



# PUC RIO

IVONE STEFANIA PONCZEK

TRANSPOSIÇÃO DE ASPECTOS DA TÉCNICA PSICANALÍTICA PARA AMBULATÓRIOS DE INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS - QUESTIONAMENTOS E PROPOSIÇÕES.

Tese apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.  
Orientador: Miguel Chalub

Departamento de Psicologia  
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, 19 de maio de 1980

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>

|| IVONE || STEFANIA || PONCZEK ||

BB101166 56.

[ TRANSPOSIÇÃO DE ASPECTOS DA TÉCNICA PSICANALÍTICA PARA AMBULATÓRIOS DE INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS ] - QUESTIONAMENTOS E PROPOSIÇÕES.

[ TESE  
PSI ]

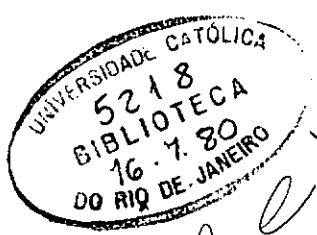
*viduo claro*

Tese apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.  
Orientador: Miguel Chalub

Departamento de Psicologia  
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, 19 de maio de 1980

70886



Be J03766

BB-10116-6

150  
P495t  
TESE UC  
ex 1

WCH

a meus queridos pais.

## Meus agradecimentos

- ao Dr. Miguel Chalub, orientador desta tese, por seus valiosos conhecimentos, amizade e dedicação.
- ao Dr. Carlos Paes e Barros pela sua inestimável colaboração e apoio.
- ao amigo, Henrique Seibel, por ter facilitado o acesso às fontes bibliográficas e por seu constante carinho e incentivo.
- ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ por ter me possibilitado a formação profissional, minha infinita gratidão.
- À Coordenação do Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela ajuda financeira recebida durante o curso.

## RESUMO

Este trabalho visa apreciar e propor adaptações de alguns conceitos e regras básicas da técnica psicanalítica utilizada em consultórios privados, para que seja viável a sua transposição a ambulatórios de psicoterapia em instituições psiquiátricas.

Iniciamos pelo estudo da evolução destas instituições e de suas principais características.

Verificada a ênfase que os autores contemporâneos assentam sobre o caráter coercitivo das mesmas, consideramos coerente o desenvolvimento da seguinte questão: é a psicoterapia analítica um instrumento de liberação do indivíduo?

Sendo nossas conclusões favoráveis, nos ocupamos da referida transposição.

Na instituição há uma disparidade entre a demanda de pacientes e o número de psicoterapeutas, sendo necessária a instrumentação de Psicoterapias Breves.

Antes de expor a sua fundamentação, nos ocupamos do confronto entre os princípios freudianos e a abreviação da psicoterapia.

Enfocamos a seguir as modalidades do contrato psicoterápico e aspectos nele implícitos (duração do tratamento e das sessões, intervalo entre as mesmas e honorários).

Ocupamo-nos posteriormente dos conceitos de resistência e transferência, estudando as diferentes configurações que podem assumir em Psicoterapias Breves e no contexto institucional.

A transposição objetivada é viável e relevante tanto para fins profiláticos, como para expansão do âmbito de aplicação da Psicoterapia.

## ABSTRACT

The present study intends to appreciate and suggest adaptations of some basic concepts and rules of the psychoanalytic technique as used in private practice, so that these same concepts can be adapted to psychotherapeutic attendance in psychiatric institutions.

We have started out by studying the evolution of these institutions and its main characteristics.

Most contemporary authors emphasize the coercitive trait of these institutions; thus, we suggest the following question: is analytical psychotherapy an instrument of freedom for the individual?

As we answered this question affirmatively, we can now take into consideration the possible changes in the techniques above mentioned.

Institutions in general show a disproportion between patients demand and the number of psychotherapists available; therefore, it is necessary the implementation of short-term psychotherapies. Before explaining its fundamentals, we find it important to state the confrontation between freudian principles and psychotherapy abbreviation.

Afterwards we examine the different forms of psychotherapeutic contract and its subjacent aspects (length of therapy and sessions, interval between them and adequate fee).

Then, we examine the concepts of resistance and transference, trying to point out the different forms they can display in

short-term psychotherapies and in the institutional context.

The change in techniques is not only viable and relevant for prophylactic objectives, but also to help the broadening of psychotherapy application.



## RÉSUMÉ

Ce travail prétend apprécier et proposer des adaptations de quelques concepts et règles fondamentales de la technique psychanalytique utilisée dans les cliniques privées, à fin que leur transposition aux postes d'assistance médicale de psychothérapie dans les hôpitaux psychiatriques soit viable.

Notre point de départ est l'étude de l'évolution de ces institutions et leurs principales caractéristiques.

Une fois constatée l'emphase que les auteurs contemporains mettent sur leur caractère coercitif, nous considérons cohérent le développement de la question suivante: la psychothérapie psychanalytique est-elle un instrument de libération de l'individu?

Nos conclusions nous permettent de répondre positivement à cette question, et ensuite nous nous occupons de la transference mentionnée ci-dessus.

Les hôpitaux psychiatriques présentent un décalage entre la demande des patients et le nombre des psychothérapeutes, ce qui rend nécessaire l'instrumentation de psychothérapies de courte durée.

Avant d'en exposer leur fondamentation, nous nous occupons de la confrontation entre les principes freudiens et l'abréviation de la psychothérapie.

Nous encadrons ensuite les modalités du contrat psychothérapeutique et les aspects qui y sont implicites: la durée du traitement et des sessions, leur fréquence et le paiement.

Ensuite, nous étudions les concepts de résistance et de trans-

férence, et les configurations différentes qu'ils peuvent présenter dans les psychothérapies de courte durée et dans le contexte institutionnel.

La transposition en vue est viable et importante pour des raisons prophylatiques, ainsi que pour l'expansion du champ d'application de la psychothérapie.

## SUMÁRIO

	pg.
1 - INTRODUÇÃO .....	1
2 - A INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA .....	6
2.1 - Aspectos históricos .....	6
2.2 - Características básicas .....	16
3 - A PSICANÁLISE COMO INSTRUMENTO DE LIBERAÇÃO DO INDIVÍDUO (QUESTIONAMENTOS) .....	23
4 - TÉCNICA PSICANALÍTICA ORIGINAL E PSICOTERAPIA EM AMBULA- TÓRIOS DE INSTITUIÇÕES .....	39
4.1 - Psicanálise e Psicoterapia Breve .....	39
4.2 - O contrato psicoterápico .....	52
4.3 - A resistência .....	66
4.4 - A transferência .....	77
5 - CONCLUSÕES .....	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	101
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA .....	105

## 1 - INTRODUÇÃO

Tendo em vista que as características do contexto institucional psiquiátrico diferem basicamente, das do consultório privado, o objetivo deste trabalho é apreciar e propor necessárias modificações, de alguns aspectos da técnica psicanalítica original utilizada em consultório particular, visando a sua transposição para ambulatórios de psicoterapia no contexto acima mencionado.

Através de nossa própria vivência de trabalho psicoterápico em instituições, bem como, observando e refletindo acerca do mesmo, temos verificado que as alterações e adaptações com relação à citada transposição, têm partido mais de um caráter intuitivo e do senso comum, do que de uma abordagem, propriamente, científica.

Sabemos que Freud ao elaborar a Psicanálise e a sua técnica, ocupou-se predominantemente da psicoterapia individual, aplicada a adultos neuróticos, em consultório particular. Em função das necessidades surgidas posteriormente, os seus seguidores foram esboçando e fundamentando modificações da técnica original, tais como: psicanálise infantil (Melanie Klein e Anna Freud), psicanálise grupal (W. Bion) e psicanálise para psicóticos (Federn). O próprio FREUD em seu artigo "Los Caminos de la Terapia Psicoanalítica" questionou as limitações de sua técnica, apontando a necessidade de futuramente serem efetuadas algumas modificações para que camadas sociais mais amplas possam ser atingidas, envolvendo conseqüentemente adaptações para o contexto institucional (p. 449-53, d).

Atualmente vários autores vêm se preocupando com este aspecto, na medida em que, o dispêndio financeiro que o tratamento psicanalítico em consultórios particulares representa, reduz sensivelmente a sua acessibilidade para a maioria dos indivíduos, tornando a Psicanálise restrita e elitista.

Consideramos importante que a Psicanálise enquanto recurso psicoterápico, seja acessível ao maior segmento populacional possível, na medida em que, pode representar uma valiosa contribuição para a prevenção de quadros mentais graves, invalidantes e crônicas, vindo a reduzir a enorme incidência de internações nos hospitais psiquiátricos, sobretudo no Brasil.

Levando em conta o fato, de que o indivíduo se encontra em contínua interação com o meio no qual está inserido, tomamos como ponto de partida o estudo da instituição psiquiátrica, sua evolução histórica e características básicas.

Tendo sido verificada a ênfase que sobretudo os autores contemporâneos têm dado sobre as características coercitivas destas instituições, consideramos coerente no segundo tópico deste trabalho, desenvolver o questionamento acerca da Psicanálise enquanto recurso psicoterápico, representar ou não, um meio de liberação do ser humano. Demos relevância a esta questão, tendo em mente as apreciações de BASAGLIA ao denunciar o fato, de que têm sido utilizados nas instituições psiquiátricas muitos recursos, que através de um aparente objetivo de liberação dos pacientes, visam a camuflagem de suas reais necessidades (p. 166).

Após concluirmos pela viabilidade e coerência da aplicação da Psicanálise, como recurso psicoterápico, nas instituições psiquiátricas, procuramos fundamentar as transposições de alguns dos

conceitos da técnica original freudiana, de forma a adequá-la ao contexto institucional e suas peculiaridades.

Para tal, verificamos que, além das características destas instituições vistas anteriormente, há nelas outras condições que interagem justamente com o manejo da técnica. Neste sentido, são também aspectos de relevância na instituição e nos ambulatórios nela inseridos:

- 1) incidência de pacientes (relação entre a demanda de pacientes e número de técnicos especializados para a efetuação do atendimento psicoterápico)
- 2) características básicas da população que recorre aos atendimentos ambulatoriais, em termos de poder aquisitivo e nível sócio-cultural,
- 3) possíveis interferências do contexto na relação terapeuta-paciente.

O número de profissionais especializados não é suficiente para prestar atendimento nos moldes tradicionais ao segmento populacional que recorre às instituições. Logo, há uma disparidade entre o montante de demandas sempre crescente e a organização de recursos técnicos e teóricos existentes. Assim sendo, a prática institucional impõe um salto que deixa hiatos teóricos traduzidos nos desajustes técnicos: os métodos tradicionais mostram-se inadequados para satisfazer as necessidades concretas. Desta forma, as instituições se vêm obrigadas a instrumentar Psicoterapias Breves, em contraste com a técnica original da psicanálise, cujo tempo é longo e imprevisível. Neste sentido, temos que nos ocupar da brusca mudança dos princípios de FREUD que clamou enfaticamente, pela não abreviação do tratamento, sobretudo em seu artigo "Análisis terminable e interminable" (p. 540-72, b ).

A população que recorre às instituições está inserida em uma classe cujo nível sócio-econômico-cultural é predominantemente médio-baixo. Este fato vai implicar em alguns aspectos técnicos básicos: o pagamento das sessões, suas modalidades e implicações no tratamento e na adequação da linguagem do psicoterapeuta à compreensão e vivências do paciente. Estes aspectos podem interferir num dos conceitos fundamentais da técnica freudiana - a resistência. Isto é, cabe-se questionar e delimitar até que ponto, as faltas, deserções do tratamento e incompreensões das interpretações, que normalmente são na psicanálise consideradas como manifestações da resistência, nas instituições, estão vinculadas a reais faltas de recursos como por ex., dinheiro para a condução e escassez de condições intelectuais.

Alguns dos aspectos acima mencionados vão suscitar necessárias diferenças na forma de estabelecimento do contrato psicoterápico. Assim sendo, nos ocupamos em fundamentar o tempo de duração do tratamento e das sessões, o intervalo entre as mesmas, os honorários e outros aspectos formais e normas implícitas, que vão diferir do contrato em consultório privado.

A relação terapeuta-paciente possui também variações significativas no tratamento em instituições. Isto porque, a instituição passa a impor a inclusão de múltiplas variáveis que delimitam e rodeiam esta relação com matizes próprios. Desta forma, a relação terapeuta-paciente não fica restrita às implicações de suas interações, como costuma ocorrer no consultório privado. Há nas instituições variáveis tais como: a existência de uma escala hierárquica, a relação do terapeuta com outros técnicos e funcionários, um "habitat" físico compartilhado por outros pacientes, menor privacidade e possibilidade de preservação da intimidade do

psicoterapeuta, diferença de classe social entre terapeuta e paciente, além das diferentes pautas, normas, características e papéis institucionais. Estes aspectos, uma vez que estão vinculados com a relação terapeuta-paciente, vão ter implicações técnicas que incidem na transferência, que por tratar-se de um dos conceitos fundamentais da obra freudiana, deve ser examinada.

Apontadas algumas alterações de ordem técnica que suscita o trabalho psicoterápico em instituições psiquiátricas, procuramos, para que seja possível a transposição, fazer uma abordagem sintética de cada um destes conceitos ou regras básicas envolvidos na técnica freudiana original, para posteriormente, discutirmos as alterações necessárias para uma adequação aos atendimentos ambulatoriais das instituições psiquiátricas.



## 2 - A INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA

### 2.1 - Aspectos históricos

O estudo da instituição psiquiátrica está intimamente vinculado com o processo evolutivo da História da Psiquiatria e consequentemente com o conceito de doença mental. Assim sendo, para abordarmos a instituição psiquiátrica e suas características básicas na atualidade, faz-se necessária uma prévia abordagem histórica, posto que, as dimensões temporais interagem continuamente, formando um todo indivisível entre passado, presente e futuro.

As abordagens pré-científicas dos "indivíduos anormais" eram contaminadas pelo misticismo característico do pensamento mágico e primitivo, bem como de uma concepção dualista do homem.

Quando as causas de uma doença não eram evidentes, o homem pré-científico as atribuía a influência maligna quer de outros seres humanos, quer de seres sobre-humanos, lidando com a primeira pela magia ou feitiçaria e com a última através de práticas mágico-religiosas (ALEXANDER & SELESNICK, p. 29 ).

O conceito empírico de loucura remonta às mais antigas civilizações orientais, tendo as superstições impedido por longo período o conhecimento sistemático da doença mental.

A partir do século XI, certas práticas demonológicas passaram a ser secretamente exercidas, inclusive no interior dos mosteiros, à guisa de tratamento, especialmente destinado aos doentes mentais, considerados bruxos, possessos, feiticeiros ou endemoniados.

No século XIV se exacerbaram as epidemias de "coréia histérica" cultivadas e disseminadas pela sugestão e pelo ambiente sobrenatural da época, e chegaram a atingir milhares de "convulsionados", muitos dos quais se extinguiram nas fogueiras.

Nos séculos XV e XVI, houve o auge da ação eclesiástica contra as práticas demonológicas, que dentre outros, não poupou a Savonarola e a Giordano Bruno.

Em 1596, Nicholas Remy, promotor geral de Lorena, gaba-se de ter queimado 900 pessoas como bruxas: "tudo que é desconhecido reside (...) no amaldiçoado domínio da demonologia, pois não há fatos inexplicados. Tudo que não é normal é devido ao Demônio" (citado por SZASZ, p. 336, b).

O progresso no conhecimento psiquiátrico foi muito influenciado pelas criações literárias e artísticas, que fizeram da loucura a temática por excelência do Renascimento. Neste sentido, podemos citar: Erasmo com seu "Elogio de Loucura", Shakespeare com "Hamlet", "Macbeth", "Rei Lear", e Cervantes com "Dom Quixote".

Estas obras marcaram em definitivo a emergência de uma nova era no campo da Psiquiatria, em consonância com as exigências ético-sociais e as posturas correspondentes, surgidas nos séculos XVII e XVIII.

Entretanto, apesar de uma brusca mudança, no século XVII, o mundo da loucura tornou-se o mundo da exclusão, tendo sido portanto determinante, nesta ocasião, o surgimento das instituições para internação, ou melhor, para local de isolamento.

Assim sendo, o internamento que o louco recebia não colocava em questão as relações da loucura com a doença, mas sim, as

relações da sociedade consigo própria, isto é, com o que ela reconhecia, ou não, na conduta dos indivíduos.

Neste mesmo sentido, JULIAN ESPINOSA considera que a história de assistência ao enfermo mental, não é mais que uma parte da História Social da marginalização.

Para o autor, justamente nas épocas do Renascimento, o velho conceito altruísta de caridade cristã foi sendo substituído por outro mais utilitário emanado das idéias de Luis Vives. De acordo com a nova sociedade mercantilista, que consistia em instruir a doutrina cristã sob o pretexto de "salvar a alma dos infelizes", visou-se que estes aprendessem a ser respeitadores das normas vigentes, exercitando-os no trabalho, para que se convertessem em membros úteis para a sociedade.

Em consequência desta mudança surgiram inúmeras instituições assistenciais que se transformaram em centros de educação com uma clara finalidade político-religiosa: a manutenção da ordem socialmente estabelecida, tendo sido por conseguinte internados todos aqueles a quem se desejava alterar ou isolar.

Os enfermos mentais, confundidos ou não com outros grupos de marginalizados, foram sempre alojados nos lugares mais lúgubres, encerrados em jaulas e, não raramente, expostos ao público como espetáculo (p. 33-4).

Em 1620, tendo sido aberta a casa de correção (Zuchthaus) em Hamburgo, iniciou-se um grande sistema de tais instituições para assistência e castigo, semelhantes aos "hospitiaux généraux" franceses.

Em 1656, Luis XIII, fundou o Hospital de Paris, e em 1676, decretou a fundação de um Hospital Geral em cada cidade do reino.

"Confinavam os devassos, os pais perdulários, os filhos pródigos, os blasfemos, os homens que procuravam destruir-se, libertinos(...). Cabe à arqueologia médica verificar se um homem era internado no hospital por ser doente criminoso ou insano, por "perturbação da moral", ou por que tinha "maltratado a mulher" e tentado várias vezes matar-se (citado por SZASZ, p. 338, b).

Estas casas não tinham vocação médica alguma, e por conseguinte não objetivavam o tratamento, mas sim, o isolamento da sociedade.

No século XVIII, com o calor das comoções político-sociais, típicas das sociedades pré-revolucionárias, iniciaram-se modificações no "status" do louco. Sob a influência da filosofia da ilustração, surgiu o interesse desmedido pelos direitos do homem e de suas condições de vida, o que implicou correlatamente na reforma dos cárceres, das instituições de correção e dos asilos.

Pela primeira vez desde o século XV, surgiu claramente a idéia da criação de lugares especiais para a reclusão dos dementes.

A nova burguesia passou a manejar como arma política as revelações sobre a corrupção administrativa e condições desumanas dos asilos, tanto na França como na Inglaterra, dando-se início a uma nova era assistencial.

Considera-se, de uma forma geral, que em 1792, quando Pinel tornou-se superintendente no "Hospice des Bicêtre", e retirou os grilhões que amarravam os loucos internados, deu-se início a uma

atitude mais esclarecida e humana com relação aos doentes mentais. Alguns autores, entretanto, dentre eles SZASZ, consideram que embora se opusesse ao acorrentamento do paciente, Pinel defendia vigorosamente a sua coerção e repressão, o que denominava de "tratamento moral" (p. 342, b).

Até o século XIX, a assistência médica não estava correlacionada com o tratamento dos doentes mentais. Foi nesta época, que esta se introduziu inicialmente nas instituições privadas.

Pode-se dizer, segundo ESPINOSA, que a assistência contemporânea começou quando o médico se apossou das instituições destinadas a custódia do louco. Neste momento, o médico se outorgou a função de árbitro para designar quem se encontrava enquadrado ou não nas normas, ingressando também nos tribunais de justiça, vinculando-se ao aspecto jurídico (médico-legal) (p. 37).

