte, do ambiente e seus estímulos ou pressões, donde, para mudar o comportamento é necessário manipular o ambiente. O ambiente terapêutico oferece alternativas na maneira de se relacionar. A partir dêsses fatos, o maior problema é garantir a estabilidade do comportamento. O organismo é, por definição, uma organização em constante mudança, e mais ainda, existimos num ambiente de pouquíssima constância. Muito da aparente constância do ambiente, a qual evoca consistentemente padrões repetidos de comportamento, é atribuível ao desenvolvimento de estruturas na personalidade que alcançaram invariância estabelecendo a equivalência funcional de uma gama de estímulos diversos. Outras estruturas na personalidade devem ser postuladas para responder por traços, atitudes, estilos persistentes.

A implicação imediata é que as pessoas diferem no grau em que as estruturas mediadoras de suas respostas aos estímulos estão bem estabelecidas e integradas numa organização mutuamente suportiva. Em qualquer área onde não haja estrutura pré-existente, é mais fácil provocar mudança de comportamento e estabelecer uma estrutura (via aprendizagem) que garanta uma continuidade. Pessoas com personalidade pobremente integradas são mais fáceis de modificar, o que não é o caso do obsessivo. A lógica do ponto de vista estrutural é que onde uma conduta indesejada é produzida por uma estrutura, para mudar a conduta é necessário mudar a estrutura. A necessidade de uma fase preliminar de regressão antes da mudança construtiva só não aparece quando se pode simplesmente acrescentar ao que já existe, como por exemplo em educação. Mas quando o objetivo não é apenas adicionar modos de comportamento, e sim substituir alguns já existentes, certo tipo de destruição é inevitável. Quando uma estrutura psíquica é posta fora de operação, falamos de regressão (regressão não precisa envolver permanente demolição de estruturas; denota a remoção funcional de estruturas, que podem temporariamente ser colocadas fora de funcionamento). Não se pode confiar tampouco que após a regressão inicial surgirá espontaneamente uma combinação mais satisfatória, pois essa pode ser ainda mais patológica que a primeira. Portanto, o objetivo é combinar influências regressivas para demolir estruturas existentes com comunicações controladas, deliberadas, visando facilitar a construção de novas estruturas. Tal comunicação pode consistir em reflexão, interpretação, ou numa experiência emocional corretiva, em que a ênfase é posta na relação interpessoal mais do que no conteúdo comunicado.¹⁷

Somente regressão ou somente construção não são trabalho psicoterápico. Se o auto-sistema não tem defeito, apenas atraso, não necessita psicoterapia e sim educação, desenvolvimento.

Mas no caso do paciente A.A., lidamos com um auto-sistema defeituoso (segundo diagnóstico feito antes da indicação terapêutica), onde havia necessidade de abandono de estruturas, terapêuticamente provocado. O primeiro trabalho tinha que ser regressivo; fazer um apagamento dos níveis superiores da estrutura, que estavam mal organizados, e depois reorganizar. Não adiantaria começar a construir a partir de um ponto se o que está por trás é defeituoso.

O que se tenta mudar e como se estrutura o tratamento varia segundo o paciente. A mudança pretendida, ao ser alcançada, poderá ser denominada progresso¹¹. Assim sendo, as nossas previsões quanto aos resultados do re-teste referem-se a um momento situado dentro de um processo terapêutico. Não se trata aqui de resultados finais e sim parciais. Dizem respeito a um objetivo inicialmente proposto pelo terapeuta para a sua atividade. Em se tratando de um quadro obsessivo grave, excessivamente rígido e estruturado, o objetivo primeiro foi demolir essa capa e para isso era necessário concentrar todos os esforços terapêuticos nêsse sentido, adiando os outros objetivos terapêuticos. Esse adiamento revelou-se possível pelos sinais que o paciente revelou no primeiro teste, apresentando um auto-sistema capaz de receber uma atividade terapêutica regressiva sem fazer rupturas (R.I. de Neiger, "debilidade de ego" de Bohm).¹⁸

Na ocasião do primeiro exame psicodiagnóstico, o paciente apresentava-se como um neurótico obsessivo, já trabalhando para evitar o retôrno do reprimido; para isso lançou mão de técnicas fóbicas, fazendo uma fobia secundária à obsessão. Inicialmente, no decorrer de seu desenvolvimento e com o surgimento da ansiedade fez a defesa obsessiva. Depois articulou a defesa fóbica para evitar o retôrno do reprimido. Nenhuma repressão é absoluta, perfeita. Diante da possibilidade da volta do material dissociado, há a ameaça de não ser mais possível a defesa neurótica, de ser necessária a defesa psicótica.

No caso dêsse paciente, foi aí que entrou a fobia, como reforço das defesas neuróticas obsessivas. O mecanismo fóbico apareceu, já nos primeiros testes em 1968, como intermediário, protetor contra a esquizoidia.

Fairbairn colocou que: "...o estado obsessivo representa uma variedade técnica utilizada para defender o auto-sistema dos efeitos provocados por conflitos de origem oral"¹⁹. Como essa técnica origina-se na oralidade, está intimamente ligada com a incorporação de objetos, o que é outro aspecto do processo por meio do qual o indivíduo tenta fazer face às frustrações das relações orais. Diante da frustração de seu desejo de ser amado e de que seu amor seja aceito, a criança foi levada a tentar compensar, por meio de satisfações substitutivas, o fracasso de suas relações emocionais com seus objetos externos.

Quando essa técnica começou a se enfraquecer, demonstrando não ser mais capaz de defender o auto-sistema do material ansiogênico, o paciente procurou outros recursos protetores, fazendo então operações fóbicas.

Conseguir que se desmonte a couraça obsessivo-fóbica, e que o paciente possa se permitir admitir, olhar, examinar os aspectos primitivos que estavam sendo escondidos, é considerado sucesso numa primeira fase de tratamento de um neurótico obsessivo grave.

