

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP

Regina Alvares Biscaro

O treino em psicoterapia na residência de psiquiatria:  
Uma visão da psicologia analítica

Mestrado em Psicologia Clínica

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica sob a orientação da Prof<sup>ª</sup>. Doutora Liliana Liviano Wahba

SÃO PAULO  
2008

Banca Examinadora

---

---

---

*A todos os residentes e ex-residentes de psiquiatria da Faculdade de Medicina do ABC, por fazerem de mim uma supervisora de psicoterapia dentro da disciplina de psiquiatria.*

*A todos os meus supervisores de psicoterapia, que me ensinaram a ouvir, a compreender e souberam respeitar o meu momento de aprender.*

*A Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica, por ter fornecido o aprendizado para que eu me tornasse analista junguiana.*

*Ao Núcleo de Jung da disciplina de Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, que acolheu minhas idéias e compreendeu minha formação médica.*

## AGRADECIMENTOS

A Liliana Liviano Wahba, querida orientadora, pela competente e cuidadosa orientação.

Aos professores Denise Gimenez Ramos e Nairo de Souza Vargas, pelo estímulo e valiosas contribuições na banca de qualificação.

Aos professores do núcleo de Jung da disciplina de Psicologia Clínica da PUC-SP, pelos momentos de frutíferas e profundas discussões sobre o pensamento de Jung e outros autores junguianos e pelo convívio humano e agradável durante as aulas da Pós-graduação.

Aos colegas do curso de Pós-graduação, em especial Elizabeth Gimael e Susan Carol, por me proporcionar uma grande amizade e momentos de muita descontração.

Aos meus terapeutas Miguel Navarro, Marcos Callia e, especialmente Henrique Torres, que me acolheram e me compreenderam de forma profunda e analítica.

A professora Edna P. Kahhale, por nos ensinar a analisar de maneira crítica os estudos científicos.

Ao professor Renato Mezan, que com suas brilhantes aulas me aproximou do pensamento de Freud.

A C.G. Jung e a S. Freud, que foram arqueólogos da mente, num momento onde tudo era tão desconhecido.

A minha querida filha, Marsilea, por me proporcionar a gratificante vivência amorosa de ser mãe e por ser uma pessoa especial.

Ao meu querido José Moucachen Neto, por ser o meu companheiro em qualquer jornada com paciência e amor o tempo todo.

*Se é verdade, como diz o Baal Shem, que é possível ao homem esconder a luz da alvorada que emana da floresta simplesmente protegendo os olhos com uma de suas mãos, não é menos verdade que pode redescobri-las simplesmente movendo sua mão. Isso é precisamente o que o Baal Shem realizou. Graças a esse simples gesto de uma mão, o Hassid descobriu o mundo em toda sua temível majestade e beleza.*

Elie Wiesel (1979, p. 33).

## RESUMO

BISCARO, R. A. O treino em psicoterapia na residência de psiquiatria: uma visão da psicologia analítica. São Paulo, 2008.

Com o avanço das neurociências e da psicofarmacologia, a psiquiatria passou por grandes transformações, tanto na concepção de ser humano como no ensino e formação dentro da residência médica. Isso trouxe um avanço importante no tratamento dos transtornos mentais, mas por outro lado, o ensino da psicoterapia diminuiu sua importância, passando a fazer parte de uma estratégia antiga, por falta de avanços na psicofarmacologia. Estudos recentes, porém, tem retomado a importância da psicoterapia como estratégia de tratamento por modificar circuitos cerebrais, pensado antigamente ser prerrogativa apenas da medicação. Estas descobertas têm modificado a visão do treinamento em psicoterapia dentro da psiquiatria, trazendo à luz novamente a sua importância. Alguns trabalhos internacionais focam o treino do residente em aquisição de habilidades em psicoterapia, mas essa necessidade é questionável. O objetivo deste estudo foi avaliar a mudança de consciência de um grupo de residentes durante o treino em psicoterapia. Foi feito um estudo de Coortes e, utilizados um questionário semi-estruturado em três momentos do treino e uma entrevista, também semi-estruturada, no final. Após a avaliação dos resultados e discussão dos dados, conclui-se que os residentes passam por transformações durante o período da residência em psiquiatria e que o treino em psicoterapia psicodinâmica proporciona uma profunda transformação que, mesmo propiciando o aparecimento de defesas, contribui para uma importante mudança de consciência do residente com relação a si mesmo e com relação ao paciente. Esta transformação proporciona uma escuta empática, uma maior compreensão simbólica dos sintomas e das motivações e um aprofundamento em si mesmo, fazendo com que o residente, na relação com o paciente, conheça um pouco mais do outro e de si mesmo, tornando-se um psiquiatra mais humano e com uma abordagem mais completa.

Palavras-chave: Residência em psiquiatria. Treino em psicoterapia. Transformação.

## ABSTRACT

BISCARO, R. A. Psychotherapy training in psychiatric residency: an analytic psychology vision. São Paulo, 2008.

With that advance of neurosciences and psychopharmacology, psychiatry has come to great transformations, as in human being conception and as in teaching and education in medical residency. This brought an important advancement in the treatment of mental disorders, but on the other hand, the teaching of psychotherapy decreased its importance, becoming part of an ancient strategy due to the lack of advancement in psychopharmacology. Recent studies though, have retaken the importance of psychotherapy as a strategy of treatment for modifying brain circuits, anciently thought to be only privilege of medication. These discoveries have modified the vision of psychotherapy's training into psychiatry, showing its importance. Some international works focus on the resident's training in acquisition of skills in psychotherapy, but this necessity is questionable. The objective of this study was to evaluate a group of residents' change of consciousness during a training of psychotherapy. A Coortes study was done and a semi-structured questionnaire was used in three moments of the training and also a semi-structured interview at the end. After the results' evaluation and data debate, it was concluded that the residents have come to transformations during the psychiatric residency period and that the training in psychodynamic psychotherapy provides a deep transformation that even propitiating the arrival of defenses, it contributes to an important change of the resident's consciousness in relation to one self and in relation to the patient. This transformation provides an empathic listening, a larger symbolic comprehension of symptoms and motivations and the knowledge of oneself, making the resident know a little more about the other and himself in the relationship with the patient, becoming a more humane psychiatrist with a broad approach.

Key-words: Residency in psychiatry. Training in psychotherapy . Transformation.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
2.1 Objetivo específico.....	15
2.2 Objetivo geral.....	15
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>16</b>
<b>3.1 O biológico, o psicodinâmico, o sociocultural: o humano</b>	
Uma história da psiquiatria.....	16
3.1.1 A psicopatologia psicodinâmica de Freud e Jung.....	18
3.1.2 A psicopatologia da forma.....	22
3.1.3 Bendita fluoxetina, maldita fluoxetina: a psicofarmacologia.....	25
3.1.4 A relação mente-cérebro.....	26
3.1.5 Um acordo possível?.....	30
3.1.5.1 A psiquiatria transcultural.....	31
3.1.5.2 Estudos atuais.....	32
<b>3.2 Da medicina a psicoterapia: uma mudança de escuta</b>	
Uma história da visão psicodinâmica.....	42
3.2.1 Pressupostos da psicologia analítica para uma compreensão da Psicoterapia.....	50
3.2.1.1 Inconsciente coletivo e arquétipos.....	51
3.2.1.2 Persona e sombra.....	56
3.2.1.3 Complexos.....	58
3.2.1.4 Símbolo.....	60
3.2.1.5 Anima e animus.....	61
3.2.1.6 Self e individuação.....	63
<b>3.3 O ensino da psicoterapia na residência de psiquiatria na atualidade.....</b>	<b>65</b>
3.3.1 A influência do treino em psicoterapia para o residente.....	65
3.3.2 A utilização da psicologia no treinamento do residente.....	78
3.3.3 A supervisão em psicoterapia.....	81

<b>3.3.4 Avaliação de habilidades e competências em psicoterapia.....</b>	<b>93</b>
<b>3.4 O aprendizado em psicoterapia na residência de psiquiatria.....</b>	<b>110</b>
<b>4 A PSIQUIATRIA NA FACULDADE DE MEDICINA DO ABC.....</b>	<b>124</b>
<b>5 A SUPERVISÃO EM PSICOTERAPIA.....</b>	<b>130</b>
<b>6 MÉTODO.....</b>	<b>139</b>
<b>6.1 Tipo de estudo.....</b>	<b>139</b>
<b>6.2 Sujeitos.....</b>	<b>139</b>
<b>6.3 Local.....</b>	<b>140</b>
<b>6.4 Instrumentos.....</b>	<b>140</b>
<b>6.4.1 Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>140</b>
<b>6.4.2 Questionário semi-estruturado.....</b>	<b>140</b>
<b>6.4.3 Entrevista semi-estruturada.....</b>	<b>140</b>
<b>6.5 Procedimento.....</b>	<b>141</b>
<b>6.6 Análise dos dados.....</b>	<b>142</b>
<b>7 RESULTADOS E ANÁLISE.....</b>	<b>143</b>
<b>8 DISCUSSÃO.....</b>	<b>203</b>
<b>9 CONCLUSÕES.....</b>	<b>210</b>
<b>ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO.....</b>	<b>213</b>
<b>ANEXO B – QUESTIONÁRIO.....</b>	<b>214</b>
<b>ANEXO C – ENTREVISTA.....</b>	<b>216</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>217</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A residência médica já completou um século, uma vez que a criação do primeiro programa de residência médica é atribuído a William Halsted, no Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade John's Hopkins, em 1889.

No Brasil, os primeiros programas foram iniciados a partir de 1944, em São Paulo e no Rio de Janeiro. Ao longo dos anos, ficou cada vez mais firme o papel da residência médica como a melhor forma de especialização médica (MARTINS, 2005). Na psiquiatria, a residência tem passado por transformações. Essas transformações são derivadas das várias concepções de homem e de saúde mental que assolaram os tempos. O psiquiatra é o profissional médico que mais habita a interface entre ciências biológicas e humanas, pois lidar com o transtorno psiquiátrico é lidar com diferentes concepções de mundo (concepção histórico-cultural), interferindo na visão do todo. É lidar com a singularidade do ser humano e, ao mesmo tempo, com as vicissitudes sociobiológicas do *Homo sapiens*.

Nada é mais assustador ao ser humano do que não controlar suas próprias reações e emoções. A possibilidade do transtorno psíquico nos remete a um campo desconhecido; a um campo minado, onde tateamos sem tanta certeza e convicção. Com relação à morbidade psicológica e psiquiátrica na população médica, Schreiber (1977 apud MARTINS 2005, p. 45) nos refere:

O tema dos médicos emocionalmente perturbados é doloroso. O médico-paciente nega sua condição de paciente. Ele esconde suas dificuldades emocionais dos colegas, da família e de si mesmo. Ele oculta seus problemas porque isto ameaça sua auto-estima, seus ganhos e seu direito à prática profissional. Frequentemente seus colegas e família mantêm uma espécie de conspiração do silêncio, acreditando no mito de que os médicos deveriam ser capazes de curar a si próprios.

Os anos sessenta do século XX foram marcados por uma inundação de teorias psicodinâmicas para explicar o transtorno psíquico. Essas teorias, de alguma forma, descendiam das correntes psicanalíticas e outras, originárias das pesquisas com fenômenos chamados “histéricos”, que haviam norteado os pesquisadores no final do século XIX. A psiquiatria ocidental, influenciada por esta concepção de homem e de mundo, admitia nesta

fase, a gênese psicodinâmica do transtorno psíquico, como sendo mais importante que a gênese biológica.

Como tudo que se torna unilateral e exagerado caminha em direção ao seu contrário e, devido à falta de resultados evidentes nos tratamentos, a psiquiatria experimentou e de alguma forma ainda experimenta a revanche da gênese biológica.

Segundo Jonathan O. Cole (SCHATZBERG & COLE, 1989), os antidepressivos clássicos foram originalmente descobertos acidentalmente. No começo da década de cinquenta, os pesquisadores notaram que pacientes tuberculosos mostraram prolongada elevação do humor quando tratados com iproniazida, um IMAO (inibidor da monoaminoxidase) usado como agente antituberculose na época. As observações biológicas e psicofarmacológicas de que os IMAOs eram antidepressivos, que a monoaminoxidase degradava a norepinefrina e a serotonina, tornaram-se as pedras angulares das chamadas teorias das aminas biogênicas na depressão. Os antidepressivos tricíclicos foram descobertos, também, acidentalmente. Os primeiros registros da eficácia dos tricíclicos na depressão vieram do professor Kuhn, na Suíça, que, de maneira astuta, notou que a imipramina, que estava sendo investigada para o tratamento da esquizofrenia, parecia elevar o humor, embora não atuasse na psicose (SCHATZBERG & COLE, 1989). Isto foi um passo importante para a mudança do olhar sobre a gênese do transtorno psíquico. Hoje, temos uma infinidade de medicações antidepressivas, ansiolíticas e antipsicóticas. Essas medicações são excelentes recursos da indústria farmacêutica e para pesquisas de tratamento do transtorno psíquico. Mas, de alguma forma, isto também mudou a formação do residente em psiquiatria.

Os anos oitenta do século XX foram marcados por essa mudança na formação do residente em psiquiatria. O ensino da psicofarmacologia tornou-se poderoso, e o ensino da psicoterapia foi perdendo o valor gradativamente. Isto tinha um significado simbólico muito importante: começava a declinar a importância da compreensão psicodinâmica do homem e, sem percebermos, também a compreensão sociohistórica do transtorno psíquico.

Mas, novamente, alguns psiquiatras (não todos) começaram a desconfiar que havia algo faltando na abordagem do paciente e, portanto, algo incompleto na formação do residente em psiquiatria.

Em 1990, o Comitê Nacional de Revisão de Residência Médica dos Estados Unidos definiu que o residente em psiquiatria deveria obter, na sua formação, habilidades

psicoterápicas em cinco modalidades de psicoterapia: psicoterapia psicodinâmica, psicoterapia de suporte, psicoterapia cognitivo-comportamental, psicoterapia breve e psicoterapia combinada com farmacoterapia (MULLEN, 2004).

Nesse país, a residência em psiquiatria tem a duração de quatro anos. No Brasil, a mesma residência tem a duração de, no máximo três anos, e não há esse desígnio. O residente de primeiro ano não necessita ter psicoterapia em sua carga horária de aprendizado. O residente de segundo ano e, se houver, terceiro ano, deverá ter 10% de sua carga horária em psicoterapia.

Venho exercendo a função de supervisora em psicoterapia dos residentes de psiquiatria da faculdade de medicina do ABC desde 2001. Em 2004, iniciei o projeto de fundar o núcleo de psicoterapia. Hoje, o núcleo se constitui de quatro pessoas que ministram seminários e supervisões em psicoterapia.

Nem todo residente de psiquiatria será um terapeuta, mas percebe-se que, mesmo não se tornando terapeuta, o residente muda sua concepção de saúde mental e de ser humano ao cursar o estágio da psicoterapia.

Observamos na literatura a escassez de estudos qualitativos que avaliem a real mudança que o residente em psiquiatria experimenta durante o estágio da psicoterapia. Alguns estudos americanos, como por exemplo, o da Universidade de Colúmbia (MULLEN, 2004), focalizam a necessidade de avaliar as habilidades psicoterápicas dos residentes, adquiridas no estágio da psicoterapia, criando inclusive o “teste de competência em psicoterapia psicodinâmica”.

Outros estudos conduzidos por Joel Yager (YAGER, 2003), na Universidade do Novo México, contradizem esse conceito de habilidades, convocando-nos para a visão realista de que o que o residente ganha, de fato, durante o seu treino em psicoterapia, é um aumento da singularidade em termos de psiquiatria compreensiva.

Considero que este estágio fornece uma visão humanística do transtorno mental, permitindo ao residente uma abordagem mais abrangente, que somente o estudo da psicofarmacologia, frente ao paciente e sua história. E, possibilita também uma maior compreensão de sua interação com o outro enquanto indivíduo. O trabalho desenvolvido na residência visa que o ensino e a supervisão em psicoterapia, dentro da residência de psiquiatria, continue tendo seu lugar de importância na abordagem do paciente. Mesmo no

auge das pesquisas em psicofarmacologia e em neurociências, considero importante manter viva esta abordagem, tão humanística, profunda e única da psique, dentro da formação em psiquiatria. Mediante pesquisas apresentadas no XXIV Congresso Brasileiro de Psiquiatria (2006, Curitiba), percebi que a psiquiatria está mudando, e através de estudos neuroendocrinológicos e de neuroimagem retoma novamente a importância da psicoterapia no processo de elaboração psíquica e melhora dos quadros nosológicos.

O propósito deste trabalho foi avaliar a mudança de consciência que o residente em psiquiatria experimenta, em relação a si mesmo e ao paciente, ao cursar o estágio de atendimento e supervisão em psicoterapia. Neste estudo, foi feita a escolha pela abordagem da psicologia analítica, com o objetivo de fornecer uma visão simbólica que possibilita entender, de forma abrangente, os diversos aspectos de uma vivência, como aspectos sombrios, aspectos da *persona* e outros. Ou seja, uma visão que possibilita considerar a integração da personalidade do indivíduo, em seu conjunto biopsicossocial. Além disso, a psicologia analítica possibilita a compreensão de um fenômeno a partir de aspectos defensivos e criativos, contribuindo para uma visão ampla e não reducionista. Defesas, segundo Anna Freud (2006), seriam mecanismos do ego, para não se entrar em contato com alguns afetos e emoções. Para Byington (1995) a defesa é o principal distúrbio do processo de elaboração simbólica.

Ao considerar os aspectos defensivos e criativos de um fenômeno ou uma vivência, dentro da psicologia analítica, nos baseamos na concepção finalista do processo energético da psique, que, segundo Jung, vê as causas como meios ordenados a um fim, e não simplesmente como causa. Portanto, a psicologia analítica nos possibilita ver os fatos não como substâncias imutáveis que continuam a agir incessantemente, mas sim, como meios ordenados a um fim, em expressões simbólicas de um caminho a ser percorrido (JUNG, 1994b).

Este estudo será abordado em nove capítulos. O primeiro capítulo constitui-se da introdução ao estudo. No segundo capítulo, explicam-se os objetivos específico e geral do estudo. No terceiro capítulo, mediante revisão da literatura, é desenvolvida uma análise da problemática que envolve, desde o século XVIII, a definição da gênese do transtorno mental, onde são traçadas considerações sobre a mudança de escuta que se processa entre o ser médico e o ser psicoterapeuta, com a apresentação de pesquisas científicas atuais na área

e exposição de idéias sobre o aprendizado da psicoterapia dentro da residência de psiquiatria. No quarto capítulo, revisa-se a história da residência em psiquiatria na faculdade de medicina do ABC. O quinto capítulo analisa a questão da supervisão em psicoterapia, com os aspectos relacionais entre supervisor e supervisando e as experiências relatadas dentro do modelo da psicologia analítica. O sexto capítulo consiste na apresentação do método do estudo. No sétimo capítulo, é apresentada a análise dos resultados; no oitavo, apresenta-se a discussão e, no nono e último capítulo traçam-se as conclusões.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo específico**

Avaliar a mudança de consciência do médico residente de psiquiatria, com relação a si mesmo, como psiquiatra e com relação ao paciente, durante o estágio de psicoterapia.

### **2.2 Objetivo geral**

Fornecer subsídios para a formação do psiquiatra durante a residência médica.

O termo consciência origina-se da junção de dois termos latinos: cum (com) e scio (conhecer), indicando o conhecimento compartilhado com outro e, por extensão, o conhecimento “compartilhado consigo mesmo” (ZENAM e COLS 1997 apud DALGALARRONDO 2000, p. 63).

Consciência, em sua definição psicológica, é conceituada como a soma total das experiências conscientes de um indivíduo em um determinado momento. É a dimensão subjetiva da atividade psíquica do sujeito que se volta para a realidade. Na relação do eu com o meio ambiente, a consciência é a capacidade de o indivíduo entrar em contato com a realidade, perceber e conhecer os seus objetos (DALGALARRONDO, 2000, p. 63).

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 O biológico, o psicodinâmico, o sociocultural: o humano

##### Uma história da psiquiatria

O Satânico e o Mágico.

Tudo é um. O satânico é tão somente a materialização do divino. A magia é uma só; a magia negra não é mais que a magia branca feita materialmente (O culto fálico quando entendido como símbolo, é divino; quando tomado literalmente é orgíaco, e, portanto, satânico). Se conhecermos os processos da magia negra e os interpretarmos como símbolo, chegaremos ao conhecimento dos processos da magia branca.

Deus é um “espírito”, diz a Bíblia: e o divino é (em relação a este mundo) espiritual. O Diabo é a matéria (corpo) e a *Trindade Satânica: o Mundo, a Carne e o Diabo. O Diabo (Saturno) é a Limitação.*

Fernando Pessoa (1996, p. 35).