Segundo NOBRE DE MELO, após essa longa gestação caracterizada pelas explicações animísticas e posteriormente pelo isolamento do doente mental, surgiram os primeiros esboços clínicos descritivos da autoria de Esquirol, Bayle, Lasègue, Falret, Griesinger, bem como, os primeiros intentos de ordenação nosográfica, levados a efeito por Morel, Kahlbaum e outros, dando origem ao que hoje se entende por psiquiatria clínica, na acepção de Kraepelin, que pode ser considerado o fundador da Psiquiatria Clínica Moderna. O método orgânico surgiu então como tentativa de uma abordagem científica das afecções mentais (p. 7).

Segundo BIRMAN e FREIRE COSTA, desde o seu surgimento, a Psiquiatria se propunha, como disciplina médica, à terapêutica dos distúrbios mentais, sendo que seu campo de cientificidade abrangia o estudo destas doenças e das indicações de sua instrumentalidade

curativa.

Entretanto, para os autores na modernidade, o seu objeto teórico mudou; isto é, a Psiquiatria passou a pretender um saber sobre a Saúde Mental, sobre suas condições de possibilidade, e sobre as formas de instaurá-la originariamente nos indivíduos.

Assim sendo, instala-se no século atual uma mutação radical no campo epistemológico da Medicina Mental, pretendendo passar de instrumento de cientificidade sobre a Doença Mental, para definidor de Saúde Mental.

Neste contexto, surge a Psiquiatria Social, como grande novidade. Esta Psiquiatria, no que concerne ao estudo da instituição asilar e de alternativas para a mesma, tomará segundo os autores, formulações diversas nestes últimos trinta anos. Passam assim, a se destacar dois grandes períodos, que redimensionam o campo teórico e assistencial da Psiquiatria: 1) processos de crítica à estrutura asilar (na medida em que o asilo passa a ser apontado como o elemento responsável pelo alto índice de doentes crônicos). Em decorrência deste fato inicia-se o movimento das comunidades terapêuticas (Inglaterra e Estados Unidos) e de Psicoterapia Institucional (França), atingindo o seu extremo com a instauração das psicoterapias familiares; 2) num segundo momento, esta Psiquiatria Social torna-se Psiquiatria Comunitária ou Preventiva (Estados Unidos) ou de Setor (França).

Os autores mencionados consideram que, apesar da periodização que destaca dois movimentos diversos, propondo-se a fins diferentes, realizando-se também em espaços diferentes, esta diversidade é uma ocorrência superficial, tratando-se de táticas diversas que criam duas formas teórico-conceituais aparentemente dísp

res, porém que se identificam num plano profundo e nas suas condições concretas de possibilidade. Para eles, a mesma estrutura que efetiva uma Psiquiatria Institucional, é a que torna possível também uma Psiquiatria Comunitária, pois o que ambas visam é o mesmo: a promoção da Saúde Mental (p. 48-9).

Após termos feito uma abordagem histórica das instituições psiquiátricas em termos gerais, consideramos relevante observar como esta se deu especificamente no Brasil.

FREIRE COSTA menciona que até a metade do século XIX, os doentes mentais, que habitavam o Rio de Janeiro, não contavam com nenhuma assistência médica específica. Estes eram colocados nas prisões por vagabundagem ou perturbação da ordem pública, ou vagavam pelas ruas, ou ainda, eram encarcerados em celas especiais dos hospitais gerais da Santa Casa da Misericórdia.

A partir de 1830, um grupo de médicos, visando medidas de higiene pública, desencadeia um importante movimento de opinião pública, recorrendo aos periódicos da época, visando à criação do asilo. Além de esboçarem críticas quanto ao modo como os doentes mentais eram abandonados, eram também criticados os métodos de tratamento empregados pelo pessoal da Santa Casa da Misericórdia. Advogava-se a necessidade de um asilo higiênico e arejado, onde os loucos pudessem ser tratados segundo os princípios do tratamento moral. Exigia-se portanto, que os loucos, uma vez qualificados de doentes mentais, fossem tratados medicamente.

Em 1841, o imperador Pedro II assina o decreto de fundação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício D. Pedro II, que veio a ser inaugurado em 1852. A partir de então, os doentes mentais passaram a ser reunidos neste local. Entretanto,

somente a partir de 1881, data da criação da cadeira de "doenças nervosas e mentais", um médico generalista, Nuno de Andrade, assumiu a direção do estabelecimento, pois até então, a direção permanecera confiada aos religiosos da Santa Casa de Misericórdia.

O primeiro médico psiquiatra a ocupar o posto de direção deste hospital foi Teixeira Brandão, ao substituir em 1886 a Nuno de Andrade. Neste momento inicia-se o ensino regular de psiquiatria aos médicos generalistas.

Após a instauração da República, em 1890, o Hospício Pedro II passa a chamar-se "Hospital Nacional dos Alienados", sendo nesta ocasião separado da administração da Santa Casa para ficar sob a tutela do Estado.

No governo de Campos Sales, em função de drásticas reduções orçamentárias, a assistência psiquiátrica começa a degradar-se.

Já no governo de Rodrigues Alves, a Psiquiatria ganha um novo impulso, pois este decide reformular a assistência psiquiátrica e nomeia Juliano Moreira para assumir a direção do Hospício Nacional. Sob a sua influência é promulgada em 1903, a primeira Lei Federal de assistência aos alienados.

Em 1912, a psiquiatria torna-se especialidade médica autônoma e, a partir desta data até 1920, ocorre um aumento importante no número de estabelecimentos destinados aos doentes mentais. Neste período são inaugurados a Colônia do Engenho de Dentro, a Colônia de Jacarepaguã e o Manicômio Judiciário.

No governo de Washington Luiz é criado o Serviço de Assistência aos doentes mentais do Distrito Federal, instituição encarregada de coordenar administrativamente todos os estabelecimentos



psiquiátricos do Rio de Janeiro.

Em 1930, esta instituição é incorporada ao Ministério da Educação e da Saúde, que passa a assumir a responsabilidade de todos os serviços psiquiátricos do Brasil.

Em 1934, é promulgada a segunda Lei Federal de assistência aos doentes mentais, que "dispõe sobre a prophylaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psychiatricos".

Segundo o autor, estes marcos históricos que descreveu, são úteis, na medida em que permitem a uma melhor compreensão do clima psiquiátrico que deu origem à Liga Brasileira de Higiene Mental - L.B.H.M.

De acordo com ele, a Psiquiatria do Rio, durante as três primeiras décadas do século XX, época em que foi criada a L.B.H.M., era fruto do atraso histórico da Psiquiatria no Brasil. Considera que até Juliano Moreira, a Psiquiatria limitava-se a reproduzir o discurso teórico da psiquiatria francesa e a seguir, a prática ditada pelos leigos ou religiosos. Juliano Moreira e seus seguidores tentaram mudar esta situação, inaugurando uma psiquiatria cujos fundamentos teóricos, práticos e institucionais constituíram um sistema psiquiátrico coerente.

Entretanto, afirma que, por uma falta de tradição mais sólida, este empreendimento não atinge seus objetivos. Apesar de vários sucessos conseguidos, os psiquiatras mostraram uma extrema vulnerabilidade diante dos preconceitos culturais da época, e este fato repercurte na imensa dificuldade que eles demonstraram em delimitar o campo próprio à Psiquiatria. Estes psiquiatras tinham

a tendência a confundir ou a associar indevidamente os problemas psiquiátricos aos problemas culturais em geral. Para eles, os fenômenos psíquicos e culturais explicavam-se unicamente pela causalidade biológica, que por sua vez justificava a intervenção médica em todos os níveis da sociedade.

Considera o autor, em resumo, que a História da Psiquiatria Brasileira criou uma atmosfera psiquiátrica saturada de conotações ideológicas. Este tipo de pensamento foi herdado pela L.B.H.M., reforçando-o e desenvolvendo-o, devido à incapacidade que tiveram os seus psiquiatras em discriminar aquilo que na sua teoria era determinado pelos preconceitos culturais (p. 23-7).

## 2.2 - Características básicas

Tendo em vista, a evolução histórica das instituições psiquiátricas, procuraremos fazer uma abordagem de suas principais características.

Antes, entretanto, de desenvolvermos este tópico, cabe a ressalva de que, evidentemente, as características das instituições psiquiátricas variam em função de alguns aspectos, tais como: época, local, condições e outros. Assim sendo, as nossas apreciações não são passíveis de generalização.

Para podermos avaliar as principais características do contexto institucional psiquiátrico, faz-se necessário, apontar suas vinculações com o conceito de doença mental, com a Psiquiatria de uma forma global e com suas respectivas evoluções.

Como vimos anteriormente, as instituições psiquiátricas surgiram com o objetivo de isolar o doente mental da sociedade e não de tratá-lo e reabilitá-lo.

Os maus tratos, a que os doentes mentais eram submetidos, encontram-se intimamente ligados à sua marginalização. Isto porque, esta traz implicitamente julgamentos de valor estanques e maniqueístas: "o que destoa é mau, é pernicioso, logo não só deve ser isolado como também punido".

No século XIX, o médico passou a ingressar nas instituições assistenciais, surgindo portanto a relação entre estas e as finalidades terapêuticas.

Os métodos, entretanto, de que a Psiquiatria passou a lançar mão, para o tratamento da enfermidade mental, estavam segundo

ESPINOSA, condicionados pela época e seus valores culturais. Neste sentido, a idéia vigente era de que, causas morais, ocupavam um primeiro plano na etiologia da loucura.

Estas teorias conduziram ao desenvolvimento de um método terapêutico - o "tratamento moral", que veio a institucionalizar o que se pensara e praticara com os doentes mentais anteriormente, isto é, o isolamento total e absoluto. Assim sendo, apesar do estabelecimento da vinculação das instituições assistenciais com o tratamento médico, criando-se o Hospital Psiquiátrico, a principal característica destas instituições prosseguiu sendo o objetivo de isolamento do doente da sociedade (p. 38-9).

"El aislamiento es a menudo una necesidad urgente y absoluta, tanto por la seguridad del propio enfermo como de la familia, así como por la tranquilidad pública y esta necesidad es más urgente para los individuos que pertenecen a las clases sociales menos afortunadas o pobres" (Esquirol, citado por ESPINOSA, p. 39).

Para a manutenção do isolamento, a repressão prosseguiu sendo uma medida necessária, visando justamente a contenção, através de métodos coercitivos, dos comportamentos que pudessem porventura ameaçar as normas vigentes.

Os critérios de saúde e doença mental estavam portanto contaminados por valorações de ordem moral, ou por critérios fundamentalmente organicistas sendo estabelecidas diferenças de ordem qualitativa entre "saúde" e "doença".

Neste sentido, foi bastante valiosa e relevante a colaboração de Freud, ao estabelecer dentro de uma perspectiva continuísta, a homogeneização dos fenômenos mentais no que diz respeito à saúde e à patologia, numa abordagem quantitativa.

A Psicanálise demonstrou através da formulação do inconsciente e dos estudos dos estados oníricos e de sua elaboração, que todos os indivíduos têm núcleos psicóticos, tendo portanto uma influência significativa no questionamento da tendência a se dividir os indivíduos em loucos e normais, e conseqüentemente nas valorações morais implícitas. Neste sentido, a descoberta da sexualidade infantil, suas manifestações e importância na etiologia das afecções mentais, apesar de chocarem a moral vigente e conseqüentemente gerar sérias objeções, influenciaram enormemente na mudança dos valores morais.

Desta forma, o pensamento psicanalítico deu margem à compreensão sob um outro prisma da necessidade vigente do isolamento do doente mental, demonstrando a necessidade de se manter à distância àqueles que pudessem mobilizar e conseqüentemente denunciar a loucura dos indivíduos "normais".

Entretanto, foram os psiquiatras sociais, que através de sua contestação ao saber psiquiátrico vigente, passaram a dedicar minuciosos estudos à instituição psiquiátrica e suas características. Isto é, ao questionarem os conceitos de doença mental, dando ênfase aos seus determinantes sócio-econômico-políticos, abriram uma nova dimensão para o entendimento das características da instituição psiquiátrica.

Para BASAGLIA, as instituições refletem o sistema social e ideologias vigentes, sendo o objetivo básico, seja do manicômio ou do cárcere, o de separar as "diferenças".

Afirma que, o nosso sistema social baseia-se em uma divisão artificial que é imposta e assumida como natural: a divisão

em classes. A aceitação deste fenômeno como natural, comporta uma série de regras e instituições que, com a aparente finalidade de resolver as contradições naturais, servem de fato, para manter, a originária divisão:

"Cuanto más innatural es la reglamentación (y la estructura de la qual es garantía) tanto más violenta y represiva, por que no responde a las necesidades (o sea a la contradicción natural) para la que es, aparentemente, instituida sino al mantenimiento del aparato que el reglamento tiende a encubrir" (p. 170).

Ainda o autor considera que, o sistema social caracterizado pela divisão em classes, tem como tendência ao isolamento dos fenômenos, ao invés de, incluí-los numa rede de relações recíprocas. Estes são estudados como divididos e isolados pela Ciência e a instituição vem a confirmá-lo através de suas práticas. Ambas, Ciência e instituição têm portanto a finalidade de descobrir e confirmar respectivamente, a "diversidade natural dos fenômenos".

Assim sendo, o comportamento "anômalo", no sentido de associativo, é isolado de tal forma, que o indivíduo que o expresse, seja reduzido única e exclusivamente a este fenômeno, omitindo-se todo um processo onde interagem, ambiente, história, valores, relações e processos sociais, que estão implícitos na vida individual e o fenômeno negativo isolado é proposto como absoluto, para justificar o seu caráter imutável.

O internamento passa então a ser, a única resposta possível e, a instituição repressiva e a segregação, a única alternativa frente a um fenômeno do qual a Sociedade deve se garantir e proteger (p. 155-84).

Segundo GOFFMAN, existem instituições mais e menos fechadas. As instituições totais são aquelas que impõem uma barreira à relação social com o mundo externo. Neste sentido, o hospital psiquiátrico, pela ruptura que impõe a seus membros com esse mundo externo, é uma instituição total.

Para o autor, uma das características básicas da instituição total é o exercício do controle de muitas necessidades humanas pela organização burocrática. Há um plano racional geral, que determina o lazer, o trabalho e o sono, ficando todas estas atividades concentradas no mesmo contexto espacial, delimitadas por muros reais na maior parte das vezes, ou denotando "ausências presentes", em alguns casos.

Na Sociedade atual, além das esferas básicas serem efetuadas em espaços físicos diferentes e sob autoridades diferentes, o indivíduo tem a liberdade de opção: "a barreira que as instituições totais colocam entre o internado e o mundo externo assinala a primeira mutilação do eu" (p. 24).

"Nas instituições totais há outra forma de mortificação; a partir da admissão, ocorre uma espécie de exposição contaminadora. No mundo externo, os indivíduos podem manter objetos que se ligam aos seus sentimentos do eu - por exemplo, seu corpo, suas ações imediatas, seus pensamentos e alguns de seus bens - fora de contato com coisas estranhas e contaminadoras. No entanto, nas instituições totais, esses territórios do eu são violados, a fronteira que o indivíduo estabelece entre seu ser e o ambiente é invadida e as encarnações do eu são profanadas" (p. 31).

Existe uma divisão básica entre o grande grupo controlado (internados) e um pequeno grupo de supervisores, sendo a relação

entre estas duas fronteiras limitada, não recebendo os internos sequer, informações acerca de seu próprio destino.

Estas restrições mantêm os estereótipos antagônicos: desenvolvem-se dois mundos sociais e culturais diferentes, sem interpenetração e com pontos de contato oficiais (p. 15-31).

Como constatamos, o internado vive a perda de liberdades fundamentais do ser vivo, sendo seu espaço, tempo e liberdade para opções, determinados por uma organização burocrática, que ocasiona uma verdadeira morte civil. Há portanto uma infração sobre o ser humano enquanto agente de escolhas.

Segundo MANONI, o meio fechado do hospital psiquiátrico cria uma "doença institucional" que se superpõe à doença inicial, deformando-a ou fixando-a de maneira anormal. Desta forma se desenvolve uma nova doença que é específica em relação à própria instituição (p. 25 ).

Hartmann, considera que existe um papel seletivo que determinadas estruturas sociais exercem no aparecimento de determinados distúrbios psiquiátricos (citado por FLORINI, p. 24).

MANONI considera que não é a psiquiatria ou a sociedade que criam a loucura, mas, são responsáveis pela maneira com que esta se cristaliza nos asilos (p. 33 ).

Os recursos terapêuticos atualmente utilizados nas instituições psiquiátricas ditas renovadoras, segundo BASAGLIA, frequentemente representam meros mascaramentos. Para o autor, muitas vezes os grupos operativos, comunidades terapêuticas e a própria psicoterapia, introduzem necessidades artificiais para desviar a atenção dos problemas e das necessidades reais: "la distância en-



tre necesidad real y necesidad artificial es la que sirve como instrumento de dominacion..." (p. 166).

Ainda para o autor ao se analisar e sobretudo ao se atuar nas instituições, percebe-se o pouco que se fez, e como cada instrumento tecnicamente inovador não serve em realidade, mais do que para dar um novo aspecto formal, "uma fachada", pois as condições seguem sendo as mesmas quanto à sua natureza e seu significado. A estrutura nunca é modificada realmente, e as mudanças quase sempre, surgem com uma resposta técnica a uma demanda econômica. BASAGLIA afirma que estes fatos podem ser observados empiricamente, ao se verificar como os internados dos cárceres e dos manicômios saem poucas vezes realmente reabilitados - "... desde que existem las cárceles se habla de reforma carcelaria" (Stanley Cohen, citado por BASAGLIA, p. 168).

3 - A PSICANÁLISE COMO INSTRUMENTO DE LIBERAÇÃO DO INDIVÍDUO -  
(QUESTIONAMENTOS)

Como vimos, existe um consenso entre os autores contemporâneos de enfoque psicossocial, quanto à elaboração de críticas aos métodos coercitivos empregados nas instituições psiquiátricas.

Como mencionamos no capítulo anterior, BASAGLIA aponta o fato de que, muitas instituições ditas renovadoras, apesar de não fazerem uso manifesto de tais métodos coercitivos, utilizam recursos aparentemente liberadores (comunidades terapêuticas, terapia ocupacional e psicoterapias), justamente para camuflar as reais necessidades do Indivíduo e da Sociedade.

Consideramos que, ao nos propormos ao estudo da transposição da técnica psicanalítica para ambulatórios de instituições psiquiátricas, por coerência, não podemos deixar de questionar, se a psicanálise, enquanto recurso psicoterápico, é realmente um instrumento de liberação do ser humano. Entretanto, por tratar-se de assunto muito complexo e polêmico em seu aprofundamento e conclusões, fugindo por conseguinte ao escopo deste trabalho, nos propomos a levantar algumas questões a nosso ver pertinentes, visando uma reflexão e alguns desdobramentos, sem termos entretanto a pretensão de esgotar o tema.

Tomaremos como ponto de partida a fundamentação do conceito de liberdade.

Este conceito, segundo MORA, é muito complexo, além de ser entendido e utilizado de diferentes maneiras e, em vários contextos na literatura filosófica e parafilosófica, desde os pensadores gregos até os atuais.

O termo liberdade é derivado do vocábulo latino *libert*, que significa: pessoa na qual o espírito de procriação se acha naturalmente livre.

O seu significado varia em torno de considerá-la como: possibilidade de auto realização e de opção, ato voluntário, espontaneidade, margem de indeterminação, ausência de interferência, liberação frente a algo e realização de uma necessidade.

Como, em termos Históricos, a escravatura foi determinante, a liberdade também se identificou com a situação de "não ser escravo". De início essa identificação era compreendida em seu significado concreto, passando posteriormente a guardar também um sentido simbólico, como por exemplo o de ser "escravo de uma paixão". Desta forma, podemos perceber, desde então, uma correlação ou associação da liberdade com os sentimentos.