Esse objetivo passa à frente dos outros objetivos terapêuticos, que ficam adiados, nêsse caso. Se o diagnóstico fôsse outro, o procedimento terapêutico seria outro, também. O reteste mostrou a construção obsessivo-fóbica desmontada, o paciente não precisou ser internado, e a terapia prossegue com outros objetivos terapêuticos vindo a seguir: maior fortalecimento de ego e oferecimento de alternativas aos recursos neuróticos inadequados, que fôram abandonados pelo paciente no decorrer da terapia. O que vemos no reteste é um abandono do mecanismo fóbico (e simultaneamente do obsessivo) por não ser mais necessário;

tanto as operações fóbicas como as obsessivas estão sendo relaxadas com relativa tranquilidade. É claro que em sua adaptação, ao começar a ver o mundo, o cliente logicamente ainda enxerga mal, distorcido, pois está apenas começando a abrir os olhos. Está nesse aspecto a justificativa de certas respostas nos testes projetivos, principalmente no Rorschach:

-lâmina III - isso aqui pode parecer um rim que está escorrendo alguma coisa; quer dizer, logicamente é impossível, mas a forma parece.

D FbF Anat e D Fb Sg

Inquérito: sangue porque está escorrendo.

-lâmina VI - isso primeiro dá a impressão de uma pele de lobo estendida no chão, e essa mancha escura aqui no meio parece uma rodovia, tem até uma mão assim dividindo.

D F(Fb) estrada

-lâmina IX - tem duas bolas aqui, uma aqui e outra aqui. Mas aí eu não vejo essas bolas dentro de nada, só vejo as bolas.

D FFb- Obj Resp. compl.

Essas respostas poderiam à primeira vista parecer respostas psicóticas com perda de realidade e contaminação. A propósito dessa visão ainda deformada da realidade, que no primeiro teste aparecia nos aspectos fóbicos (não ver simplesmente os dados reais ansiogênicos) e agora aparece como adaptação gradativa ao se voltar para o material fóbico, lembraremos o que Freud escreveu sobre o relaxamento da relação com a realidade na produção da neurose, sendo que a perda da realidade recai justamente sobre aquela parte da realidade a cuja demanda foi iniciada a repressão. (E foi isso que desapareceu no segundo teste).

"Toda neurose perturba de algum modo a relação do doente com a realidade, constituindo para ele um meio de retrair-se dela e um refúgio para amparar-se fugindo

das dificuldades da vida real."20 Tanto a neurose como a psicose são expressão de uma incapacidade de adaptação à realidade, sendo que na neurose um pedaço da realidade é evitado e na psicose é elaborado e transformado. "A neurose se limita regularmente a evitar o fragmento da realidade em questão... Mas também pouco nas neuroses faltam as tentativas de substituir a realidade indesejada por outra mais de acordo com os desejos do sujeito. Semelhante possibilidade é facilitada pela existência do mundo da fantasia..."20 Assim sendo, tanto na neurose como na psicose existe a possibilidade de perda de realidade e também de substituição de realidade. "Nas neuroses vemos surgir uma reação de angústia cada vez que o reprimido tenta chegar à consciência".20 Essa reação era observada no primeiro teste do paciente, com o apelo às técnicas fóbicas para reforço das obsessivas já insuficientes. Já no segundo teste aparece a capacidade adquirida pelo paciente de poder olhar o material ansiogênico, abrindo mão da repressão.

Vamos agora examinar comparativamente alguns resultados dos testes projetivos, fornecidos pela psicóloga que os aplicou nas duas ocasiões.

No grafismo, existe um nível formal pior, decorrente da menor necessidade de se defender, permitindo que apareçam seus conteúdos conflitivos. Coloca agora sua dificuldade de relacionamento claramente no desenho livre, ao passo que no primeiro teste desenhou um livro (já que pessoas são perigosas e desenhá-las podia deixar transparecer sua dificuldade com elas). A ênfase no plano intelectual diminuiu bastante; as figuras humanas solicitadas pela examinadora, no primeiro teste só tinham desenhadas as cabeças, e bem grandes. No segundo teste as figuras aparecem inteiras, com o relaxamento das defesas de intelectualização, sendo que aparece claramente a dificuldade maior de relacionamento com a figura feminina que aparece mutilada, sem pés e mãos.

No TAT a evolução das histórias é inteiramente diferente.

"O menino não queria mas era obrigado a aprender violino", nos dois testes. No primeiro, êle acaba se submetendo à vontade dos pais, introjetando-a; no segundo, revela seus impulsos destrutivos em relação à figura paterna. (prancha 1). Na prancha 5, o tema é o mesmo nas duas ocasiões: a mulher que controla, censura, boicota a vida do rapaz, não admitindo uma liberdade. No primeiro teste, o rapaz sumia, se aniquilava diante dêsse contrôle e castração intensos, enquanto que no segundo teste êle reage.

No Rorschach aparece nitidamente um aumento no nível de tensão, o que era de se esperar pois com a terapia o cliente não precisou mais se defender - está podendo olhar o que estava reprimido, está se aproximando do material fóbico (donde o maior nível de ansiedade, é claro). A defesa fóbica está diminuindo porque é cada vez menos necessária. Por isso o Rorschach mostra como o ego e suas defesas não estão mais sendo utilizados para conter os impulsos, cujo aparecimento já é permitido, embora ainda provocando uma má percepção de realidade externa. Torna-se assim possível compreender os fenômenos especiais que aparecem na segunda aplicação do teste, como por exemplo, a verbalização peculiar da prancha III quando fala do "rim escorrendo alguma coisa" (resposta citada anteriormente). E também a resposta do complexo da prancha IX :

-aqui parece um olho de alguém assustado. Quer dizer, dois olhos, um aqui e aqui. Êsse negocio verde e branco. Uma pessoa olhando assustada.