Este capítulo foi elaborado a partir da leitura da obra *Civilização e loucura* de Paulo Dalgalarro (1996), da qual foram retiradas grande parte das informações. Foram consultadas também as obras de Freud, Jung, outros autores e informações sobre ciência cognitiva.

Dentro da psiquiatria, o dilema de como analisar o que é biológico e o que é psicodinâmico no ser humano, é bastante antigo e arrasta-se até os dias de hoje. Alguns trabalhos recentes em neurociências tentam integrar os dois pontos de vista. A escola alemã do século XIX e início do século XX, tendo como seus grandes expoentes Kraepelin, Kretschmer e Kurt Schneider, ficou famosa por estudar a psicopatologia da forma, ou seja, valorizavam mais a forma como se apresentava o distúrbio, do que o conteúdo. O conteúdo foi muito valorizado nas escolas psicodinâmicas, e vemos na psicanálise os primórdios da tentativa do estudo científico do conteúdo dos distúrbios. A psiquiatria, até o início do século XX, defendia a teoria da hereditariedade e degeneração. Podemos dizer que a teoria da hereditariedade, na psiquiatria, persiste de maneira modificada, até hoje sendo que a teoria da degeneração, graças à ciência, caiu por terra.

Desde meados do século XVIII, as teorias etiológicas sobre as doenças mentais oscilam entre concepções organicistas e psicogênicas. No início do século XIX, predominam teses psicogênicas (a psiquiatria romântica alemã, com Ideler e Heinroth, e os psiquiatras moralistas franceses, principalmente Pinel e Esquirrol, apontando para os perigos das paixões desvairadas). Já na segunda metade do século XIX, nas primeiras décadas, predominam as idéias organicistas, principalmente, marcadas pela teoria da degeneração de Morel e Magnan, e pela anatomia patológica de Broca, Meynert, Alzheimer e outros. No século XX, dos anos quarenta aos setenta, predominaram concepções psicogenéticas e sociais, influenciadas pela psicanálise, análise existencial, antipsiquiatria e por movimentos de reforma social. O final do século XX e início do século XXI voltam a ser fortemente marcados pelas concepções biológicas da doença mental.

Freud, na conferência XVI, intitulada: “Psicanálise e Psiquiatria”, após apresentar um caso de uma senhora com delírio de ciúmes, faz uma comparação da abordagem da psicanálise e da psiquiatria. Segundo Freud (1976, p. 301):

A psiquiatria não emprega os métodos técnicos da psicanálise; toca superficialmente qualquer inferência acerca do conteúdo do delírio, e, ao apontar para a hereditariedade, dá-nos uma etiologia geral e remota, em vez de indicar, primeiro, as causas especiais e próximas. Mas existe uma contradição, uma oposição nisso? Não é o caso de uma complementar a outra? O fator hereditário contradiz a importância da experiência? Ambas as coisas não se combinam da maneira mais efetiva? Os senhores assegurarão não existir nada na natureza do trabalho psiquiátrico que possa opor-se à investigação psicanalítica. O que se opõe à psicanálise não é a psiquiatria, mas os psiquiatras. A psicanálise relaciona-se com a psiquiatria, aproximadamente como a histologia se relaciona com a anatomia: uma estuda as formas externas dos órgãos, a outra estuda sua estruturação em tecidos e células. Não é fácil imaginar uma contradição entre essas duas espécies de estudo, sendo um a continuação do outro. Atualmente, como sabem, a anatomia é considerada por nós como fundamento da medicina científica. Houve, todavia, época em que era tão proibido dissecar um cadáver humano, a fim de descobrir a estrutura interna do corpo, como hoje parece ser o exercício da psicanálise, esclarecer acerca do mecanismo interno da mente. É de se esperar que, em futuro não muito distante, perceber-se-á que uma psiquiatria cientificamente fundamentada não será possível sem um sólido conhecimento dos processos inconscientes profundos da vida mental.

### 3.1.1 A psicopatologia psicodinâmica de Freud e Jung

Com relação ao sintoma psíquico, como, por exemplo, o transtorno obsessivo, Freud (1976) referia que essas idéias e impulsos, que emergem não se sabe de onde e, provam ser resistentes a toda influência de uma mente sob outros aspectos, normal, dão ao paciente a impressão de se tratar de convidados todo-poderosos de um outro mundo, seres imortais imiscuindo-se no turbilhão da vida mortal. Declarava que tais sintomas ofereciam a mais clara indicação de que existe uma região especial da mente, por completo isolada do resto, e que tais sintomas conduziam a uma convicção da existência do inconsciente na mente; seria por essa razão que a psiquiatria clínica que se familiarizava apenas com a psicologia da consciência, não conseguia abordar esses sintomas de nenhuma outra forma que não fosse qualificando-a como sinais de um tipo especial de degeneração. Refere ainda Freud, que neste caso não se teriam tornado sintomas, se não tivessem forçado caminho até a consciência e, que seus motivos pré-determinantes, que se infere por meio da análise, as conexões em que são inseridos, pela interpretação, são inconscientes, até serem tornadas conscientes para o paciente, através do trabalho da análise. Tornados conscientes, o sintoma então deveria desaparecer.

Segundo a concepção freudiana, a construção de um sintoma é o substituto de alguma outra coisa que não aconteceu. Determinados processos mentais normalmente deveriam ter evoluído até um ponto em que a consciência recebesse informação deles. Quando isto não acontece, em seu lugar, a partir dos processos interrompidos, que de alguma forma foram perturbados e obrigados a permanecer inconscientes, o sintoma emergiu.

O sentido do sintoma deve ser tornado consciente, e o conhecimento deve basear-se numa modificação interna do paciente através do trabalho psicológico. A tarefa do tratamento psicanalítico seria então, tornar consciente tudo o que é patogenicamente inconsciente.

Freud acreditava que a resistência contra a psicanálise não se baseava tão somente na compreensível dificuldade que constitui o inconsciente, ou na relativa inacessibilidade das experiências que proporcionam provas do mesmo. Considerava que a origem da resistência estaria nos três golpes desferidos contra o amor próprio dos homens. O primeiro, foi saber que a terra não era o centro do universo. O segundo, foi quando as investigações biológicas

destruíram a teoria da criação em favor da teoria da evolução. O terceiro, o golpe mais violento, proporcionado pela pesquisa psicológica, procura provar ao ego que ele não é o senhor nem mesmo em sua própria casa, devendo, porém, contentar-se com escassas informações acerca do que acontece inconscientemente em sua mente.

É interessante pensarmos no sentido de um sintoma. O sentido do sintoma tornar-se consciente, significa que houve uma compreensão simbólica. O paciente passa a ter uma compreensão do significado do sintoma. Portanto, podemos dizer que houve a formação de um símbolo, e este traz a significação.

Freud já havia percebido esta correlação como vimos acima, mas Carl Gustav Jung, no início colaborador de Freud e depois dissidente do pensamento freudiano, dedicou-se extensamente na questão da formação do símbolo e sua relação com os sintomas psíquicos.

Jung propõe um modelo de funcionamento da psique, no qual o inconsciente seria compensatório ao consciente, e estaria profundamente enraizado em sua camada arcaica e coletiva, o inconsciente coletivo. O autor considera que o inconsciente contém, não só os componentes de ordem pessoal, mas também impessoal, coletiva, sob a forma de categorias herdadas ou arquétipos. Em seus níveis mais profundos, o inconsciente possui conteúdos coletivos em estado relativamente ativo. Designa, portanto, esta camada do inconsciente, de inconsciente coletivo (JUNG, 1994a). O autor considera o processo psíquico como um processo vital, e com isto, estende o conceito de energia psíquica a um conceito mais amplo, de energia vital que engloba a energia psíquica. Propõe que a energia vital, hipoteticamente admitida, seja chamada libido. Jung faz referência a um processo dinâmico de desenvolvimento da libido, sendo que em algum momento da vida, essa libido pode estancar ou regredir, por fatores internos ou externos à psique individual, trazendo sintomas psíquicos. Segundo o autor, os fatores externos ou internos, que estancam a libido, obrigam-na a voltar para o inconsciente, e normalmente essa volta é propiciada por um estado de calamidade.

Quando acontece um estado de calamidade, um tipo de acontecer arquetípico (correspondente a tal emergência) se constela no inconsciente e, como este tipo é numinoso, tem energia específica, atrai os conteúdos do consciente (idéias conscientes), através dos quais se torna perceptível, e assim pode se tornar consciente. Quando este tipo de acontecer entra no consciente através do símbolo, é sentido como inspiração e revelação ou medo e

terror. Isso representa uma exigência do inconsciente de ser levado em consideração. Os complexos são, também, muitas vezes, responsáveis pela regressão da libido. A libido em contínua regressão, sai da esfera da psicologia pessoal para penetrar na esfera da psique coletiva. A libido atinge então uma espécie de estado primitivo, que pode se arraigar ou se libertar do abraço materno do inconsciente, trazendo uma nova possibilidade de vida.

Vemos então que, para Jung, o sintoma também tem um significado, embora pressuponha a teoria dos arquétipos e do inconsciente coletivo. Jung refere que o mecanismo psicológico que canaliza a energia é o símbolo (JUNG, 1994b), e que no trabalho prático com os pacientes topamos, a cada passo, com formações de símbolos cujo objetivo é a transformação da libido. Este processo de transformação é de natureza individual e não pode ser imposto por regras e prescrições gerais. A transformação da libido se opera através do símbolo. Através do símbolo, o homem também passa do estado de natureza para a cultura, que, segundo Jung, seria um processo natural, e não de sublimação como considerado por Freud (JUNG, 1994b).

Percebemos que, para Jung, existe uma modificação com relação a Freud, quanto à finalidade dessa transformação da libido através do símbolo. Jung parte da teoria dos arquétipos e considera a transformação da libido como tendo um sentido específico, isto é, a ampliação de consciência e individuação.

Para Jung, os sintomas evidenciam uma libido que está regredida, ou, num processo de estagnação, impossibilitada de, através do símbolo, expressar um novo conteúdo psíquico. A energia psíquica flui, através do símbolo, do instinto para o espírito possibilitando cultura (tomada de consciência, diferenciação e individuação).

Jung (1991) considerava que o que perturbava a mente eram os complexos afetivos, entendidos como sendo a imagem de uma determinada situação psíquica de forte carga emocional e, além disso, incompatível com as disposições ou atitude habitual da consciência. Esses complexos são dotados de poderosa coerência interior, e têm sua totalidade própria gozando de um grau relativamente elevado de autonomia (JUNG, 1991). Com algum esforço de vontade, pode-se, em geral, reprimir o complexo, mas é impossível negar sua existência e, na primeira ocasião favorável, ele volta à tona com toda sua força original.

Apesar das divergências com Freud, vemos que Jung também considera a autonomia do inconsciente, e fica mais claro quando nos elucida que a etiologia da origem do complexo é muitas vezes um chamado *trauma*, um choque emocional, ou coisa semelhante, que arrancou fora um pedaço da psique. Refere que uma das causas mais freqüentes é, na realidade, um conflito moral cuja razão última reside na impossibilidade aparente de aderir à totalidade da natureza humana. Esta impossibilidade pressupõe uma dissociação imediata, quer a consciência do eu o saiba, quer não. Geralmente, há uma inconsciência pronunciada a respeito dos complexos, e isto acaba lhes conferindo uma liberdade ainda maior.

Para mostrar como ele considerava os complexos como manifestações comuns, Jung (1991b, p. 36) em seu livro *A natureza da psique*, refere:

A consciência está invariavelmente convencida de que os complexos são inconvenientes e, por isso, devem ser eliminados de um modo ou de outro. Apesar da esmagadora abundância de testemunhos que nos mostram a universalidade dos complexos, as pessoas têm repugnância em considerá-los como manifestações normais da vida. O temor do complexo é um preconceito fortíssimo pois o medo supersticioso do que é desfavorável sobreviveu intocado pelo nosso decantado Iluminismo.

Embora Jung tenha relatado sobre a normalidade da formação dos complexos, percebemos que esta fala é reativa à idéia de degeneração. Jung nos refere que a partir do momento em que os complexos são conscientizados, podem então ser corrigidos, perdendo seu caráter automático e, assim ser transformados substancialmente. Ao serem conscientizados, despojam-se de seu invólucro mitológico, personalizam-se e se racionalizam, entrando no processo de adaptação que tem lugar na consciência e, deste modo, se torna possível uma espécie de discussão dialética. Ou seja, quanto mais inconsciente está o complexo, mais arcaico e mitológico ele se apresenta, e mais assume as qualidades do instinto, ou seja, o automatismo.

Jung considera que os complexos estejam ligados ao que chamou de arquétipo, sendo este um conceito da filosofia de Platão, despontando, depois, na Escolástica como imagens naturais gravadas no espírito humano, e com base nas quais este forma os seus juízos. Segundo Jung (1991, p. 73), “Os arquétipos são formas de apreensão, e todas as vezes que

nos deparamos com formas de apreensão que se repetem de maneira uniforme e regular, temos diante de nós um arquétipo, quer reconhecamos ou não o seu caráter mitológico”.

Finalizando esta parte da abordagem psicodinâmica, mais especificamente, assinalando alguns aspectos das teorias de Freud e Jung, percebemos que, apesar das diferenças entre esses autores, ambos concordam com a noção de autonomia do inconsciente e, portanto, com a existência deste. Praticar a psiquiatria para Jung significava investigar o inconsciente e, para Freud, por formação neurologista, a psicanálise e a psiquiatria se complementavam.

### **3.1.2 A psicopatologia da forma**

Existem dois conceitos da psicopatologia que devemos observar para melhor compreendermos os alienistas do século XIX. Um é o conceito de patoplastia, ou seja, o colorido que o sintoma adquire, o conteúdo (mutável, dependente da cultura e da personalidade do indivíduo) e o outro é o conceito de patogenia, ou seja, a forma estrutural básica e imutável, a essência do adoecer mental.

Esta contraposição, na psiquiatria, parece ter sido introduzida por um dos mestres de Kraepelin, Karl Kahlbaum, que em 1863 opunha a forma ou essência da doença a suas apresentações mutáveis. É, no entanto, Karl Jaspers quem desenvolve e firma definitivamente a dicotomia forma/conteúdo no centro da psicopatologia. Assim, segundo a abordagem fenomenológica de Jaspers, apesar de se ter acesso direto ao conteúdo das vivências e de ser ele quem dá vida ao sintoma, o essencial da doença é de fato a forma alterada da vivência psíquica (DALGALARRONDO, 1996).

O essencial do adoecer psíquico seria universal, estaria dado pelo processo patogênico de fundo; a cultura e a personalidade do doente apenas preencheriam uma estrutura patológica básica, em si imutável, dando-lhe aparências variáveis.

Mas para entendermos onde se insere a psicopatologia da forma como se apresentam os distúrbios mentais, devemos entender que o final do século XIX é, ao mesmo tempo, auge e início da derrocada de duas grandes correntes teóricas da psiquiatria; a teoria da degeneração e a neuropsiquiatria mecanicista.

A teoria da degeneração, que surgira na metade do século XIX com Morel e Magnan, apesar de presente até mesmo depois das duas grandes guerras, não se sustenta perante os

avanços da genética, principalmente da noção mendeliana de que só existiria a herança de caracteres específicos.

A idéia da degeneração da linhagem, através da “lei da progressividade” (de taras específicas), estava baseada no pressuposto de que indivíduos nervosos tenderiam a gerar neuróticos, que, por sua vez, produziriam psicóticos, e na geração seguinte teríamos oligofrênicos, até, finalmente, se chegar à extinção dessa linhagem mórbida e desadaptada. Em meados do século XX, tal teoria é cada vez mais percebida como cientificamente falha, teoricamente ingênua, e politicamente perigosa (DALGALARRONDO, 1996).

Por outro lado, continuando com o mesmo autor citado acima, a corrente que desejava embasar cientificamente a psiquiatria a partir da neuropatologia, representada principalmente por Bayle, Meynert e Wernicke, produz resultados consistentes apenas no campo das demências. Seu organicismo mecanicista e localizacionismo forçado é criticado por Kraepelin, que chama tal neuropsiquiatria de “anatomia especulativa”, e por seu colega de Heidelberg, o neuropatólogo Franz Nissil (1860-1919), que a denomina “mitologia cerebral”. Os psiquiatras percebem, cada vez mais, que é necessária uma outra base para a construção de um sistema científico que ofereça à psiquiatria o *status* de especialidade médica de direito.

Neste contexto, torna-se fundamental a crítica de Kraepelin, com a afirmação de que a neuropatologia servia muito pouco à classificação psiquiátrica, pois, com ela mal se diferenciava o cérebro de um demenciado e o de um psicótico, o que dizer, então, sobre a ordenação nosológica das psicoses entre si e das neuroses. É, então, o próprio Kraepelin, baseado em Kahlbaum e na psicologia das faculdades mentais do kantismo, que irá defender que a base científica de uma classificação só pode ser a descrição precisa dos quadros clínicos e o estudo minucioso de sua evolução temporal, e não teorias etiológicas especulativas. A exigência de cientificidade da psiquiatria migra, progressiva e decisivamente, da neuropatologia para a psicopatologia (DALGALARRONDO, 1996).

Então, a descrição psicopatológica dos quadros psiquiátricos, que já vinha sendo empreendida com empenho desde meados do século XIX pelos psiquiatras franceses, passa a ser paulatinamente o empreendimento central da psiquiatria. Conseqüentemente, a descrição das síndromes mentais, previamente definidas na Europa, deveriam ser repetidas

nos mais variados cantos do mundo, nos diversos grupos étnicos. Esse procedimento visava validar, de forma universal, as categorias psicopatológicas da nova ciência.

Neste processo, devemos levar em consideração dois outros aspectos também importantes: um dos aspectos é que os psiquiatras do século passado tinham em comum, a convicção de que a civilização gera a loucura e um discurso que revela uma militância moralista inequívoca. O segundo aspecto seria a crença na predisposição hereditária à insanidade e na vulnerabilidade psíquica de certos grupos raciais: negros e irlandeses nos EUA, e os pobres em geral na Grã-Bretanha. Depois, essa teoria se estende aos negros e povos indígenas, que são considerados neurologicamente mais primitivos, semelhantes a uma criança européia ou a um europeu com lesão no lobo frontal. A psicopatologia do africano, do asiático, do índio e do negro americano é considerada primitiva, infantil e grosseira, pouco desenvolvida e diferenciada em relação à do europeu, correspondendo à sua mentalidade primitiva, pueril e lábil (DALGALARRONDO, 1996).

Paulo Dalgarrondo (1996, p. 31) comenta sobre o racismo do colonizador do século XIX:

Nesse contexto, a associação do crescimento do organicismo na psiquiatria, característica do final do século, ao racismo do neocolonialismo europeu e das ideologias discriminatórias das classes dominantes americanas transforma o selvagem e o negro, de personagens exóticos e simplórios, em portadores de um cérebro primitivo e grosseiro.

Ainda, continuando com a psiquiatria do século XIX, Dalgarrondo (1996, p. 35) comenta:

Na virada do século, a teoria da degeneração e o evolucionismo dominam quase que completamente as teorias etiológicas da loucura. Nesse contexto, os alienistas europeus denunciam que a sífilis e o alcoolismo estariam degenerando as raças brancas daquele continente. Por outro lado, como o primitivo não teria alcançado um estágio evolutivo suficiente, não estaria tão comumente sujeito a esses processos degenerativos. Franco da Rocha (1898), por exemplo, afirma que o negro brasileiro adoce mentalmente mais por causas hereditárias do que pela degeneração produzida pelo álcool e pela sífilis. A doença mental do primitivo fica, portanto, por conta de seu baixo desenvolvimento mental e neurológico. Ele ainda não evoluiu, por assim dizer, para poder começar a degenerar.

Como conclusão quanto a etnopsiquiatria e evolucionismo, Dalgarrondo (1996, p. 42) finaliza:

Não é absurdo pensar que o “louco selvagem” funcionaria como uma prancha de Rorschach na qual o imaginário ocidental “projeta” sem pudor as suas fantasias, seus temores, seu racismo e preconceitos etnocêntricos. Os inícios da etnopsiquiatria revelam, freqüentemente, apenas uma sombra deformada do homem exótico e do seu adoecimento psíquico. A lente que o branco civilizado utiliza deforma profundamente seu objeto, tanto por necessidades e interesses políticos e ideológicos como pela pregnância de noções étnicas profundamente arraigadas no pensamento ocidental.