Desde o início, a idéia de liberdade apontou duas direções opostas: "ato de poder praticar um ato "versus" a existência de uma limitação à concretização deste ato".

As escolas socráticas colocavam no exterior - Sociedade e Natureza - a direção opressora, e, no dispor de si mesmo, a direção liberadora.

Para Aristóteles, a liberdade residia na coordenação de ambos os aspectos, ou seja, na coordenação da ordem moral com a natural. Para o autor, o Homem difere dos outros seres, justamente, pela possibilidade que tem de exercer ações voluntárias, enquanto que as ações involuntárias são produzidas por coação ou ignorância.

Os autores cristãos, sobretudo Santo Agostinho e São Tomás de Aquino, procuraram resolver o conflito entre liberdade e predestinação divina. Na Idade Média, prosseguiu a tentativa de solução do mesmo impasse.

A partir do século XVI, instala-se um problema que ocupa o pensamento filosófico até a atualidade: determinismo *versus* livre arbítrio. Por tratar-se de uma discussão de relevância para o desenvolvimento de nossa questão central, retomá-la-emos posteriormente.

Há também a emergência de um outro conflito que vai gerar duas correntes de pensamento: "libertários" e "necessitários". Os primeiros defendem a realidade da liberdade, enquanto os outros são defensores da realidade e universalidade da necessidade.

Alguns autores, sobretudo Spinoza, Leibniz em parte, e Hegel, por razões distintas, consideram que a liberdade diz respeito ao "seguir a própria natureza" e esta se relaciona com a realidade.

Já para Kant, a questão a se discutir é se a necessidade elimina a liberdade ou se esta pode subsistir frente àquela. Conclui, considerando que, no reino da natureza (reino dos fenômenos), há um completo determinismo, e que portanto, a liberdade aparece no reino do "noumeno" (reino moral). Logo, para ele, a questão da liberdade não é de ordem física, mas moral: a liberdade é um ato e não uma realidade.

Para Hegel, a liberdade se identifica com a liberdade de idéia, o que a difere do acaso, dizendo respeito à determinação racional do próprio ser.

No século XX, surgem duas correntes de pensamentos: os "analíticos" e os "existencialistas". Dentre os primeiros, G.E. Moore considera que atuar livremente significa não se estar sob coação, isto é, o indivíduo poderia atuar de outra maneira caso assim o desejasse. Para os existencialistas, a liberdade é existencial, e na medida em que, "eu escolho" ela é relativa e não absoluta.

Para Sartre, a liberdade é a condição da ação, e só existe na decisão. Para o autor, a liberdade existe na medida em que atuamos como somos e quando nossos atos colaboram para a nossa própria construção. A liberdade, por não ser absoluta encontra-se em cada ser e, por conseguinte, em sua "mesmidade" (MORA., p. 49-55).

Retomando a já mencionada questão entre o determinismo e o livre arbítrio, procuraremos desenvolvê-la, utilizando as posições de MÁRIO BUNGE.

Antes de entrar na questão, o autor considera importante a definição de alguns conceitos básicos, a fim de que sejam evitadas distorções oriundas do uso inadequado e variável de certos conceitos.

Ele distingue inicialmente "fatalismo" de "causalidade". O fatalismo é uma doutrina teológica e sobrenatural que afirma a existência de um destino incognoscível e imutável, enquanto que o causalismo pretende ser uma teoria racional que favorece os meios de conhecimento, predição e modificação do curso dos fatos. Assim sendo, o determinismo fatalista se opõe ao causal, que é o considerado científico.

O termo "fatalismo" designa a classe de doutrinas subordinadas a alguma crença não naturalista, segundo a qual um poder transcendente, extraterreno, imprevisível e imaterial produz todos os acontecimentos ou a maior parte deles.

A causalidade não tem por que supor qualquer agente sobrenatural e, segundo ela, os fatos estão encadeados entre si. Já para o fatalismo, todo vínculo é indireto, pois se supõe sua inerência a um poder externo aos fatos considerados. Para os fatalistas, os fatos ocorrem independentemente das circunstâncias; como o "pré-estabelecido" deverá acontecer, nada poderá evitar com que ocorra, nem se interpor para a consumação de uma necessidade exterior inquebrantável - o "*fatum*" - que produz ou dirige o curso dos acontecimentos.

Para o fatalismo, assim como para o acidentalismo, os fatos são incondicionáveis e o futuro é tão imutável como o passado. Assim sendo, fatalismo e acidentalismo são formas extremas de ilegalidade, posto que a causalidade, ou todo outro tipo de determinação legal, se caracterizam essencialmente pela possibilidade de se lidar com as condições: havendo mudança nestas, modificar-se-ão os resultados e o império do destino se mostra ilusório, pois os acontecimentos não estão predeterminados.

Nem o fatalismo, nem o acidentalismo, segundo BUNGE, dão lugar à liberdade. O primeiro porque a relega, na medida em que a concebe aos decretos arbitrários de um "*fatum*" inexorável. O segundo, por sua vez, não lhe dá lugar algum, pois não brinda os meios de conquistá-la, seja no âmbito individual, ou no social: se os fatos se sucedem de modo arbitrário, como conquistar a liberdade? Como fazê-lo, se não há condições de mudança, nem conhecemos

as propriedades do Universo para nos fundamentar?

O conflito entre o determinismo e o livre arbítrio para o autor, é uma questão vazia. Isto porque, a manipulação consciente e planificada das leis (tanto das que expressam autodeterminação, como das que expõem a forma com que determinados agentes podem contrastar-se com outros de modo regular), representa a condição para se atingir um genuíno livre arbítrio que substitui a servidão humana a qual somos condenados devido à ignorância destas leis.

Em suma, nenhuma forma de determinismo científico implica em fatalismo. A afirmação de que as coisas ocorrem de modo legal, isto é, que seguem pautas definidas sempre que sejam satisfeitas certas condições, é precisamente o requisito prévio para evitar a inevitabilidade do fatalismo, seja no que concerne ao domínio das forças naturais como ao remodelamento da Sociedade (BUNGE, p.102-19).

"La libertad, lejos de ser una negación de la determinación, es una de sus formas: es la victoria de la autodeterminación legal sobre las compulsiones y constricciones externas que responden, por su parte, a otras leyes" (BUNGE - p.119).

Tendo em vista a evolução do conceito de liberdade, tentaremos situar o pensamento freudiano com relação a estes aspectos.

Sabemos que Freud era determinista no sentido empregado por Bunge, já que vimos que o princípio de determinação está intimamente ligado com a noção de causalidade e legalidade.

Para Freud, nenhum fenômeno psíquico ocorre casualmente. Os sonhos, atos falhos e toda a vida psíquica são determinados por

causas e leis que os regem, seja na saúde, ou na patologia. Ao assumir esta posição, o objetivo de Freud passa a ser o de descobrir a cadeia causal que determina cada fenômeno psíquico.

Neste sentido, o conceito de Inconsciente é fundamental na construção do objeto da Psicanálise (apesar de não representar o objeto em si desta teoria). Freud não omite a importância do consciente, e destaca o Inconsciente, na medida em que este possibilita uma abordagem genotípica do fenômeno psíquico e suas diferentes manifestações.

A Psicanálise vai se preocupar com os possíveis recursos de acesso a esses fenômenos, e é neste ponto que entra a técnica psicanalítica, cuja instrumentação está vinculada à teoria.

Freud ao conceituar o inconsciente dinâmico, onde enfatiza o constante conflito entre forças impeditivas e motivadoras, aponta o caminho para o acesso ao Inconsciente. Assim, através dos sonhos, atos falhos, e principalmente da interpretação dos mesmos, que possibilitará o enlace verbal, o analista poderá derrubar gradualmente as defesas (forças impeditivas), e ter acesso ao Inconsciente. Dentro da perspectiva psicanalítica isto é de suma importância visto que, segundo esta, é no material reprimido que se encontra a etiologia das neuroses e dos transtornos psíquicos em geral.

O conflito entre as forças impeditivas e as motivadoras, descrito por Freud, é análogo ao conflito entre o querer e as suas limitações expresso pelos filósofos mencionados. Isto por que, para Freud, as limitações impostas pela sociedade e pela natureza são internalizadas e expressas pela instância Superegóica.



Assim sendo, quando Freud se refere ao conflito entre o princípio do prazer e o princípio da realidade, está mencionando a luta entre o desejo e os seus impedimentos, ou o conflito entre liberdade e sociedade, por analogia.

Na medida em que o labor analítico proporciona o acesso ao Inconsciente, desvendando a cadeia de causas do conflito neurótico através da diluição gradual das defesas e da repressão, abre-se uma porta para a liberação do indivíduo.

Com relação ao aspecto liberador da terapêutica psicanalítica, SZASZ, em seu livro "A Ética da Psicanálise", aponta o fato de que o pensamento freudiano sofreu uma série de distorções a este respeito. Afirma que Freud sempre deu grande ênfase ao fato de que o paciente deve realizar a sua própria natureza, não devendo o psicoterapeuta lhe impor o seu modelo pessoal.

Afirma que, apesar de defender a "psicoterapia autônoma", não observa pontos de discordância entre as suas posições e as freudianas: "nosso objeto é o mesmo: estender o controle do Ego até certas áreas do Id, conforme os freudianos colocaram a questão, ou aumentar a capacidade de autodeterminação e escolha do cliente, como prefiro colocar o problema" (p. 22, a).

O autor considera que o sintoma psiquiátrico representa uma perda de liberdade no indivíduo. Isto porque, cada sintoma é vivido ou definido pelo paciente como algo que ele não consegue deixar de fazer ou sentir, representando ocorrências involuntárias.

Segundo SZASZ, na medida em que o paciente é um "prisioneiro" de seus sintomas, a psicoterapia deve representar um instrumento que possibilite ao indivíduo o resgate de sua liberdade,

permitindo-lhe que seja autônomo e agente de escolhas.

Neste sentido, defende o ponto de vista de que a maneira mais eficaz de se classificar as psicoterapias é sob o prisma da liberdade. Distingue basicamente dois tipos de psicoterapia: as que têm como objetivo o alargamento da liberdade pessoal do paciente, e as que, ao contrário, visam a sua redução.

Considera que as psicoterapias pré-freudianas eram caracteristicamente repressivas e tendiam para a redução da liberdade de sentimento, pensamento e ação do paciente.

Para o autor, a grande contribuição de Freud reside em ter lançado as bases de uma psicoterapia que procura ampliar as escolhas do paciente e, conseqüentemente, sua liberdade e responsabilidade pessoais.

Considera que, embora não tenha sido claramente explicitado, o objetivo do tratamento psicanalítico foi, desde o início, a liberação do paciente. Neste sentido, mesmo na fase inicial da psicanálise, quando o objetivo central de Freud foi o de libertar o paciente da influência patogênica das recordações traumáticas, já havia uma tentativa de liberação do peso das memórias desagradáveis, que representam uma carga moral. Em seguida, Freud desenvolveu a teoria de que a neurose é, em grande parte, uma questão de inibição. O objetivo da psicoterapia passou a ser o de liberar algumas inibições, de modo que o paciente pudesse se tornar mais espontâneo e criativo, isto é, mais livre.

SZASZ conclui que, desde a morte de Freud, o objetivo da Psicanálise tem sido libertar o paciente dos efeitos costrictores de sua neurose (com o sentido de algo inconscientemente determinado,

em contraste com algo livremente escolhido e conscientemente determinado), surgindo portanto novamente a noção de liberdade pessoal (p. 21-36).

Como a questão central que levantamos, brotou das denúncias quanto ao caráter repressivo das instituições psiquiátricas e dos recursos utilizados atualmente, consideramos relevante que nos atenhamos nos fundamentos do conceito de repressão na obra freudiana para confrontá-lo com o sentido sociológico do termo, utilizado pela Psiquiatria social.

Para tal, é necessário que sejam tomadas medidas cautelares, a fim de que não incorramos em erros metodológicos, confundindo termos que, apesar de iguais, têm significado e empregos diferentes, dependendo da abordagem.

Por algum tempo, os termos defesa e repressão em Freud, eram indiscriminados quanto ao seu uso. Posteriormente, utilizou o termo defesa para designar todas as técnicas de que se serve o Ego nos conflitos eventualmente suscetíveis de conduzir à neurose, reservando o nome repressão para um destes métodos de defesa.

A repressão neste sentido é:

"operação pela qual o indivíduo procura repelir ou manter no inconsciente representações (pensamentos, imagens, recordações) ligadas a uma pulsão. O recalcamento produz-se nos casos em que a satisfação de uma pulsão suscetível de por si mesma proporcionar prazer, ameaçaria provocar desprazer relativamente a outras exigências.

O recalcamento é especialmente patente na histeria, mas desempenha também um papel importante nas outras afecções mentais, assim como em psicologia normal. Pode ser

considerado um processo psíquico universal, na medida em que estaria na origem da constituição do inconsciente como domínio separado do resto do psiquismo" (LAPLANCHE & PONTALIS, p. 553).

Ao ser elaborada a noção de inconsciente dinâmico, a repressão é conceituada como a operação de uma força e a manutenção do reprimido é realizada por meio de um contra-investimento, sempre suscetível de ser posto em causa, pela força do desejo inconsciente que procura retornar à consciência (retorno do reprimido, formação de compromisso, etc.).

Assim sendo, a repressão, para a Psicanálise, diz respeito a uma força interna e universal. Os valores e normas externos são atuantes na medida em que são internalizados.

Entretanto, a questão da repressão em Freud é dialética. Isto é, apesar de até 1923, enfatizar a relação entre o excesso de repressão e a patologia psíquica, posteriormente considera que há um nível ideal de repressão necessário como instrumento de desenvolvimento e saúde.

Assim sendo, não apenas o seu excesso é determinante de patologia, mas também, a sua deficiência.

Apesar do uso corrente do termo repressão em seu sentido social, este foi poucas vezes encontrado nos Dicionários de Sociologia consultados. Por este motivo, procuraremos aprofundar o seu significado recorrendo a termos de uso correlato tais como: "controle social" e "coerção".

Assim sendo, "controle social" pode ser definido como:

"processo pelo qual uma sociedade ou grupo procura assegurar a obediência de seus membros, por meio de padrões de comportamento existentes. O controle social abrange um grande número de fatores, que podem ser classificados de acordo com critérios diversos;

1. Controle social interno - coerção que emana da própria organização mental da pessoa. Todos preceitos morais, crenças, costumes, usos e convenções, que pelo processo de socialização, vieram a constituir-se em diretrizes da conduta pessoal, representam fatores de controle interno.

Em Sociedades organizadas, o controle interno, o domínio que o indivíduo exerce sobre si mesmo, impondo-se regras de comportamento, aprendidas em sociedade, é a forma de coerção social mais eficiente. Sob essas condições, é certa a afirmação de que o indivíduo é muito mais controlado pelos seus próprios sentimentos do que por quaisquer formas de controle externo.

2. controle social externo - toda coerção que emana da organização social de determinados grupos, com exceção da coerção meramente física. É possível distinguir formas coativas e persuasivas de controle externo. Ambas podem ser institucionais ou não institucionais. Família, Igreja e Estado, exercem controle institucionalizado. Mas, há também, instituições especialmente, no exercício do controle coativo como leis, tribunais, casas de correção, etc. Em todas essas instituições, o controle, pode ser coativo ou persuasivo, servindo-se de sanções reprovativas ou aprovativas; estas porêm podem ser aplicadas pelo grupo em geral, quando procura reprimir formas não desejadas de comportamento, que não se chocam propriamente com os valores e as instituições destinadas à sua defesa, mas que encontram a repulsa mais ou menos decidida dos componentes do grupo. Como toda ação

conjugada, também o controle social, baseia-se no consenso social; se este deixou de existir, a sociedade e com ele, o controle social e suas instituições, entram em desorganização" (WILLIEMS, p. 34).

Ao tentarmos fazer um paralelo entre a "repressão" no sentido freudiano com o seu sentido sociológico, podemos verificar que guardam entre si um aspecto e um objetivo determinante em comum, o de vetar. Isto é, a repressão, em ambos os enfoques, visa impedir possíveis ameaças a uma estrutura, seja ela a psíquica ou a social, estando a serviço da manutenção das leis e normas pré-estabelecidas.

Como os autores da Psiquiatria Social enfatizam o aspecto repressor das instituições psiquiátricas, consideram que o psicoterapeuta deve representar um agente de mudanças a nível social, na medida em que as instituições refletem o sistema sócio-econômico, seus interesses e necessidades.

Em contrapartida, a função do psicoterapeuta na Psicanálise é a de agente de mudanças a nível individual, sendo o seu objetivo central o de favorecer a reorganização do Ego do paciente.

Em função das duas posições acima mencionadas, parece - nos relevante discutir a relação entre o nível social e o nível individual e suas respectivas interações, no que se refere à liberação do indivíduo.

O contexto social define, entre outras coisas, um "conjunto de permissões". Neste repertório, que o social concede, está implícita a ação da repressão social, na medida em que esta delimita o seu contorno. Isto é, dentro de uma perspectiva dialética, o

"permitido" tem implícito a sua antítese, o "não permitido".

O indivíduo opta dentro dos limites deste conjunto, logo é um agente de escolhas até o ponto em que não esbarra no campo determinado socialmente pela repressão. E as instituições surgem em nossa sociedade, para garantir a manutenção das normas pré-estabelecidas, bem como para determinar sanções sobre as suas infrações.

Entretanto, este conjunto de valores não é estático, variando em função das mudanças sociais, sendo a mobilização e conscientização para que estas mudanças possam ocorrer, uma das funções do psiquiatra social.

Tomando como base a definição de controle social interno, verificamos que segundo WILLIAMS, em sociedades organizadas, o domínio que o indivíduo exerce sobre si mesmo, ao se impor regras de comportamento aprendidas em sociedade, constitui a forma de coerção social mais eficiente. E, a nosso ver, é neste ponto que incide a possibilidade da psicoterapia psicanalítica representar um instrumento de mudança, favorecendo a liberação do indivíduo do domínio do controle interno.

As repressões individuais, no enfoque psicanalítico, na medida em que são forças que impedem o acesso à consciência de representações ligadas a uma pulsão, podem diminuir a capacidade de opções do indivíduo, criando por vezes impedimentos mesmo quando a sociedade não os impõe. Assim sendo, concordamos com Szasz quando considera que o paciente é um "prisioneiro" de seu sintoma.

Na medida em que a repressão social restringe as possibilidades de escolha de um indivíduo, podemos deduzir que quanto mais

totalitário é um regime ou uma instituição, mais intenso é o reforço sobre a enfermidade mental, pois a saúde psíquica está diretamente vinculada à margem de escolhas que tem o indivíduo.

Entretanto, os determinantes individuais são relevantes, na medida em que propiciam a maior ou menor capacidade de utilizar os recursos oferecidos pelo social, bem como de modificá-los.

Consideramos, portanto, a psicoterapia psicanalítica liberadora, na medida em que, através de seu objetivo de reorganização do Ego, pode favorecer a uma maior atuação do indivíduo junto ao meio social, bem como possibilitar-lhe uma percepção do real em suas verdadeiras dimensões e proporções. E, um indivíduo a nosso ver, só pode modificar uma estrutura, seja ela psíquica ou social, na medida em que, a conhece dentro de uma perspectiva real, aspecto que fica obscuro na doença psíquica.

É certo, que os efeitos da terapêutica psicanalítica não atingem diretamente níveis de mudança social, mas podem como vimos, vir a favorecer a melhor interação do indivíduo com o seu meio, tornando o mais atuante e por conseguinte podendo repercutir indiretamente sobre mudanças a níveis mais amplos. Isto não significa, entretanto, que sustentemos a posição de que o meio social, por sua vez, não necessite de intervenções diretas para que ocorram mudanças em sua estrutura.