Dd ZwG F+Md

Exemplificando a discussão acima quanto ao relaxamento de defesas e aparecimento do material ansiogênico sem com isso ser produzida uma ruptura do auto-sistema, a resposta à mesma prancha IX no primeiro exame foi:

-aqui são dois olhos, aqui no meio dêsse troço.

Dd Zw FFb Md

O segundo teste não é pois desestruturante. Na própria situação do teste mobilizante, o paciente não se desorganiza. Fala em sangue (prancha III do Rorschach), já pode falar, no olhar assustado (prancha IX do Rorschach), nos conteúdos sexuais (prancha XVI do TAT), e não se desorganiza. Não fez contaminações, manteve bom nível de realidade na lâmina V do Rorschach, mostrando angústia na lâmina IX, como é comum nos neuróticos.

No primeiro teste, tanto Rorschach como TAT e grafismo as coisas estavam muito longínquas, com o reforço defensivo fóbico em pleno funcionamento. No segundo teste, as coisas estão muito mais próximas. Começou já a abandonar a defesa fóbica (e automaticamente a obsessiva também), e isso aparece não só no teste mas clinicamente também, por exemplo:

O paciente já havia relatado em sessão seu prazer em escrever. Um dos seus escritos nessa ocasião conta que:

"Um homem matou outro e espremeu todo o sangue dele; depois misturou esse sangue com sorvete e fez tinta para pintar. Pintou uma nuvem côr-de-rosa e pendurou no teto do seu quarto. Mais tarde foi dormir. Enquanto dormia, a nuvem ficou branca, depois cinza, e aí começou a chover. Mas o homem estava dormindo e não percebeu nada. Choveu muito, inundou o quarto e o homem morreu afogado".

O paciente comenta isso sem ansiedade disruptiva, demonstrando estar pronto para olhar o material primitivo, a oralidade destrutiva, o medo dos impulsos e do irracional, sua periculosidade e o medo da punição por culpa.

Já permite a volta do reprimido, já pode ver a mãe nua (TAT, grafismo), a pessoa assustada (Rorschach), o sangue escorrendo (Rorschach); não precisa nem evitar (fobia) nem substituir (obsessão). O que houve não foi um colapso da defesa fóbica; foi um abandono, com apêio transferencial (fobia é resistência).

Tal afirmativa é também corroborada por dados do reteste: não houve censura inicial, houve até esboço de censura final; não houve contaminação, confabulação ou desorganização com o aparecimento do material angustiante. E o paciente permite êsse aparecimento com uma coerência absoluta, em cada parte do teste (como em cada sessão da terapia) êle vai deixando os conteúdos virem.

Não houve restabelecimento de angústia flutuante por causa do aparecimento do reprimido, não houve psicose acompanhando o acesso ao material penoso permitido pelo relaxamento da defesa fóbica, não houve choque, rejeição de prancha, sintomas de agravação, nem resposta de côr pura. E ainda ultrapassou o impacto da adolescência sem distúrbios maiores.

CAPÍTULO 3

Nossa segunda hipótese é a de que o progresso do paciente decorreu da técnica psicoterápica utilizada.

O que diferencia a relação terapêutica de outras relações é que sentimentos e pensamentos habitualmente inibidos são propositalmente trazidos à tona e examinados numa atmosfera permissiva, visando um objetivo proposto. Esse material pode ser a hostilidade que causa ansiedade, ou os sentimentos positivos que são inibidos por medo de rejeição. Em outras palavras, a terapia envolve uma relação em que os sentimentos e pensamentos que produziram dificuldades em outras relações são mobilizados e, como o terapeuta não é punitivo, dá-se a extinção da ansiedade no exame desse material. Assim, a relação terapêutica é diferente de qualquer outra relação; é algo que obedece a um planejamento (conforme tentou-se mostrar no Capítulo 1), e não algo que ocorre ao acaso. Visa constituir-se numa experiência corretiva das deformações provocadas por experiências precoces.

"Uma experiência científica é uma experiência que contradiz a experiência comum. A experiência imediata e usual guarda sempre uma espécie de característica tautológica... ela carece precisamente dessa perspectiva de erros retificados que caracteriza, a nosso ver, o pensamento científico."²¹

Freud²² afirmou que "a análise produz um estado que nunca ocorre espontaneamente... A análise possibilita ao ego maduro rever as repressões antigas resultando que algumas são suspensas, outras são aceitas mas reconstruídas a partir de material mais sólido". Para Sullivan, a psiquiatria é o estudo dos processos que ocorrem entre as pessoas - das relações interpessoais. Considera a personalidade como o padrão duradouro de relações interpessoais características de uma vida humana. O auto-sistema ("self-system") é o instrumento de percepção da realidade, de diferenciação do que é real e o que não é.

A terapia pretende desenvolver e corrigir o auto-sistema que se apresenta distorcido, que se desenvolveu inadequadamente. O que é observável é a situação em que duas pessoas estão integradas, ou seja, transformações de energia manifestando-se como ações. Ocorrem de forma padronizada, e devem ser analisadas dessa forma. "No great progress in this field of study can be made until it is realized that the field of observation is what people do with each other, what they can communicate to each other about what they do each other".²³

As duas classes de comportamento humano, representadas pelos "objetivos de satisfação" e "objetivos de segurança" são fundamentais para a compreensão de uma situação interpessoal. A busca de satisfação e de segurança são as "tendências integradoras" que reúnem as pessoas numa situação interpessoal. A satisfação está intimamente relacionada com as necessidades biológicas do homem, e a ausência prolongada de satisfação (tensão) leva à apatia. A segurança refere-se mais ao equipamento cultural e implica na redução da ansiedade. Esses dois objetivos são interrelacionados. Assim, a obtenção de satisfação de acordo com os padrões culturalmente aprovados causa um profundo sentimento de segurança. Quando as necessidades não podem ser satisfeitas conforme os padrões culturalmente sancionados que a pessoa aprendeu nos primeiros anos de vida, ela sente ansiedade.