A partir do exposto acima, podemos perceber que da mesma maneira que Freud se esforça em aproximar a psicanálise da psiquiatria da época e profetiza a necessidade da união à psicanálise se a psiquiatria quiser ter credibilidade e ser cientificamente fundamentada, Kraepelin se esforça, no empreendimento da classificação nosológica dos transtornos, pois considerava que somente desta maneira a psiquiatria seria uma especialidade médica de direito. Fugia da anatomia especulativa, pois a considerava incorreta e incompetente na avaliação nosológica. Isto, porém, não os libertava de alguns preconceitos da época culturalmente impostos e, devido à precariedade da ciência de então, impossíveis de serem comprovados ou refutados.

Podemos dizer, no entanto, que a classificação de Kraepelin abriu as portas para a pesquisa farmacológica, principalmente no que se refere a então denominada “dementia praecox”, hoje esquizofrenia hebefrênica, e a “loucura maníaco-depressiva”, hoje transtorno bipolar.

### **3.1.3 Bendita fluoxetina, maldita fluoxetina: a psicofarmacologia**

As primeiras drogas em psiquiatria começaram a ser sintetizadas na década de cinquenta do século XX. No início, a clorpromazina por Delay e Deniker na França, e depois, já na década de sessenta do mesmo século, os antidepressivos tricíclicos, ou seja: a imipramina, a clomipramina, a amitriptilina e posteriormente a nortriptilina. Isto já é um outro marco na história da psiquiatria, pois podemos imaginar o que é, por exemplo, sintetizar uma droga que acabe com o sofrimento do indivíduo deprimido. Em psiquiatria,

existe um padrão de depressão que denominamos de melancólico (ou com sintomas somáticos), ou seja, apresenta três características que o definem: anedonia (falta de prazer para atividades que antes eram prazerosas), insônia terminal (o indivíduo acorda pela madrugada e não mais consegue conciliar seu sono) e piora matinal (piora dos sintomas depressivos pela manhã). Tal padrão de depressão verifica-se responder de maneira positiva ao uso de tricíclicos.

Com relação aos antidepressivos, anteriormente vieram os inibidores da MAO (monoaminoxidase) e posteriormente, no final dos anos oitenta e início dos anos noventa do século XX, os inibidores seletivos de recaptura de serotonina (ISRS).

O maior expoente desse tipo de antidepressivo, no início, foi a fluoxetina (Prozac). Tornou-se o antidepressivo mais amplamente prescrito no mundo (SADOCK, 2002). O Prozac foi considerada a droga dos “óculos cor de rosa”, ou seja, finalmente a droga do “bom humor”. Todos poderíamos tomar o Prozac, que não aumenta o peso, é mais tolerado pelos idosos e pode ser administrado em cardiopatas. A droga da alegria. Mas, como tudo que é bom dura pouco... logo essa princesa se tornou uma vilã. Essa droga (os ISRS em geral) tem como efeito adverso mais comum a disfunção sexual. A incidência é de 50 a 80%, sendo que as queixas mais comuns são: inibição do orgasmo e redução da libido, ambas doses dependentes. Ao contrário da maioria dos outros efeitos adversos dos ISRS, a disfunção sexual não se resolve após as primeiras semanas de uso, geralmente persistindo enquanto a droga estiver sendo tomada (SADOCK, 2002).

É claro que continua sendo um bom e bastante usado antidepressivo, mas já não é a droga da alegria (princípio de realidade).

Neste contexto, é importante perceber como a psicofarmacologia (do século XX) entra na evolução do pensar, em psiquiatria e psicopatologia, desenvolvido a partir do século XIX.

### **3.1.4 A relação mente-cérebro**

As possíveis relações entre a atividade mental (espírito) e o órgão do corpo humano responsável por essa atividade, ou seja, o cérebro, têm sido objeto de reflexões e discussões filosóficas desde a antiguidade: a relação mente-cérebro. A mente seria um produto da atividade cerebral, seria um epifenômeno ou teria uma autonomia específica? As grandes

correntes filosóficas sobre a relação mente-cérebro podem ser divididas em dois grandes grupos: as visões monistas e as visões dualistas, segundo Dalgalarondo (2000, 41-2).

De acordo com o autor, o *dualismo paralelista* afirma que alma e corpo representam duas espécies de realidade totalmente distintas e autônomas, independente e ininfluenciáveis entre si. Uma e outra coexistem e transcorrem paralelamente, sem interações recíprocas.

O *dualismo epifenomenista* prega que o cérebro produziria ou causaria os fenômenos mentais que, por sua vez, seriam epifenômenos do cérebro, mas que não retroagiriam sobre ele.

No *dualismo interacionista*, temos que há a possibilidade de ação recíproca e de influência mútua entre mente e cérebro (dualismo psicofísico). Embora a alma e o corpo sejam duas realidades distintas, com certa autonomia, uma influencia a outra intimamente, havendo interação constante.

No *monismo materialista*, temos que só a matéria e o movimento são reais e eternos. Nada existe fora da natureza, a imaterialidade da alma é um mito. Os estados mentais são, na verdade, estados físicos. Tudo se reduz à matéria que obedece às leis naturais. A alma é puramente uma atividade fisiológica do cérebro. Uma forma mais sofisticada desse tipo de pensamento foi a chamada “*teoria do duplo aspecto*”, na qual se afirma que o organismo é unitário, porém revela dois aspectos; um físico e um mental, um não se reduzindo ao outro, nem sendo mais válido que o outro. Não há duas realidades, mas dois aspectos de uma só realidade, que em última análise é material.

Dentro do *monismo eliminativo*, temos que nada genuinamente verdadeiro pode ser chamado de “mental” ou “espiritual”. Nega-se a existência factual dos fenômenos mentais.

No *monismo espiritualista*, temos o oposto do monismo materialista. Só o espírito é real. O essencial da realidade é a experiência interna imediata. Tudo se reduziria à experiência subjetiva ou mental do indivíduo. A tese acaba desembocando em um espiritualismo radical que nega a matéria.

Na tese da *identidade matéria-espírito*, os fenômenos naturais (cérebro) e espirituais (mente) são, no fundo, a mesma coisa, tendo-se apenas diferentes vias de acesso a uma mesma e única substância.

Na teoria da *mente enquanto emergente*, os fenômenos mentais são conceitualizados enquanto “emergentes”, relativos ao cérebro. Eles são gerados e constituídos por eventos físicos e físico-químicos da matéria cerebral. Entretanto, os fenômenos mentais são caracterizados, no seu aspecto mais específico e fundamental, por propriedades diferentes e irreduzíveis àquelas do cérebro. Esta tese aproxima-se, na verdade, do *monismo materialista*, na versão da teoria do “*duplo aspecto*”.

Segundo Dalgalarondo (2000, p. 42), a maior parte dos psicopatólogos utiliza uma concepção monista, materialista, em modelos do tipo “duplo aspecto”.

Podemos perceber que as neurociências, na atualidade, caminham pelo mesmo modelo, e sabemos por pesquisas mais recentes que inúmeros fenômenos clínicos e experimentais revelaram uma íntima relação entre fenômenos mentais e ocorrências cerebrais, derrubando a teoria do *dualismo paralelista*. Além disso, muitos fenômenos mentais produzem alterações funcionais e mesmo estruturais do cérebro, derrubando a teoria do *dualismo epifenomenista*.

C. G. Jung (1991b) refere, de uma maneira inovadora para a época, que a natureza da psique depende, em algum modo, dos processos de seu substrato orgânico, e que, como realidade objetiva, ela estaria intimamente relacionada não só com os fenômenos fisiológicos e biológicos, mas também com os fenômenos físicos e, mais intimamente do que todos, com os processos que pertencem ao domínio da física atômica.

Segundo Denise G. Ramos (2006), importante pesquisadora em psicossomática, o progresso na medicina molecular, na neurobiologia e na genética, e a aplicação da teoria quântica na biologia ampliaram nosso modo de ver a relação mente-corpo, conduzindo-nos a uma visão integrativa, mostrando que mente e corpo funcionam como uma unidade significativa.

A autora diz que o termo “psicossomática” tem sido usado para designar uma moléstia sem um diagnóstico claramente orgânico, mas que o uso atual deste termo tem sido modificado, derivado do conhecimento de uma interdependência fundamental entre mente e corpo em todos os estágios de doença e saúde. Este sistema integrado origina-se do princípio holístico, que, segundo a autora, constitui-se de uma força vital formadora de conjuntos em níveis ideológico, biológico e psicológico, e que já se encontrava na teoria e no método psicoterapêutico propostos por C. G. Jung.

Por meio da ciência cognitiva e da genética comportamental, sabemos que o cérebro humano é constituído por cem bilhões de neurônios, e que uma porção substancial da variação em características complexas do comportamento humano não é explicada por efeito de genes ou famílias (PINKER, 2005).

Pesquisas feitas, recentemente, com modelos de inteligência artificial trouxeram algumas informações importantes para o conhecimento, como o inconsciente cognitivo operando através de operações cognitivas automáticas e conhecimento implícito. A atuação do inconsciente cognitivo explica como algumas operações cognitivas acontecem sem participação consciente, ou seja, pela atuação das estruturas (pacotes) de memória não consciente: MOPS (Memory Organization Packets), que organizam cena por cena; e TOPS (Thematic Organization Packets), que são responsáveis pela capacidade de abstração. As pesquisas em ciências cognitivas revelam que os circuitos cerebrais funcionam mais ou menos independentemente uns dos outros. Dados de estudos neurofisiológicos sugerem que as sinapses e, portanto, as conexões entre sistemas neuronais são constantemente modificadas pela experiência, e, tais sistemas neuronais, através de *plasticidade paralela* (processos paralelos de informação das células nervosas), que são coordenados por *moduladores* (certas aminas químicas, que são liberadas diante de estímulos específicos), agem por longa duração. Outra maneira de comunicação dentro dos sistemas neuronais se dá através das chamadas *zonas de convergência*, que são regiões cerebrais onde informações sobre diversos sistemas podem ser integradas. A chamada imperfeição ou dissociação acontece quando os sistemas cerebrais (cognitivo, emocional e motivacional) tornam-se desconectados (EKSTROM, 2004). Por esses modelos da ciência cognitiva, percebemos que as experiências influenciam os circuitos cerebrais e, segundo Jean Knox (1999), temos os chamados *modelos de funcionamento interno*, que seriam padrões estabelecidos na memória implícita (não consciente), formados por experiências de relações acumuladas através da vida com nossas figuras de ligação. Brotam de uma ligação intensa na tenra infância e não estão na mente consciente. O mundo é então filtrado pelos nossos padrões estabelecidos de relação (modelos de funcionamento interno).

De acordo com Ramos (2006), a teoria da transdução proposta por E. L. Rossi, trata da conversão ou transformação de energia ou informação de uma forma em outra, onde o corpo humano é visto como uma rede de sistemas informativos. O símbolo, como

transformador de energia, seria o transdutor para o consciente da informação de um sistema qualquer do organismo e vice-versa.

A autora, na pesquisa com pacientes com sintomatologia orgânica, utiliza o modelo analítico (psicologia analítica) e considera a doença como expressão simbólica. Propõe que o uso do símbolo (como informação que pode interferir nos sistemas dinâmicos do organismo) é certamente uma possibilidade que permitirá um grande avanço nos trabalhos e pesquisas interdisciplinares. Demonstra em suas pesquisas, que o modelo analítico fornece substrato teórico e técnico que, por sua vez, serve de subsídio a diversas áreas do conhecimento e amplia nossa compreensão do fenômeno psique-corpo (RAMOS, 2006, p. 197).

Isto nos revela o quanto cérebro, mente e corpo estão interligados e como realmente se influenciam mutuamente, pois só podemos pensar com um cérebro humano e nossas experiências humanas modificam nossos circuitos cerebrais, modificando novamente nossa atuação.

Longe de querer retornar à anatomia especulativa dos neuropatólogos do século XIX, podemos perceber que existe cada vez mais um movimento de junção mente-cérebro, sem que haja uma submissão do fenômeno mental ao cérebro, mas sim, uma verdadeira conexão.

### **3.1.5 Um acordo possível?**

Após caminharmos em direção à apreensão dos fenômenos psíquicos por meio das correntes da psicopatologia psicodinâmica, psicopatologia estrutural ou da forma, depois de assinalarmos para a atuação da psicofarmacologia, passearmos pelas correntes filosóficas que deram bases a tais pensamentos e investigações, pela psicossomática e pela ciência cognitiva, formulam-se as perguntas: Conseguiremos fazer um acordo entre esses possíveis pontos de vista? Estaria, Freud, correto na sua profecia de junção da psiquiatria e psicanálise? Como poderíamos juntar a visão de sintoma, de acordo com Jung, com a medicação? Quando medicar e quando esperar?

Antes de tentar responder a tais perguntas, considero importante que seja trazida a dimensão histórico-cultural do fenômeno psíquico e outros estudos atuais.

### 3.1.5.1 A psiquiatria transcultural

O projeto da psiquiatria transcultural inicia-se no século XIX, com a publicação da primeira produção sistemática sobre a loucura em povos não-ocidentais: a obra *Recherches sur les aliénés en orient*, de 1843, escrita por Moreau de Tours, que empreendeu uma viagem ao oriente e observou, além dos povos, o uso de haxixe no Egito, droga que experimentou em si mesmo.

Outro expoente da etnopsiquiatria é Emil Kraepelin, já citado anteriormente neste trabalho, que empreendeu uma viagem de estudos ao sudeste asiático, de dezembro de 1903 a abril de 1904. Temos aqui, pela primeira vez, a investigação de forma sistemática da doença mental em populações “exóticas”, através da comparação cuidadosa de 125 doentes “nativos” e 100 europeus, realizada num mesmo período, por Kraepelin, com o mesmo método clínico. A investigação etnopsiquiátrica passou a estudar as diferenças patoplásticas do adoecer mental em diferentes culturas.

Avanços relacionados ao aprimoramento dos métodos da epidemiologia psiquiátrica, segundo Dalgalarrondo (1996), com seu uso em estudos trans-culturais, permitiram, a partir dos anos sessenta, a realização de pesquisas bastante significativas.

Atualmente, alguns pesquisadores da etnopsiquiatria vêm destacando a importância de se tomar as categorias da psiquiatria, como por exemplo, a esquizofrenia, a depressão e fobias, como categorias culturais e relativas, e não naturais e universais. Alguns autores têm tentado demonstrar que uma categoria como a anorexia nervosa, tida como universal, é de fato construída historicamente e sustentada por fatores socioculturais específicos.

É importante não esquecermos, contudo, a existência do que é coletivo e universal no adoecer, que Kraepelin denominou de patogenia. Além disso, existem as diferenças individuais, como bem podemos notar, por exemplo, na esquizofrenia, e que, adicionado à cultura, o mesmo autor denominou patoplastia.

Este novo projeto (etnopsiquiatria), no entanto, busca revelar as determinações culturais da teoria e da prática psiquiátrica, seja qual for o universo cultural no qual os sujeitos envolvidos estejam imersos, e demonstrar como tais determinantes estão presentes no dia-a-dia do pensar e fazer psiquiátrico. Segundo Paulo Dalgalarrondo (1996, p. 10):

Sendo assim, defende-se a proposta de uma psiquiatria sensível à dimensão cultural, na qual a atenção não está apenas voltada à dimensão biológica e psicológica do distúrbio mental, mas também aberta ao universo cultural específico no qual o portador de um distúrbio mental está inserido e que direciona e ressignifica toda a sua experiência pessoal. Além disso, na perspectiva cultural nenhum conceito, categoria diagnóstica e forma de tratamento podem ser tidos como absolutamente naturais, como a priori universais. Desta forma, todos os elementos conceituais podem (e devem) passar pelo crivo de uma análise conceitual rigorosa. É nesse ponto que a própria história dos conceitos, das noções e categorias em etnopsiquiatria ganha importância. As concepções não são apenas “construídas” culturalmente, mas também geradas e ratificadas “historicamente” e essa história precisa ser examinada”.

Tendo visto o histórico da apreensão do fenômeno psíquico, acrescentamos então mais um elemento à nossa análise, o fator sócio-histórico-cultural. Vamos percebendo que fica cada vez mais difícil reduzir o fenômeno psíquico a apenas um tipo de olhar. Talvez porque seja exatamente esta a complexidade do humano e, ao reduzir o fenômeno psíquico, portanto, humano, a qualquer uma das categorias de apreensão do fenômeno, estaríamos quase que retornando, ou nunca saído do século XIX.

### **3.1.5.2 Estudos atuais**

Existe, porém, um autor junguiano que, brilhantemente, procura fazer a junção destes elementos dentro do fenômeno psíquico. Carlos Amadeu Botelho Byington, na revista *Junguiana* de número treze (1995), aborda esta aproximação através da análise da psicopatologia do transtorno obsessivo compulsivo e do espectro histérico à luz das descobertas das aminas biogênicas, dos circuitos cerebrais e do tratamento farmacológico e psicoterapias. O autor refere que, sendo o arquétipo um padrão de funcionamento psicológico, cuja principal característica é a criatividade que engloba o desenvolvimento normal e patológico, ele se torna o conceito ideal para ser ampliado junto com o conceito de símbolo para englobar as três vertentes: a psicodinâmica, a neurológica e a psicofarmacológica na normalidade e na patologia. Segundo Byington (1995, p. 92):

Como parte do genoma humano, os arquétipos correspondem aos padrões de conduta dos animais e podem ser compreendidos também como os

padrões neurológicos típicos de funcionamento do sistema nervoso e neuroquímico das neuro-sinapses, onde operam os psicofármacos, também arquetipicamente, isto é, de forma característica e única em nossa espécie.

O autor denomina de função simbólica a associação criativa da vivência com o todo existencial, exercida no córtex cerebral. Essa função não age a partir da percepção das coisas diretamente, mas, sim, a partir das vivências. O trabalho exercido pela função simbólica sobre as vivências seria a elaboração simbólica. É nesse trabalho que as funções vitais são transformadas (através da vivência da função transcendente) em funções estruturantes do ego, pela articulação criativa do córtex cerebral com o restante do sistema nervoso. Tais funções estruturantes seriam agressividade, medo, inveja, ciúme, ética, etc. Por função transcendente, Jung (1991b) entende o resultado da união dos conteúdos conscientes e inconscientes, que se dá mediante a aproximação de conteúdos opostos. Como visto anteriormente, a elaboração simbólica é possibilitada pela transdução (RAMOS, 2006).

Com relação à dimensão simbólica, Byington (1995, p. 105) diz que:

A importância da dimensão simbólica está na associação da vertente neurológica com a psicodinâmica e a psicofarmacológica, pois o clínico e pesquisador necessitam ter uma consciência operando no Arquétipo da Alteridade para poderem interagir essas variáveis. O dinamismo de alteridade nos leva ao desapego característico dos dinamismos matriarcal e patriarcal que nos fascinam com o redutivismo dos modelos unilaterais.

O autor explica que quando a clomipramina age na pré-sinapse, por exemplo, melhorando um quadro de transtorno obsessivo compulsivo e a exposição comportamental complementa essa melhora, demonstra-se a interação neurológica-psicodinâmica. Focando na elaboração das vivências e na natureza do psíquico, Byington (1995, p. 105) continua:

Todas as atividades humanas são vivências elaboradas simbolicamente no córtex cerebral de forma arquetípica. Estas vivências simbólicas estão imersas em sistemas simbólicos que formam mitos. O fascínio que a vertente neurológica exerce sobre a psique do terapeuta e do pesquisador simbolicamente está dentro do Mito da Encarnação. Ao se ver presente nos núcleos e circuitos cerebrais, a consciência tem uma vivência de transcendência de si mesma e de encontro de suas raízes arquetípicas na matéria. Este fascínio é uma projeção que elabora a natureza da psique e

nos faz conscientizar seu enraizamento no corpo, na natureza, na cultura e nas idéias, imagens e emoções. Como em toda projeção porém, corre-se o risco dela passar de estrutura criativa a defensiva, tornando-se fixa e dando origem ao redutivismo da vertente psicodinâmica a vertente neurológica. A defesa redutivista traz onipotência e pseudo-segurança ao EU e estagna temporariamente o processo de elaboração simbólica.

Byington considera, por exemplo, que, em termos arquetípicos, poderíamos dizer que no TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo) há um enfraquecimento farmacológico do Arquétipo Patriarcal no nível da neuro-sinapse, que permitiria uma exacerbação incontida da idéia obsessiva e uma ativação correspondente do Arquétipo Patriarcal para contê-la e, simbolicamente compreendida, a exposição às obsessões neutraliza a resistência e favorece a elaboração criativa do reprimido.

Pergunta-se se o exposto acima não seria uma junção de todos os aspectos na psique, de que maneira isto é transmitido no ensino da psiquiatria atual e, ainda, se o treino em psicoterapia facilitaria esta elaboração.