CARUSO, em seu livro "Psicoanálisis dialéctico", aponta o fato de que a psicoterapia analítica proporciona no Homem a experiência de se modificar, e que esta modificação se dá dialeticamente com o mundo externo - na medida em que ele se modifica, modifica o mundo e vice-versa. Considera, portanto, que a Psicanálise possibilita uma prática que estude e modifique as relações re-



cíprocas do sujeito e objeto, em uma perspectiva dialética e histórica. Para o autor, a Psicanálise só poderá ser social a partir do momento em que se dê conta desta perspectiva, e que, com seus meios analise intercâmbios sociais, sem omitir a realidade externa que interage continuamente com o indivíduo (p. 13-20).

#### 4 - TÉCNICA PSICANALÍTICA ORIGINAL E PSICOTERAPIA EM AMBULATÓRIO DE INSTITUIÇÕES

##### 4.1 - Psicanálise e Psicoterapia Breve

Tendo sido concluída a coerência da instrumentação da terapêutica psicanalítica nas instituições psiquiátricas, procuraremos fundamentar a transposição de alguns conceitos e regras básicas da técnica freudiana original, de forma a adequá-las a este contexto.

Além das características da instituição psiquiátrica, já abordadas neste trabalho, há nela outras condições que interagem justamente com o manejo da técnica psicoterápica.

O primeiro aspecto que enfocaremos, refere-se à necessidade da instrumentação de Psicoterapias Breves. Isto porque o número de técnicos especializados na instituição, geralmente, é insuficiente para suprir as demandas de atendimentos psicoterápicos, dado ao intenso segmento populacional que recorre ao tratamento ambulatorial.

Antes, porém, de abordarmos os fundamentos básicos da Psicoterapia Breve e de sua técnica, nos ocuparemos do confronto entre os preceitos freudianos com relação ao tempo de duração do tratamento psicanalítico e a abreviação suscitada pelas necessidades da instituição.

Para este fim, faremos inicialmente algumas observações sobre a evolução da teoria e da técnica psicanalíticas e seus respectivos objetivos e concepções de cura.

Em "Recordar, Repetir e Elaborar", FREUD relata três momentos marcantes de sua obra.

O primeiro deles, refere-se ao método catártico de Breuer, onde através da utilização da técnica hipnótica, visava-se a ab-reação, ou seja, uma repetição que reproduzia os processos mentais envolvidos com a situação traumática, enfocando-se diretamente o momento da formação do sintoma. Desta forma, os dois objetivos básicos eram a recordação e a ab-reação.

Numa segunda fase, FREUD abandonou a hipnose passando a utilizar a técnica da associação livre, cujo objetivo era a busca do material reprimido, através do contorno da resistência. Tratava-se de descobrir o que o paciente deixava de recordar, para se verificar as situações que ocasionaram a formação do sintoma.

Na terceira fase, que perdura até hoje, houve um abandono de focos e problemas específicos, visando-se a reorganização global do Ego. Para tal, segundo FREUD é necessário estudar-se tudo que esteja presente na mente do paciente, empregando-se a técnica da interpretação, identificando-se as resistências que porventura apareçam, visando torná-las conscientes (p.193 l).

Podemos, portanto, observar que nas duas primeiras fases Freud procurou uma cura rápida sendo que, na medida em que, ampliou a sua concepção teórica do desenvolvimento da Personalidade, e da formação das neuroses, rejeitou a psicoterapia focal. Passou então a preconizar a necessidade de um trabalho generalizado como condição básica para que, na medida do possível, se efetue uma cura consistente e irreversível. Assim sendo, o processo passa a ser longo, constante e imprevisível em termos de duração:

"Trabalho com os meus pacientes todos os dias, exceto aos domingos e feriados oficiais isto é, geralmente seis dias por semana. Para casos leves ou continuação de um tratamento que já se acha bem avançado, três dias por semana bastarão, quaisquer restrições de tempo além destas não trazem vantagem, quer para o médico, quer para o paciente, e no início de uma análise acham-se inteiramente fora de questão" FREUD, p.169, n).

Neste mesmo texto, FREUD relata que, ao ser indagado pelo paciente quanto ao tempo de duração do tratamento, costuma responder de forma semelhante ao Filósofo para o Caminhante na Fábula de Esopo:

"Quando o Caminhante perguntou quanto tempo teria de jornada, o Filósofo simplesmente respondeu: "Caminha", justificou sua resposta aparentemente inútil, com o pretexto de que precisava saber a amplitude do passo do Caminhante antes de lhe poder dizer quanto tempo a viagem duraria"(p.169-170).

Como podemos constatar, as posições freudianas quanto ao tempo de duração do tratamento, parecem criar um impasse para a utilização da técnica psicanalítica nas instituições, na medida em que foge à realidade destes contextos, a viabilidade de utilização de um recurso psicoterápico longo e de tempo imprevisível.

Entretanto, em seu artigo "Los caminos de la Terapia Psicanalítica" apesar de inicialmente reforçar a necessidade da manutenção estrita de seus princípios básicos para a concretização de uma cura efetiva e consistente, Freud, em sua conclusão, abre uma brecha de enorme relevância para o nosso trabalho. Isto é, ao reconhecer as limitações de sua técnica, em termos do restrito segmento populacional que pode atender, inclui em suas previsões:

"Para terminar quisiera examinar con vosotros una situación que pertenece al futuro y que acaso os parezca fantástica. Pero a mi juicio, merece que vayamos acostumbrando a ella nuestro pensamiento. Sabéis muy bien que nuestra acción terapéutica es harto restringida. Somos pocos y cada uno de nosotros no puede tratar más que un número muy limitado de enfermos al año, por grande que sea su capacidad de trabajo. Frente a la magnitud de miseria neurotica que padece el mundo y que quizá pudiera no padecer, nuestro rendimiento terapéutico es cuantitativamente insignificante. Además, nuestras condiciones de existencia limitan nuestra acción a las clases pudientes de nuestra sociedad, las cuales suelen elegir por sí mismas, sus médicos, siendo apartadas del psicoanálisis, en esta elección por toda una serie de prejuicios. De este modo, nada nos es posible hacer aún por las clases populares, que tan duramente sufren bajo las neurosis.

Supongamos ahora que una organización cualquiera nos permita aumentar de tal modo nuestro número que seamos ya bastantes para tratar grandes masas de enfermos: Por otro lado, es también de prever que alguna vez habrá de despertar la consciencia de la sociedad y advertir a esta que los pobres tienen tanto derecho al auxilio del psicoterapeuta como al del cirujano, y que las neurosis amenazan tan grandemente la salud del pueblo como la tuberculosis no pudiendo ser tampoco abandonada su terapia a la iniciativa individual. Se crearán entonces instituciones medicas, en las que habrá analíticos encargados de conservar capaces de resistencia y rendimiento a los hombres que abandonados a sí mismos, se entregarían a la bebida, a las mujeres proximas a derrumbarse bajo al peso de las privaciones y a los niños, cuyo unico porvenir es la delincuencia o la

neurosis. El tratamiento sería naturalmente gratis. Passará quizá mucho tiempo hasta que el Estado se de cuenta de esta obligación suya. ... Se nos planteará entonces la labor de adaptar nuestra técnica a las nuevas condiciones. No duda que el acierto de nuestras hipótesis psicológicas impresionará también los espíritus populares, pero de todos modos habremos de buscar la expresión más sencilla y comprensible de nuestras teorías" (grifo nosso - p. 452-3, d)

Em outro texto, "Recomendações aos Médicos que exercem a Psicanálise", Freud ao referir-se à necessidade estrita da manutenção de uma neutralidade terapêutica, faz também uma ressalva relevante para o nosso trabalho:

"Na prática é verdade, nada se pode dizer contra um psicoterapeuta que combine uma certa quantidade de análise com alguma influência sugestiva, a fim de chegar a um resultado perceptível em tempo mais curto - tal como é necessário nas instituições. Mas, é ilícito insistir em que ele próprio não se ache em dúvida quanto ao que está fazendo e saiba que o seu método não é o da verdadeira Psicanálise" (p. 157, k).

Tendo em mente, o fato de que o próprio Freud previu alterações em sua técnica, que sintonizem com a emergência das necessidades sociais, tentaremos fundamentar o trabalho em Psicoterapia Breve, a ser efetuado nas Instituições. Estamos entretanto convictos de que, como preveniu o autor, o tipo de psicoterapia que nos propomos a estudar não é a Psicanálise original apesar de termos a sua teoria e técnica como fundamentos.

Esta transposição, na medida do possível, deverá evitar um caráter especulativo e intuitivo, como observamos que vem frequentemente ocorrendo. Neste sentido, FIORINI ao referir-se à utilização das psicoterapias breves em instituições assinala:

"parece, pois, oportuno considerar ao menos a possibilidade que estas práticas venham a ultrapassar o quadro de um empirismo obscuro e encontrem uma racionalidade que as legitime, que as faça coerentes e que as constitua em técnicas individualizáveis, dotadas de sentido, recomendadas cientificamente, ao invés de meros recursos acidentais para uma emergência sócio-econômica e sanitária. Para tanto estas terapias breves precisam assentar na experiência clínica, na concepção teórica e na sistematização da técnica da Psicanálise e incluir contribuições de outras disciplinas sociais e de diferentes modalidades terapêuticas, embora orientando-se no sentido de elaboração de um esquema referencial próprio, já que se exercem em um contexto original que não admite a extrapolação direta de conceitos e instrumentos surgidos em outros campos assistenciais" (p.22)

SMALL observa que a psicoterapia breve tem suas origens na teoria psicanalítica. Isto porque, como vimos, Freud inicialmente procurou uma cura rápida.

Ainda o autor menciona o fato de que vários psicanalistas empreenderam pesquisas sobre procedimentos psicoterápicos, que embora derivados da compreensão psicanalítica da Personalidade e de seu desenvolvimento, produzissem mudanças terapêuticas em pouco tempo. Afirma que se houve consenso entre os trabalhos, foi quanto à possibilidade de se instrumentar terapias breves derivadas da compreensão psicanalítica da Personalidade.

BELLAK & SMALL derivam os fundamentos de sua psicoterapia breve da teoria psicanalítica ortodoxa. Apesar de aceitarem contribuições de outras teorias, acreditam que a teoria freudiana é a que oferece hipóteses sistemáticas mais consistentes e disponíveis. Dão especial atenção ao conceito de determinismo psíquico, bem como à continuidade da personalidade através do tempo, que permite a relação entre os acontecimentos passados com os contemporâneos, ajudando a encontrar causas remotas para efeitos atuais (SMALL, p.25-6).

Para FIORINI, em termos de modelo etiológico, a Psicoterapia Breve deve orientar-se fundamentalmente no sentido da compreensão psicodinâmica dos determinantes atuais da situação de enfermidade ou crise. O autor não considera que isso signifique a omissão dos fatores disposicionais históricos que intervêm na equação etiológica freudiana. Representa, estar voltado essencialmente para a apreensão da estrutura da situação transversal em que se atualizam os determinantes patogênicos, dando-se realce ao papel desempenhado pelas condições de vida do paciente, dirigindo-se sua experiência atual. Expõe como fundamento básico, a consideração que, o Homem depende diretamente do seu ambiente diário comum para o seu funcionamento normal.

Assim sendo, para FIORINI, na Psicoterapia Breve pretende-se uma compreensão psicodinâmica da vida cotidiana do paciente ocupando-se também com o que "está de fora" do tratamento, esquema que contrasta com as regras da Psicanálise estrita.

"Tende-se assim, a atribuir eficácia causal etiológica a um conjunto de fatores que operam, em um campo dinâmico que ultrapassa o nível dos fenômenos ligados à



situação edípica (não obstante a importância que se conceda a estes fatores básicos" (p.23).

Neste sentido, é importante que a psicoterapia observe a ação recíproca entre o mundo interno e o externo:

"uma complexa organização dinâmica de relações de objetos, estruturados ao longo de experiências básicas primordiais, frente a um mundo de objetos reais, grupos e instituições, profundamente penetrados por determinações econômicas, culturais e ideológicas" (p. 24).

O autor considera que há indivíduos nos quais as relações com os objetos é predominante para as determinações da Saúde ou da Doença, e nos quais o mundo externo é realmente um mero depositário de suas projeções, mas esta não é uma lei universal. Isto porque as crises podem, em grande proporção, resultar de fatores ambientais capazes de por suas condições objetivas, desarticu-lar os mecanismos homeostáticos de uma Personalidade predisposta. (FIORINI, p. 22-5).

Alexander em seu livro "Psicoanálisis y Psicoterapia", também aborda esta temática.

Segundo o autor, a tendência à omissão do mundo externo e a supervalorização do mundo interno da Psicanálise, e de seus seguidores ortodoxos, está vinculada às características da Psicoterapia pré-científica.

Isto porque, uma das maiores contribuições da Psicanálise foi a de assentar sobre uma base sólida, a técnica psicoterápica. Antes de seu evento, não se tinha um conhecimento sistematizado a cerca da estrutura e do funcionamento da Personalidade, e por con

seguinte, os procedimentos psicoterápicos eram fortuitos, mágicos e intuitivos. Assim sendo, a psicoterapia enfatizava os fenômenos externos ao indivíduo. O psicoterapeuta era um conselheiro que desconhecia as motivações inconscientes, as complexidades das tendências, os desejos e os valores contraditórios, inerentes ao indivíduo. A sua função era a de dar uma direção à vida do indivíduo, manipulando o seu ambiente.

A Psicanálise veio portanto a representar um movimento de ruptura com as tendências anteriores, e como tal, passou a evitar qualquer direção ativa na vida diária do paciente, visando não ameaçar a sua integridade e cientificidade.

Entretanto, o autor demonstra que apesar da depreciação da "manipulação" e diretividade, estas são inevitáveis e existem até no mais estrito e ortodoxo tratamento psicanalítico. Exemplifica sua colocação com o conselho que Freud dava aos pacientes no início do tratamento, de que não adotassem nenhuma decisão de suma importância enquanto estivessem em análise.

O autor conclui, que atualmente nossos conhecimentos já avançaram, e que portanto, já estamos capacitados para introduzir certos dispositivos ativos e bem planejados que não se obstaculizam com a Psicanálise, nem ameaçam sua integridade científica (p. 19-26, a).

Ao concluirmos, através da apreciação de alguns autores, a possibilidade de derivação de uma psicoterapia breve dos fundamentos psicanalíticos, tentaremos pois, objetivar aspectos relativos à sua técnica.

*FIORINI* propõe um enfoque multidimensional nas psicoterapias breves. Isto é, empenhos múltiplos de abordagem em diferentes níveis simultâneos da estrutura complexa heterogênea, da existência enferma. Propõe também medidas orientadas em direção ao ambiente no sentido de uma organização mais favorável da vida cotidiana do paciente.

Para o autor, um dos requisitos fundamentais da psicoterapia breve é a elaboração de uma estratégia com base na observação das capacidades do paciente que se acham invadidas por conflitos, e das que se acham livres dos mesmos.

Este princípio tem como base a própria teoria freudiana, que considera que a área enferma nunca é global.

Assim sendo, a Psicoterapia Breve, orienta-se também no sentido de fortalecer as áreas do Ego livres de conflito, sendo portanto uma "psicoterapia do Ego" (*FIORINI*, p.22-6).

Outro aspecto relevante da psicoterapia breve, é que vai necessariamente lidar com focos. Para que possamos delimitar este foco, ao trabalharmos com o paciente, faz-se necessário que tenhamos fundamentos teóricos a este respeito, justamente, para evitarmos o caráter especulativo e intuitivo que como já apontamos, vem sendo utilizado nas psicoterapias breves e no trabalho nas instituições.

Segundo *FIORINI*, o conceito de foco tem sido largamente empregado e com uma delimitação teórica imprecisa, dando-se quase sempre ênfase aos aspectos sintomáticos que os pacientes trazem.

A origem empírica do conceito de foco proveio do sentido de se delimitar um eixo ou ponto nodal da problemática do paciente.

Em termos dinâmicos, a focalização é guiada pela dominância de uma motivação que hierarquiza tarefas, com vista a resolver certos problemas vividos como prioritários.

De uma forma geral, o motivo da consulta, transforma-se no eixo motivacional, organizador da tarefa, e em consequência, facilitador da mesma.

ALEXANDER considera muito importante que o psicoterapeuta descubra o que o paciente deseja. Desta forma, este será o maior incentivador para alcançar os objetivos do tratamento. Considera que o empenho do terapeuta será inútil, se não aproveitar para uso terapêutico, algum forte motivo do paciente. Assim sendo, para o autor, o terapeuta deve, primeiramente, colocar-se frente ao paciente, aceitando provisoriamente seus pontos de vista sobre o problema, e só mais tarde, depois de se orientar sobre os motivos reais do paciente, procurar utilizá-los, para fomentar os objetivos terapêuticos, que possam parecer de possível realização ( p. 43-6, b).

FIORINI considera que o foco tem um eixo central em sua estrutura, que na maior parte das vezes é dado pelo motivo da consulta. Intimamente ligado ao motivo da consulta, subjacente ao mesmo, localiza-se o conflito central. Para o autor há também na estrutura do foco, sempre o envolvimento de uma situação grupal. Considera que todos estes aspectos são fundamentais, para que se possa detectar o conjunto de determinações, que interatuam para a formação de uma situação.

O estudo dos diversos componentes da situação deverá ser feito no sentido de se destacar "níveis de análises", entendidos como estratos funcionais enraizados na situação, atualizados e to

talizados por esta.

Com este enfoque, para *FIORINI*, é possível deslindar-se uma zona de componentes da situação, que podem ser considerados como aspectos caractereológicos (dinamismos intrapessoais ativados na situação específica, modalidades defensivas pessoais seletivamente mobilizadas pela situação e etapas não resolvidas do desenvolvimento infantil, atualizadas pela estrutura da situação). É também possível reconhecer na situação, aspectos genéticos individuais e grupais reativados. Para *FIORINI*, grande parte da trama de conflitos, a que a situação empresta uma intensidade especial, deriva não só da reativação dos conflitos infantis, como também do choque entre as limitações criadas pela persistência desses conflitos e as necessidades próprias da etapa evolutiva aberta que exigem uma satisfação. Estas exigências são ao mesmo tempo subjetivas (auto-estima) e objetivas (pressões sociais para a maturação e a eficiência).

Esta série de componentes da situação precisa ainda ser posta em relação com um conjunto de determinações concorrentes, vinculadas ao contexto social mais amplo (conjunto de condições de trabalho, econômicas e ideológicas).

Para o autor, é nesta noção totalizadora de situação, que podemos enquadrar adequadamente as contribuições parciais próprias de uma conceituação psicodinâmica (ansiedades, conflitos e fixações), comunicacional (modalidades de manipulação da mensagem, alianças, desqualificações) e psicossocial (papéis, mitos, tarefas grupais).

O objetivo da Psicoterapia Breve será a identificação das zonas do conjunto de determinantes, respeitando-se sempre o cará-

ter de estrutura da situação, tal como existe, totalizada na experiência humana (p. 89-104).

Este enfoque ganha relevância na instituição, visto que por circunstâncias inerentes às suas características e às da população que a ela costuma recorrer, as condições sociais assumem um papel muito importante e não são destacáveis dos aspectos psicodinâmicos.

#### 4.2 - O contrato psicoterápico

As características do contexto institucional, bem como, o tratamento de caráter breve suscitarão necessárias modificações de algumas normas implícitas no contrato psicoterápico tradicional. Assim sendo, nos ocuparemos de alguns aspectos que nele incidem, tais como: critérios de elegibilidade para a psicoterapia breve, tempo de duração do tratamento e das sessões, intervalo entre as mesmas e honorários.

Entretanto, apesar de considerarmos importante uma fundamentação calcada em critérios sólidos no que se refere ao contrato psicoterápico nas condições mencionadas, é importante ressaltar que cada paciente possui características e necessidades individuais. Assim sendo, é necessária a cautela de não estabelecermos regras padronizadas que esbarrem neste aspecto a nosso ver fundamental.