Para Sullivan, as relações interpessoais ocorrem primariamente através da comunicação verbal e não verbal. As dificuldades de interação interpessoal e comunicação constituem para êle o foco da psicoterapia.

O comportamento doentio difere do normal apenas em grau, pois ambos originam-se das interrelações diárias entre as pessoas. A doença constitui um padrão inadequado de resposta nas relações interpessoais, podendo ter também uma base fisiológica. A concepção de doença foi construída por Sullivan em torno do conceito de ansiedade.

A doença representa um conjunto de respostas que fôram adquiridas em um esforço para controlar ou eliminar os efeitos desastrosos da ansiedade. A ansiedade é uma resposta inata inerente à situação humana, constituindo uma consequência de um tipo de situação interpessoal. Apresenta-se como uma situação desintegradora que produz desconforto e interfere na efetividade das respostas. Leva ao desenvolvimento da doença quando ocorre em níveis excessivamente elevados de frequência e intensidade; quando os eventos que a provocam ocorrem de forma confusa e inconsistente impedindo a aquisição de respostas estáveis de afastamento; e quando é associada a situações ou respostas que são necessárias para se por fim a tensões fisiológicas. A criança pode desenvolver "dinamismos de dificuldade" em lugar dos dinamismos integrados na resolução das situações de ansiedade. Os primeiros constituem padrões de afastamento que não são apropriados para evitar de forma consistente os eventos que produzem ansiedade, e que entram em conflito com respostas que levariam à satisfação. Os dois tipos de dinamismos que são empregados para manter a consciência livre de tensão, são a desatenção seletiva e os processos substitutivos (neurose obsessiva). À utilização inefetiva e inadequada desses dinamismos segue-se uma aplicação exagerada dos mesmos a muitos níveis de situações e comportamentos. Assim, em situações que não permitem um afastamento físico nem a utilização de desatenção seletiva, a pessoa pode aprender a substituir as respostas que trariam desconforto, por outras respostas. Pode aprender, por exemplo, a utilizar extensivas sequências obsessivas e verbais, tornando-se comprometida com temas fantásticos de vários tipos, com padrões de auto-crítica que levam constantemente à baixa auto-estima; com preocupações hipocondríacas; ou com projeções paranoídes que evitam a culpa. A consequência mais séria da resolução inefetiva da ansiedade ocorre quando respostas a interrelações relevantes são totalmente excluídas do campo da consciência (dissociação).

A predisposição para a doença surge de dissociações significativas, afastamento e desatenção completas de relações interpessoais críticas para a satisfação e segurança da pessoa. Para Sullivan, a dependência extraordinária da pessoa de um dinamismo particular é a noção fundamental que se deve ter em mente quando se pensa em comportamento gravemente perturbado. É importante para êle identificar e descrever os comportamentos que aparecem para caracterizar cada sintoma, e discutir as implicações de tais comportamentos nos outros aspectos da personalidade. Tal análise deve preceder qualquer tentativa de mudança, pois as operações de tratamento variam de acôrdo com o tipo de comportamento que se focaliza ; (ver capítulo 2).

Os dinamismos obsessivos aparecem com o aprendizado da linguagem. Tendo em mente a diferença fundamental que Sullivan faz entre a busca de segurança e a busca de satisfação, os dinamismos obsessivos seriam um tipo de dinamismo de dificuldade visando evitar ou diminuir o sentimento de insegurança, ficando assim a busca de satisfação prejudicada. O auto-sistema está tão ocupado com **operações que** proporcionam segurança que é muito difícil se formular o óbvio ao trabalhar com êsses pacientes, ou seja, que há uma boa dose de satisfação em sua vida, o que essa satisfação vem muito mais facilmente para êles do que para muita gente à sua volta.

A essência do dinamismo obsessivo está no fato do auto-sistema, em situações de "stress", estar tão ocupado com preocupações estáveis e imutáveis que parecem com a fala dos adultos embora não sejam comunicativas como tal. Ou seja, na busca de segurança, o obsessivo regride em certas operações cognitivas ao estágio de linguagem autista. Não se trata de uma regressão náutica e uniforme, porque o necessário é que a pessoa consiga, pela mágica dessas preocupações, uma imunização às ameaças pessoais. Mas é uma regressão no sentido que essas fórmulas mais primitivas permanecem; e elas são fixas, não sofrem quase modificações durante um certo período de tempo.

Só se pode compreender o obsessivo quando se percebe que seus pensamentos, como medida de adaptação, foram estabelecidos na infância quando o significado referencial das palavras era muito autista e muito mais difícil de ser alcançado, e que o que essas pessoas realmente pensam é tudo menos o que nos pareceria óbvio.

As palavras, proposições verbais, desde cedo na vida da pessoa começam a ter um poder extraordinário na manipulação de situações portadoras de ansiedade²⁴.

A mágica verbal, embora com certas limitações, foi preferida nas relações interpessoais desses indivíduos ao que certamente apareceria em seu lugar: franca hostilidade e ódio intenso. Tal atividade verbal, embora não salve totalmente o indivíduo de ansiedade nem lhe proporcione satisfação, consegue no entanto bloquear ansiedade demais intensa e evitar punição.

O "self" cresce aprendendo técnicas para renovar ameaças de ansiedade vindas de pessoas significativas. Ou seja, é a segurança que está em questão, e embora tais operações obsessivas alcancem o objetivo apenas parcialmente, e o indivíduo continue se sentindo inseguro, ele se sentiria muito mais inseguro sem tais operações. O indivíduo obsessivo é pobre em operações verbais implícitas que são a base adequada de comunicação em seu campo mais difícil - a comunicação interpessoal. Está apto a enfrentar todas as frustradoras dificuldades interpessoais com uma corrente de processos verbais implícitos muito pouco relevantes e que são uma continuação, como medida de segurança, desse aspecto muito pouco satisfatório que caracterizava seu ambiente familiar. A neurose obsessiva pode ser encarada como uma má evolução das operações verbais de segurança da infância. "O neurótico obsessivo nunca teve a satisfação de um franco sucesso nas relações interpessoais."²⁵

É na relação terapêutica que tem a chance de um contacto interpessoal bem sucedido, pela primeira vez. Seu auto-sistema funciona para evitar uma grande quantidade de ansiedade intensa que ele sabe, por experiência, que pode atingí-lo.