Kandel (1979) refere que a proposta da neurobiologia, embora cientificamente mais satisfatória, tem menos significado existencial que a proposta da psiquiatria e psicologia, mas, a psiquiatria e a psicologia devem se juntar à neurobiologia, pois isso enriquece o conhecimento e proporciona uma interação frutífera, com novas formas de abordagens, novas metodologias e novos *insights*. Segundo o autor, os estudos de Rene Spitz, Margareth e Harry Harlow, Hubel e Wiesel (KANDEL, 1979, p. 1031) proporcionam uma evidência direta de que a privação sensorial precoce pode alterar a estrutura do córtex cerebral, e que o aprendizado com a experiência é certamente o aspecto mais marcante do comportamento humano. No homem, como em outros animais, muitas formas de comportamento envolvem alguns aspectos de aprendizado e memória. Muitos problemas psicológicos e emocionais são pensados serem, no mínimo em parte, fruto da experiência. A intervenção psicoterápica tem sucesso no tratamento das desordens mentais por criar uma experiência que ajuda as pessoas a mudarem.

Os estudos têm mostrado, segundo o autor, que a divisão entre o que é orgânico e o que é funcional é artificial. A privação sensorial e o aprendizado têm profundas conseqüências biológicas, causando perturbações efetivas nas conexões sinápticas sob algumas circunstâncias, e reativação das conexões sob outras. Em vez de distinguir as

desordens mentais enquanto biológicas e não biológicas, é mais apropriado perguntar-se, em cada tipo de doença, qual o grau neste processo biológico, determinado pelos fatores genéticos e fatores ambientais, em que grau é devido a agentes tóxicos e infecciosos e em qual nível é socialmente determinada. Em cada caso, mesmo no transtorno mais determinado socialmente, o resultado final é biológico. Ou seja, todo distúrbio psicológico reflete alterações específicas na função neuronal e sináptica. E, se a psicoterapia funciona, funciona por agir nas funções cerebrais, não somente nas sinapses simples, mas nas sinapses como um todo. O que concebemos como nossa mente é a expressão do funcionamento do nosso cérebro.

Em um artigo mais recente, Kandel (1998) lembra que quando Sigmund Freud primeiro explorou as implicações do processo mental inconsciente para o comportamento, ele tentou abordar um modelo neural de comportamento com a intenção de desenvolver uma psicologia científica. Devido à imaturidade das ciências do cérebro daquela época, ele abandonou o modelo biológico por um modelo puramente mentalístico, baseado em relatos verbais de experiências subjetivas. Similarmente, em 1930, Skinner rejeitou as teorias neurológicas de condicionamento operante em favor da descrição objetiva dos fatos observáveis.

O autor descreve, então, um modelo com cinco princípios que pode alinhar o pensamento psiquiátrico e a biologia moderna: 1- Todos os processos mentais, mesmo o mais complexo, derivam de operações cerebrais; 2- Os genes e suas proteínas são importantes determinantes do padrão de interconexões entre neurônios no cérebro e nos detalhes do seu funcionamento; 3- Alterações de genes, por si só, não explicam toda a variância de uma dada doença mental. Fatores sociais de desenvolvimento também contribuem de maneira importante; 4- Alterações na expressão gênica induzida pelo aprendizado trazem mudanças no padrão de conexão neuronal; 5- A psicoterapia é efetiva e produz mudanças duradouras no comportamento, provavelmente, pelo aprendizado, produzindo mudanças na expressão gênica que altera a força de conexão sináptica e proporciona mudanças estruturais que alteram o padrão anatômico de interconexão entre as células nervosas do cérebro.

Segundo o autor, em humanos, a capacidade de modificação da expressão do gene, através do aprendizado (e isto não é geneticamente transmissível), é particularmente efetivo

e leva a um novo tipo de evolução: a evolução cultural. Refere também, que mesmo o transtorno mental que é fortemente determinado por fatores sociais, deve ter um componente biológico, pois essa é a atividade do cérebro que foi modificada. Ou seja, desenvolvimento, estresse e experiências sociais podem alterar a expressão gênica pela modificação da ligação dos reguladores de transcrição entre si e de ligação desses reguladores às regiões reguladoras dos genes. Isto se expressa pelo aumento ou diminuição das conexões sinápticas. O autor refere que a medicação e a psicoterapia provavelmente ajam de maneira sinérgica na melhora do transtorno psiquiátrico e que quando o terapeuta fala com um paciente e este escuta, não há apenas um contato de olhar e de voz, mas a ação da máquina neuronal no cérebro do terapeuta está tendo um efeito indireto na máquina neuronal do cérebro do paciente e vice-versa. O autor nos revela que um dos grandes *insights* da ciência cognitiva neuronal é o estudo da memória como sendo de duas formas: explícita (hipocampo e lobo temporal medial), que reconhece a informação consciente cotidiana; e a memória implícita, que é uma memória inconsciente para estratégias motoras e perceptuais, necessitando de um sistema sensorial e motor específico, assim como do cerebelo e gânglios da base. O autor pergunta se seria esta a base biológica dos processos mentais inconscientes, e como o inconsciente poderia se transformar como resultado da terapia analítica. Segundo Kandel, existem muitos desafios, mas, uma psicanálise de base biológica, ligada às neurociências, poderá redefinir a sua utilidade como uma efetiva perspectiva em certas desordens e, poderá cumprir sua promessa inicial, ajudando a revolucionar nosso entendimento da mente e cérebro.

Gabbard (2000) concorda com Kandel (1998), através de outros estudos onde os autores confirmam que estresse precoce na infância, como o abuso sexual, por exemplo, predispõe a alterações na resposta ao estresse quando adulto. Seguindo Kandel, diz que as medicações têm um efeito “psicológico” em adição ao seu impacto no cérebro, e as intervenções psicoterápicas o afetam, em adição ao seu impacto “psicológico”. O autor cita estudos (GABBARD, 2000, p. 120) que confirmam a noção de que as relações precoces de ligação são internalizadas e codificadas na memória processual, fazendo parte da memória implícita.

Gabbard lembra que o que é ordinariamente referido como transferência é, em parte, relacionada à memória processual e implícita, e as defesas podem ser conceitualizadas como

uma forma de conhecimento processual que se torna codificado na regulação dos estados afetivos associados com relações junto a objetos internalizados, envolvendo também a memória declarativa, que consta de crenças e expectativas.

Outros estudos citados pelo autor sugerem que a psicoterapia é uma nova relação de ligação que é hábil para reestruturar a memória processual implícita de ligação. Os protótipos internalizados podem ser modificados por novas interações com o terapeuta, que são novamente internalizadas pelo paciente. Este modelo requer um engajamento afetivo por parte do terapeuta, porque aprendizado afetivo implícito depende de uma vívida experiência afetiva do terapeuta.

O autor finaliza o artigo dizendo que as evidências sobre o impacto da psicoterapia no cérebro e o mútuo impacto entre meio e genes, abrem novas linhas de investigação que podem aumentar nossa compreensão sobre psicopatologia e tratamento. Isto inclui: mecanismo de ação da psicoterapia, a inter-relação entre os mecanismos de ação da psicoterapia e medicação, clarificação do entendimento da patogênese em si, a maleabilidade de alguns componentes dos mecanismos patogênicos das desordens maiores na psiquiatria e medidas preventivas que possam alterar a maneira como os pais interagem com os seus filhos e, então, influenciar na expressão genética de vulnerabilidades herdadas. Isto nos leva a pensar, segundo o autor, em intervenções que possam promover a expressão do gene associada à saúde, às forças adaptativas e outras designadas a militar contra a influência danosa do trauma e negligência, embora os estudos com mudanças cerebrais e psicoterapia sejam preliminares, com a necessidade de replicação, e as ações da psicoterapia no cérebro são bastante especulativas até agora.

Em um estudo de cohort epidemiológico, Caspi e cols. (2003), avaliaram um total de 847 indivíduos caucasianos, não maoris, nas idades de 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 21 anos e depois 26 anos. Os indivíduos foram divididos em três grupos, de acordo com o genótipo do gene 5HTTLPR (gene que regula a região que transporta a serotonina). Os genótipos eram: s/s (17%), ou seja, um par de alelos curtos, s/L (51%) um alelo curto e um longo e LL (31%) um par de alelos longos. Foram avaliados eventos estressantes de vida dos 21 aos 26 anos por um calendário de história de vida. Para avaliar depressão, usou-se o Diagnostic Interview Schedule e o DSM IV, com a coleta de informações de pessoas próximas aos indivíduos.

A análise mostrou que a interação do gene 5HTTLPR com eventos de vida é preditivo de sintomas depressivos, potencial suicida e diagnóstico de depressão (genótipo s/s e s/L).

Dentro da hipótese genoma x meio, segundo os autores, estudos mostram que maus tratos na infância predizem depressão no adulto, nos indivíduos que carregam um alelo curto (s) e não nos que carregam dois alelos longos (LL). Os autores referem que os achados sobre os genes 5HTTLPR e o gene MAOA (responsável pela neurotransmissão da enzima monoaminoxidase A) apontam para um modelo evolucionário diferente do que aquele em que os genes causam doenças. Este modelo assume que as variações genéticas mantidas em alta prevalência na população, provavelmente ajam para promover a resistência do organismo à patogênese do meio. Os autores estendem o conceito de patogênese do meio incluindo experiências de vida estressantes e traumáticas, propondo que os efeitos dos genes podem estar revelados quando esses patógenos são medidos (nos estudos naturalísticos) ou manipulados (em estudos experimentais). Hoje, segundo os autores, poucos estudos de linkage detectam genes, muitos estudos com genes falham na replicação e genes que replicam contribuem para pouca variação no fenótipo. Se replicados, estes achados de genoma x meio, explicam os autores, eles terão implicações para melhorar as pesquisas em genética psiquiátrica. A penetrância incompleta de gene, a maior fonte de erro nos estudos de linkage, segundo os autores, podem ser explicados se os efeitos de um gene são expressos somente entre os membros de uma família expostos aos riscos do meio. Se a exposição a riscos difere entre as amostras, os genes candidatos podem falhar na replicação. Se a exposição aos riscos difere entre os participantes de uma amostra, dentro de uma amostra, os genes podem contar para uma pequena variação no fenótipo. Os autores especulam que algumas desordens multifatoriais, em vez de resultar de variações em muitos genes de pequeno efeito, podem resultar de variações em poucos genes, cujos efeitos são condicionais à exposição aos riscos do meio.

Pesquisadores brasileiros e estrangeiros, trabalhando em conjunto na Universidade de Londres, na Brown Medical School nos Estados Unidos e na Unifesp em São Paulo declaram que estudos realizados tanto em animais como em humanos sugerem que o estresse nas fases iniciais de desenvolvimento podem induzir alterações persistentes na capacidade do eixo HPA (Hipotálamo-Hipófise-Adrenal), em responder ao estresse na vida adulta e que esse mecanismo pode levar a uma maior suscetibilidade à depressão

(JURUENA, 2004). Ainda, segundo este autor, devido a uma ampla variedade de estressores ativarem comprovadamente o eixo HPA, devido aos glicocorticóides serem o produto final da ativação do eixo HPA, esses hormônios têm sido mais comumente vistos como os agentes provocadores, ou até, em casos extremos, como a corporificação da patologia induzida pelo estresse. É sugerido que a prolongada superprodução de glicocorticóides, seja como resultado de um estresse em curso ou de uma predisposição genética para a hiperatividade do eixo HPA, danifica as estruturas cerebrais (especialmente o hipocampo) essenciais para o controle do eixo HPA. Tem-se levantado a hipótese de que esse dano, por sua vez, leve a um circuito de pró-alimentação, em que os estressores permanentes estimulem a superprodução de glicocorticóides indefinidamente. Devido à capacidade das altas concentrações de glicocorticóides alterarem o funcionamento celular, podendo levar a um grande número de enfermidades, considera-se que essa superprodução de hormônios glicocorticóides contribua diretamente para muitas das seqüelas comportamentais e psicológicas associadas ao estresse crônico (JURUENA, 2004).

Um outro artigo recente refere um estudo feito com ratos de laboratório, em que os ratos recém-natos foram divididos em três grupos (sob condições padronizadas de observação). Um dos grupos cresceu naturalmente, o outro foi retirado da mãe por quinze minutos (diariamente) até o crescimento total e o outro grupo foi retirado do contato com a mãe diariamente durante 180 minutos. Após o crescimento dos três grupos de ratos, foi verificado que os grupo dos ratos com separação materna apresentou uma resposta alterada ao estresse. Após um evento estressante, todos os ratos tiveram uma resposta aumentada de cortisol, mas o grupo não separado da mãe teve uma resposta menor. Esses resultados demonstraram o efeito deletério da separação materna ao eixo HPA e os efeitos benéficos da estimulação não aversiva no período neonatal (FEIJÓ DE MELO, 2003). Outros estudos realizados com animais, citados pela mesma autora, são consistentes com esses achados.

Apesar desses estudos serem feitos com animais, os dados têm suportado o ponto de vista de que aspectos da relação precoce entre mãe e criança têm um efeito prolongado no desenvolvimento psicológico, particularmente no desenvolvimento da ansiedade aguda. Esses efeitos parecem estar associados às alterações duradouras em ambos neurotransmissores, noradrenérgicos e serotonérgicos, assim como do eixo HPA, evidenciando a complexidade e a persistência dos efeitos das adversidades precoces,

alcançando o sistema neuromodulatório pertinente à regulação emocional (FEIJÓ DE MELO, 2003). Como conclusão do estudo, a autora refere que os estudos revisados para esse trabalho sugerem que a hiperatividade do eixo HPA em adultos com depressão e ansiedade podem constituir uma ligação entre a ocorrência da adversidade na infância e o desenvolvimento da psicopatologia no adulto. Tomados juntos, os achados de estudos com animais em laboratório e em humanos sugerem que um trauma precoce na vida pode resultar, por um tempo prolongado, se não permanente, em hiperatividade do eixo HPA. Isto poderia causar alterações nos receptores de glicocorticóides e então contribuir para a patogênese dos transtornos de humor e ansiedade. A autora finaliza o artigo reforçando a necessidade de se pensar em modelos de intervenções psicossociais e neurobiológicos para mitigar ou prevenir os efeitos deletérios das adversidades precoces na vida (FEIJÓ DE MELO, 2003).

Em um estudo canadense, Goldapple e cols. (2004) avaliaram as mudanças de neuroimagem por PET-SCAN (tomografia por emissão de pósitron) em 17 pacientes com depressão maior, que foram submetidos à terapia cognitivo-comportamental individual por 15 a 20 sessões. Esse grupo foi comparado com um outro grupo de pacientes que fez uso de paroxetina (ISRS). Os autores dizem que quando comparados os tratamentos, os específicos padrões de mudanças nos respondedores à terapia cognitivo-comportamental e a paroxetina suportam as hipóteses iniciais dos autores de que cada tratamento alcança diferentes sítios primários, ou seja, no córtex frontal e cingulado com terapia cognitivo-comportamental e regiões límbicas e subcorticais com farmacoterapia, ambos resultando em uma mudança de rede em vias críticas pré-frontais e hipocampais.

Segundo os autores, anedoticamente, muitos dos pacientes no grupo de terapia cognitivo-comportamental que tinham sido previamente tratados com medicação, expressaram forte desinteresse em repetir a farmacoterapia. De fato, muitos demonstraram considerável *insight*, acreditando que os pensamentos e crenças negativas eram responsáveis por causar e manter o estado depressivo. Em adição, aqueles que tinham usado medicação antidepressiva no passado, tendiam a minimizar a sua efetividade devido à associação com efeitos adversos. Esses relatos subjetivos podem proporcionar alvos importantes, segundo os autores, para futuras investigações do preditivo valor de preferência de tratamento por parte do paciente e suas correlações neurais.

Ellison (2005) sinaliza que o residente necessita saber que a adição da psicoterapia a farmacoterapia, tem sido descrita, em várias condições, como facilitadora da adesão ao regime de medicação prescrita, além de aumentar o alerta cognitivo, emocional e, o alerta dos fatores interpessoais que afetam os sintomas. A psicoterapia pode aumentar o grau de resolução do sintoma, adquirida através da farmacoterapia, pode também, melhorar os sintomas menos acessíveis às abordagens somáticas, aumentar o grau de resposta no tratamento de pacientes resistentes, reforçar a estabilidade da remissão e ajudar o paciente a aumentar seu gerenciamento nos alvos do tratamento. O autor recomenda que o *currículo* dos residentes em farmacoterapia, deva conter não somente as bases do diagnóstico e tratamento, mas também os contextos profissionais e sociais, que incluem implicações econômicas dos padrões de prescrição, pesquisa e métodos de análise de dados dos quais foi derivado o tratamento baseado em evidência, risco de manejo e psicodinâmica da farmacoterapia.

Finalizando e trazendo a análise do que foi exposto para dentro da psiquiatria atual, do ensino e pesquisa em psiquiatria, é importante que tenhamos esta visão abrangente dos fenômenos psíquicos para que possamos formar indivíduos pensantes e atuantes não apenas como “fazedores de entrevista padronizada” e “checadores de sintomas”, mas como indivíduos que pensam e transformam, com o refletir, o seu meio.

É também oportuno reproduzir aqui um apelo da editora do periódico *American Journal of Psychiatry*. Diz Andreasen (2001, p. 675):

Cada um de nós, da maneira que possamos, devemos lutar contra a variedade de idéias perversas que denigre ou diminui esta única contribuição: que a história possa ser obtida por um checklist computadorizado, ou que fazer uma narrativa histórica é uma perda de tempo, ou que a prática de psiquiatria deva ser limitada à prescrição de medicações, ou qualquer outro tipo de injunção que tentam desumanizar ou destruir a essência da prática psiquiátrica. Escrever este editorial é o meu pequeno esforço na batalha na qual muitos de nós lutam para preservar a essência humanística da psiquiatria. Eu imploro que outros façam um esforço, cada qual no seu contexto individual. Trabalhando coletivamente dentro desta visão compartilhada, nós podemos fazer a diferença.

Percebe-se o quanto todos os aspectos estão ligados e não podem ser separados. Conexões sinápticas produzem fenômenos mentais e experiências agem na expressão gênica, que modulam circuitos cerebrais. Neste contexto, torna-se importante atinar em como preservar a essência humanística da psiquiatria. Há uma necessidade de mudança de escuta do psiquiatra com sua formação médica para outro tipo de escuta; uma maneira de ouvir o paciente além de suas queixas perceptíveis. Depois da junção, através da compreensão simbólica, do que é biológico, psicodinâmico e sociocultural e de pesquisas recentes, observemos então, a escuta dentro da visão psicodinâmica.

### **3.2 Da medicina a psicoterapia: uma mudança de escuta**

#### **Uma história da visão psicodinâmica**

Já te percebo o ofício, ilustre herói! Nada de grande o teu furor destrói. Começas, pois, no que é pequeno.

Goethe (1997, p. 72).

Em sua formação, o médico aprende a ouvir o seu paciente em suas queixas, em geral, tanto físicas, quanto psíquicas. Mas há uma diferença entre esta escuta e a escuta psicoterápica. O treino do médico o habilita para uma escuta concreta dos sintomas, já que está preocupado em organizar os sintomas do paciente em síndromes nosológicas, a fim de poder identificar o transtorno e tratá-lo. Apenas como curiosidade, observemos o juramento do médico ao se formar:

Eu juro, por Apolo médico, por Esculápio, Hígia e Panacea, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue:

Estimar, tanto quanto a meus pais, aquele que me ensinou esta arte; fazer vida comum e, se necessário for, com ele partilhar meus bens; ter seus filhos por meus próprios irmãos; ensinar-lhe esta arte, se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração e nem compromisso escrito; fazer participar dos preceitos, das lições e de todo o resto do ensino, meus filhos, os de meu mestre e os discípulos inscritos segundo os regulamentos da profissão, porém, só a estes.

Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém.

A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal, nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva.

Conservarei imaculada minha vida e minha arte.

Não praticarei a talha, mesmo sobre um calculado confirmado; deixarei essa

operação aos práticos que disso cuidam.

Em toda casa, aí entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo dano voluntário e de toda sedução, sobretudo dos prazeres do amor, com as mulheres ou com os homens livres ou escravizados.

Àquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto.

Se eu cumprir este juramento com fidelidade, que me seja dado gozar felizmente da vida e da minha profissão, honrado para sempre entre os homens; se eu dele

me afastar ou infringir, o contrário aconteça (JURAMENTO DE HIPÓCRATES, 2007).

A escuta psicoterápica, por outro lado, orienta-se pelo que é subjetivo e singular, a fim de desvelar o que está por trás do dito objetivo. Com o propósito de aprofundamento nesta questão, voltemos ao seu início histórico.