Neste sentido, ULLOA afirma ao referir-se ao enquadramento psicoterápico:

"as disposições que integram o enquadramento tendem a perder o significado de valiosos instrumentos técnicos que possibilitam o processo psicanalítico e começam a adquirir uma qualidade ritual administrativa do referido processo. O enquadramento ameaça converter-se em baluarte defensivo onde naufragam a criatividade do analista e a singularidade do paciente" (p. 107).

FIORINI considera que as operações de enquadramento abrangem todas as especificações relativas às modalidades espacial e temporal que deverá assumir a relação terapêutica.

Aponta, entretanto, o fato de ser necessária uma distinção entre intervenções que impõem um enquadramento, e outras em que se o propõe de forma a ser reajustado e elaborado conjuntamente com o paciente. Por essa diferença, segundo o autor, passa uma linha ideológica divisória; a relação terapêutica concebida como totalitária ou como igualitária. Considera que o autoritarismo do enquadramento imposto costuma apoiar-se em pressupostos de tipo técnico pelos quais se pretende, que para determinada situação de consulta, há tão somente uma única maneira eficaz de tratamento. Afirma que a pluralidade de direções abertas atualmente no campo das psicoterapias torna duvidosa a validade de tal exclusivismo.

Além do mais, a pressão exercida, para se impor uma determinada técnica, parte segundo o autor, de uma distorção na concepção de sujeito, pois a psicoterapia passa então a se dirigir a um paciente objeto, mero portador de uma estrutura de personalidade, omitindo-se a pessoa.

Para o autor, o trabalho conjunto de elaboração do contrato, constitui uma instância mais rica sob o ponto de vista técnico, na medida em que, fornece mais dados acerca do paciente. E, estes ficam obscurecidos, quando o enquadramento é imposto, além de se reforçar as tendências passivas e regressivas do paciente e a correlata onipotência do psicoterapeuta (172-3).

O próprio FREUD, em "Sobre o Início do Tratamento", nos deixa não apenas em aberto a viabilidade de reformulações de suas diretrizes, como de certa forma coincide com as posições dos autores contemporâneos acima mencionados. Isto é, ao formular suas recomendações aos psicoterapeutas, quanto a aspectos relevantes do início do tratamento, afirma:



"Penso estar sendo prudente, contudo, em chamar estas regras de "recomendações" e não reivindicar qualquer aceitação incondicional para elas. A extraordinária diversidade das constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos mentais, opõem-se a qualquer mecanização da técnica, e ocasionam que um curso de ação que, via de regra, é justificado, possa às vezes, mostrar-se ineficaz, enquanto outro que habitualmente é errôneo possa, de vez em quando, conduzir ao fim desejado. Estas circunstâncias, contudo não nos impedem de estabelecer para o médico um procedimento que, em média, é eficaz, (p. 164 n).

Tendo já em vista, a necessidade de um contrato que não seja rígido e imutável, abordaremos alguns aspectos que nele incidem, e que podem assumir características distintas na situação institucional em função de fatores já mencionados.

Assim sendo, prosseguiremos o confronto entre os fundamentos freudianos e as necessárias alterações para o contexto institucional.

Em primeiro lugar consideramos importante observar os critérios de elegibilidade para o tipo de tratamento (psicoterapia breve) adequado à realidade institucional.

Com relação à Psicanálise, FREUD enfatiza também este aspecto. Em "Sobre o Início do Tratamento", considera essencial que antes de se dar início ao labor psicoterápico propriamente dito, é necessário que se aceite o paciente por um tempo provisório justamente para se avaliar a elegibilidade do caso para a psicanálise. Considera este aspecto uma medida de precaução e proteção ao paciente (p. 165, n).

Na situação institucional, consideramos esta medida também de grande importância, sobretudo, porque a psicoterapia breve possui limitações quanto à elegibilidade para determinados casos.

Este aspecto é muito relevante pois, como observa FIORINI, em face da situação social e das limitações das organizações assistenciais, fica normalmente determinada a seguinte situação: ou tratamentos limitados ou nenhum tratamento.

Entretanto mesmo ante a falta de opções que esbarramos, é necessário que se verifique quais os tipos de pacientes que mais podem se beneficiar com a psicoterapia breve.

FIORINI declara que geralmente os casos que obtêm menores benefícios com este tipo de tratamento são: distúrbios psiquiátricos crônicos como: quadros paranóides, obsessivo-compulsivos, psicossomáticos crônicos, perversões sexuais, dependências de hábitos perniciosos, caractereopatias graves e sociopatias. Considera que nestes casos só o esforço de uma psicoterapia intensiva e a longo prazo pode eventualmente conduzir a mudanças significativas.

Para o autor, as indicações com prognósticos favoráveis para psicoterapia breve são: quadros agudos, particularmente situações de crise ou descompensações, situações de mudança como, por exemplo, nas etapas evolutivas (adolescência, casamento, graduação, aposentadoria, etc), distúrbios de natureza reativa em pacientes que conservam previamente um nível de adaptação aceitável, distúrbios de intensidade leve ou moderada que não justificam tratamentos com anos de duração (problemática neurótica incipiente ou psicossomática de início recente). Considera que também pode beneficiar como tratamento preparatório pré-analítico a "boderli -

nes" e psicóticos (p. 43).

Em face do acima mencionado, antes de ser elaborado o contrato, deverão ser feitas entrevistas de avaliação para cada caso. Estas entrevistas iniciais são de fundamental importância sobretudo nas psicoterapias breves, e por seus objetivos diferentes vão ter peculiaridades que as distinguem das entrevistas para psicoterapia a longo prazo.

FIORINI destaca o papel essencial do primeiro contato nas Psicoterapias Breves. Segundo o autor, este pode ter uma influência decisiva na continuidade ou no abandono do tratamento, bem como, na eficácia que o processo psicoterápico possa alcançar.

Para ele, a(s) primeira(s) entrevista(s) deve se estruturar com traços próprios, que a distinguem de outros tipos de contato inicial.

A entrevista para ser eficaz deve, segundo o autor, cumprir em fases sucessivas várias tarefas: diagnóstico aproximativo inicial, esclarecimento do terapeuta no tocante à problemática colocada e a orientação terapêutica que decorre do diagnóstico da mesma, elaboração conjunta deste panorama mediante progressivos reajustamentos, obtenção de acordos gerais sobre o sentido e os objetivos que se atribuíram à relação terapêutica que se proponha a instalar entre ambos, acordos específicos sobre as condições de funcionamento desta relação e antecipações mínimas sobre o modo de conduzir a interação na tarefa terapêutica (p. 63-5).

SMALL considera também necessário para a verificação da elegibilidade do caso e para a estratégia do tratamento, que a psicoterapia breve seja precedida por um processo diagnóstico:

"Em face de um problema muito real-  
manter pessoas sob uma ação diri-  
gida ao longo de um processo diag-  
nóstico -, a escolha não deve ser  
a de abandonar a elaboração do  
diagnóstico. A psicoterapia não  
deve ser abreviada pela elimina-  
ção dessa contribuição importan-  
te para a compreensão e a orienta-  
ção do tratamento. A intervenção  
não pode ser feita ao acaso, pois  
assim tenderá a ampliar, e não a  
encurtar o processo" (p.67).

Por consenso com os autores mencionados, consideramos tam-  
bém fundamental que haja um período de avaliação que precede ao  
tratamento propriamente dito. Estas avaliações devem ser feitas  
através de entrevistas detalhadas, que visam detectar além da ele-  
gibilidade do caso, as possíveis hipóteses diagnósticas e o foco  
da problemática, estabelecendo-se uma estratégia adequada de atua-  
ção e o prognóstico.

Quanto ao tempo de duração do tratamento, já nos detivemos  
anteriormente nas concepções freudianas acerca, em oposição às  
viabilidades do contexto institucional.

Entretanto, tendo sido justificada a utilização das psicote-  
rapias breves cabe estabelecer o tempo de sua duração.

Com relação a este fator, SMALL considera que o estabeleci-  
mento de um tempo padrão é difícil, senão impossível.

Em face da complexidade de fatores já mencionados, bem como  
das variações de caso para caso, concórdamos com a colocação do  
autor.

Naturalmente, se espera que uma psicoterapia breve, dispen-  
da um tempo consideravelmente menor do que a tradicional. SMALL

afirma ter encontrado em seus estudos acerca do assunto, uma variação de contratos definidos como de psicoterapia breve, que variaram de uma sessão a duzentos e dezessete sessões efetuadas (p. 20).

A nosso ver, o tempo de duração da terapia nas instituições deve oscilar em média entre dois e seis meses, sendo este período estabelecido, em função das entrevistas iniciais de avaliação e da necessidade do caso, conseqüentemente.

Para evitarmos erros nesta previsão, consideramos importante que o psicoterapeuta sublinhe o fato de que algumas sessões antes do término do prazo estipulado, ambos (terapeuta e paciente) farão uma avaliação dos resultados, de forma que se por consenso julgarem necessário, o prazo poderá ser devidamente prorrogado.

Com relação ao tempo de duração das sessões, consideramos importante que questionemos o emprego em instituições do tempo convencional de cinquenta minutos.

Isto porque, além de ser necessário o atendimento de um maior número possível de pacientes, existem outros fatores a serem levados em conta.

As instituições têm um horário para o seu funcionamento e para os atendimentos ambulatoriais em sua rotina assistencial.

Da mesma forma, o paciente tem a sua vida regulada em torno de horários socialmente convencionados.

Consideramos, portanto, que o tempo de duração da sessão estipulado em trinta minutos, além de mais compatível com o espírito da psicoterapia breve, traz a possibilidade de trabalhar-se com

"horários redondos". E desta forma, se favorece a rotina institucional, bem como, ao paciente, uma vez que representa um espaço de tempo mais regulado com o movimento da vida diária. E, como vimos, a Psicoterapia Breve também deve se preocupar com o cotidiano do paciente.

Ademais, a nosso ver, o tempo que propusemos (trinta minutos) é razoavelmente suficiente para compreensão e elaboração do material trazido pelo paciente.

Em função das necessidades do paciente, deverá ser combinada no contrato a frequência de uma ou duas sessões por semana. Estipulamos estas duas opções pois menos de um encontro semanal parece-nos inviável para a obtenção de resultados em uma psicoterapia de abordagem psicanalítica. Ao contrário, mais de duas sessões semanais, foge ao espírito da psicoterapia breve e à realidade institucional, além de reforçar o vínculo terapêutico e consequentemente os aspectos transferenciais, que devem ser tratados com cautela nas psicoterapias breves.

O pagamento das sessões é um assunto bastante polêmico por envolver aspectos de ordem objetiva, subjetiva e ideológicos.

O próprio FREUD, se contradisse quanto a este aspecto em seus diferentes trabalhos.

Em "Sobre o Início do Tratamento", ao abordar este tema, considera que o dinheiro além de ser um meio de auto-preservação e conservação de poder, envolve poderosos fatores sexuais ao valor que lhe é atribuído. Ambas as questões são, segundo o autor, tratadas com incoerência, pudor e hipocrisia na Sociedade. O analista não deve concordar com esta atitude, devendo tratar dos assun-

tos de dinheiro, com a mesma franqueza natural com que deseja educar seus pacientes nas questões relativas à vida sexual, demonstrando-lhes que ele mesmo rejeitou uma falsa vergonha sobre estes aspectos, ao dizer-lhes voluntariamente o preço em que avalia o seu tempo. Afirma ainda, que o valor do tratamento não se realça aos olhos do paciente se forem pedidos honorário demasiadamente baixos (p.173, n).

Aponta o fato de lhe parecer mais respeitável e eticamente menos objetável, reconhecer os próprios direitos e as necessidades reais, do que, como é costume entre os médicos, desempenhar o papel de filantropo desinteressado. Deve portanto, abster-se de fornecer tratamentos gratuitos, e não fazer exceções para os colegas e suas famílias, pois, para um psicanalista um tratamento gratuito representa o empenho de um período longo de tempo, podendo privá-lo enormemente.

FREUD afirmou ter durante dez anos ou mais experimentado se parar uma hora por dia para tratamentos gratuitos pois desejava, para penetrar nas neuroses, trabalhar frente a menor resistência possível: "as vantagens que encontrei por este meio não apareceram. O tratamento gratuito aumenta enormemente algumas das resistências do neurótico" (grifo nosso - p. 174 n).

Além do mais, considera que:

"a ausência do efeito regulador oferecido pelo pagamento de honorários ao médico torna-se, ela própria, muito penosamente sentida, ficando todo relacionamento a fastado do mundo real e o paciente é privado de um forte motivo para esforçar-se por dar fim ao tratamento" (p. 174-5 - n).

Com relação às classes pobres, aduz como sendo um fato a lamentar que a terapia psicanalítica seja inacessível a estas, pouco se podendo fazer para remediá-lo. Acrescenta ainda, que a experiência demonstra que quando um homem pobre fica neurótico é muito difícil tratá-lo pois, a neurose lhe acarreta valiosos ganhos secundários, podendo eximir-se através da doença da obrigação de combater a sua pobreza por meio do trabalho. Faz entretanto a ressalva de que: "Ocasionalmente é natural, depararmos com pessoas merecedoras que se acham desamparadas sem culpa alguma de sua parte, nas quais o tratamento não remunerado não se defronta com nenhum dos obstáculos mencionados e conduz a excelentes resultados". (p. 175).

Quanto à classe média, acrescenta que, a despesa envolvida na psicanálise é excessiva apenas na aparência. Isto porque, os ganhos obtidos com a análise são maiores e revertem em prol do indivíduo em todos os sentidos, inclusive no plano financeiro.

Já em seu texto "los Caminos de la Terapia Psicoanalítica", como já vimos em citação neste trabalho, ao fazer suas previsões acerca dos rumos da Psicanálise e dos recursos de ampliação para maiores dimensões populacionais, colocou textualmente ao referir-se ao trabalho institucional: "El tratamiento seria naturalmente gratis". (grifo nosso - p. 453, d).

Os autores contemporâneos vêm levantando a questão relativa ao pagamento das sessões e suas implicações mais amplas e, também dentre estes encontramos posições diferentes acerca do assunto.

De acordo com ULLOA:

"a análise não vai andar melhor ou pior porque o paciente paga mais



ou menos, ou inclusive se se concorda que não pague, não obstante é parte importante da indagação analítica tanto no sentido que adquire para o analisando, quanto a maneira pela qual este manobra-seja qual for - o compromisso adquirido". (p.108)

SZASZ em seu livro "A Ética da Psicanálise" ressalta que o relacionamento terapêutico deve ser o menos coercitivo possível, e que o estabelecimento de certas regras por parte de certos "analistas tradicionais", justificadas como necessárias para o processo psicoterápico, representam argumentos enganosos.

Segundo o autor, para que aspectos coercitivos sejam evitados, a única necessidade fundamental e real para o analista é o dinheiro. Este é a seu ver, a única exigência legítima que deve ser feita ao paciente, pois a prática da psicanálise é uma profissão, e assim sendo, o pagamento tem para o paciente um caráter de realidade psicológica e social.

Considera que se o analista espera do paciente a satisfação de outras necessidades, vicia a análise, tornando-a coercitiva; "Repito: o analisando deve apenas dinheiro ao analista". (p. 146).

Acrescenta que o analista não tendo a necessidade financeira satisfeita, poderá sentir-se dando demais ao paciente e não recebendo em troca, e isto pode interferir no tratamento, repercutindo num aumento das exigências do terapeuta sobre o paciente.

Assim sendo, para evitar-se este tipo de ocorrência, SZASZ considera que a melhor salvaguarda é a base econômica do tratamento e relacionamento analíticos. Para o terapeuta, os honorários representam a evidência tangível de que recebe algo do paci-

ente.

Ressalta o fato, que para a transação monetária ter bons resultados e significado, o analista deve sentir-se confortável em relação a ela, pois quando bem tratadas estas condições, cria-se uma atmosfera em que o paciente apercebe-se de que a terapia é sua, e não de outra pessoa.

Quanto à quantia a ser estipulada, afirma: "se o contrato analítico for negociado adequadamente os honorários deverão satisfazer ambas as partes. O analista deve sentir que está sendo pago por seus serviços, e o analisando, que deve ao analista apenas dinheiro e somente tanto quanto pode pagar (grifo nosso - p. 146-7).

Ainda segundo o autor, o contrato quanto aos honorários é frequentemente infringido. E, se o analista não trabalhar este aspecto, o relacionamento terapêutico ficará ameaçado, sendo criada uma situação que não é nem analítica, nem autônoma.

Da mesma forma, considera que se o paciente pagar além de seus honorários (presentes caros, por exemplo), o analista permitirá que aquele vá além dos termos do contrato, o que também pode vir a prejudicar o relacionamento psicoterápico.

Segundo SZASZ o psicoterapeuta deve adotar o papel do perito que vende seus serviços, e que se torna obrigado por contrato, a atender o seu cliente, retendo apenas poder suficiente para cumprir o seu dever. Isto é, desempenhar o papel de analista, prescindindo de quaisquer poderes além desse, que interferem na tarefa analítica (p. 145-7, a).

Nos tratamentos psicoterápicos em regime ambulatorial nas instituições, além da questão polêmica com relação ao pagamento das sessões, acima mencionada, surgem outros fatores a serem discutidos. Isto porque, neste contexto o psicoterapeuta não é autônomo, pois, tem um vínculo empregatício com a instituição e consequentemente tem que se submeter às suas regras administrativas.

Assim sendo, consideramos que uma solução satisfatória seria que houvessem condições, para que o psicoterapeuta estabelecesse um acordo com a administração da instituição, de forma a conciliar as necessidades dele, dos pacientes e da instituição conjuntamente.

Este tipo de atuação a nosso ver é importante pois, no trabalho institucional a função do psicoterapeuta não deve ser restrita ao âmbito individual. É de grande importância que possa articular e modificar o contexto no qual está inserido, sobretudo tendo em vista os aspectos já mencionados que caracterizam a estrutura da maior parte dos hospitais psiquiátricos.

Levando em conta, as afirmações de Freud e Szazs, consideramos que, uma solução viável para o impasse (necessidade de um pagamento às sessões psicoterápicas versus condições econômicas do paciente), pode ser a modalidade de preços adequados à situação financeira de cada paciente.

Para tal, para cada caso deverá ser feito um estudo detalhado das condições sócio-econômicas, por profissional competente. Neste serão analisados os seguintes aspectos básicos: salário do paciente e/ou de seus familiares, despesas para o sustento das necessidades básicas e o número de pessoas dependentes. A partir

de então, levando-se em conta, a relação entre ganho e despesas do paciente, será estabelecido um preço compatível para as sessões. No caso de instituições que mantêm convênios de previdência social, aos quais o paciente esteja porventura associado, deverá ficar explícito no contrato que o tratamento não é gratuito mas, pago pela entidade assistencial.

Há entretanto outros aspectos a serem observados, e que dizem respeito à remuneração do psicoterapeuta. Isto é, na medida em que as taxas de pagamento sejam variáveis de paciente para paciente, pode ocorrer o risco do psicoterapeuta passar a fazer uma seleção dos casos mais bem pagantes, no caso da fonte de remuneração daquele provir diretamente dos pacientes. Caso isto não ocorra, há em contrapartida o risco de se recair em situações expostas por Freud e Szasz que implicam em sentimentos de exploração por parte do terapeuta, que podem repercutir negativamente na relação e no processo psicoterápico.

Assim sendo, parece que a solução mais acertada seria que o terapeuta recebesse um salário fixo da instituição.

Entretanto, como o pagamento envolve aspectos subjetivos, torna-se um material importante para o trabalho psicoterápico.

Consideramos, portanto, que a melhor resolução para este aspecto é que o psicoterapeuta mantenha um acordo com a instituição, de forma que sua remuneração seja efetuada através de um salário fixo acrescido de uma cota obtida pelo rateio da média de todos os pacientes atendidos entre os diferentes psicoterapeutas.

#### 4.3 - A resistência

O conceito de resistência é de grande relevância dentro da teoria e da técnica psicanalíticas.