A relação terapêutica oferece uma alternativa de relação e ensina, por assim dizer, através de uma experiência nova e corretora, que as relações interpessoais não precisam necessariamente ocorrer daquela maneira que o indivíduo tinha vivido. As operações obsessivas não funcionam completamente; mesmo que nunca falhem, também nunca chegam a produzir euforia; há sempre um baixo nível constante de ansiedade, que num sentido é uma evidência da função inadequada do "self"; e noutra sentido é uma consequência de toda a evolução do "self". Durante o processo terapêutico, o obsessivo alcança um momento crítico quando vislumbra a proximidade de alguma formulação clara no âmbito de seus problemas pessoais. Quando a situação terapêutica é tal que na consciência do paciente aparecem processos referenciais quase claros, o obsessivo tende a entrar em pânico. Seu estado mental é o de quem experimenta algo estranho o bastante para provocar medo. O paciente vai procurar por todos os meios impedir que o terapeuta diga o que tem a dizer. Mas quando essa situação é vencida, o obsessivo pode ter uma formulação bastante lúcida e realmente adequada de si mesmo e de suas relações interpessoais - e isso é progresso. Nesse sentido, ele moveu-se para fora do âmbito das operações obsessivas em direção à claridade, e nesse sentido o progresso foi efetivado. Suas relações interpessoais passam a ser menos complicadas e menos uniformemente frustradoras para si e para seu parceiro.

Provavelmente quando o terapeuta faz a temida formulação, a reação do paciente é tudo menos alívio. Geralmente surge raiva, mas há também um benefício marcante. Se ele caminhou no sentido de se sentir seguro com o terapeuta, ele poderá referir-se ao que foi mostrado cada vez com menos raiva. Trata-se aqui de operações interpessoais que gradualmente vão demarcando um campo que está aparecendo para ambos participantes. Os pensamentos e considerações específicas que se transformam em problemas para o obsessivo, são meras ferramentas de que ele vai lançando mão, e procurar sua origem não teria utilidade.

Por isso, Sullivan considera pouco importantes as interpretações refinadas do conteúdo verbal específico do obsessivo. É claro que significam alguma coisa, que são autistas, mas não são empregadas para comunicar e sim para obstruir e para proteger.²⁶

Ao lidar com o neurótico obsessivo, o terapeuta deve reconhecer que qualquer interpretação oferecida é inútil antes que a interpretação de uma situação particular tenha se tornado quase evidente. O obsessivo sempre sentiu que uma, das figuras parentais, pelo menos, foi cruel para com êle. Mas a perplexidade da criança é se a mãe, por exemplo, foi realmente cruel ou se foi na realidade suavidade e ternura, e a perversidade dela, criança, é que a fazia parecer cruel. A parte relevante do tratamento consiste em chegar a vêr que tôda a doutrina convencional era apenas fachada; no processo de estudo, o que era máscara e o que era motivo torna-se claro. O erro terapêutico seria colaborar com o paciente na valorização de detalhes cujo único objetivo é encobrir as verdadeiras áreas de dificuldade. É necessário estar sempre muito alerta para distinguir o que é relevante e o que é apenas uma capa conveniente. Se isso fôsse sempre conseguido, não haveria processos terapêuticos tão extraordinariamente lentos.

Esclarecendo melhor, algumas das posições em que nos baseamos para efetivar a mudança de personalidade, temos que:

Sullivan parte de um conceito, o de organização de experiência, que é a maneira mais geral que podemos nos aproximar de uma teoria de desenvolvimento, que pretende ser uma teoria de individuação. Não tem uma referência interna, no sentido que se afasta de um fechamento intra-psíquico. A organização de experiência se articula em relação a um mundo que é necessariamente humano. A situação de dependência básica da criança faz com que o mundo significativo para a organização da experiência seja humano, sem nenhuma referência inicial ao mundo físico - não faz diferença para a criança se a casa tem porta ou não.

Central nêsse mundo está o sêr materno, que é um adulto que toma conta da criança, que faz a primeira experiência significativa com a criança, que é a relação mamilo/lábios. A primeira experiência significativa é uma configuração, não há nenhuma discriminação entre o que é criança e o que é mãe. Começa a ser discriminada em têrmos de personificações, o que deve ser contrastado com os "objetos" da Psicologia do Ego, de Erikson e de Fairbairn. Personificação se refere a uma experiência que é da criança e tem alguma referência externa - é a maneira como a criança experimenta a pessoa que a amamenta. Daí, o "bom eu" se liga à personificação da mãe boa; o "máu eu" à personificação de mãe má; e há ainda o "não eu", uma referência muito importante a processos que se ligam a experiências de extrema tensão, ameaça, e ansiedade, aparecendo em sonhos ou em episódios esquizofrênicos agudos.

O auto-sistema não se refere a ego ou eu no sentido amplo; refere-se à vivência reflexiva existente na vivência de conflito. O aspecto reflexivo é muito importante, e só o conflito pode dar a reflexividade; se não há um mínimo de ansiedade, de sofrimento de ego, não há tratamento possível. O auto-sistema é uma estrutura organizada de experiência referida ao conceito central do fenômeno da ansiedade.

Em todo fato clínico existe sempre tôdas as possibilidades de defesa em jôgo. O que ocorre é a dominância de um dinamismo, conforme já expusemos anteriormente. Pode haver maior flexibilidade ou maior rigidez quanto ao uso do dinamismo dominante. Isso é importante em têrmos de prognóstico terapêutico - a maior flexibilidade do auto-sistema dá uma fluidez na escôlha do dinamismo, os recursos defensivos são mais amplos para o paciente. O opôsto seria o fechamento das defesas, que pode chegar ao ponto de não permitir nenhum auxílio possível.