No final do século XIX, neurose significava uma doença psiquiátrica causada pelas mudanças na função cerebral, na qual lesões orgânicas não eram encontradas e, diferentemente das psicoses, tinham um caráter hereditário muito menos proeminente. As duas maiores neuroses eram neurastenia e histeria.

Com relação à neurastenia, o termo foi primeiramente citado pelo neurologista americano George Miller Beard em 1869, para descrever uma síndrome de exaustão física e mental que tinha sido previamente chamada de hipocondria (ELLENBERGER, 1970). Era prevalente na classe média européia e americana até 1920, e tratada com exercícios, massagem e isolamento dos pais. Os conceitos de histeria foram influenciados pelo desenvolvimento da hipnose. Uma forma de hipnose não reconhecida foi praticada no século XVIII pelo médico austríaco Franz Anton Mesmer, que tratou com sucesso a histeria e muitas outras doenças, colocando as pacientes em transe e invocando os poderes curadores de um fluido invisível e impalpável que ele chamou “magnetismo animal”.

Em 1843, o cirurgião inglês James Braid mostrou que a influência de Mesmer era causada por uma impressão subjetiva do centro nervoso. Braid chamou isto de “neurohipnotismo”, que mais tarde passou a chamar-se hipnotismo.

No ano de 1880, Jean Martin Charcot, primeiro professor de doenças do sistema nervoso da Universidade de Paris, começou usando a hipnose para estudar os sintomas das pacientes do hospital Salpêtrière. Através da hipnose, ele era capaz de produzir muitos dos sintomas histéricos e, erroneamente, considerou que a hipnose era um estado patológico que ocorria somente em histéricas. Esta hipótese foi refutada por dois hipnotistas franceses, Ambroise August Liébeault e Hippolyte Bernheim, mostrando que muitas pessoas poderiam ser hipnotizadas e que a hipnose poderia ser usada como um procedimento psicoterápico nas doenças neuróticas.

Outro personagem importante na história do inconsciente foi Pierre Janet, autor do livro *Automatismo psicológico*, que iniciou suas pesquisas com pacientes portadoras de histeria e outras neuroses. Em 1893, Janet (colaborador de Charcot) fez uma revisão das várias teorias sobre histeria que tinham sido propostas até então. Ele rejeitou as propostas puramente neurológicas e aquelas que falavam em ser, a histeria, fingimento. Seguindo Briquet e Charcot, Janet considerou a histeria como uma doença psicogênica. Mas é importante aqui contextualizar que o conceito de neurose de Janet não pertence à teoria organicista pura, nem à teoria psicogênica pura. Na histeria, assim como na psicastenia, ele distinguiu um processo psicogenético derivado de eventos de vida, idéias fixas e um substrato orgânico, isto é, uma predisposição neurótica (ELLENBERGER, 1970).

A disputa entre pacientes neuróticos e hipnose estimularam o jovem médico vienense Sigmund Freud, que tinha estudado com Charcot e observado os trabalhos de Liébeault e Bernheim, a estudar as pacientes histéricas. Segundo Donald Meltzer (1989, p. 31):

Freud não se tornou um psicólogo facilmente, e foi somente em 1910 que passou a denominar-se como tal. Seu interesse pelos trabalhos de Charcot em Paris, Liébeault e Bernheim em Nancy, não estava primariamente voltado para a compreensão da mente, mas do cérebro. A fenomenologia da dissociação da consciência, estados de fuga, hipnose, sugestão e sonhos atraiu seu interesse não como vicissitudes das experiências emocionais e intelectuais da vida das pessoas, mas como evidências de um complexo funcionamento do cérebro e de suas disfunções. A possibilidade de danos cerebrais, tendências herdadas, doenças degenerativas (e, obviamente, a

suspeita universal da sífilis do sistema nervoso central) gravitavam constantemente na periferia de sua mente. Na colaboração com Breuer e publicação dos “Estudos sobre a Histeria” (1895), a abordagem inicial daquele que viria ser o trabalho de sua vida era puramente médica, visando o alívio dos sintomas.

Percebemos então, que Freud, apesar da influência do romantismo, descende, principalmente, da formação médica, do iluminismo e do positivismo, iniciando suas pesquisas dentro da visão médico-científica da época. De acordo com Meltzer (1989), o campo que Freud penetrou com a ajuda de Breuer era dominado por conceitos que estabeleciam uma separação entre psicopatologia e normalidade, com base na suposição subjacente, de danos cerebrais. Isso engendrou termos tais como “degeneração”, suposição de “traços hereditários”, suspeita de sífilis congênita ou adquirida, ou a desqualificação do fato através de fingimento.

Ainda, segundo Meltzer (1989, p. 50-1):

O Freud do “Projeto” não poderia ter outras concepções apesar de seu trabalho com Breuer, que já contava seis anos. Naquela publicação essa noção de “cérebro” já havia cedido o seu lugar de “etiologia específica” para a idéia de “predisposição”. Embora Freud nunca tenha adotado completamente a idéia de Breuer do “estado hipnóide” como pré-condição para a formação de sintomas histéricos (e finalmente a tenha abandonado abertamente no “fragmento”), fica claro pela correspondência com Fliess, que mesmo na época em que escreveu o caso “Dora” ainda não havia renunciado à idéia de “fatores orgânicos”. Estes, entretanto, passaram a ser ligados a processos bioquímicos que ele supunha subjacentes à bissexualidade (notem que os hormônios ainda não tinham sido descobertos). Quando escreveu em 1896 que a “etiologia específica” da histeria devia-se a uma sedução traumática na infância, ainda pensava que aquela agia sobre uma predisposição sexual orgânica possibilitando que a histeria viesse a aparecer posteriormente. Provavelmente é correto dizer que Freud nunca tenha se libertado completamente das concepções neurofisiológicas e biológicas a respeito da predisposição, mas com toda a certeza abandonou o conceito de cérebro pelo de mente ao assumir-se como “psicólogo”.

Aqui começamos a notar um ponto de clivagem, quando Freud então abandona o conceito de cérebro pelo de mente. O fenômeno psíquico passa então a ser considerado enquanto fenômeno da mente, e não mais confinada ao cérebro (estrutura orgânica).

Continuando com Meltzer (1989, p. 52):

A economia mental ainda era apresentada segundo o modelo energético, quantitativo, hidrostático, através da idéia de “investimento”; mas a tentativa de diferenciar entre motivos, razões, tendências, impulsos, objetos, escolha de objeto, escolha de neurose, o equilíbrio entre progressão e regressão e outras maneiras de formular a questão da qualidade, colocavam num plano inferior os modelos mais físicos e neurofísicos. A categoria genética permanecia firmemente entrincheirada no “Três Ensaio” e no “Fragmento”. Evidentemente, a esperança de “uma análise completa” começava a ser abandonada, pois dependia excessivamente da idéia de trauma como causa última da cadeia patológica de acontecimentos. A comprovação cedia lugar à compreensão, e o poder terapêutico da análise não mais podia ser atribuído à imposição do analista sobre o paciente, mas deveria aguardar que o paciente pudesse usar as percepções que o analista tornaria disponíveis. A humildade do primeiro psicanalista estava a léguas de distância do psicoterapeuta autoritário e exigente dos “Estudos”.

Notamos então que, assim como Freud (por formação neurologista), no caminho percorrido pelo médico (psiquiatra) entre a medicina e tornar-se psicoterapeuta, fazem-se necessárias algumas mudanças. O fato da mudança de abordagem, de cérebro para mente (o que vai além do cérebro), para a explicação do fenômeno psíquico, como também a observação de que o poder terapêutico da análise não mais podia ser atribuído à imposição do analista sobre o paciente, inicia o deslocamento do poder da figura do terapeuta.

Percebemos que isso faz com que essa trajetória vá desfazendo o endeusamento da figura do médico (terapeuta), colocando-o numa posição relativa, quanto ao efeito do processo terapêutico. Estamos fazendo uma analogia com Freud, no seu processo entre ser médico e tornar-se um psicanalista e Donald Meltzer refere que Freud, ao longo dos anos, gradualmente passou por uma metamorfose, indo de neurofisiologista determinista do “Projeto para uma psicologia científica” a psicólogo fenomenologista da “Análise terminável e interminável”.

Outro ponto importante na análise dos pontos de clivagem dessa mudança está na idéia de transferência, fenômeno conceituado por Freud. No volume VII das obras completas (Um caso de histeria – Três ensaios sobre sexualidade e outros trabalhos), Freud (1989, p. 112) indaga e reflete:

O que são transferências? São reedições, reproduções das moções e fantasias que durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico. Dito de outra maneira: toda uma série de experiências psíquicas prévias é revivida, não como algo passado, mas como um vínculo atual com a figura do médico. Algumas dessas transferências em nada se diferenciam do seu modelo, no tocante ao conteúdo, senão por essa substituição. São, portanto, para prosseguir na metáfora, simples reimpressões, reedições inalteradas. Outras se fazem com mais arte: passam por uma moderação do seu conteúdo, uma sublimação, como costume dizer, podendo até tornar-se conscientes ao se apoiarem em alguma particularidade real habilmente aproveitada da pessoa ou das circunstâncias do médico. São, portanto, edições revistas, e não mais reimpressões.

Nessa época, considerava que o tratamento psicanalítico não criava a transferência, mas simplesmente a revelava, como também revelava outras coisas ocultas na vida anímica.

Mais tarde (1911-1913), ao falar de amor transferencial, Freud diz que o analista evoca este amor, ao instituir o tratamento analítico a fim de curar a neurose. Trata-se, pois, para Freud, de consequência inevitável, tal como a exposição do corpo de um paciente ou a comunicação de um segredo vital e que o médico (terapeuta) não deveria tirar vantagem disso, por motivos éticos, além de que não se tratava de situação real, e sim de uma capacidade de amor prejudicada por fixações infantis.

Percebemos então em Freud, que nesse trajeto da neurofisiologia para a psicanálise, vai descobrindo instâncias importantes, que apenas com a visão neurofisiológica não teria podido contemplar.

A mudança de visão de cérebro para mente, na abordagem dos fenômenos psíquicos, torna Freud mais cuidadoso e mais humilde. Segundo Freud (1969, p. 221):

O psicanalista sabe que está trabalhando com forças altamente explosivas e que precisa avançar com tanta cautela e escrúpulo quanto um químico. Mas quando foram os químicos proibidos, devido ao perigo, de manejar substâncias explosivas, que são indispensáveis, por causa de seus efeitos?

E, ainda nesse mesmo trabalho, Freud (1969, p. 221) refere:

Não; na clínica médica sempre haverá lugar para o “ferrum” e para o “ignis”, lado a lado com a “medicina”; e, da mesma maneira, nunca seremos capazes de passar sem uma psicanálise estritamente regular e forte, que não tenha medo de manejar os mais perigosos impulsos mentais e de obter domínio sobre eles, em benefício do paciente.

A idéia de contratransferência, segundo Meltzer, somente aparecerá por volta de 1915, quando Freud relata que se tornou consciente das limitações dos analistas; que esses são limitados pela percepção que têm de seus próprios complexos e pela contratransferência resultante. Isto coloca o terapeuta numa posição ativa dentro do fenômeno, não mais como propiciador da cura (médica), não mais como o indivíduo com a visão correta; mas um indivíduo com os seus próprios preconceitos.

Carl Gustav Jung (1990), por sua vez, mostra-nos sobre transferência e contratransferência, uma visão um pouco diferente da de Freud. Este psiquiatra suíço aproxima-se de Freud, por interessar-se por suas idéias, sendo que tinha por formação a psiquiatria clássica de Bleuler.

Jung escreve sobre o fenômeno, colocando o terapeuta numa posição também ativa nessa relação. Refere que o analista fica contaminado por essas imagens mnêmicas (transferências), pois motiva o paciente a revelar-lhe os seus mais íntimos segredos.

Jung atenta para o fato de que, ainda que as projeções sejam retro analisadas até a sua origem, mesmo assim permanece a exigência, por parte do paciente, de relacionar-se com um ser humano; exigência esta que deveria ser satisfeita, pois o homem sem qualquer espécie de relação humana cai no vazio.

Para Jung, a postura do terapeuta muito contribuía para a manutenção da projeção idealizada por parte do paciente. Coloca em igualdade de importância o método e a personalidade do terapeuta. Através da idéia de individuação, revela-nos que a tarefa do analista não é destruir, mas cercar de cuidados e alimentar o broto que quer crescer, até tornar-se finalmente capaz de desempenhar o seu papel dentro da totalidade da alma.

É mediante a alquimia (processos alquímicos) que vê, de uma maneira arquetípica, a relação transferencial, ou seja, mediante a imagem da união dos opostos (*unio mystica*).

Jung considera que o paciente transmite ao terapeuta um conteúdo ativado do inconsciente, e isto faz com que o material inconsciente correspondente se constele no último, através da ação de projeções. Terapeuta e paciente encontram-se, assim, numa

relação fundada na inconsciência mútua. Com a contaminação inconsciente, nos é oferecida uma possibilidade terapêutica de inestimável valor, pois realiza a transferência da doença para quem está tratando dele. São ativados no terapeuta conteúdos latentes (JUNG, 1990).

Mediante a projeção, o terapeuta passa a ser incluído numa estranha atmosfera incestuosa familiar. Jung indagava se era de um instinto incestuoso genuíno, ou se a fantasia incestuosa, realmente apenas simbólica, tratava-se no caso de uma reativação do arquétipo incestuoso, que desempenha um papel de fundamental importância na história do espírito.

Jung considera, que, nesse aspecto incestuoso, escondem-se os sentimentos mais secretos, mais constrangedores, mais intensos e cheios de ternura, mais pudicos e vergonhosos, angustiantes e despropositados, os sentimentos mais imorais e, ao mesmo tempo, mais sagrados, que constituem a multiplicidade indescritível e inexplicável das formas de relacionamento humano, e as revestem de compulsividade. Tais sentimentos se enroscam invisivelmente nos pais e nos filhos, e numa situação de transferência, também no terapeuta e paciente. “Possessão” seria o termo que definiria, segundo Jung, esse estado.

Para o autor, o incesto simboliza, em última instância, a união do ser consigo mesmo, a individuação ou a auto-realização e, devido ao significado extremamente vital da mesma, exerce um fascínio por vezes apavorante, se não na realidade, pelo menos na vida psíquica controlada pelo inconsciente. O tratamento clínico da transferência seria uma oportunidade rara para a retirada das projeções e integração da personalidade. O incesto seria um símbolo do retrocesso, mas também do avanço no sentido de integração da personalidade, ou seja, de individuação. O processo de individuação, segundo Jung, tem dois aspectos fundamentais: por um lado é um processo interior e subjetivo de integração, por outro, é um processo objetivo de relação com o outro, tão indispensável quanto o primeiro. Um não pode existir sem o outro, embora, dependendo do momento, um ou outro aspecto prevaleça. A libido de parentesco (incesto), que se apresenta na transferência, é um instinto que quer o vínculo humano, sendo, para Jung, exatamente, o núcleo do fenômeno da transferência, que é impossível eliminar, porquanto a relação com o Si-Mesmo é ao mesmo tempo a relação com o próximo (JUNG, 1990).

Como refere Jung, a problemática da transferência é complexa e multifacetada e o desejo de simplificação é perigoso, pois isso significaria violentar os fatos.

Tanto Freud, como já citado, quanto Jung, consideravam de fundamental importância o cuidado com a vivência contrária, ou seja, contratransferencial. Freud atenta para o cuidado com a neutralidade e com a humildade egóica com que o analista deveria trabalhar, e Jung, por sua vez, traz a vivência dentro do vaso alquímico, onde as projeções se dão o tempo todo tanto do lado do analista como do analisando, devendo o analista estar atento a isto. Tudo isto sendo ou não possibilitado pelo simbolismo da divindade mercurial (JUNG, 1990).

Com isso, percebe-se que o conhecimento dos fenômenos psíquicos através do olhar da psicodinâmica proporciona uma mudança de escuta. Esta mudança de escuta traz uma transformação em como vemos o paciente. Isto com certeza significará um abalo no poder da condição médica, mas uma aproximação maior e mais real do fenômeno psíquico. Considero que o estágio de psicoterapia proporciona esta mudança de escuta, mesmo para o residente que não vá se tornar um terapeuta. E, então talvez, poderão os médicos, com esta transformação, entender um pouco mais o juramento do psicólogo ao se formar:

Como psicólogo eu juro que ao penetrar no íntimo dos meus semelhantes, estarei tentando compreendê-los e ajudá-los esforçando-me em dissipar-lhes os medos, dúvidas e angústias, fazendo com que tenham em si mesmos o controle de suas emoções e problemas, para com isso abrir-lhes o espírito, auxiliando-os na conquista de seus ideais, de felicidade e realização (JURAMENTO DO PSICÓLOGO, 2007).

Torna-se importante apresentar agora as idéias de Jung, na compreensão desta escuta diferente.

### **3.2.1 Pressupostos da psicologia analítica para uma compreensão da psicoterapia**

Em outros capítulos foram expostas idéias e conceitos da teoria de Jung. Aqui, aprofundaremos alguns conceitos de fundamental importância para a compreensão da psicodinâmica, segundo Carl Gustav Jung.

Jung rompe com Freud por discordar da noção de libido da psicanálise. Para Freud, a proibição do incesto, nas culturas, evidenciava o forte desejo (de incesto) e a necessidade de reprimi-lo. É importante trazer aqui um trecho da carta de Jung a Freud, onde este assunto é tratado (McGUIRE, 1993, p. 510):

Na minha opinião, a barreira do incesto não pode ser explicada pela redução à possibilidade de verdadeiro incesto, assim como o culto animal não pode ser explicado por redução à verdadeira bestialidade. O culto animal é explicado por um desenvolvimento psicológico infinitamente longo que é de importância primordial, e não por tendências bestiais primitivas – estas nada mais são do que a pedreira que fornece o material para a construção do templo. (O templo é branco, amarelo ou vermelho, de acordo com o material usado). Como as pedras de um templo, o tabu do incesto é o símbolo ou veículo de um significado especial e mais amplo, que pouco tem a ver com o incesto de verdade, assim como a histeria com o trauma sexual, o culto animal com a tendência à bestialidade e o templo com a pedra (ou melhor ainda, com a primitiva moradia de cuja forma é derivado). Espero haver-me expressado um pouquinho melhor desta vez.

Freud, por sua vez, responde, expondo a divergência que já se estabelecia entre ambos (McGUIRE, 1993, p. 511):

Na questão da libido, finalmente, vejo a que ponto a sua concepção difere da minha. (Estou me referindo, é claro, ao incesto, mas pensando nas suas anunciadas modificações no conceito de libido). O que não consigo ainda compreender é porque razão o senhor abandonou a concepção mais antiga, e que outra origem e motivação a proibição do incesto pode ter. Naturalmente, não espero que o senhor me explique essa difícil matéria mais plenamente por carta; serei paciente até que o senhor publique as suas idéias sobre o tema.

Percebe-se nestas cartas a diferença fundamental do ponto de vista de cada um. Para Jung, o incesto fazia parte de um fenômeno mais amplo do que apenas o simbolismo do desejo sexual.

### **3.2.1.1 Inconsciente coletivo e arquétipos**

A teoria de Jung fica visivelmente diferente da teoria de Freud, embora ambos tratem da psique. Jung, como já foi dito, concebe um inconsciente compensatório à atitude consciente, um inconsciente coletivo e arcaico além do inconsciente pessoal. Arquétipos são estruturas arcaicas que regem o desenvolvimento da psique e são comuns a toda a

humanidade. Jung (1991b) refere que existem condições coletivas inconscientes, que atuam como reguladoras e estimuladoras da atividade criadora da fantasia e provocam configurações correspondentes, utilizando-se do material consciente já existente. Segundo o autor (JUNG, 1991b, p. 141):

A existência desses reguladores inconscientes, que eu às vezes chamo também de *dominantes*, por causa de sua maneira de funcionar, me parece tão importante, que baseei sobre eles minha hipótese de um *inconsciente coletivo*, dito *impessoal*.

Quanto à natureza dos arquétipos, Jung adverte que é preciso nos dar conta, sempre, de que aquilo que entendemos por arquétipos é, em si, irrepresentável, mas produz efeitos que tornam possíveis certas visualizações, isto é, as representações arquetípicas. A representação arquetípica, o chamado tema ou mitologema, seria uma construção deste gênero. É importante frisar que Jung fala de representação no sentido de disposição, eliminando o caráter por vezes imagético concreto que a noção de arquétipo possa, erroneamente, dar a entender. Jung (1991b) refere que mesmo essas disposições primordiais se acham fortemente obscurecidas pela extraordinária diferenciação de nosso pensamento, ou seja, a teoria do conhecimento reduz os arquétipos a um número relativamente pequeno de categorias, logicamente limitadas, do entendimento.