Consideramos, portanto, importante a abordagem deste conceito, apontando as diferentes configurações que pode assumir num tratamento dentro dos moldes que estamos estudando, no contexto das instituições psiquiátricas.

Antes, entretanto, de discutirmos as questões que a nosso ver se instalam nas condições acima mencionadas, parece nos importante a fundamentação do conceito em questão, na sua fonte original, isto é, na obra freudiana.

A noção de resistência foi introduzida já no início da Psicanálise, exercendo neles como já mencionamos um papel decisivo.

Em "Estudos sobre a Histeria", Freud fez a primeira enumeração dos diversos fenômenos clínicos evidentes ou discretos da resistência. Neste artigo, formula a hipótese de que as recordações são agrupadas em camadas concêntricas, em redor de um núcleo central patogênico. No decurso do tratamento, cada passagem de um círculo para outro, suscitará um aumento de resistência, em função da maior ou menor proximidade do núcleo.

A resistência diz respeito a todos os recursos, expressos através de atos ou palavras, que o analisando utiliza, com o objetivo de opor o acesso do psicoterapeuta ao seu inconsciente. Assim sendo, constitui um entrave ao trabalho psicoterápico.

Neste sentido, para que seja viável o labor psicanalítico, Freud observou que era fundamental vencer este obstáculo. Desta

forma o progresso da psicanálise, ficou intimamente vinculado à apreciação mais correta da resistência.

De início, Freud procurou defrontar a resistência e os obstáculos que impunha, através da persuasão e insistência, visando lidar com forças que atuassem em seu sentido contrário (LAPLANCHE & PONTALIS, p. 596-7).

Mais tarde, reconheceu na resistência um meio de acesso ao recalçado e ao "segredo" da neurose. Isto porque observou que a resistência era intimamente ligada com a função dos sintomas neuróticos, uma vez que, a função básica dos mesmos era a de defender o indivíduo contra manifestações de seu inconsciente, que lhe fossem inaceitáveis.

Neste ponto, pareceu clara a dedução que se o psicoterapeuta investigasse e descobrisse estas manifestações, trazendo-se à consciência do paciente, cessaria a razão de ser do sintoma.

Entretanto, surgiram algumas dificuldades. Por um lado, Freud observou, que uma parte da mente do paciente oferecia justa mente resistência, quando o psicoterapeuta tratava de investigar e detectar as manifestações inconscientes. Neste ponto, inferiu que se tratava da mesma região do psiquismo, que havia originaria mente repudiado tais manifestações, conduzindo à criação do sintoma neurótico.

Por outro lado, frequentemente ocorria a persistência do sintoma, mesmo quando este obstáculo parecia ter sido superado.

Freud idealizou uma espécie de alegoria gráfica para fazer mais inteligível este estado de coisas. Imaginou a mente como uma espécie de mapa, onde a manifestação inconsciente primitivamen

te censurada era colocada em uma zona deste. E, em outra zona encontrava-se a formulação recentemente obtida, acerca da mesma. A manifestação inconsciente seria realmente conscientizada, apenas, se estas duas impressões pudessem se conectar. Havia, entretanto, uma força impeditiva para que isto ocorresse. Tratava-se da mesma resistência. Assim sendo, a eliminação preliminar desta, passou a ser a tarefa básica do psicoterapeuta.

No artigo "La técnica psicoanalítica", FREUD destaca o que denominou de "resistência de repressão". Esta refere-se justamente à proteção que o Ego visa contra os elementos indesejáveis do Id inconscientes, e reprimidos por anticatexias. Quanto mais o Ego se sinta invadido, mais lançará mão destas anticatexias, a fim de se proteger.

Este tipo de resistência está portanto intimamente ligado ao labor analítico, uma vez que, esta tendência defensiva não se harmoniza com os propósitos do tratamento. Isto porque, ao contrário, visa-se uma ofensiva do Ego, para se reconquistar o "perdido" (p. 417-18, o).

Em função desta tendência do Ego a se retroceder ante as instâncias que lhe pareçam perigosas, para que o psicoterapeuta possa mobilizá-lo a seu favor, é necessário que sejam utilizados recursos técnicos, sendo dentre estes, a transferência o principal. Apesar de que esta traga implícita também uma forma de resistência.

Em seu livro "Inhibicion, Sintoma y Angustia", FREUD aborda o conceito de resistência, distinguindo 5 tipos diferentes.

Explica neste texto a sua relação com a repressão. Isto é, segundo o autor, a repressão não é um processo cujo efeito se concretize de uma única vez, exigindo ao contrário, um esforço duradouro, sobretudo porque o instinto reprimido envia constantes reforços. O Ego necessita portanto assegurar sua defesa através de um esforço permanente. E, a atividade designada a proteger a repressão é justamente a resistência que se manifesta no labor terapêutico.

Além da "resistência da repressão", o Ego dá origem a outros 2 tipos de resistências: "resistência da transferência" e "vantagem da enfermidade". Esta última se baseia na incorporação do sintoma ao Ego, correspondendo à rebelião contra a renúncia satisfação ou alívio, que a doença possa porventura suscitar.

O Id também é fonte de um tipo de resistência, ligada à fase de liberação. Atua através da atração dos protótipos inconscientes sobre o processo pulsional recalcado.

Além destes tipos de resistência, *FREUD* menciona aquela cuja origem está no Superego, e que está vinculada na consciência de culpa ou necessidade de castigo. Esta resistência, segundo Freud, desafia todos os esforços da análise.

Em face de sua complexidade, segundo *FREUD*, a resistência despende muito tempo e o máximo esforço por parte do psicoterapeuta, para que seja contornada. Entretanto, rende seus frutos pois este trabalho suscita uma modificação favorável do Ego (p. 64-5, h).

Após termos fundamentado o conceito de resistência na obra freudiana, passaremos à abordagem de duas questões, vinculadas às



possíveis diferenças que possam porventura ocorrer, no tratamento nos moldes a que estamos nos propondo a estudar.

As diferentes configurações que a resistência pode vir assumir numa Psicoterapia Breve é uma questão bastante ampla, envolvendo inclusive alguns pontos, cuja discussão, foge ao escopo deste trabalho.

Isto por que, o conceito de resistência é básico e fundamental na teoria e na técnica psicanalítica, além de não ser destacável de todo da obra freudiana. Assim sendo, a resistência envolve uma gama de outros conceitos fundamentais e complexos, aos quais encontra-se vinculada e referida, tais como por exemplo: inconsciente, transferência, defesas e outros. Por este motivo, a discussão deste assunto, envolve uma abordagem global do esqueleto teórico e da técnica psicanalíticas, em confronto com a fundamentação teórica da Psicoterapia Breve.

Optamos portanto por nos ater em alguns aspectos que nos pareceram mais relevantes na questão.

Abordaremos inicialmente sua repercussão diante dos objetivos de ambos os tipos de psicoterapia.

O objetivo central da Psicanálise, é a reorganização global do Ego. Para tal, o psicanalista investiga minuciosamente todo e qualquer material trazido pelo paciente, utilizando a interpretação e o trabalho maciço sobre a transferência visando o rompimento das resistências.

Na Psicoterapia Breve, os objetivos são mais restritos. Como já vimos, opera-se predominantemente sobre um foco, que deve ser identificado pelo psicoterapeuta. Apesar do enfoque dinâmico

e histórico, visa-se atuar predominantemente sobre a situação conflitiva atual do paciente, suscitando modificações de caráter parcial.

FREUD afirma que o trabalho sobre a resistência, depende muito tempo e um empenho exaustivo do psicoterapeuta (p. 418, o).

Neste sentido, a Psicoterapia Breve, depararia com um grande obstáculo, na medida em que, o seu tempo de duração é limitado e os intervalos entre as sessões é significativamente superior aos da psicanálise tradicional.

Ao retomarmos os diferentes objetivos, de ambas psicoterapias, verificamos que a Psicoterapia Breve, ao contrário da psicanálise, não tem como objetivo o acesso ao inconsciente do paciente, apesar de eventualmente lidar com conteúdos latentes. Neste sentido, se por definição a resistência de repressão, que é justamente a que pode entrar o tratamento, representa uma medida defensiva do Ego, ante a ameaça do referido acesso, parece-nos válido inferir que nas Psicoterapias Breves, este tipo de resistência poderá vir a se manifestar de forma menos maciça. Assim sendo, poderá ser trabalhada com recursos terapêuticos, também menos intensos em termos de tempo e enfoque incisivo sobre a resistência. Podemos observar a este respeito, que, frequentemente, um dos atributos da Psicoterapia Breve é servir de ponte para um tratamento de caráter profundo.

Entretanto, uma vez que, a Psicoterapia Breve lida com focos, parece-nos pertinente apreciar, as possíveis resistências que possam ocorrer, em relação ao foco eleito pelo psicoterapeuta. Isto porque, dado ao enfoque psicodinâmico que propomos, sabemos que

muito frequentemente, o foco da problemática não coincide com a queixa trazida pelo paciente.

Alexander, atenta para este aspecto afirmando, como já mencionamos neste trabalho, a necessidade de que o psicoterapeuta saiba ouvir e entender o pedido do paciente, e o que o mesmo deseja. Considera que, o empenho psicoterápico será inútil, se não for movido por algum motivo forte do paciente. Assim sendo, para o autor, o psicoterapeuta deve inicialmente aceitar provisoriamente os pontos de vista do paciente sobre o problema, e só mais tarde, depois de se orientar sobre os seus motivos reais procurar utilizá-los para fomentar os objetivos psicoterápicos que possam parecer de possível realização.

Consideramos também, que para lidar com as possíveis resistências relativas ao foco eleito, fica reforçada a necessidade de um contrato bem delimitado e oriundo de entrevistas, com os objetivos do paciente e do psicoterapeuta bem aclarados e definidos, como vimos ao abordar este aspecto anteriormente.

Cabe-nos questionar até que ponto certas manifestações vinculadas e geralmente trabalhadas como expressões de resistência no tratamento psicanalítico, podem vir a ser interpretadas igualmente num contexto institucional, em função de situações reais que o tipo de população com que se lida predominantemente, depara. Isto é, até que ponto, as faltas ao tratamento, atrasos, abandonos e não compreensão das interpretações devem ser vistos pelo psicoterapeuta como manifestações da resistência ao tratamento, ou representam ocorrências calcadas em limitações de ordem real, da esfera sócio-econômico-cultural.

Neste sentido, muitas vezes o paciente pode estar faltando à sessões por falta de dinheiro para condução, ou por não ter com quem deixar os filhos, ou qualquer outro tipo de situação semelhante. Como portanto detectar até que ponto, este(a) paciente está resistindo ao tratamento ou expressando um real impedimento?

Ao avaliarmos esta questão, pudemos entretanto observar que, no consultório privado, situações semelhantes podem ocorrer, na medida em que, todo e qualquer indivíduo está exposto a impedimentos reais, com maior ou menor frequência.

Assim sendo, não podemos estabelecer regras fixas, nem considerar esta questão como peculiar ao contexto institucional, ainda que, por circunstâncias objetivas possa neste ocorrer com maior incidência.

Caberá, portanto, à competência do psicoterapeuta em ambas as circunstâncias e condições, detectar a discriminação entre resistência e impedimentos reais.

Em "Construcciones en psicoanálisis", FREUD fornece a nosso ver, uma valiosa contribuição para lidar com este tipo de situações. Neste artigo rompe com a distorção advinda das críticas que recebeu, quanto à pretensão de infalibilidade da Psicanálise e de suas construções e interpretações. FREUD observa que erros esporádicos ocorrem, e que, através da reação do paciente, há meios de detectá-los. Verificou que estes erros não constituem danos ao tratamento e que nestes casos, geralmente, o paciente não reage nem com "sim" nem com "não" à colocação da psicoterapeuta, ou seja, não a incorpora. Para o autor, as reações do paciente são quase sempre inequívocas e a observação das mesmas proporcionam a

oportunidade para um juízo apurado da situação (576-8, e).

Assim sendo, no caso específico da resistência, através da reação do paciente, o psicoterapeuta poderá avaliar e ter um res-paldo, caso não lhe fique clara a discriminação da questão acima mencionada. É importante também levar-se em conta que ambos os aspectos não são mutuamente exclusivos. Isto é, a falta a uma sessão, por exemplo, pode representar simultaneamente uma manifestação de resistência, e ter ocorrido por condições objetivas de impedimento.

Um aspecto que a nosso ver deve ser salientado diz respeito à linguagem utilizada pelo psicoterapeuta, sobretudo ao lidar com pacientes de nível sócio-cultural baixo. Isto porque, pode-se por vezes considerar a não compreensão a uma interpretação por parte do paciente como denotativa de resistência, quando em realidade pode estar revelando uma defasagem cultural.

A linguagem utilizada deverá portanto ser compatível com as vivências e conhecimentos do paciente. Levando-se em conta que a psicoterapia é também um processo de aprendizagem, podemos reforçar a necessidade acima apontada, com os recentes estudos das teorias e práticas pedagógicas, onde este aspecto vem sendo bastante ressaltado.

Os êxitos da psicanálise infantil nos demonstram que a linguagem pode ser adequada ao paciente, sua idade, nível intelectual, capacidade de simbolização e vivências.

O uso inadequado da linguagem por parte do psicoterapeuta pode, a nosso ver, não só obscurecer a detecção das reais manifestações de resistência, como também aumentá-las ou desestimular o

paciente.

Além destes aspectos, cabe-nos lembrar a já mencionada crítica de Fiorini, a respeito do fato de que a Psicoterapia e suas técnicas e teorias, têm sido construídas e utilizadas por uma camada social, isolada em claustros acadêmicos, sendo aplicadas sem se considerar condições de regionalização, hábitos e tradições das sub-culturas, urbanas, suburbanas e rurais.

Em função do tipo de população que é de maior incidência no contexto institucional, parece-nos relevante a avaliação do tipo de resistência detectado por Freud, vinculada aos ganhos secundários da doença.

FREUD ao apontar a necessidade do pagamento às sessões em seu artigo, "Sobre o Início do Tratamento", afirma que pouco se pode fazer pelas classes menos privilegiadas, pois, quando um homem pobre fica neurótico, torna-se muito difícil tratá-lo, uma vez que a doença lhe acarreta valiosos ganhos secundários, e o tratamento e a cura implicam na perda destes benefícios (p.175,n).

Este aspecto é relevante em função das dificuldades sócio-econômicas e do trabalho árduo e mal remunerado, que sobretudo a classes menos privilegiadas enfrentam. Neste sentido, o uso de licenças e aposentadorias pode trazer alívios significativos, bem como, isenções de responsabilidade diante das pressões sociais e familiares.

Entretanto, a nosso ver, cabe o questionamento, se a utilização destes ganhos secundários é mais incidente nas classes menos favorecidas, do que, nas classes média e alta.

Para discuti-la, é importante que avaliemos inicialmente de que forma a licença por doença e a aposentadoria repercurtem em ambas as classes.

Nas classes baixas, os recursos da previdência social podem gerar benefícios financeiros mais significativos do que nas classes altas. Isto porque, para estas, tais recursos determinam uma defasagem financeira e repercurtem sobre o status social. Já nas classes baixas, além de não haver esta defasagem, a licença e a aposentadoria possibilitam que seus beneficiários recorram a trabalhos complementares ("biscates"). Assim sendo, a resistência vinculada aos ganhos secundários da doença pode neste caso ficar exacerbada nas classes menos favorecidas. Entretanto, o fato da psicoterapia que propomos, ser de tempo de duração breve e pré-determinado, pode vir a diluir este aspecto, na medida em que a manutenção da doença, para obtenção destes ganhos, fica limitada.

Com relação à isenção de responsabilidades que a doença pode vir a propiciar como ganho secundário, consideramos que provavelmente deva ocorrer em igual incidência em ambas as classes sociais.

Na medida em que, no indivíduo interagem fatores biológicos, psíquicos e sociais, a maior ou menor ocorrência de uso de benefícios secundários da doença, também, é influenciada por determinantes individuais da estrutura de Personalidade e de suas predisposições, independendo portanto da classe social em que o indivíduo esteja inserido.

#### 4.4 - A transferência

O conceito de transferência também é de fundamental importância na teoria e na técnica psicanalíticas. O seu manejo na psicoterapia nos moldes a que estamos nos propondo a estudar, requer uma avaliação, pois como vimos, o contexto institucional, bem como, as características da psicoterapia de cunho breve, impõem algumas variações que podem repercutir sobre a relação psicoterapeuta - paciente.

Tomaremos como ponto de referência as concepções de Psicanálise a respeito deste conceito, para posteriormente discutirmos as seguintes questões: 1 - as manifestações e o manejo técnico da transferência na Psicoterapia Breve e 2 - as possíveis repercussões do contexto institucional psiquiátrico sobre a transferência.

O conceito de transferência sofreu uma evolução histórica dentro da obra freudiana.

Freud introduziu este conceito, ainda que não de forma sistematizada, quando relatou a sua tentativa de obter associações verbais em seus pacientes. Nesta ocasião o objetivo do tratamento era que o paciente pudesse descobrir através de suas associações, o vínculo entre seus sintomas e sentimentos presentes, por um lado, e experiências passadas, por outro. Supôs que, a dissociação da consciência das vivências passadas e sentimentos a estas vinculados, era um fator fundamental na gênese das neuroses. Observou que havia mudanças quanto à atitude do paciente em relação ao psicoterapeuta no curso do tratamento, e que havia componentes emocionais intensos que podiam causar interrupções no processo de associação verbal, que frequentemente culminavam em



sérios obstáculos ao tratamento.

Em 1901, em seu texto "la elaboracion onírica", dedicado ao estudo da psicologia dos processos oníricos, ao tratar da realização dos desejos no sonho, aborda a transferência da representação inconsciente através do enlace com uma representação pré-consciente, não censurável, através da qual se ocultava (p.410,g).

É entretanto, no epílogo de "Análisis fragmentário de una Histeria", que FREUD amplia e dá uma nova dimensão ao conceito de transferência, relacionando-o diretamente com a figura do psicanalista. Define a transferência, como novas edições dos impulsos e fantasias que surgem durante o curso da análise, cuja peculiaridade é a de substituir uma figura anterior, pela figura do analista. Consiste portanto em revivências de experiências psicológicas, não como pertencentes ao passado, mas referidas ao psicoterapeuta no presente (p. 654-5, a).

Em 1912, no artigo "A Dinâmica da Transferência", FREUD, explicita e sintetiza o conceito de transferência. Explica que através da ação conjunta das disposições congênitas e das experiências dos anos infantis surgem em cada indivíduo determinantes de uma modalidade especial de sua vida erótica, resultando em padrões que se reproduzem regularmente no decorrer de toda a vida, enquanto as circunstâncias externas o permitam e em função dos objetos eróticos acessíveis.

Ainda neste artigo, FREUD distingue as transferências positivas das negativas.

Neste sentido, afirma que, uma parte dos impulsos libidinais é dirigida para a realidade, é consciente, e passa por todo

o processo do desenvolvimento psíquico. Outra parte entretanto, é retida no curso do desenvolvimento, ficando afastada do consciente e da realidade, por impedimento de expansão ulterior ou por permanecer totalmente no Inconsciente.

A transferência positiva está vinculada aos sentimentos amistosos e afetuosos admissíveis à consciência, bem como, a prolongamentos destes sentimentos a nível inconsciente, com cunhos eróticos. Já a transferência negativa está ligada aos sentimentos hostis.

Aponta também neste artigo, a íntima relação entre a transferência e a resistência. Afirma neste sentido, que ao se acompanhar um complexo patogênico desde a sua representação na consciência, até a sua raiz no inconsciente, logo se ingressa numa região em que a resistência se faz sentir tão claramente que a associação seguinte, tem de levá-la em conta e portanto, aparecer como uma conciliação entre as suas exigências e as do trabalho de investigação. É neste ponto, segundo FREUD, que a transferência entra em cena, funcionando como uma conciliação entre ambas as exigências.