O dinamismo é uma aproximação aos aspectos formais do fato clínico. Implica numa escôlha que uma estrutura vivencial fnz dos dados da realidade.

Os aspectos formais referem-se às defesas e contrôles, na relação diádica analista/analizando.

O dinamismo anancástico, ou obsessivo, caracteriza-se por um ritualismo de incapacidade: é importante que sempre se crie um fracasso, que nada dê certo; o obsessivo espera sempre não ser compreendido, e é incapaz de ouvir de volta. Existe o vazio vivencial; e surge o da do substitutivo.

O dinamismo obsessivo é uma técnica defensiva que não se insere num esquema de desenvolvimento. Trata-se de uma psicose constituída em termos sintomatológicos (assim como é o caso do histérico), e não de estruturas defensivas de dificuldade que se inserem num esquema de desenvolvimento (dinamismos esquizóide, paranóide e depressivo).

No obsessivo há a dominância da atividade verbal; numa teoria clínica, indutiva, Sullivan foi o único que valorizou a aquisição da linguagem, e a mágica verbal: ensina-se à criança a onipotência verbal na relação mãe/filho. E o dinamismo obsessivo se caracteriza por um insucesso crônico, donde um nível de ansiedade sempre presente no quadro vivencial, sempre presente um nível de insegurança sentida. Há a falha da mágica verbal. Em certos momentos a necessidade opinativa do obsessivo o faz se assemelhar a um paranóide, tal a convicção com que tem que formular suas opiniões, de modo a afastar qualquer possibilidade de discriminação vivencial. Isso seria chamado de ansiedade implosiva: efeito de um reforçamento tal da estrutura defensiva, no plano fenomenológico, que implica num empobrecimento. Além disso,

- o "desfazer", a operação do "undoing", que é o que mantém o dinamismo obsessivo, como o ritual de inação: é o que mantém a dúvida compulsiva;
- o detalhismo, a tentativa de controle onipotente de todo objeto internalizado;
- a preocupação substitutiva - as coisas estão sempre deslocadas;
- a adesividade, a fidelidade repressiva, em que qualquer

movimento de afastamento é sentido como um ataque que não pode simplesmente ser vivido (a adesividade transferencial); e

-a impossibilidade de sentir prazer, são outros traços do dinamismo obsessivo com que a técnica terapêutica deve lidar.

Na atividade do terapeuta, em se tratando do dinamismo obsessivo dominante, as interpretações de início não podem ser alusivas porque o terapeuta não pode contar com a possibilidade de associações significativas no paciente; esse dinamismo é próprio de pacientes extremamente fechados para a pesquisa interna. De início, usamos apenas interpretações esclarecedoras, referidas diretamente ao que o paciente fala, mantendo a fluência verbal e o contacto entre analista e analisando. As comunicações descritivas usadas repetem as palavras do paciente, dando o terapeuta à sua repetição um sentido de referência interna, descrevendo as emoções, buscando os sentimentos. Foi com esse quadro de referências para nossa atividade que buscamos efetuar as mudanças de personalidade discutidas acima.

O risco contratransferencial seria incorrer na reprodução da figura parental vivenciada como "cruel", ou seja, uma atuação rigorosamente exata, com tôdas as atitudes na justa medida, convencionais, mas desconsiderando o processo afetivo que se desenvolve na relação interpessoal.

Entre paciente e terapeuta há uma interação complexa. O paciente é afetado pela presença do terapeuta e este, por sua vez, também é afetado pela comunicação do paciente. O psicanalista é um observador participante, diferindo radicalmente portanto da figura impessoal descrita pela análise clássica. Frieda Fromm Reichmann²⁷ mostra que o maior conhecimento de dinâmica dos processos mentais não torna mais necessário que o terapeuta escute as associações livres durante um longo período para conhecer a psicopatologia dos pacientes e administrar uma intervenção ativa.

A atitude inanimada do terapeuta ortodoxo, segundo a mesma autora, também servia de preventivo contra a

possibilidade de que o terapeuta se envolvesse pessoalmente com seus pacientes. Na técnica sullivaniana, o analista vê a si mesmo como um fator na situação que envolve o paciente.

A associação livre é usada de forma mais restrita que na análise clássica; o interesse do terapeuta se dirige mais ao que leva cada paciente a manter o material em estado de dissociação, e em relação às reações do mesmo em resposta ao material reprimido que aflora do conhecimento, mas do que ao seu conteúdo em si. Assim, a atenção do terapeuta se concentra mais na investigação das defesas do ego, nas operações de segurança dos pacientes ao serem mobilizados pelo processo terapêutico, do que na investigação do conteúdo de suas dissociações e repressões. Isso não significa, no entanto, que a associação livre esteja excluída. Seu emprêgo é essencialmente indicado nos casos em que o paciente, terapeuta, ou ambos notam que não podem esclarecer certos pontos em exploração, ou quando o fluxo do pensamento do paciente praticamente se detém.

Não é enfatizado predominantemente o conteúdo genético. Segundo Sullivan a seleção que o paciente faz do material de repressão e dissociação está condicionada pelas normas culturais que regem sua vida. Para muitas pessoas é ameaçador experimentar sentimentos, pensamentos, e ações que divergem dessas normas.

Em síntese, o objetivo primordial da análise consiste na redescoberta do auto-sistema em sua totalidade de forma que, com a emergência do "má eu" e do "não eu" no campo da consciência, estes possam ser vistos como organizações arcaicas e irrelevantes e possam ser abandonados porque sua presença não é mais necessária.²⁸

O material mais importante com o qual se deve trabalhar provém das vicissitudes da relação terapeuta paciente, em seus aspectos reais ou distorcidos. Este material inclui a transferência positiva e a negativa, e as distorções paratáxicas. Também engloba as operações de segurança em relação ao terapeuta como defesa consciente contra o procedimento psicoterápico,

a resistência inconsciente contra o terapeuta e a eficácia do tratamento, e as reações emocionais do terapeuta ao paciente e suas atitudes.