Quanto à origem do conceito, Jung revela que Platão confere um valor extraordinariamente elevado aos arquétipos, como idéias metafísicas, em relação aos quais as coisas reais se comportam meramente como imitações ou cópias. Na filosofia medieval de Agostinho, do qual, segundo Jung, foi tomada emprestada por ele a idéia de arquétipo (JUNG, 1991b), ainda se encontra em terreno platônico, embora na Escolástica, a noção de arquétipo desponte como imagens naturais gravadas no espírito humano, com base nas quais este forma o seu juízo. A partir de Descartes e Malebranche, o valor metafísico da idéia de arquétipo declina sensivelmente. Torna-se um “pensamento”, uma condição interna do conhecimento. Kant reduz os arquétipos a um pequeno número de categorias da razão. Schopenhauer simplifica ainda mais a idéia, embora ao mesmo tempo volte a conferir um valor quase platônico aos arquétipos (JUNG, 1991b).

Jung diz que nesse esboço sumário, podemos notar o processo psicológico que dissimula os instintos sob a capa de motivações racionais e transforma os arquétipos em conceitos racionais. O autor evidencia que é quase impossível reconhecer o arquétipo sob este invólucro, porém a maneira como o homem retrata interiormente o mundo é, apesar de todas as diferenças de detalhes, tão uniforme e regular como o seu comportamento instintivo. Segundo Jung (1991b, p. 72):

Da mesma forma que somos obrigados a formular o conceito de um instinto que regula ou determina o nosso comportamento consciente, assim também, para explicar a uniformidade e a regularidade de nossa percepções, precisamos de um conceito correlato de um fator que determina o modo de apreensão. É precisamente a esse fator que eu chamo de arquétipo ou imagem primordial. A imagem primordial poderia muito bem ser descrita como a *percepção do instinto de si mesmo* ou como o *auto-retrato do instinto*, à semelhança da consciência que nada mais é, também, do que uma percepção interior do processo vital objetivo. Do mesmo modo que uma apreensão consciente imprime forma e finalidade ao nosso comportamento, assim também a apreensão inconsciente determina a forma e a destinação do instinto, graças ao arquétipo. Assim como dizemos que o instinto é “refinado”, assim também a intuição, que põe em ação o instinto, isto é, a apreensão mediante o arquétipo, é de incrível precisão.

Jung sugere que a psicologia analítica deva se ocupar diariamente, junto a pessoas sadias e enfermas, com perturbações das “imagens” primordiais no processo de apreensão consciente. As ações exageradas devidas à interferência do instinto, são provocadas pelas formas intuitivas de apreensão postas em ação pelos arquétipos, formas essas que nos levam a impressões super intensas e muitas vezes verdadeiramente distorcidas.

Quanto às possibilidades arquetípicas, Jung (1991b, p. 71), refere:

Da mesma forma como se pode perguntar se o homem possui muitos instintos ou apenas alguns, assim também uma questão até aqui não ventilada é a de saber se ele possui ou não muitas formas primordiais ou arquétipos de reação psíquica. Nesta questão nos deparamos com as mesmas dificuldades que mencionei acima. Nós estamos de tal maneira acostumados a operar com conceitos tradicionais e axiomáticos, que não percebemos mais até que ponto esses conceitos se baseiam nos arquétipos de nossa percepção.

Jung relata também que o arquétipo seria uma espécie de aptidão para reproduzir constantemente as mesmas ou parecidas idéias míticas. Jung (2004a) exemplifica com o mito solar, quando diz que enquanto encaramos o processo físico conhecido do trajeto do sol, o nosso inconsciente nada nos revela a respeito. No entanto, é o mito heróico do sol nas suas mais variadas versões, e não o processo físico, que configura o arquétipo solar.

O autor confere grande poder aos arquétipos, refere que no inconsciente coletivo do indivíduo a própria história se prepara, e quando alguns arquétipos são ativados num certo número de indivíduos, chegando à superfície, encontramos-nos no meio da corrente histórica. A “imagem” arquetípica que o momento necessita ganha vida e todo mundo é tomado por ela (JUNG, 2004b). Jung revela que o fator poderoso, aquele que muda nossa vida por completo, muda a superfície do mundo conhecido, faz a história, é a psicologia coletiva que se move de acordo com leis totalmente diferentes daquelas que regem nossa consciência. Os arquétipos são a grande força decisiva e, segundo o autor, são quem produzem os fatos e não os nossos raciocínios pessoais e inteligência prática.

O conceito de arquétipo tem sido revisto por alguns autores junguianos como, por exemplo, Jean Knox (2003). A autora fez uma revisão desse conceito na obra de Jung, na obra de autores junguianos e não junguianos e de biógrafos de Jung, revelando as várias influências que Jung teve ao pensá-lo, agrupando o conceito em quatro formas centrais de aparecimento na teoria junguiana. As quatro formas centrais (modelos) de aparecimento do conceito são: 1- Entidades biológicas na forma de informação que são armazenadas nos genes, promovendo instruções para a mente assim como para o corpo; 2- Subestruturas da organização mental de natureza abstrata, promovendo regras e instruções, mas sem conteúdo simbólico ou representacional; 3- Significados centrais com conteúdo representacional, propiciando significado simbólico central para a nossa experiência; 4- Entidades metafísicas que são eternas e são, portanto, independentes do corpo.

Segundo a autora, Jung escreve sobre arquétipos, ora como estruturas de organização de origem abstrata, ora como sendo realidades eternas, ora como tendo significado e em outros momentos, adotando um ponto de vista etológico, como manifestações do instinto. Estes quatro “modelos” de apresentação do conceito de arquétipo, conforme Jean Knox, têm influências filosóficas e científicas. O que pode causar confusão na idéia de arquétipo (modelo 1) seria a noção da representação herdada, e isto Jung descartou em sua concepção.

Ou seja, o arquétipo seria biologicamente um “como se”, necessitando da experiência para a sua representação. O “como se” seria herdado (influência de Darwin), e não a representação. No modelo 2, subestruturas de natureza abstrata sem conteúdo, temos a influência da filosofia de Kant, com o conceito de “noumena” ou “conceito da razão pura”, que não pertenceria ao mundo material dos fenômenos. No modelo 3 (Significados centrais com conteúdo representacional), vemos a influência de Platão, com as idéias ou formas perfeitas e Schopenhauer com a ênfase na “idéia” de Platão como sendo de característica visual, condizente com a concepção de imagem primordial de Jung. O modelo 4 (entidades metafísicas eternas e independente do corpo) revela a influência de Platão (formas eternas transcendentais) e a influência de seu contato com Wolfgang Pauli, dando suporte à sua teoria, através da física quântica. Ou seja, Jung vai redefinindo o conceito de arquétipo como tendo um “campo de força” e como sendo ordenadores de formas psíquicas dentro e fora da psique.

A autora traça todo um questionamento decorrente das diferentes concepções do conceito de arquétipo, que ora se juntam e ora se excluem. Revela toda a dificuldade da realidade de abordagem do conceito e sua investigação na prática clínica.

Nós não podemos esquecer, porém, que quando Jung liga a noção de arquétipo com a filosofia de Platão e os alquimistas e, por conseguinte, deifica o conceito como idéia transcendente, está na verdade se referindo a um princípio “divino” em sua concepção de “estruturador”, ou seja, como ordenador dos processos psíquicos, muito mais do que pela característica metafísica que pode ficar subentendido em alguns momentos, até pela característica imaginativa de Jung. Finalizando, segundo Jean Knox, o autor Satinover (1985, p. 85 apud KNOX, 2003, p. 39) aponta:

Nós temos aprendido da observação de crianças que nem a mãe e nem a criança são tabula rasa, nem são elas predeterminadas chave e fechadura. Ou seja, a criança não carrega dentro dela uma imago para projetar no adulto, como estamos acostumados a acreditar. Em vez disso, no curso da maturação interações entre a mãe e a criança alteram ambas. O desenvolvimento pleno do padrão de comportamento não é herdado nem é aprendido.

### 3.2.1.2 Persona e sombra

Para Jung, o termo *persona* significa um complemento funcional que surge por razões de adaptação ou de necessária comodidade. O complexo funcional da *persona* diz respeito exclusivamente à relação com os objetos (JUNG, 1991a). Este termo designava originalmente a máscara usada pelo ator, significando o papel que ia desempenhar, e é um segmento arbitrário da psique coletiva, uma máscara que aparenta individualidade, procurando convencer aos outros e a si mesma que é uma individualidade, não passando de um papel, no qual fala a psique coletiva. Ela representa um compromisso entre o indivíduo e a sociedade, acerca daquilo que alguém parece ser, como: nome, título, ocupação, etc. (JUNG, 1994a).

Segundo o autor Murray Stein (1998), Jung encontrou duas fontes da *persona*: a primeira tem a ver com as expectativas e demandas do meio; inclui requisitos, como ser um certo tipo de pessoa, e comportar-se apropriadamente com os costumes sociais do grupo. A segunda tem a ver com as ambições sociais do indivíduo. Quanto mais prestigioso um papel, mais forte é a tendência para o ego identificar-se com ele. O movimento do ego no sentido da relação e adaptação ao meio, buscando assegurar a sobrevivência, oferece a *persona* a oportunidade de adquirir influência e domínio.

Ainda, segundo este autor, a *persona*, quando usada criativamente, funciona tanto para expressar quanto para esconder aspectos da personalidade. Uma *persona* adequada possui amplitude suficiente para expressar aspectos socialmente apropriados da personalidade e ser autêntica. Segundo Stein (1998, p. 112):

*A persona é o rosto que envergamos para o nosso encontro com outros rostos, para sermos como eles e para que eles gostem de nós. Não queremos ser demasiados diferentes, pois os nossos pontos de diferença, onde a persona termina e a sombra começa, fazem-nos sentir vergonha.*

Percebemos que Murray Stein encontra uma saída criativa para a *persona* e assim como Jung a considera uma “máscara” necessária, sendo que a identificação do ego com esta máscara é o que, na verdade, oculta a verdadeira personalidade e não o fato de termos em determinadas idades, determinadas *personas*.

Para Jung, o inconsciente pessoal contém lembranças e reminiscências da infância e da vida atual e também lembranças perdidas, reprimidas, evocações dolorosas, percepções que não ultrapassaram o limiar da consciência (subliminais), isto é, percepções dos sentidos que por falta de intensidade não atingiram a consciência e conteúdos que ainda não amadureceram para a consciência. A isto denominou sombra (JUNG, 2004a).

A sombra constitui um problema de ordem moral, que desafia a personalidade do eu como um todo. A tomada de consciência da sombra consiste em reconhecer os aspectos obscuros da personalidade, tais como existem na realidade. Segundo Jung (1998, p. 6):

Uma pesquisa mais acurada dos traços obscuros do caráter, isto é, das inferioridades do indivíduo que constituem a sombra, mostra-nos que esses traços possuem uma natureza emocional, uma certa autonomia e, conseqüentemente, são de tipo obsessivo, ou melhor, possessivo. A emoção, com efeito, não é uma atividade, mas um evento que sucede a um indivíduo. Os afetos, via de regra, ocorrem sempre que os ajustamentos são mínimos e revelam, ao mesmo tempo, as causas da redução desses ajustamentos, isto é, revelam uma certa inferioridade e a existência de um nível baixo da personalidade.

De acordo com Murray Stein (1998), a sombra é caracterizada pelos traços e qualidades que são incompatíveis com o ego consciente e a *persona*. A sombra é uma espécie de contrapessoa e pode ser pensada como uma subpersonalidade que quer o que a *persona* não permitirá. Para um ego que esteve identificado com a *persona* e seus supostos valores, a sombra representa a podridão e a malignidade. Segundo Stein (1998, p. 101):

A integração da sombra constitui um problema psicológico e moral extremamente espinhoso. Se uma pessoa rechaça completamente a sombra, a vida é correta mas terrivelmente incompleta. Ao abrir-se para a experiência da sombra, entretanto, uma pessoa fica manchada de imoralidade mas alcança um grau maior de totalidade. Isso é, na verdade, um dilema diabólico. É o dilema de Fausto e o problema essencial da existência humana. No caso de Fausto, sua alma é salva no final, mas só pela graça de Deus.

O autor refere que os aspectos pessoais de que nos envergonhamos são sentidos, com freqüência, como radicalmente malignos. Embora algumas coisas, sejam, em sua natureza,

ruins e destrutivas, freqüentemente o material da sombra não é maligno, mas assim é sentido pelo ego. A sombra pode facilmente ser projetada, ou seja, o inconsciente é projetado e, portanto, tudo o que nele está sombrio também é projetado. Quanto maior a repressão, mais destrutiva e maligna será a sombra. Jung (1998) considera que não é difícil, com um pouco de autocrítica, perceber a própria sombra, já que é de natureza pessoal. Mas o autor aprofunda a compreensão da sombra na esfera arquetípica e revela que é possível que o indivíduo reconheça o aspecto relativamente mau de sua natureza, mas defrontar-se com o absolutamente mal representa uma experiência ao mesmo tempo rara e perturbadora.

### **3.2.1.3 Complexos**

Como já foi dito anteriormente, Jung denomina de complexo afetivo a “imagem” de uma determinada situação psíquica de forte carga emocional e, além disso, incompatível com as disposições ou atitude habitual da consciência (JUNG, 1991b). Segundo o autor, essa “imagem” é dotada de poderosa coerência interior, tendo sua totalidade própria e um grau relativamente elevado de autonomia, ou seja, está sujeita ao controle da consciência até um certo limite, por isso comporta-se como um corpo estranho animado de vida própria. Pode-se, em geral, com algum esforço de vontade, reprimir o complexo, mas é impossível negar sua existência e, na primeira ocasião favorável, ele volta à tona com sua força original.

Jung fez a descoberta dos complexos quando trabalhava com o teste de associação de palavras e, segundo o autor, por ocasião dos testes se descobriu que o objetivo do método, que era determinar a velocidade média das reações e de suas qualidades, era um resultado relativamente secundário, comparando-se com a maneira como o método vinha sendo perturbado pelo comportamento autônomo da psique, ou seja, pela assimilação dos complexos pela consciência. Segundo Jung (1994b, p. 36):

Freud foi o verdadeiro descobridor do inconsciente psicológico, porque pesquisou esses pontos obscuros, em vez de os colocar de lado, classificando-os eufemisticamente como meros atos falhos. A via régia que nos leva ao inconsciente, entretanto, não são os sonhos, como ele pensava, mas os complexos, responsáveis pelos sonhos e sintomas. Mesmo assim, essa via quase nada tem de régia, visto que o caminho indicado pelos complexos assemelha-se mais a um atalho áspero e sinuoso que

freqüentemente se perde num bosque cerrado e, muitas vezes, em lugar de nos conduzir ao âmago do inconsciente, passa ao largo dele. O temor do complexo é um marco indicador enganoso, porque aponta sempre para longe do inconsciente e nos encaminha para a consciência. Os complexos são de tal modo desagradáveis, que ninguém, em sã razão, se deixa convencer que as forças instintivas que alimentam o complexo podem conter qualquer coisa de proveitoso.

Murray Stein (1998) refere que a questão, na época em que Jung chefiou o projeto científico de condução de experimentos laboratoriais (teste de associação), consistia em como penetrar na mente para além das barreiras da consciência. Haveria como verificar empiricamente fatores psicológicos inconscientes? Jung, segundo o autor, admitiu que as perturbações da consciência, as quais eram registradas e medidas como respostas a certos estímulos verbais, pelo teste de associação de palavras, eram devidas a associações inconscientes com as palavras lidas. Segundo Stein (1998, p. 44):

Os resultados de seus experimentos convenceram Jung de que há, de fato, entidades psíquicas fora da consciência, as quais existem como objetos que, semelhantes a satélites, gravitam em torno da consciência do ego mas são capazes de causar perturbações no ego de uma forma surpreendente e, por vezes, irresistível. São os diabretes e demônios interiores que podem pegar uma pessoa de surpresa. As perturbações causadas por complexos devem ser diferenciadas, compreensivelmente, das perturbações provocadas por fatores estressantes oriundos do meio ambiente externo, embora possam estar, e com freqüência estejam, intimamente relacionadas umas com as outras.

Segundo Stein, Jung, mais adiante, descreve a estrutura do complexo como sendo composta de imagens associadas e memórias congeladas de momentos traumáticos que estão enterradas no inconsciente e não são facilmente acessíveis para recuperação pelo ego. Seriam as lembranças reprimidas (STEIN, 1998).

Quando um complexo está constelado, o indivíduo é ameaçado com a perda de controle sobre suas emoções e, muitas vezes, sobre seu comportamento. É como se a pessoa estivesse em poder de um demônio; uma força muito superior à sua vontade. Os complexos são o que permanece na psique depois que ela digeriu a experiência e a reconstituiu em objetos externos (STEIN, 1998).

De acordo com Stein (1998) os complexos são gerados na vida pessoal, mas existem também complexos familiares e sociais.

É importante percebermos através do que escrevem os autores, além de Jung, que os complexos se entrelaçam entre *persona*, sombra, animus e anima, e vão assim construindo a história pessoal.

### 3.2.1.4 Símbolo

Como vimos anteriormente, para Jung, a energia psíquica caminha do instinto para o espírito, e essa transformação da libido se opera através do símbolo (JUNG, 1994a). O símbolo, na concepção de Jung, pressupõe que a expressão escolhida seja a melhor designação ou fórmula possível de um fato relativamente desconhecido, mas cuja existência é conhecida ou postulada. Enquanto um símbolo for vivo, é a melhor expressão de alguma coisa e só é vivo enquanto cheio de significado. Uma vez brotado o sentido do símbolo, ou seja, encontrada aquela expressão que formula melhor a coisa procurada, esperada ou pressentida do que o símbolo até então empregado, este se torna morto, tendo apenas significado histórico (JUNG, 1991a).

O autor difere significado simbólico de significado semiótico (sinal). O significado semiótico seria uma expressão análoga ou designação abreviada de algo conhecido. O significado simbólico seria a melhor expressão de algo ainda desconhecido. Jung esclarece a natureza do símbolo (1991a, p. 447-8):

O símbolo vivo não pode surgir num espírito obtuso e pouco desenvolvido, pois este se contentará com o símbolo já existente conforme lhe é oferecido pela tradição. Só a ânsia de um espírito bem evoluído que já não encontra no símbolo apresentado a expressão única da suprema união pode gerar novo símbolo. Mas exatamente porque o novo símbolo nasce das maiores realizações espirituais do homem e deve, ao mesmo tempo, conter as razões mais profundas de seu ser, não pode provir unilateralmente das funções espirituais mais diferenciadas, mas também, em igual medida, das moções mais inferiores e mais primitivas. Para que a colaboração dos estados opostos seja possível, ambos têm que estar conscientemente lado a lado em plena oposição. Este estado tem que ser uma desunião fortíssima consigo mesmo, de tal forma que tese e antítese se neguem e que o eu tenha que reconhecer sua participação absoluta em ambas. Se houver subordinação de uma das partes, o símbolo será principalmente produto da

outra parte e será, na mesma proporção, menos símbolo do que sintoma, isto é, sintoma de uma antítese oprimida. Porém, na medida em que um símbolo é mero sintoma, também lhe falta o efeito libertador, pois não exprime o pleno direito à existência de todas as partes da psique, mas lembra a opressão da antítese, mesmo que a consciência não se dê conta disso.

Segundo Stein (1998), os símbolos são os grandes organizadores da libido e contemporiza a diferença entre transformação e sublimação, ou seja, entre as teorias de Jung e de Freud. Na teoria de Freud, os indivíduos civilizados são capazes de sublimar desejos libidinais, mas a sublimação produz apenas substitutos para os verdadeiros objetos de tal desejo. Na realidade, o que a libido deseja é realizar a fantasia edípica. Jung, por sua vez, difere dessa idéia concebendo a libido como fluindo normalmente do que é instintivo para o que é espiritual, não necessitando ser sublimada. Para Jung, segundo Stein, quando a libido encontra um análogo espiritual do instinto, uma idéia ou imagem, encaminha-se para aí por ser esse o seu objetivo, e não, por ser um substituto do desejo sexual. Isto seria a transformação da libido, e a cultura nasceria de tais transformações. A cultura seria então uma realização do desejo e não sua obstrução. Para Jung, a natureza do ser humano conduz à formação de cultura, à criação de símbolos, ao controle de energia de modo que o seu fluxo possa ser dirigido para esses conteúdos espirituais e mentais.