A transferência é portanto contraditória, representado por um lado, uma forma de resistência, e por outro uma "pista" para a investigação do psicoterapeuta dos elementos do conflito infantil, uma vez que representa o terreno sobre o qual se joga numa atualidade a problemática do paciente (p. 133-43, f).

Em "Autobiografia", ao abordar a transferência, assinala que, esta encontra-se presente desde o início do tratamento, representando por algum tempo uma poderosa arma para o seu progresso. Ressalta, entretanto, o fato de que quando representa resis-

tência, o analista deve dedicar-lhe toda a atenção, para que ao contrário, não passe a representar um entrave (p. 1029, c).

Em seu artigo, "Mas alla del principio del placer", FREUD também aborda a transferência, e a repetição nela implícita (p. 1102-3, i). Entretanto, esta é uma tendência do Id. Instala-se portanto uma aparente contradição, uma vez que, a resistência da transferência provem do Ego.

RACKER discute este aspecto, colocando a questão se a transferência é uma resistência como Freud afirmou primeiramente em seu artigo "A dinâmica da transferência" ou, se ela é o resistido como mencionou em "Mas alla del principio del placer".

Para o autor, a transferência envolve os dois aspectos, ou seja, é resistência e resistido, dependendo do aspecto que enfoque. A transferência tal como o sonho, possui um conteúdo manifesto e outro latente, e ambos devem ser levados em conta (p. 77-81).

O recurso central do tratamento psicanalítico, para a concretização da cura, é a substituição da neurose clínica pela neurose terapêutica de transferência.

A neurose transferencial é uma neurose artificial em que se tendem a organizar as manifestações da transferência. Segundo Freud, quando a transferência assume uma grande intensidade não nos encontramos mais diante da neurose original, mas ante uma nova neurose que veio a substituir a primeira. Esta nova edição da doença nasceu sob os olhos do psicoterapeuta que se encontra situado no próprio nódulo central da mesma, podendo portanto orientar-se mais facilmente. Todos os sintomas do enfermo perdem

neste caso a sua significação primitiva, assumindo um novo sentido, dependente da transferência. A cura desta neurose artificial coincide com a cura da neurose primitiva.

Apesar de Freud considerar a instauração da neurose transfe-rencial como positiva na dinâmica do tratamento, na medida em que, sua elucidação leva à descoberta da neurose infantil, aponta mais tarde, ao acentuar o alcance da compulsão à repetição, uma concepção menos unilateral da neurose de transferência, sublinhan-do o perigo em deixá-la se desenvolver. Afirma que o psicoterapeuta deve tentar limitar no máximo o campo desta neurose, impe-lindo o mais possível de conteúdos para a rememoração, evitando a repetição.

Tendo em vista, os estudos acerca da transferência e de seu manejo técnico na Psicanálise, discutiremos as duas questões apon-tadas inicialmente. Cabe a ressalva de que apesar de as havermos separado, observamos que existe uma interação entre ambas.

As diferentes configurações que a transferência pode vir a assumir numa psicoterapia de caráter breve, serão abordadas sob dois aspectos, isto é, quanto a suas manifestações e quanto ao seu manejo técnico.

Com relação às suas manifestações, segundo o próprio Freud, a transferência não é peculiar à situação analítica, apesar de ser favorecida por ela. Isto porque, o indivíduo neurótico trans-ferre em qualquer circunstância, pois a transferência está ligada a neurose e a seus mecanismos regressivos subjacentes.

Entretanto, a Psicanálise tendo como um de seus objetivos principais, a incursão ao inconsciente, adotou recursos técnicos

que entre outras coisas, favorecem a regressão e conseqüentemente as manifestações transferenciais. E, justamente neste sentido, ocorrerão diferenças básicas com relação à Psicoterapia breve, seus objetivos e recursos técnicos.

No tratamento psicanalítico, o terapeuta assume uma postura neutra, justamente visando o favorecimento das manifestações transferenciais. O paciente deita-se no divã, e o psicoterapeuta se posiciona fora de seu campo visual, objetivando-se desta forma, a regressão do paciente, através do maior isolamento possível de estímulos externos, bem como da ausência de controle do paciente sobre o psicanalista e suas expressões. O intenso número de sessões semanais, favorece também ao estabelecimento de uma intensa relação entre o paciente e seu psicoterapeuta e conseqüentemente a vivência de uma grande carga emocional conjuntamente.

Já as condições de enquadramento da Psicoterapia breve, limitam as possibilidades regressivas e conseqüentemente das manifestações transferenciais, em função da intervenção mais pessoal e ativa por parte do psicoterapeuta, bem como pela menor frequência de sessões, e ainda por não ser utilizado o divã. O controle visual coloca o paciente em "situação de realidade" e permite uma maior discriminação do terapeuta como pessoa e de seus papéis objetivos.

Como vimos, Freud observou dois tipos de manifestações transferenciais na situação analítica: transferência positiva e transferência negativa.

As transferências positivas por sua vez, podem ser de sentimentos amistosos conscientes e de sentimentos eróticos infantis inconscientes.

Como segundo Freud, a transferência de sentimentos amistosos e conscientes está ligada a parte dos impulsos libidinais dirigida para a realidade e que não foram retidos no curso do desenvolvimento, este tipo de transferência provavelmente terá na Psicoterapia Breve manifestações semelhantes às que ocorrem na Psicanálise.

Entretanto a transferência de sentimentos eróticos, por ser afastada da consciência e ligada a parte dos impulsos libidinais retida no curso do desenvolvimento, provavelmente se manifestará em menor intensidade na Psicoterapia Breve. Isto porque, como vimos anteriormente o enquadramento deste tipo de psicoterapia não favorece a regressão.

Com relação à transferência negativa, isto é, dos sentimentos hostis, provavelmente dado ao menor número de sessões e menor possibilidade de regressão, na Psicoterapia Breve, dar-se-á em menor intensidade.

Cabe entretanto ressaltar, que na terapia breve, por ser o psicoterapeuta mais ativo, e promover soluções mais imediatas, poderá vir a ser idealizado pelo paciente. Estas idealizações podem frequentemente encobrir sentimentos hostis subjacentes, promovendo a revivência da idealização parental e de seus sentimentos ambivalentes implícitos.

Como estamos nos propondo a estudar a psicoterapia no contexto institucional, alguns aspectos relacionados com o mesmo, poderão repercutir na transferência negativa. Abordaremos posteriormente estes fatores na segunda questão que nos propomos a discutir.

Os fatores acima mencionados, bem como, o tempo limitado de duração da psicoterapia breve, implicarão em diferentes manejos técnicos da transferência, com relação à psicanálise.

Segundo FIORINI, o tempo limitado de duração da psicoterapia breve, torna indesejável o desenvolvimento de uma intensa neurose transferencial, cuja elaboração exige um outro enquadramento.

Para o autor, o psicoterapeuta deverá se controlar, devendo regular as interpretações transferenciais, visando a manutenção da relação terapeuta-paciente, em um "nível ótimo". Considera ainda, que a ênfase excessiva na interpretação transferencial, pode configurar na psicoterapia breve, num grave erro técnico. Por isto, recomenda que as interpretações transferenciais sejam empregadas somente quando surgirem resistências que interfiram no tratamento e na relação terapeuta-paciente, ou quando, o foco da problemática do paciente estiver intimamente ligado aos vínculos parentais primitivos.

A psicoterapia breve, ao contrário da psicanálise, lida predominantemente, com aspectos externos à sessão e à relação terapeuta-paciente, visando fundamentalmente, uma orientação para a realidade. Esta preponderância, de uma orientação para a realidade atual, extra-transferencial baseia-se segundo Fiorini, na necessidade de se ajudar o paciente na efetuação de certas tarefas integrativas imediatas (p. 34-5).

ALEXANDER & FRENCH, consideram que, seja qual for a forma de psicoterapia, tanto na Psicanálise, como nas psicoterapias breves, a maneira como se utilizam as relações transferenciais, determina o curso do tratamento, sendo decisiva para o seu êxito ou não.

Para eles, visando com que uma ferramenta sirva com a máxima eficiência à finalidade psicoterápica, deve-se em primeiro lugar, compreender todas as suas potencialidades, tanto para ajudar, como para obstaculizar o trabalho. A transferência, portanto, como recurso técnico, deve ser controlada e manejada de forma a facilitar uma psicoterapia o mais econômica e flexível possível. Assim sendo, para os autores, um dos problemas técnicos mais relevantes, consiste em decidir em que grau, a interpretação transferencial é mais útil para produzir mudanças psicodinâmicas desejáveis, num determinado paciente, em função da índole de seu conflito básico.

Consideram ainda que o psicoterapeuta não deve ser o objeto de todos os sentimentos e impulsos do paciente, uma vez que, a seu ver, existem numerosas relações emocionais perturbadas que devem ser resolvidas na vida cotidiana do paciente, e que não podem se reproduzir na relação terapêutica.

O psicoterapeuta deverá decidir em que medida tratará de influir sobre o meio no qual se insere o cotidiano do paciente. Na psicanálise original, a tendência dominante, é a de que terapeuta e paciente realizem a sua tarefa, num âmbito isolado. No enfoque dos autores, também se dá importância aos acontecimentos externos da vida do paciente, além de por vezes, proporcionar ajuda ativa e diretiva (p. 58-71).

Estes fatores como vimos, modificam a relação transferencial, tornando menos provável o desenvolvimento de uma neurose transferencial, em função da acentuação da situação real, no momento presente.

Com relação à neurose transferencial, consideramos que o incentivo sobre o seu desenvolvimento deva ser evitado numa psico



terapia breve, na medida em que, pode ser perigosa para o paciente, uma vez que os intervalos entre as sessões é espaçado.

Podemos concluir que, nas psicoterapias breves, o manejo da transferência deve ser planejado, para a obtenção de bons resultados a curto prazo.

De uma forma geral, não há regras fixas, e seu manejo dependerá do caso, de seus conflitos básicos e do foco sobre o qual se vai atuar. Entretanto, deve-se ter em mente, a já apontada necessidade criteriosa de se avaliar a elegibilidade do caso para tal tipo de psicoterapia, uma vez que seus objetivos são mais restritos e imediatistas.

Na segunda questão proposta, abordaremos as implicações que o contexto institucional pode vir a suscitar na relação terapêutica e conseqüentemente na transferência.

Isto porque, apesar de estarmos enfocando neste estudo os tratamentos psicoterápicos em ambulatório, consideramos que as características do contexto institucional psiquiátrico influenciam a relação terapêutica, ainda que, em menor intensidade do que para o paciente internado.

Em uma instituição reduz-se a possibilidade de concentração da transferência na relação com o psicoterapeuta. As projeções do paciente se diversificam no contexto multipessoal, distribuindo-se em múltiplos vínculos com outros membros da equipe, empregados da instituição e outros pacientes internos ou externos. Assim sendo, as condições para a instrumentação eficaz das interpretações transferenciais ficam sujeitas a interferências.

MAUD MANONI, considera que o meio fechado do hospital psiquiátrico, cria uma "doença institucional" que se superpõe à doença inicial. Para a autora, o meio hospitalar se acerca de uma vida familiar coercitiva e favorece o desenvolvimento de uma nova doença que é específica em relação à própria instituição. E, a transferência que existe na relação terapêutica, também ocorre na relação do doente com a instituição (p.25).

Numa comunidade, afirma Oury: "as transferências são múltiplas". Existirá uma dialética entre a estrutura do coletivo e o estilo das exigências, das pulsões, que age sobre os modos de manifestações dos indivíduos e de sua articulação com o "significante" (citado por MANNONI - p.94).

MANONI considera que a posição do psicanalista na instituição é ambígua para o paciente. Isto porque, por um lado este é identificado com a instituição e seus aspectos coercitivos, por outro representa um agente de liberação. Desta forma, segundo a autora, o mundo fantasmático do paciente, se encontra sem depositário diante do estatuto pessoal do psicanalista, passando este a ser figura rejeitada e persecutória (94-97).

Assim sendo, observamos que no tratamento psicoterápico em um contexto institucional, ocorrem variações no que diz respeito à transferência.

Não podemos prever de que forma isto ocorrerá, dado que dependerá das características pessoais do paciente, do psicoterapeuta e da instituição. Podemos entretanto, expor algumas hipóteses a este respeito.

FREUD afirma que a transferência negativa ocorre com muita frequência nas instituições (p.141, f). Acreditamos que este facto ocorra por várias razões, além da ambiguidade da figura do psicanalista, apontada por Manoni. Nas instituições, o terapeuta não é eleito pelo paciente, o que restringe consideravelmente a margem de opções de ambos os lados.

Tendo-se em mente que a população que recorre ao tratamento em instituições, é como já vimos constituída de pessoas cujo nível sócio-econômico é predominantemente médio-baixo, há diferenças de classe entre terapeuta e paciente. Estas podem vir a suscitar sentimentos, aos quais o psicoterapeuta deverá estar atento, pois podem interferir na relação, e propiciar a transferência negativa. Neste sentido sentimentos tais como inveja, revolta e vivência de não poder ser compreendido, podem ser transferidos para o psicoterapeuta, uma vez que além de serem reais, representam sentimentos primitivos e universais.

Muitas vezes, a hostilidade pode ser encoberta pela idealização, que poderá ser uma forma de expressão do acima mencionado.

Estes aspectos apontados, se bem trabalhados, podem implicar num enriquecimento para o processo psicoterápico, visto que como mencionamos podem dar margem para o entendimento das relações e vivências primitivas. Por outro lado, como já vimos, a transferência negativa é uma forma de resistência, e como tal se não for corretamente lidada, poderá ser um entrave para o tratamento. Daí possamos até compreender o porquê do intenso número de desistências do tratamento psicoterápico nos ambulatórios.

No contexto institucional, ocorre outro aspecto que pode interferir nas relações transferenciais e suas manifestações. Isto

é, há dificuldades objetivas para a preservação da intimidade do psicoterapeuta, seja pelo próprio espaço físico onde este circula, ou ainda por haver outros funcionários e pacientes que por ignorarem a técnica psicanalítica divulgam dados a respeito do terapeuta. Este fato é bastante relevante, posto que como vimos, a neutralidade do terapeuta é um requisito essencial na Psicanálise, para que ocorram as projeções transferenciais. Este fato poderá vir a ser contornado na medida em que na psicoterapia breve esta neutralidade não é essencial e nem mesmo utilizada com o recurso técnico.

Consideramos também relevante o fato de que na instituição o psicoterapeuta pode ser mudado à revelia do paciente, e este percebe que o compromisso daquele é com a instituição, e não diretamente com ele, como ocorre no consultório privado. Desta forma o vínculo psicoterápico fica também diluído, podendo ficar misturados os sentimentos dirigidos à instituição e ao psicoterapeuta.

Em face dos vários fatores acima apontados que não permitem a concentração da transferência na figura do terapeuta nos tratamentos psicoterápicos em instituições, este deverá estar atento para as possíveis variações, não sendo viável portanto a transposição literal dos conhecimentos psicanalíticos originais diretamente para o contexto institucional.

## 5 - CONCLUSÕES

O objetivo deste trabalho foi a transposição de alguns conceitos da técnica psicanalítica original, para ambulatórios de instituições psiquiátricas.

Levando em conta, que estas instituições têm características próprias, e diferentes das do consultório privado, tomamos como ponto de partida o estudo de sua evolução histórica e de suas características básicas. Isto porque, consideramos relevante que a prática proposta pudesse ser apreciada em um contexto mais amplo de aplicação, apesar de nosso enfoque versar sobre os pacientes de ambulatório.

Pudemos constatar que os objetivos da instituição psiquiátrica e sua própria origem histórica, estiveram sempre vinculados à necessidade de isolar o doente mental da sociedade. Em decorrência deste fato, o seu caráter coercitivo, independentemente das diferentes formas que possa assumir, tem sido uma constante. Basaglia, como vimos, advertiu quanto ao fato de que muitas instituições, aparentemente de ideologia renovadora, fazem uso de recursos supostamente liberadores, mas que em realidade, visam o desvio das reais necessidades dos pacientes e da Sociedade.

Por este motivo, consideramos coerente nos ater ao questionamento relativo à ação liberadora do tratamento psicanalítico.

Concluimos primeiramente que o determinismo da teoria freudiana envolve um dos requisitos para gerar uma prática psicoterápica liberadora do ser humano. Na medida em que, através da incursão ao inconsciente, o paciente passa a desvendar as causas de seus sintomas, fica provido de um valioso instrumento para trans-

formar e construir o seu próprio destino, em oposição a uma perspectiva fatalista ou acidentalista. A doença psíquica tem efeitos constrictores, e a Psicanálise, desde o seu início, enfatizou o contraste entre fatos inconscientemente determinados com os livremente escolhidos e conscientemente determinados.

Em face da grande ênfase que os autores contemporâneos assementam sobre o caráter coercitivo das instituições psiquiátricas, desenvolvemos no mesmo tópico, a conceituação da repressão em Freud, em comparação com a repressão no sentido social. Verificamos que enquanto na Psicanálise a repressão diz respeito a uma força impeditiva interna e individual, na Sociologia refere-se predominantemente a uma força externa e coletiva.

Estas diferenças nos dirigiram para a discussão da relação entre o individual e o social, no que diz respeito à liberação.

A repressão social delimita antiteticamente o contorno do conjunto das permissões concedidas pela sociedade. O indivíduo, portanto, é um agente de escolhas, enquanto não infringe as mesmas.

A repressão no sentido psicanalítico, na medida em que é uma força que impede que as representações ligadas a pulsões tenham acesso à consciência, pode anular, ou diminuir a capacidade do indivíduo de fazer opções, criando frequentemente impedimentos, mesmo quando a sociedade não os impõe.

Assim sendo, constatamos que os aspectos individuais têm relevância na medida em que podem determinar a maior ou menor capacidade de utilização dos recursos oferecidos pelo meio social, bem como, modificá-los.

Concluimos, portanto, que a psicoterapia analítica é liberadora. Isto porque, através da reorganização do Ego, pode favorecer a uma maior atuação do indivíduo com o seu meio, possibilitando-lhe a percepção do real em suas verdadeiras dimensões e proporções. Consideramos este aspecto importante, pois, a nosso ver, uma estrutura, seja ela psíquica ou social, só pode ser modificada na medida em que é conhecida dentro de uma perspectiva real, que fica obscurecida pela doença psíquica.

Apesar dos efeitos da terapêutica psicanalítica não atingirem, nem objetivarem mudanças a nível social, pode indiretamente suscitar mudanças a níveis mais amplos, sobretudo porque o indivíduo interage dialeticamente com o meio. Isto não significa que sustentemos a opinião de que o meio social, por sua vez, não necessite de ações diretas para que hajam mudanças. Sustentá-lo, seria a própria negação do caráter dialético mencionado. Por este motivo consideramos necessário que a Psicanálise, enquanto teoria e prática, opere conjuntamente com outros ramos do saber.

Nossas conclusões favoráveis, quanto à coerência da instrumentação de psicoterapias baseadas na Psicanálise em instituições psiquiátricas, nos levaram no capítulo seguinte a se ocupar da mencionada transposição.

Consideramos que para fins de uma fundamentação teórica (em contraste com improvisos anti-científicos), seria necessário confrontar passo a passo a transposição proposta, com os princípios freudianos.

Assentamos a nossa ênfase sobre três aspectos básicos e distintivos da terapêutica em instituições: demanda de pacientes com

relação ao número de profissionais especializados, características sócio-econômico-culturais da população que recorre aos atendimentos em ambulatórios, e influências do contexto institucional sobre o tratamento psicoterápico.

Com relação ao primeiro aspecto, concluímos a necessidade de instrumentação de psicoterapias breves, para que o maior número possível de pacientes pudesse ser atendido. Neste sentido, nos deparamos com um impasse decorrente da tônica dada por Freud contra a abreviação da psicoterapia. Entretanto, observamos que, paralelamente ao reforço dado pelo autor, quanto à necessidade da manutenção estrita de seus fundamentos básicos, em seu artigo "Los Caminos de la Terapia Psicoanalítica", reconhece as limitações de sua técnica em relação ao restrito segmento populacional que pode atingir, abrindo brechas para futuras reformulações e adequações a um contexto institucional.