Dados clínicos evidenciam a realização do objetivo terapêutico proposto por Sullivan quanto à emergência do "máu eu" e do "não eu" como organizações arcaicas -

-durante várias sessões o paciente traz sua dificuldade de argumentar com o pai sobre o problema de dinheiro (aumento no preço das sessões, previsto e combinado desde o início da análise há dois anos); o paciente demonstra não enxergar o que está à sua frente, a compra do carro novo, do apartamento maior, etc; fica impotente diante da colocação que o pai faz de dificuldades financeiras. O pai está obviamente assustado com o crescimento do filho (fato que se evidenciou nas entrevistas de acompanhamento paralelo), não permitindo que o filho se torne um indivíduo separado dele, com seus próprios padrões, e não um prolongamento do pai: ou seja, o pai quer deixar o filho na posição de dependente, impossibilitado de viver, se não se conformar aos padrões paternos. O pai concretiza as fantasias e medos trazidos pelo paciente desde sua primeira sessão: medo de morte, que se tornou depois uma sensação de vazio (quando vislumbrou a possibilidade de vir a ser um indivíduo diferente do pai, donde medo de punição, pai iria tirar-lhe o direito de viver como indivíduo). Isso é abordado em sessão. O paciente transmite a seguir "uma sensação horrível", o auge da ameaça, vai ser roubado do direito de se individualizar, vão tirar-lhe a análise porque não se conformou; Na sessão seguinte mostra relaxamento, "como se tivesse encontrado alguma coisa". Lembra que antigamente tudo era para ele dividido em compartimentos, e ele era um diferente para cada mundinho onde convivia. Na própria análise isso acontecia, não comentando sua vida externa, apenas seu mundo interno. Faz imagem com o filme Submarino Amarelo, "aquelas várias portas enfileiradas, o cara entra e sai de cada uma, fechando cada uma antes de abrir outra". Lembra que era assim, e agora sente que o mundo está ficando um só,

e êle também está ficando um só. Diz que quando saiu da sessão passada foi andar, passear, e no decorrer desse passeio sentiu uma mudança ocorrer. Não foi sentido durante a sessão, como de outras vezes, e sim depois. Foi visto como carregou a análise dentro de si, para o mundo lá de fora, a unificação a que se referia. A seguir o paciente lembra duas sessões em que saiu com a nítida sensação de que coisas fundamentais haviam ocorrido: uma em que falou de um conto de Tolstoi (o personagem era o próprio pai d'êle) e outra em que chegou muito cedo, as janelas ainda fechadas na sala de espera, tudo escuro, e lembrou da escola primária, sua infância, e a mãe que atrasava para chegar em casa. Lembra a seguir uma sessão em que, com muito medo, expressou uma opinião, contrária à que supunha ser a do terapeuta. Vemos o medo da punição, do terapeuta não aceitar sua liberdade de pensar. Comenta que depois do que houve na sessão passada, está, mais tranquilo. "Algo mudou, não sei explicar o que".

Sabe que "o problema original era pai e mãe - mas agora não - o mundo não é só pai e mãe, todos os homens não são iguais ao pai e todas as mulheres não são iguais à mãe". Relacionou-se isso com sua lembrança do medo de expressar sua opinião ao terapeuta; no decorrer da sessão anterior, sentiu-se aceito pelo terapeuta, com liberdade de crescer no sentido de seus próprios padrões. Percebeu a "possibilidade de não ser aniquilado, de ser respeitado", sem condições impostas de se amoldar ao outro. Pode perceber suas próprias capacidades, em que êle não acreditava, mas "houve alguém que acreditou" e com isso êle pôde exercê-las.

Dados do Rorschach comprovam também a realização do objetivo terapêutico:

- um incremento do controle da realidade (aumento de F + em 11%);
- uma paralela diminuição da rigidez do pensamento e da rigidez das defesas (diminuição de F em 11%);

- incremento da capacidade de participar e responder emocionalmente ao meio ambiente (modificação do T.V.);
- incremento da forma adaptativa (proporção de FFb, FbF, e Fb entre as respostas cromáticas);
- aumento da capacidade de discriminação entre os objetos (aumento de D em 26%);
- aumento da visão crítica, refletindo uma melhor percepção do esquema corporal/pessoal (torna-se capaz de responder ao que de fato vê: "cara de um bicho" e não simplesmente "bicho" quando está vendo mesmo a cara - prancha II por exemplo);
- a inversão da relação M:Md mostra, a par de diminuição nas defesas geradas pela ansiedade, um incremento no interesse humano (possibilitado pela vivência do material arcaico como sendo arcaico);
- aumento geral da sociabilidade (aumento de FFb, de B, de M, e de D).

Tais modificações fôram efetuadas dentro da colocação sullivaniana de que como terapeutas somos observadores participantes de uma estrutura vicencial. A referência básica é a relação eu/outro. Essa referência atravessa tôda psicanálise. Todo desenvolvimento humano se faz sob a égide dêsse "algoritmo" básico. Identidade só existe na referência de alteridade. Acontece que êsse outro não é um outro desinformado. É um outro estruturado em si mesmo, presente no contexto humano. Dá-se um encontro com um organismo reagente e não com um organismo passivo, o qual traz sua contribuição à relação e ao resultado da operação. Tôda comunicação se faz daí: um transmissor e um receptor que não está vazio.