### **3.2.1.5 Anima e animus**

Jung denominou anima a contraparte inconsciente feminina do homem e animus a contraparte inconsciente masculina da mulher. Segundo Stein (1998), Jung referiu-se a anima e animus como figuras arquetípicas da psique, e diante desta posição Jung (1998) diz que não se trata de uma invenção da consciência, mas sim, de uma produção espontânea do inconsciente. Também não se trata de uma figura substituta da mãe, mas ao contrário, tem-se a impressão, segundo o autor, de que as qualidades numinosas que tornam a imagem materna tão poderosa originam-se do arquétipo coletivo da anima. O inconsciente representado pela anima no homem é o fator determinante das projeções, mostrando, segundo Jung, que o fator subjacente a ela possui todas as qualidades características de um ser feminino. Correlativamente, Jung designa o animus como o fator determinante de projeções presente na

mulher, ou seja, seu inconsciente masculino. De acordo com Jung, como a anima corresponde ao Eros materno, o animus corresponde ao Logos paterno. Na mulher o Eros é a expressão de sua natureza real e o Logos estaria mais inconsciente, enquanto no homem é o Logos que constitui a expressão de sua natureza, ficando o Eros mais inconsciente.

Esses arquétipos, segundo Jung, além de se expressarem de maneira personificada (em homens e mulheres), agem como psicopompos, ou seja, se comportam como ponte entre consciência e inconsciente. Com relação a este conceito, Jung (1998, p. 14) refere:

Assim o animus é também um “psychopompos”, isto é, um intermediário entre a consciência e o inconsciente, é uma personificação do inconsciente. Da mesma forma que a anima se transforma em um Eros da consciência, mediante a integração, assim também o animus se transforma em um Logos; da mesma forma que a anima imprime uma relação e uma polaridade na consciência do homem, assim também o animus confere um caráter meditativo, uma capacidade de reflexão e conhecimento à consciência feminina.

Para Jung, a autonomia do inconsciente coletivo se expressa nas figuras da anima e do animus. Eles personificam os seus conteúdos, os quais podem ser integrados à consciência, depois de retirados da projeção. Neste sentido, constata Jung, constituem funções que transmitem conteúdos do inconsciente coletivo para a consciência. Mas, se surge uma tensão, a função até então inofensiva se ergue, personificada, contra a consciência, comportando-se, mais ou menos, como uma cisão sistemática da personalidade ou como uma psique parcial (JUNG, 1998). As atuações da anima e do animus podem tornar-se conscientes, mas, em si, de acordo com Jung, são fatores que transcendem o âmbito da consciência, escapando à observação direta e ao arbítrio do indivíduo, e por isso ficam autônomos, apesar da integração de seus conteúdos.

Esses arquétipos são potências inconscientes, e como diz Jung, precisamente deuses, como a antiguidade corretamente os concebeu (JUNG, 1998), e normalmente pode-se conhecer a realidade deles mediante a relação com o sexo oposto, porque nesta relação a projeção se torna bastante eficaz. Completando, Stein (1998) refere que, como pensou Jung, é esse encontro do ego com a anima ou o animus que tem um potencial tão rico para o

desenvolvimento psicológico. O encontro com a anima ou o animus representa uma conexão para o inconsciente ainda mais profundo do que a conexão com a sombra.

### **3.2.1.6 Self e individuação**

Jung designa Self como sendo a totalidade da psique, o arquétipo central. O Si-mesmo (Self) seria a imagem divina. Tudo o que se diz sobre a imagem de Deus pode ser aplicado sem nenhuma dificuldade aos símbolos da totalidade (JUNG, 1998).

Segundo o autor (JUNG, 1991a), o Si-mesmo designa o âmbito total dos fenômenos psíquicos no homem. Expressa a unidade e totalidade da personalidade global. O conceito de Si-mesmo engloba o experimentável e o não experimentável. Como existem fenômenos da consciência e do inconsciente, o Si-mesmo como totalidade psíquica tem aspectos conscientes e inconscientes e aparece empiricamente em sonhos, mitos e contos de fadas, na figura de “personalidades superiores” como reis, heróis, profetas, etc., ou na figura de símbolos da totalidade como o círculo, o quadrilátero, a mandala, a quadratura do círculo, a cruz, etc. Enquanto representa a união dos opostos, pode manifestar-se como dualidade unificada, como, por exemplo, no tao (yin e yang), como o herói e seu rival, como Fausto e Mefistófeles, etc. Para Jung, o Si-mesmo aparece como um jogo de luz e sombra, ainda que seja entendido como totalidade, e, por isso, como unidade em que se unem os opostos. O Si-mesmo demonstra ser uma representação arquetípica que se distingue por assumir uma posição central correspondente à importância de seu conteúdo e numinosidade (JUNG, 1991a).

Para o autor, embora a “totalidade” a primeira vista não pareça mais que uma noção abstrata, é, contudo, uma noção empírica, antecipada na psique por símbolos espontâneos ou autônomos. A totalidade constitui, portanto, um fator objetivo que se defronta com o sujeito, de modo autônomo, colocando-se hierarquicamente acima da sombra e de anima-animus. A sизígia (anima-animus) parece constituir, segundo Jung, uma parte essencial da totalidade; a tensão dos opostos, da qual procede a Criança Divina, como símbolo da unidade (JUNG, 1998).

O conceito de Self (Si-mesmo) está diretamente ligado ao conceito de individuação. A individuação é, segundo o autor, o processo de formação e de particularização do ser

individual e, em especial, é o desenvolvimento do indivíduo psicológico como ser distinto do conjunto, da psicologia coletiva. A individuação está intimamente vinculada à chamada função transcendente, pois ela traça as linhas de desenvolvimento individual que não poderiam ser adquiridas pelos caminhos prescritos nas normas coletivas (JUNG, 1991a).

A individuação está sempre em maior ou menor oposição à norma coletiva, pois é separação e diferenciação do geral e formação do peculiar, não uma peculiaridade procurada, mas que já se encontra fundamentada a priori na disposição natural do sujeito. Esta oposição, no entanto, seria aparente. Um exame mais acurado mostra, segundo o autor, que o ponto de vista individual não está orientado contra a norma coletiva, mas apenas de outro modo. Segundo Jung (1991a, p. 427):

Em hipótese alguma, pode a individuação ser o único objetivo da educação psicológica. Antes de tomá-la como objetivo, é preciso que tenha sido alcançada a finalidade educativa de adaptação ao mínimo necessário de normas coletivas: a planta que deve atingir o máximo desenvolvimento de sua natureza específica deve, em primeiro lugar, poder crescer no chão em que foi plantada.

A individuação significa um alargamento da esfera da consciência e da vida psicológica consciente. Coincide com o desenvolvimento da consciência, que sai de um estado primitivo de identidade (JUNG, 1991a).

Segundo Murray Stein (1998), no processo contínuo de desdobramento da psique, que Jung chama de individuação, a força propulsora é o Si-mesmo, e o mecanismo pelo qual emerge na vida consciente do indivíduo é a compensação. Referindo-se ao processo de individuação que se processa na segunda metade da vida, Stein (1998, p. 158-9) diz:

A tarefa agora consiste em unificar o ego com o inconsciente, o qual contém a vida não vivida da pessoa e o seu potencial não realizado. Esse desenvolvimento na segunda metade da vida é o clássico significado junguiano de individuação – tornar-se o que a pessoa já é potencialmente, mas agora de um modo mais profundo e mais consciente. Isso requer o poder capacitador de símbolos que erguem e tornam acessíveis conteúdos do inconsciente que estiveram escondidos das vistas. O ego é incapaz de realizar essa unificação mais ampla da personalidade por seus próprios esforços. Necessita da ajuda de um anjo.

Segundo os autores, o Si-mesmo (Self) está o tempo todo agindo na integração psíquica, já que é o arquétipo central, mas a partir da metade da vida há um surgimento mais explícito do Si-mesmo na consciência. Stein refere que Jung chegava a falar em “regresso às mães”, que seria um modo metafórico para dizer que quando o desenvolvimento do ego atinge seu clímax na meia idade, não faz mais sentido continuar perseguindo os mesmos objetivos. Ou seja, alguns dos objetivos já alcançados são agora questionados como valores fundamentais e isso leva à reavaliação do que foi realizado e de onde reside um outro e diverso significado (STEIN, 1998).

Após a apresentação dos pressupostos da teoria de Jung (psicologia analítica) para a compreensão da psicoterapia, observemos como se apresenta o ensino da psicoterapia na residência de psiquiatria nos dias de hoje.

### **3.3 O ensino da psicoterapia na residência de psiquiatria na atualidade**

Estamos vivendo um momento muito especial, com relação ao ensino de psicoterapia na residência de psiquiatria, pois há uma retomada da importância desta especialidade dentro do campo da psiquiatria e da formação do residente. Serão apresentados estudos referentes às questões que se abrem neste momento, como a importância da psicoterapia no treino do residente, a avaliação de habilidades psicoterápicas, a supervisão em psicoterapia e como tudo isso afeta o residente de psiquiatria durante o seu treino.

#### **3.3.1 A influência do treino em psicoterapia para o residente**

Rodenhauser, Rudisill e Painter (1989) em um estudo sobre aprendizado em psicoterapia, referem que apesar do aumento da diversidade em psiquiatria e da diminuição da ênfase na psicoterapia, dentro da educação e prática em psiquiatria, muitos residentes reportaram ser valioso o papel da psicoterapia no seu treinamento, carreira futura e vida pessoal. O treino em psicoterapia é entendido como facilitador de uma série de atitudes que propiciam a utilização potencial de todos os elementos da relação terapêutica no contexto biopsicossocial.

Em um interessante trabalho, Mohl et al (1990) apresentam uma preocupação com o futuro papel da psicoterapia psicodinâmica no ensino e na prática dentro da psiquiatria. Referem que os psiquiatras que ensinam psicoterapia não devem ser vistos como alquimistas medievais ou astrólogos reconhecendo de má vontade os avanços da neurobiologia, mas sim como monges medievais que preservam cuidadosamente os escritos de Aristóteles para que o conhecimento não seja perdido.

Os autores explicam que a força tarefa formada pela AAP (Association for Academic Psychiatry) e pela AADPRT (Association of Directors of Psychiatry Residency Training) identificou as seguintes razões para continuar ensinando psicoterapia psicodinâmica: um efetivo tratamento para muitas desordens mentais, e o residente bem treinado deve estar familiarizado com os seus princípios e técnicas. O treino em psicoterapia psicodinâmica proporciona ao residente a oportunidade única de crescimento profissional, por desenvolver habilidades e tornar-se um psiquiatra completo. O psiquiatra deve ter competência básica em psicoterapia psicodinâmica, pois chefiará serviços nos quais, muitos que trabalham, têm essa orientação. O médico treinado tem melhor condição de manejar a relação médico-paciente fora da terapia. O treino em psicoterapia psicodinâmica proporciona ao psiquiatra maior visão em outros tipos de relação, como a relação de supervisão, consultas e administração de serviços de saúde. Proporciona a visão longitudinal do curso normal e patológico do desenvolvimento mental, o que lhe dá experiência em reconhecer, precocemente, um paciente que pode ser mais problemático. Concede o estudo da dinâmica consciente e inconsciente em profundidade, reconhecendo as defesas, resistências, obstáculos, etc. Esse treino aumenta a habilidade do psiquiatra em antecipar, analisar, evitar problemas e transgressões éticas. O treino em psicodinâmica aumenta o rigor intelectual e a disciplina em observar comportamento, desenvolver hipóteses e analisar teorias e dados.

Os autores dizem que, os excitantes desenvolvimentos na neurociência clínica, não afastam a importância do significado do fenômeno experiencial, comportamental e mental para o paciente. Muitos dos promissores desenvolvimentos em neurociência são uma interface entre a experiência mental e o fenômeno bioquímico.

Há um consenso, segundo os autores, de que o psiquiatra do futuro deva continuar a ser um psicólogo aplicado, assim como um aplicado neurocientista. Mais que isso, sintetizar e integrar esses dois campos. A força tarefa encontrou um largo corpo de evidências

anedóticas, mostrando que jovens psiquiatras que integram a psicoterapia em seus tratamentos têm maior sucesso do que aqueles que apenas medicam ou os que vêem seus pacientes apenas no final da hospitalização.

Frankel et al (1990), questionando o artigo acima, iniciam elogiando a comunhão da força tarefa da AAP e da AADPRT na elaboração do *curriculum* do programa de treinamento em psiquiatria. Chamam a atenção, porém, para o “*curriculum* de treinamento mínimo”, designado pela força tarefa, que é oferecido para os programas com recursos limitados. Os autores atentam para o fato da necessidade de se ensinar em profundidade e, não de maneira abreviada, o que é importante para o residente.

Schwartz (1990) sugere a organização de programas de treinamento de “fellowship” em psicoterapia, que ocuparia dois anos adicionais para o residente, proporcionando treino abrangendo terapia psicanalítica, terapia de suporte, família e grupo, já que a psicoterapia é extremamente importante no treino do residente. Isto ajudaria a criar um grupo de subespecialistas em psicoterapia, que propiciariam tratamento e supervisão. Sugere como otimização do atendimento, o treinamento, para que o psicoterapeuta seja o mesmo que prescreve a medicação.

Ao analisar as influências da psicoterapia de longo tempo no estágio do residente, Wallace e Tisdall (1991) referem que mudanças significativas ocorrem durante o período de treinamento e através do atendimento intensivo da psicoterapia. Essas mudanças podem ser catalisadores de processos pouco descritos. A residência, segundo os autores, é um período de intenso aprendizado com mudanças ideológicas e definições de papéis, aquisição de identidade profissional e habilidades psicoterápicas específicas. Durante o período de transição, as atitudes e comportamento do residente podem variar significativamente em resposta ao supervisor, ideologia de um *setting*, material lido e psicoterapia pessoal. Paciente e residentes experimentam mudanças intrapsíquicas e sofrem um processo de adaptação. Os pacientes podem reagir a mudanças ou a um término de terapia, temendo abandono por parte do residente.

Os autores sinalizam que conceitos essenciais, como transferência e contratransferência passam a ter significado para o residente quando são observados, mudar, durante o curso do atendimento, necessitando a aquisição de novas habilidades por parte do residente. Concluem que a educação do residente estará incompleta se não oferecer um contato intenso e longo

com os pacientes, o que é propiciado pela psicoterapia psicodinâmica. Isto ajuda o residente a desenvolver uma apreciação de profundidade e complexidade do transtorno mental, da estrutura de personalidade e das relações terapêuticas.

Wallerstein (1991) faz uma revisão da história da psicoterapia e de seu ensino, principalmente na residência médica, a partir do momento pós-Segunda Guerra Mundial. O autor relata o declínio do ensino da psicoterapia psicodinâmica na residência de psiquiatria, devido ao conseqüente desenvolvimento das neurociências, psiquiatria biológica e farmacoterapia. Faz uma crítica ao trabalho de Paul Mohl, com relação ao “*curriculum* para treinamento mínimo” e com relação ao residente de quarto ano atender casos sem supervisão, o que seria bastante deletério para ele. Para o autor, a psicanálise, como perspectiva teórica, diminuiu o seu lugar dentro da psiquiatria acadêmica, se comparada a quinze ou vinte anos atrás e continuará a diminuir sua posição e influência até o pêndulo (inevitavelmente) retornar. As neurociências e psiquiatria biológica irão crescer e estão florescendo, mas não dão conta dos vários problemas psicológicos, dos acontecimentos traumáticos, das perdas, das relações interpessoais conflituosas e das pressões internas e externas que trazem desequilíbrio.

Os programas de residência em psiquiatria, segundo o autor, não somente variam na qualidade e prestígio, assim como na ênfase intelectual, ideológica e com relação à orientação de pesquisas. O autor diz que Seymour Kety, um dos fundadores da pesquisa em bioquímica dentro da psiquiatria, estava muito confiante que algum dia, nós teríamos uma adequada bioquímica da memória, mas ele duvidava muito que nós teríamos uma bioquímica das memórias, ou seja, da história pessoal que traz a riqueza de significados para a nossa vida pessoal, tanto aquelas que podem ser recordadas, como aquelas que nós banimos por nossos mecanismos de defesa.

Rodenhauser (1992), avaliando questões referentes ao ensino de psicoterapia, revela que a psiquiatria se beneficia das pesquisas em técnica e método de instrução em diferentes formas de psicoterapia. A psicobiologia tem deposto a psicoterapia, mas tem delegado a ela um forte papel de suporte. A prática da psiquiatria continua a depender da aptidão e habilidade de intervenção psicoterápica.

Bluestone, Clemens e Meyerson (1999) debatem sobre o ensino da psicoterapia psicodinâmica na residência de psiquiatria. Clemens defende a questão ao dizer que o

psiquiatra sem o treino em psicodinâmica saberá apenas sintomas, estatísticas, neurotransmissores e escalas de avaliação. No entanto, não saberão como as pessoas choram por causa de seus conflitos inconscientes ou como distorcem suas percepções e suas relações com mecanismos de defesa como negação, deslocamento, projeção, formação reativa e outros. Com esta direção unidimensional, o psiquiatra não terá o senso de desenvolvimento da vida pré-natal até a morte e, de como a expressão do potencial genético é moldada pelas relações cruciais e experiências. Ele não saberá sobre ambivalência nas relações, raiva e sexualidade, repressão e a influência inconsciente de perdas e traumas não resolvidos. O residente, ao passar pelo treino em psicoterapia psicodinâmica, aprende a escutar e a estar preparado para surpresas nos relacionamentos profundos. Ele aprende que a doença não é um pacote, e que o paciente tem vida, relações, envolvimento sociais que afetam seus sintomas, processos mentais e estados emocionais, compreendendo a mudança lenta que ocorre gradualmente através dos meses, através de tentativa e erro e, através de experiências emocionais. O residente experimenta a intensidade da relação de terapia, trabalhando com a transferência e influencia a manutenção do processo, através do uso da contratransferência construtivamente para o crescimento do paciente e do residente. Isto é um passo para a humildade, para sua auto-avaliação, para uma visão mais realista da psiquiatria, uma oportunidade para perceber o que ele pode ou não fazer e, para aprender a viver com a incerteza da complexidade humana, incluindo a própria complexidade. Aprender psicoterapia psicodinâmica pode ser uma oportunidade para aprender a manejar dependência, a propiciar autonomia e suporte, quando a internalização das mudanças é limitada. A flexibilização e a individualização do tratamento são as marcas da abordagem psicodinâmica, em contraste com as psicoterapias muito estruturadas e de tempo limitado.

Tasman (1999) refere que em discussões com os residentes pelo país (EUA), ouve-se um desejo de um aprendizado mais adequado em psicoterapia psicodinâmica nos programas de residência. Há pouca evidência de que o aprendizado que se tem durante o treino em psicoterapia psicodinâmica (importante para o psiquiatra), possa geralmente ser aprendido de outras maneiras. Além disso, segundo o autor, a impressão de estruturas de aprendizado, que fazem com que a informação tenha sentido, quanto mais cedo é impressa, geralmente tem um efeito mais dramático em como é percebida, interpretada e integrada com o tempo.

Hamilton (1999), faz um convite a vários psicoterapeutas, de linhas diferentes, para avaliar um caso. Para a discussão sob o ponto de vista psicodinâmico, é chamado o doutor Glen O. Gabbard. Gabbard analisa o caso e diz que o princípio básico da terapia dinâmica é que o paciente repete o seu modo habitual de relação objetal, na transferência, o que é propiciado pelo aprendizado em psicoterapia psicodinâmica.

Margariti et al (2001) referem que a EBP (European Board of Psychiatry), uma força tarefa da seção de psiquiatria da EUSP (European Union Specialist Physicians), estabeleceu os requerimentos para o ensino em psiquiatria nos países da União Européia e no EFTA (European Free Trade Association). A característica básica desse *curriculum* é de um conjunto de conhecimentos e habilidades fundamentais comuns requeridos por todos os psiquiatras. Nesse tronco comum, eles recomendam treino clínico prático e teórico. Com esse treino são cobertos todos os aspectos básicos, da prática e do conhecimento em psiquiatria, o qual percorre a psiquiatria clínica, biológica, psiquiatria comunitária e, treino básico incluindo prática em psicoterapia. A proposta desse requerimento é proporcionar um treino básico e global em psiquiatria. Foi, portanto, feito um estudo, com o objetivo de investigar a opinião dos *trainees* gregos sobre diferentes áreas educacionais e clarificar alguns aspectos da dinâmica que influenciam o processo educacional na psiquiatria. Foram pessoalmente contatados os *trainees* em psiquiatria, em diferentes estágios de treinamento, de todos os centros de treinamento em psiquiatria de Atenas e Thessaloniki. Um questionário estruturado foi completado por 60 (71%) residentes de psiquiatria, representando 65,2% do total de residentes na Grécia na ocasião da pesquisa. Como resultados, observaram que na visão dos *trainees*, a tematologia psiquiátrica não é percebida como uma área uniforme, mas como uma variedade de campos diferentes em prática ou teoria. O maior campo que foi considerado diferente foi o campo das psicoterapias, seguido de psiquiatria comunitária e psiquiatria orientada por medicação. Um considerável número de *trainees* apresentou uma atitude particularmente favorável sobre psicoterapia e, ao mesmo tempo, uma atitude não favorável para pesquisa. A psicoterapia psicanalítica é o mais popular método psicoterápico entre os centros de treinamento em psiquiatria na Grécia. Os autores propõem a inclusão de pesquisa em psicanálise no *curriculum* dos programas de treinamento em psiquiatria, devido à necessidade de demonstrar seu papel como instrumento clínico, sua eficácia e seu custo efetividade.