Autores como Bellack, Small e Fiorini, consideram viável a utilização de psicoterapias breves derivadas dos fundamentos freudianos.

O contrato psicoterápico em terapias breves realizadas no contexto institucional, assume algumas variações nas quais nos ativemos.

Concluímos por consenso com os autores estudados (Freud, Fiorini, Ulloa e Szasz) que não existe uma forma padronizada de efetuação do contrato psicoterápico, seja em consultório, ou em instituições. Isto porque, ele deverá ser elaborado conjuntamente com o paciente visando atender reciprocamente as suas necessidades, as do psicoterapeuta e as da instituição (se for o caso).



Consideramos relevante, que antes de iniciado o processo psicoterápico, seja verificada a elegibilidade do caso para a psicoterapia breve. Este aspecto também encontra consonância em Freud, visto que, recomenda que não se inicie a terapêutica psicanalítica antes de se assegurar se o paciente poderá ser ajudado pela psicanálise.

Assim sendo, concluimos que antes da elaboração do contrato propriamente dito, são necessárias entrevistas detalhadas para a avaliação desta elegibilidade. Sendo elegível, deverão ser efetuadas as hipóteses diagnósticas, a análise e identificação do foco da problemática e a estratégia de atuação psicoterápica.

Consideramos que o tempo de duração do tratamento deve oscilar entre dois e seis meses, dependendo da necessidade do caso. Este prazo entretanto não deve ser rígido, e para que sejam evitados erros de previsão, deverá ser sublinhado o fato de que, em algumas sessões antes do término do prazo estipulado, o terapeuta e o paciente avaliarão juntos os resultados obtidos, de forma que, se por consenso julgarem necessário, este prazo poderá ser devidamente prorrogado.

As sessões deverão se realizar uma ou duas vezes por semana. Estipulamos estas duas opções por considerarmos que menos de uma sessão semanal impossibilita o aprofundamento da terapêutica e, ao contrário, mais de duas sessões foge ao espírito de uma terapêutica breve, além de reforçar a relação transferencial.

Quanto ao tempo de duração de cada sessão, concluimos que o tempo convencional de cinquenta minutos deveria ser questionado. Propusemos o tempo de duração de trinta minutos, pois traz a possibilidade de se trabalhar com "horários redondos", compatíveis

com o horário de funcionamento das instituições, e mais regulado com o movimento da vida diária. Consideramos que esta proposição, além de favorecer ao paciente e à instituição, dá margem a uma maior incidência de atendimentos, ficando portanto mais vinculado à realidade de uma maneira geral. Ademais, é um tempo razoavelmente suficiente para a compreensão e elaboração do material trazido pelo paciente.

O fator pagamento é bastante polêmico, havendo posições divergentes entre os vários autores, e contradições dentro da própria obra freudiana. Concluimos, que o pagamento é necessário, tomando como referência os pontos de vista de Szasz com relação a este aspecto. Como vimos, o autor considera que esta é a única exigência legítima que o psicoterapeuta pode impor ao seu paciente, de forma a evitar relações de poder, que a sua isenção pode vir a acarretar.

Observamos, entretanto, que nas instituições surge uma questão de relevância quanto ao pagamento, uma vez que, ao contrário da situação de consultório, naquelas o psicoterapeuta não é autônomo. Assim sendo, ele deverá manter um acordo com a instituição, de forma a conciliar as necessidades desta, com as suas próprias e as do paciente.

Para tal, os preços deverão ser adequados à situação financeira do paciente, através de um estudo sócio-econômico. A remuneração do terapeuta será efetuada através de um salário fixo acrescido de uma cota obtida pelo rateio da média mensal do pagamento de todos os pacientes atendidos entre os diferentes terapeutas. Esta medida visa não prejudicar o profissional com atendimentos de baixo custo, bem como para, se evitar a seleção de ca-

tos, em função do rendimento financeiro que propiciem.

As características da população que recorre aos atendimentos em ambulatório, podem, segundo nossas conclusões, repercutir sobre as configurações de um dos conceitos fundamentais da obra freudiana - a resistência.

Por tratar-se de uma população de nível sócio-econômico-cultural predominantemente de médio para baixo, questionamos até que ponto faltas, abandonos do tratamento e incompreensões das interpretações, que na Psicanálise geralmente são associadas a manifestações da resistência ao tratamento, poderiam estar nas instituições vinculadas a reais faltas de recursos como por exemplo, falta de dinheiro para a condução e baixo nível cultural.

Além destes aspectos, consideramos importante avaliar como a resistência se configura em psicoterapias breves, para que possa ser devidamente trabalhada pelo psicoterapeuta nas condições propostas.

Para desenvolvermos estas questões, tomamos com o ponto de partida a fundamentação do conceito de resistência na obra freudiana.

Com relação à psicoterapia breve concluimos que por esta não objetivar o acesso ao inconsciente como a psicanálise, provavelmente, a "resistência de repressão" deveria se manifestar de forma menos incisiva, visto que, segundo Freud, este tipo de resistência visa justamente o entrave ao acesso mencionado.

Em contrapartida, a psicoterapia breve lida com focos, e consideramos importante, atentar para a possibilidade do surgimento de resistências específicas ao foco eleito.

Com relação à distinção entre a resistência, e aspectos reais que possam porventura constituir entraves para o tratamento, concluímos que, impedimentos objetivos não são peculiares ao paciente de instituições podendo também ocorrer em consultórios particulares, visto que, todo e qualquer indivíduo é passível de ser atingido por impedimentos concretos.

Assim sendo, não pudemos estabelecer regras fixas para esta distinção, ainda que, por circunstâncias sociais objetivas, consideremos que os impedimentos reais sejam mais frequentes nas instituições.

Concluímos que caberá à competência do psicoterapeuta, seja no consultório, ou nas instituições, detectar esta discriminação.

Consideramos que, tal como se preconiza no ensino pedagógico moderno, a linguagem do psicoterapeuta deverá ser adequada às vivências do paciente, pois em caso contrário, não só ficarão obscuras as reais manifestações de resistência, como também acentuadas.

Ainda em função do tipo de população que recorre às instituições, abordamos o tipo de resistência detectado por Freud relativo aos "ganhos secundários" da doença.

Diante das reais dificuldades sócio-econômicas, e do trabalho árduo, a que se submetem as classes menos privilegiadas, provavelmente a possibilidade de recorrer a licenças de trabalho e à aposentadoria, pode trazer alívios significativos, bem como isenções da responsabilidade diante das pressões sociais e familiares.

Não obstante por condições concretas, esse tipo de resistência merecer maior atenção nos pacientes de ambulatório, ela não é

peculiar a este tipo de população, tanto que Freud a detectou entre os seus pacientes.

Com relação às possíveis repercursões que o próprio contexto institucional possa suscitar, demos relevância ao conceito de transferência e ao seu manejo técnico nestas condições, e na psicoterapia breve.

Concluimos que nas psicoterapias breves, em função de suas condições de enquadramento, ficavam limitadas as manifestações regressivas do paciente e a neutralidade do psicoterapeuta. Estes fatos possivelmente implicam na diminuição das manifestações transferenciais, uma vez que são requisitos básicos da técnica psicanalítica para incentivá-las.

O tipo de transferência positiva descrita por Freud, que está vinculada à transferência de sentimentos amistosos e conscientes, a nosso ver terá manifestações semelhantes na Psicoterapia Breve e na Psicanálise, por se tratarem de impulsos libidinais dirigidos para a realidade.

Já a transferência positiva, ligada aos sentimentos eróticos, por ser afastada da consciência, deverá provavelmente se manifestar em menor intensidade nas psicoterapias breves.

Neste tipo de psicoterapia, o manejo da transferência deve ser planejado e cauteloso. Não detectamos regras fixas a este respeito, por concluirmos que vão depender do caso em questão de seus conflitos básicos e do foco sobre o qual se vai operar.

Quanto à influência do contexto institucional sobre as manifestações transferenciais, verificamos que, nestas condições ficam reduzidas as possibilidades de concentração da transferência

na relação psicoterápica. Desta forma, as condições para a instrumentação eficaz das interpretações transferenciais ficam sujeitas à interferência.

Algumas condições relativas ao contexto institucional favorecem à exacerbação da transferência negativa. A nosso ver são estas: posição ambígua do psicoterapeuta na instituição, a não eleição do mesmo pelo próprio paciente e as diferenças de classe sócio-econômico-cultural entre o paciente e seu terapeuta.

Entretanto, não consideramos estes aspectos como impedimentos do tratamento, visto que, envolvem sentimentos que se bem compreendidos pelo terapeuta, e devidamente trabalhados na relação, podem até enriquecer o tratamento. Por outro lado, por ser a transferência negativa uma forma de resistência, se não for corretamente lidada, poderá se transformar num entrave ao tratamento.

O contexto institucional dificulta a preservação da intimidade e da privacidade do psicoterapeuta. Este aspecto pode também repercutir na transferência, posto que, a sua neutralidade e a impessoalidade constituem na psicanálise um dos requisitos técnicos para a estimulação das projeções transferenciais. Verificamos, entretanto, que este aspecto pode ser contornado, visto que, nas psicoterapias breves, esta neutralidade não faz parte dos requisitos técnicos.

Concluimos que a transposição da psicanálise original para o contexto institucional é viável, desde que, calcada em uma fundamentação teórica que ao mesmo tempo se baseie nos preceitos freudianos, e não se distancie das características básicas do seu contexto de aplicação. Este aspecto é relevante para que esta transposição se afaste de um empirismo obscuro.

Consideramos ainda, que a expansão da psicoterapia em ambulatórios, à custo acessível, pode vir a representar um recurso preventivo da internação e de suas conseqüentes sequelas emocionais, muitas vezes irreparáveis. Esta expansão pode também contribuir para a deselitização da Psicanálise, bem como para ampliar o seu elo com outras Ciências Humanas e Sociais.

Procuramos, neste trabalho, colaborar para o germe da semente lançada pelo próprio FREUD, que, como mencionamos, previu a necessidade da ampliação do âmbito de aplicação da Psicanálise, através da criação de instituições médicas: "Se nos planteará entonces la labor de adaptar nuestra técnica a las nuevas condiciones" (FREUD , p.453, d).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS \*

- ALEXANDER, Franz G. Psicoanálisis y psicoterapia. Buenos Aires, Psique, 1960.
- ——— & FRENCH, T. Terapêutica psicanalítica; princípios y aplicación. Buenos Aires, Paidós, 1965.
- ——— & SELESNICK, Sheldon T. História da psiquiatria. São Paulo, IBRASA, 1968.
- BASAGLIA, Franco. El hombre en la picota. In: GARCIA, Ramon, comp. Psiquiatria, antipsiquiatria y orden manicomial. Barcelona, Barral, 1975. p. 155-84.
- BIRMAN, Joel & FREIRE COSTA, Jurandir. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA INFANTO-JUVENIL, 2., Rio de Janeiro, 1976. Resumos dos trabalhos apresentados. Rio de Janeiro, APPIA, 1976. p.45-71.
- BUNGE, Mario. Causalidad; el principio de causalidad en la ciencia moderna. Buenos Aires, Eudeba, 1972.
- CARUSO, Igor A. Psicoanálisis dialético. Buenos Aires, Paidós, 1964.

---

\* Baseadas: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, Rio de Janeiro. Referências bibliográficas; NB - 66/1978. Rio de Janeiro, 1978. 17 p.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO. VICE-REITORIA ACADÊMICA. COORDENAÇÃO CENTRAL DE PÓS-GRADUAÇÃO. Normas para apresentação de teses e dissertações. Rio de Janeiro, 1976. 20p.



- ESPINOSA, J. El nacimiento del los manicomios. In: GARCIA, Ramon, comp. Psiquiatria, antipsiquiatria y orden manicomial. Barcelona, Barral, 1975. p. 33-51.
- FIORINI, Hector J. Teoria e técnica de psicoterapias. Rio de Janeiro, F. Alves, 1976.
- FREIRE COSTA, Jurandir. História da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Documentário, 1976.
- FREUD, Sigmund. Analisis fragmentario de una histeria (epílogo) - In: Obras completas, Madrid, Biblioteca Nueva, 1968. v. 2, p.653-7 (a).
- \_\_\_\_\_ . Analisis terminable e interminable. Ibid, v. 3, p. 540-92 (b).
- \_\_\_\_\_ . Autobiografia. Ibid, v. 2, p.1013-42 (c).
- \_\_\_\_\_ . Los caminos de la terapia psicoanalítica. Ibid, v. 1, p. 449-53 (d).
- \_\_\_\_\_ . Construcciones en psicoanalisis. Ibid, v. 3. p. 573-83 (e).
- \_\_\_\_\_ . A dinâmica da transferência. In: — Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, 12. Rio de Janeiro, Imago, 1969. p. 133-43 (f).
- \_\_\_\_\_ . La Interpretacion de los sueños. In: — Obras completas, Madrid, Biblioteca Nueva, 1968, v.1, p. 409 — 508 (g).
- \_\_\_\_\_ . Inhibicion, Sintoma y angústia. Ibid, v. 2, p.31-71 (h).

- \_\_\_\_\_ . Mas alla del principio del pracer. Ibid, v. 1, p. 1097-1125 (i).
- \_\_\_\_\_ . Observações sobre o amor transferencial (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). In: — (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, 12). Rio de Janeiro, Imago, 1969. p. 208 - 21 (j).
- \_\_\_\_\_ . Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: — (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, 12). Rio de Janeiro, Imago, 1969. p. 149-59 (k).
- \_\_\_\_\_ . Recordar, repetir e elaborar (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). Ibid, p. 193-203 (l).
- \_\_\_\_\_ . La represion. In: — Obras completas. Madrid, Biblioteca Nueva, 1968. v.1, p. 1045-51 (m).
- \_\_\_\_\_ . Sobre o início do tratamento. In: — (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, 12). Rio de Janeiro, Imago, 1969. p.163-87 (n).
- \_\_\_\_\_ . La técnica psicoanalítica. In: — Obras completas. Madrid, Biblioteca Nueva, 1968. pt 2., v.3, p.412-21(o).
- \_\_\_\_\_ . La terapeutica analítica. Ibid, v.2,p.382-91 (p).
- \_\_\_\_\_ . La transferencia. Ibid. v.2. p.373-82 (q).
- GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo, Perspectiva, 1974.

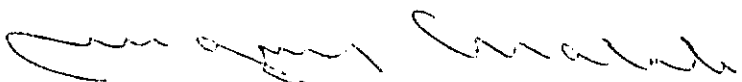
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.B. Vocabulário de psicanálise. Lisboa, Moraes, 1970.
- MANNONI, Maud. O psiquiatra, seu "louco" e a psicanálise. Rio de Janeiro, Zahar, 1971.
- MORA, José Ferrater. Dicionário de filosofia. Buenos Aires, Sudamericana, 1969.v.2.
- NOBRE DE MELO, A.L. Psiquiatria. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira; MEC, 1979. v.2.
- RACKER, Heinrich. Estudios sobre tecnica psicoanalítica. Buenos Aires, Paidós, 1977.
- SMALL, L. As psicoterapias breves. Rio de Janeiro, Imago, 1974.
- SZASZ, Thomas S. A ética da psicanálise. Rio de Janeiro, Zahar, 1975. (a)
- ————. A fabricação da loucura; um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental. Rio de Janeiro, Zahar, 1976. (b)
- ULLOA, Fernando. Extrapolação do enquadramento analítico no nível institucional. In: — LANGER, Marie, comp. Questionamos a psicanálise e suas instituições. Petrópolis, Vozes, 1973. p. 104-15.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

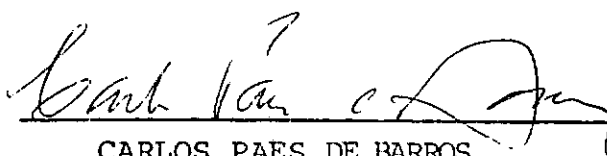
- 1 BASAGLIA, Franco. Rehabilitacion y control social. In: Garcia, Ramon, comp. Psiquiatria, antipsiquiatria y orden manicomial, Barcelona, Barral, 1975. p.185-96. 256p.
- 2 BLEGER, J. Psicohigiene y Psicologia Institucional, Buenos Aires, Paidós, s.d. 211p.
- 3 ————. Psicologia de la conducta, Buenos Aires, Paidós, s.d. 351 p.
- 4 COOPER, D. Psiquiatria y Antipsiquiatria, Buenos Aires, Paidós, s.d. 142 p.
- 5 FOUCAULT, N. Doença Mental e Psicologia, RJ, Templo Brasileiro, 1975. 99p.
- 6 ————. História da Loucura, São Paulo, Perspectiva, 1978. 551 p.
- 7 FREUD, S. Un ejemplo de la labor psicoanalitica, In: Obras Completas, Madrid, Biblioteca Nueva, 1968, v.3. 1062 p.
- 8 ————. El malestar en la cultura. In: Obras completas, Madrid, Biblioteca Nueva, 1968, v.3, 1062 p.
- 9 ————. "El metodo psicoanalitico de Freud". In: Obras completas, Madrid, Biblioteca Nueva, 1968, v.2. 1145 p.
- 10 ————. El porvenir de la terapia psicoanalítica. In: Obras completas, Madrid, Biblioteca Nueva, 1968, v.2, 1145p.
- 11 ————. El psicoanálisis Silvestre - In: Obras completas, Madrid, Biblioteca Nueva, 1968, v.2, 1145 p.

- 12 ————. Psicoterapia (tratamento por el espíritu) - In: Obras completas, Madrid, Biblioteca Nueva, 1968. v.3, 1062p.
- 13 ————. El "yo" y el "Ello" - In: Obras completas, Madrid, Biblioteca Nueva, 1968, v. 2, 1145 p.
- 14 LAGACHE, Daniel. El Psicoanálisis, Buenos Aires, Paidós, s.d. 134p.
- 15 LANGER, M. et alii. Questionamos a Psicanálise e suas instituições, Petrópolis, Vozes, 1973. 263 p.
- 16 LOUREAU, R. A análise institucional, Petrópolis, Vozes, 1975. 291 p.
- 17 MACHADO, Roberto et alii. Danação da Norma; Medicina Social e constituição da Psiquiatria no Brasil; R.J., Graal, 1978. 559 p.
- 18 MARCUSE, Herbert. Eros e Civilização, R.J., Zahar, 1968. 232p.
- 19 PONTALIS, J.B. A Psicanálise depois de Freud, Petrópolis, Vozes, 1972. 311p.
- 20 RACAMIER, P.C. Le psychanalyste sans divan; le psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques, Payot, Paris, 1970. 422 p.
- 21 TELFORD, C.W. & SAWREY, James M. O Indivíduo Excepcional, RJ, Zahar, 1976. 642 p.

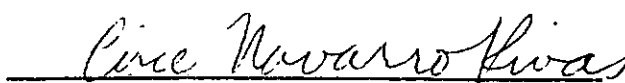
Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ, fazendo parte da Banca Examinadora os seguintes professores:



MIGUEL CHALUB  
(orientador)



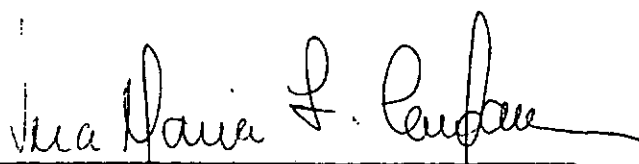
CARLOS PAES DE BARROS



CIRCE NAVARRO RIVAS

Visto e permitida a impressão

Rio de Janeiro, 19/05/80



Prof<sup>a</sup> Vera Maria Ferrão Gandau  
Coordenadora dos Programas de  
Pós-Graduação do Centro de Teo-  
logia e Ciências Humanas.