C O N C L U S Ã O

Foi apresentada a justificativa da utilização de uma técnica psicoterápica em que o valor terapêutico da interpretação formal, o que e como, fica estabelecido na vivência de si mesmo como agente de mudança, na descoberta do ego em sua atividade. A referência ao conteúdo na interpretação genética é assim secundária, apenas informativa e explicativa. Em termos sullivanianos, isso seria feito através da referência ao auto-sistema, procurando situações de receptividade para novos dados vivenciais.²⁹ Uma vez percebidas as operações de segurança, tem-se as condições necessárias para surpreender uma estrutura em transformação, o que vem a revelar a atividade do ego para si mesmo.

Foi proposto um planejamento psicoterápico baseado em referências diretas às vivências do paciente, ao que êle está sentindo no momento, mesmo que o conteúdo seja ansiante; o desconforto diminui com a referência direta, com o significado sentido. O importante é manter o paciente em contacto consigo mesmo.¹⁰

Aplicando essa sistematização dos objetivos da intervenção terapêutica à teoria sullivaniana, tem-se comunicações terapêuticas contendo aspectos da relação transferencial, interpessoal. Esta estrutura diádica assim enfocada apresenta-se como a base da psicanálise constituída como ciência.²⁹

O objetivo primordial da análise ficou referido à redescoberta do auto-sistema em sua totalidade. Com a energêcia do "máu eu" e do "não eu" no campo da consciência, êstes podem ser vistos como organizações arcaicas e irrelevantes, e podem ser abandonados porque sua presença não é mais necessária.²⁸

B I B L I O G R A F I A

- 1 - EYSENCK, H.J., -J. Consult. Psycho., 16,
319-324 (1952)
- 2 - SPITZNAGEL, A., -"Grundlagen, Ergebnisse und
Probleme der Formdientver -
fahren" in Handbuch der Psy-
chologie, t.6.
(Psychologische Diagnostik,
Göttingen, 1964) p.566.
- 3 - ALLPORT, G.W., -Werden der Persönlichkeit,
(Bern, 1958), p.81.
- 4 - PIOTROWSKI, Z.A., -Perceptanalysis (Nova York,
1957), p.37.
- 5 - ABT, L.E. & BELLAK, L., -"Projective Psychology",
Clinical Approaches to the
Total Personality (Nova
York, 1959), p.47.
- 6 - ABT, L.E., -op.cit. p.52.
- 7 - BYRNE, D., -"Assessing Personality Va-
riables and Their Altera-
tion" in Personality Change,
(Nova York, Wiley & Sons, 1964)
p.38.
- 8 - FARBER, I.E., -"A Framework for the Study
of Personality as a Behavior-
al Science" in Personality
Change (Nova York, Wiley &
Sons, 1964), p.3.
- 9 - WATSON, J.B., -Psychology from the Stand
point of a Behaviorist,
(Philadelphia, Lippincott,
1919), p.397.
- 10 - GENDLIN, E.T., -"A Theory of Personality
Change" in Personality
Change (Nova York, Wiley &
Sons, 1964), p.100.

- 11 -LUBORSKY, L. &
SCHIMEK, J.,
- "Psychoanalytic Theories of
Therapeutic and Developmen-
tal Change: Implications for
Assessment" in Personality
Change (Nova York, Wiley &
Sons, 1964), p.73.
- 12 -FREUD citado em
WORCHEL & BYRNE,
- "Theoretical Considerations"
in Personality Change (Nova
York, Wiley & Sons, 1964),
p.69.
- 13 -SULLIVAN citado em
GENDLIN,
-op.cit. p.134.
- 14 -MILLER, N.E.,
- "Some Implications of Modern
Behavior Theory for Persona-
lity Change and Psychothera-
py", in Personality Change,
(Nova York, Wiley & Sons, 1964)
p.149.
- 15 -COONS, W.H.,
-Canad. J. Psychol. 11, 1-8 (1957).
- 16 -ROGERS, C.R.,
- "A Tentative Scale for the
Measurement of Process in
Psychotherapy" in E. Rubins-
tein (Ed.) Research in Psy-
chotherapy (Washington D.C.
American Psychological Asso-
ciation, 1959), pp.96-107.
- 17 -HOLT, R.R.,
- "Forcible Indoctrination and
Personality Change" in
Personality Change (Nova York,
Wiley & Sons, 1964), p.289.
- 18 -BOHM, E.,
- Manual del Psicodiagnostico
de Rorschach (Madrid, Morata,
1968), pp.119, 197, 198 e 220.
- 19 -FAIRBAIRN, W.R.D.,
- Estudio Psicoanalitico de
la Personalidad, (Bs.As.,
Paidós 1962) p.43.

- 20 -FREUD,S.,
 -"La Perdida de la Realidad en la Neurosis y en la Psicosis" in Obras Completas vol.II (Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1948), p.412.
- 21 -BACHELARD,G.,
 -La Formation de l'Esprit Scientifique (J.Vrin, Paris, 1970), p.10.
- 22 -FREUD,S.,
 -"Analysis Terminable and Interminable", Collected Papers (London: Hogarth and Institute of Psychoanalysis, vol. 5, 1937) p.328.
- 23 -SULLIVAN.H.S.,
 -"A Theory of Interpersonal Relations: The Ilusion of Personal Individuality", in Ruitenbeek (Ed.) Varieties of Personality Theory (Nova York, Dutton & Co., 1964), p.143.
- 24 -SULLIVAN,H.S.,
 -Clinical Studies in Psychiatry (Nova York, W.Norton, 1956), p.229.
- 25 -SULLIVAN,H.S.,
 -op.cit.p.238.
- 26 -SULLIVAN,H.S.,
 -op.cit.p.255.
- 27 -FROMM-REICHMANN,F.,
 -Principios de Psicoterapia Intensiya (Bs.As., Paidos, 1965), p.30.
- 28 -WITENBERG et Al.,
 -"The Interpersonal and Cultural Approaches" in Arieti (Ed.) American Handbook of Psychiatry, vol.II (Nova York, Basic Books, 1959), p.1426.
- 29 -Vital Brazil,H.,
 -Revista de Psicoanálisis, Psiquiatría Y Psicología, 13, 57-63 (1969).