Em um estudo de caso, Grief e Rosenbluth (2002) analisam um caso atendido por uma residente de psiquiatria, em seu treino em psicoterapia. A residente muda várias vezes de *setting*, devido às suas mudanças de estágios e, embora tenha iniciado o atendimento de psicoterapia na linha cognitivo-comportamental, depois de algumas semanas, continua o atendimento na linha psicodinâmica, por causa da mudança de supervisor. Isto traz um entendimento muito mais profundo da dinâmica da paciente. Apesar da literatura enfatizar o benefício da não mudança do *setting*, a residente reporta que a dificuldade vivida na mudança trouxe benefícios à paciente, na revisão de seu próprio passado e na relação transferencial com a terapeuta. A residente, por sua vez, estimulada pelas mudanças do *setting* e pela visão psicodinâmica, entra em contato profundo com suas reações contratransferenciais. A residente terapeuta diz que as reflexões introspectivas e retrospectivas levaram-na a concluir que, ao contrário do que se sugere, as experiências da mudança durante a residência facilitam o crescimento no treino como terapeuta, o crescimento do paciente e a própria terapia.

Em uma “carta ao editor”, os autores Pompili, Mancineli e Tartarelli (2002) elogiam os médicos Gabbard e Kassaw pelos seus esforços em ensinar como melhorar a relação médico-paciente no campo da psiquiatria e psicoterapia. Atentam para o fato de que não podemos esquecer que o terapeuta iniciante pode melhorar suas habilidades psicoterápicas, sendo este processo facilitado pela prática da psicoterapia psicodinâmica; esta, sem dúvida, ajuda o desenvolvimento de habilidades particulares envolvidas na relação médico-paciente, pois o psiquiatra tem que ter habilidade em compreender conflitos internos, medos e ansiedade. Durante o treino em psiquiatria, segundo os autores, é de crucial importância desenvolver habilidades empáticas e uma profunda consciência emocional, pois o pesar psíquico traz experiências de ansiedade projetiva e de identificação. A aquisição dessas habilidades profissionais deve ser considerada como um valioso e fundamental elemento terapêutico. No entanto, o modelo de psicoterapia psicodinâmica tem ainda que negociar com a validação empírica, sua legitimação no meio acadêmico e meios de difusão do seu uso na prática clínica. Esta carta é respondida pelos médicos Gabbard e Kassaw, que dizem que a doença psiquiátrica ocorre no contexto de uma pessoa. Enfatizam que uma pessoa necessita de habilidades de escuta e ganhos de compreensão complexa, propiciadas pelo treino em psicoterapia psicodinâmica durante a residência em psiquiatria. Os autores referem que, se

nós perdermos o componente psicodinâmico da educação psiquiátrica, estaremos reféns de nosso próprio perigo.

Mellman e Beresin (2003) fazem uma revisão sobre o declínio do ensino em psicoterapia dentro da psiquiatria. Os autores falam do crescimento dos estudos em neurociências, psicofarmacologia e psiquiatria biológica para explicar os transtornos mentais. Isto adicionado ao baixo reembolso de psicoterapia, pelo seguro médico, a falta de padronização no ensino e, pelo fato de psicofarmacologistas e psicoterapeutas viverem em mundos totalmente diferentes dentro da universidade, concorreu para a erosão do ensino de psicoterapia dentro da psiquiatria, e isto prejudicou a visão biopsicossocial do paciente.

Com o objetivo de afirmar o posicionamento da Associação Psiquiátrica do Canadá, quanto à psicoterapia sendo importante como componente de integração no cuidado psiquiátrico, Chaimowitz (2003) refere que o psiquiatra treinado em psicoterapia tem uma contribuição única, pois pode integrar os aspectos biológicos e psicológicos no plano de tratamento. Segundo o autor, a psicoterapia oferecida pelo psiquiatra é um tratamento de interação (usualmente verbal) entre paciente e psiquiatra, e esta interação do trabalho psicoterápico com os pacientes efetiva mudanças nos processos de pensamento, humor e comportamento do paciente.

Ainda, segundo o autor, no passado, as bases teóricas abstratas das teorias tradicionais trouxeram resultados difíceis de serem medidos, abrindo questões sobre sua validade. As pesquisas que puderem mostrar a eficácia de terapias ou combinação de terapias, influenciarão a prática e o ensino em psicoterapia, embora sejam reconhecidas as dificuldades inerentes em conduzir pesquisas em uma área tão complexa como o comportamento humano e a psicoterapia. Dá suporte à idéia de que é importante que se possa fazer pesquisas com metodologia científica para avaliação e medição de intervenções psiquiátricas e, que se possa medir resultados em psicoterapia, embora a observação clínica e o processo medido não deva de maneira nenhuma minimizar a complexidade da condição humana. Novas metodologias para medidas de mudança em psicoterapia devem ser desenvolvidas e melhoradas. Sofisticações técnicas e estatísticas não devem seduzir o psiquiatra, no sentido de tirar-lhes o pensamento cuidadoso e o senso comum. Entender sucesso e falha não deve ser assumido completamente por significância estatística e ganho de porcentagem. A ausência de dados não é o mesmo que dados que mostraram inefetividade.

Muitas formas de psicoterapia têm sido validadas cientificamente. O treino em psicoterapia e suas bases teóricas são componentes essenciais no treino de psiquiatras, e a sensibilidade sobre aspectos culturais e de gênero deve ser incorporada no treinamento. É muito importante a supervisão e a medida de habilidades dos *trainees*. O autor refere que, como em todas as relações humanas intensas, transferência e contratransferência podem mudar a natureza das relações. Em todas as situações psicoterápicas, mas talvez mais na psicoterapia psicodinâmica, essas forças podem se tornar intensas e ser usadas para entender os pacientes. Refere que o entendimento dessas forças deve ser ensinado durante o treino, e reafirma a posição da Associação psiquiátrica do Canadá que a psicoterapia continue sendo uma parte integral na prática psiquiátrica.

Yager e Bienenfeld (2003) acreditam que os residentes, durante o treino em psicoterapia, aumentam sua singularidade para se tornarem competentes em psiquiatria compreensiva.

Ravitz e Silver (2004), ao abordarem o ensino da psicoterapia dentro da psiquiatria no Canadá, referem que a CPA (Canadian Psychiatric Association) indicou uma força tarefa para padronizar a prática das psicoterapias na psiquiatria compreensiva e, a mesma tem estabelecido ser a experiência em psicoterapia, uma habilidade básica na psiquiatria. Os coordenadores dos programas de residência identificam a psicoterapia como fundamental e central para a identidade do psiquiatra. Embora se tenha dado mais ênfase na psicoterapia de tipo breve, existem pacientes mais complexos que necessitarão de psicoterapias de longa duração, o que requer conhecimento, habilidades e atitudes específicas.

Mohl (2004) refere que, no questionário enviado pelo ACGME (Accreditation Council on Medical Education) aos coordenadores dos programas de residência, a psicoterapia psicodinâmica foi listada como importante para o ensino, por mais de 55% de todos os diretores treinadores.

Embora no Brasil não haja preocupação explícita ou publicada sobre a influência do treinamento em psicoterapia psicodinâmica na residência de psiquiatria, em 2005 foi elaborado um artigo, segundo uma enquete feita a 24 coordenadores de programas de residência em psiquiatria no Brasil. Neste artigo, os autores Botega, Brasil e Jorge (2005) trazem a confirmação da necessidade de três anos de residência em psiquiatria para o residente abarcar todos os assuntos que devem ser tratados na psiquiatria. Referem que o

curso de psicoterapia deve abranger uma introdução à teoria e técnica das principais linhas de psicoterapia, bem como o aprofundamento em uma dessas linhas nas modalidades individual e grupal. O curso de desenvolvimento humano deve abranger os seguintes temas: desenvolvimento da personalidade, fases do ciclo de vida e seus aspectos psicodinâmicos, conceitos centrais de relação médico-paciente e principais contribuições das ciências humanas (filosofia, sociologia, etc.) relacionados à prática médica.

Gabbard (2005) refere que, entender que muito da transferência é armazenada na memória de processamento, ajuda o residente a procurar por sinais de transferência na comunicação não-verbal, observada no modo como o paciente entra no consultório e não simplesmente na comunicação verbal ou, em como o paciente se sente com o terapeuta (residente).

Em um artigo sobre a importância do ensino de psicoterapia psicodinâmica na residência de psiquiatria, Yager, Mellman, Rubin e Tasman (2005) realizaram um debate, onde a doutora Mellman refere que os residentes devem ser treinados em psicoterapia psicodinâmica, pois este tipo de psicoterapia proporciona um modelo único de funcionamento mental que inclui cinco conceitos chave: 1- Processos inconscientes; 2- Transferência; 3- Contratransferência; 4- Defesa e resistência; e 5- O passado quer se repete no presente. Mellman refere que, sem o entendimento do inconsciente, o residente pode aceitar tudo o que o paciente lhe diz, sem descobrir o que está por traz, como por exemplo, os atrasos, esquecimentos, etc., ou seja, as forças do inconsciente. O residente pode também não perceber que tem fantasias inconscientes com relação ao paciente. Sem o conceito de transferência, o residente pode não entender que está sendo idealizado e acreditar que ele é realmente bom, quando o paciente revela-lhe que ele é formidável. Ele não compreenderá que a intensidade das primeiras relações é carregada para a relação terapêutica. A transferência é um conceito poderoso que surpreende até o mais habilidoso terapeuta. É importante lembrar, segundo a autora, que existe transferência também para com o farmacologista, assim como a transferência ao medicamento que o psiquiatra prescreve, e que essas transferências influenciam o modo como os pacientes tomam a medicação. Com relação à contratransferência, é importante o residente perceber seus próprios esquecimentos e sentimentos em relação ao paciente. A contratransferência abre uma janela para a compreensão do paciente, e isto ajuda o terapeuta a iluminar os pontos cegos. A falta desta

compreensão faz com que o residente derrape nessas reações, em vez de tornar-se curioso sobre elas. O ensino da psicoterapia psicodinâmica proporciona ao residente maneiras de transformar experiências dolorosas e intensas em dados que podem ser observados e compreendidos. Defesas e resistências nos protegem dos desconfortos, além de revelar informações sobre afetos e desejos. Sem este conceito, o residente não entenderá o quão desesperadamente nós escondemos a verdade de nós mesmos. É importante, para o residente, observar as mudanças substanciais que um paciente pode obter a partir da identificação e exploração das defesas e conhecer os afetos e padrões de relação objetal dos quais se defende. Quanto aos padrões do passado que se repetem, é altamente gratificante para o residente trabalhar com pacientes por tempo suficiente para observar mudanças nesses padrões. É necessário que o residente seja treinado em psicoterapia psicodinâmica para realmente entender o conceito freudiano de compulsão à repetição.

Tasman, neste mesmo artigo, refere que nós devemos manter o ensino da psicoterapia psicodinâmica e ter flexibilidade em ensinar residentes, para adquirir avanços futuros. Devemos ensinar uma ampla visão de genética que inclui um claro entendimento de interação entre genética e meio no desenvolvimento. Cita o doutor Kandel, ganhador do prêmio Nobel, o qual reconhece que o desenvolvimento do estresse e as experiências influenciam a expressão genética. Além disso, relata que estudos futuros sobre modulação cerebral, através das técnicas psicoterápicas, oferecerão futuras oportunidades para melhor compreender como a psicoterapia influencia a expressão genética. A psicoterapia leva a um padrão de comportamento e pensamento mais adaptativo e pode prevenir experiências estressantes. Opositores dizem, segundo o autor, que o ensino de competência em psicoterapia psicodinâmica não tem credibilidade, pela falta de suporte de evidências. O autor fala que a evidência inclui pesquisas formais e experiência clínica. A psicoterapia psicodinâmica preenche ambos os critérios. Análises bem conduzidas e revisões críticas envolvendo escores de estudos utilizando psicoterapia psicodinâmica sugerem que esta abordagem é efetiva e usualmente comparável a outras psicoterapias. Além disso, milhares de relatos suportam o papel da psicoterapia psicodinâmica na resolução do sintoma e problemas psicológicos. Segundo o autor, há várias razões (citadas acima em um outro estudo do autor) para o ensino da psicoterapia psicodinâmica na residência, como a evidência de melhora da relação médico-paciente, o aprendizado em profundidade de processos inconscientes, o aumento da

habilidade do psiquiatra em manejar os próprios sentimentos, e facilitação no rigor clínico. Dificilmente o residente aprenderia tudo isso fora do treino em psicoterapia psicodinâmica. Além disso, a prática em psicofarmacologia competente requer habilidade em psicoterapia psicodinâmica, para entender os medos e motivações quanto a fazer uso de uma medicação, além de poder manter uma aliança terapêutica produtiva. A medicação pode ter significados simbólicos, facilmente distorcidos pelos pacientes severamente doentes. Os pacientes atribuem significado à decisão do psiquiatra em prescrever a medicação. Segundo o autor, nosso grande desafio futuro será compreender mais a interação entre nossa estrutura genética e o impacto das experiências de desenvolvimento. A perda de 100% de concordância em esquizofrenia entre gêmeos monozigóticos, por exemplo, poderia refletir súbitas diferenças de desenvolvimento entre idênticos. A habilidade em compreender e modular o impacto dessas diferenças irá continuar a ser essencial para os futuros psiquiatras, enaltecendo a verdadeira prática biopsicossocial, e isto requererá competência em psicoterapia psicodinâmica.

Brenner (2006) considera de importância fundamental a terapia pessoal dentro do treinamento e desenvolvimento profissional do residente de psiquiatria e, diz ser muito importante que educadores em psicoterapia possam delinear o significado da terapia pessoal em avançar no desenvolvimento do residente como um terapeuta e como um psiquiatra. Particularmente em minha experiência (como supervisora), isto é proporcionado pela influência no treino em psicoterapia dentro da residência.

Em um artigo muito interessante, Plakun (2006) enfatiza que existe uma geração de psiquiatras perdidos em psicodinâmica, lembrando que a revolução biológica tem sido associada com o ressurgimento do modelo médico em psiquiatria. Conseqüentemente, a psiquiatria, como o resto da medicina, tem enfatizado o então denominado tratamento “baseado em evidências”. Há então uma preferência pelo endosso somente daqueles tratamentos que tem se mostrado superior nas provas de controle randômico. Devido à explosão do conhecimento em neurociências e psicofarmacologia, há ênfase no treinamento do residente em aprender sobre o cérebro, muito mais do que sobre a mente. Então, continua o autor, uma geração inteira de psiquiatras começa a aparecer com pouca ou nenhuma experiência ou educação significativa em psicoterapia psicodinâmica individual, ou no modo psicodinâmico de pensar; eles representam a “geração perdida” em termos de conhecimento

em teoria e terapia psicodinâmica. Pouca ou nenhuma atenção é gasta por esses *trainees* para descrever motivos, conflitos ou pressões relacionais por trás dos sintomas aparentes. O autor explica que o termo psicodinâmico é erroneamente confundido com psicanalítico. O mundo psicodinâmico, segundo ele, refere-se a um tipo de psicoterapia que tem suas raízes na psicanálise, mas é mais do que isso. Além de uma escola de psicoterapia, psicodinâmica também se refere a uma teoria da mente ou vida mental, uma teoria do desenvolvimento de uma maneira de olhar para a psicopatologia e o funcionamento da saúde mental nos indivíduos. A formulação psicodinâmica oferece uma maneira de pensar em como os problemas que podem aparecer no funcionamento da equipe que trata de um paciente em particular podem ser uma representação da vida mental do paciente ou um aspecto da dinâmica familiar do paciente. Isto oferece uma oportunidade para ajudar o paciente a compreender o que ele está repetindo em sua vida. O autor expõe os esforços realizados por Harold Eist, então presidente da APA (American Psychiatric Association) em 1996, apoiado pela COPP (Commission on Psychotherapy by Psychiatrists) em advogar pelo lugar da psicoterapia no treinamento e prática da psiquiatria. A COPP coletou e promulgou o corpo de evidência, mostrando que a psicoterapia foi associada com mudanças no cérebro. Ao mesmo tempo o RRC, o Comitê de Revisão de Residência estabeleceu competências centrais em cinco tipos de psicoterapia e este mesmo comitê designou que os programas ensinassem a competência, de maneira a poder medi-las.

Os conceitos centrais da psicoterapia psicodinâmica incluem a noção de dinâmica do inconsciente, mecanismos de defesa, transferência e contratransferência, resistência e uma teoria de desenvolvimento psicológico.

O autor alerta para o fato de que um bom programa em psicodinâmica na residência pode ser notado pela maneira em como aumenta a vontade dos residentes por treino adicional.

Em síntese, observa-se nesses estudos que o ensino e treino em psicoterapia, segundo seus autores, facilitam a compreensão do paciente, sua dinâmica e seu funcionamento. Possibilitam como contribuição única um refinamento em sua abordagem e, ao mesmo tempo causam modificações na concepção do transtorno mental. Conhecer a psicodinâmica, a complexidade do ser humano, perceber os sentimentos transferenciais e os próprios sentimentos contratransferenciais enriquece e proporciona um instrumental para que o

residente de psiquiatria possa lidar com a difícil tarefa de compreender o seu paciente. Isto se tornou importante para alguns países como Estados Unidos e Canadá para que, principalmente a psicoterapia psicodinâmica, entre outras, continuasse a ser ensinada na residência médica por sua contribuição única.

### **3.3.2 A utilização da psicologia no treinamento do residente**

Rice e Thurrell (1968) fizeram um estudo com os residentes da Universidade de Wiscosin, oferecendo a eles seminários de testagem psicológica em três segmentos: A- Explicação da utilização prática dos recursos dos testes psicológicos; B- Comparação dos resultados dos testes com a observação do psiquiatra; e C- Derivação e generalização dos conceitos dinâmicos, onde os conceitos eram explicados pelas respostas aos testes. Os testes foram solicitados pelos residentes no início do estágio, depois foram realizados os seminários e os residentes aplicaram os testes em um paciente que acompanharam. Finalmente, os residentes solicitaram os testes para o mesmo paciente no final do estágio. Os resultados, segundo os autores, sugerem que houve um aumento do conhecimento por parte dos residentes em termos de habilidade em utilizar a avaliação psicológica. Duas das três dimensões medidas (habilidade para comunicar informação necessária e o grau de sofisticação do residente sobre avaliação psicológica), mostraram mudança como função de relação ao tempo gasto com os seminários. Os seminários serviram como catalisadores para promover mudança bem sucedida e cristalizar a habilidade do residente em entender e utilizar o conhecimento sobre avaliação psicológica.

Com a finalidade de avaliar o impacto da avaliação psicológica sobre o diagnóstico psiquiátrico, Adams (1972) comparou a avaliação psicológica e o diagnóstico inicial e final de 137 casos registrados de pacientes de uma instituição psiquiátrica de ensino e pesquisa. Foram escolhidos randomicamente pacientes de três psiquiatras da equipe e de três residentes. As testagens foram feitas por um psicólogo supervisor ou por um dos seis psicólogos supervisionados pelo psicólogo supervisor. Os diagnósticos foram baseados no DSM II. Os resultados indicaram que o registro psicológico estudado teve impacto pequeno de discernimento sobre o diagnóstico final destes pacientes psiquiátricos, mas aumentou a confiança do clínico. O autor questiona a razão da importância da avaliação psicológica para

o psiquiatra. Pode-se pensar em ser uma contribuição para o conforto do psiquiatra, ou, pode ser que seja útil para planejamento e terapia. Os residentes em seus pedidos, parecem focar mais do que os psiquiatras, em habilidades, diagnóstico geral, potencial suicida e orientação sexual, talvez, segundo o autor, porque seja material concreto ou tratável.

D'Andrea (1980) propõe um projeto de terapia de grupo para os residentes, a fim de trabalhar as questões referentes à visão destes com relação ao atendimento de pacientes com transtorno mental. Segundo o autor, no tratamento do doente mental o terapeuta não conseguirá atingir a objetividade necessária, a não ser através do prisma subjetivo da empatia.

Justamente a empatia que, segundo o autor, em última análise, seria o principal instrumento autoterapêutico contra a ansiedade do jovem psiquiatra, é uma de suas mais difíceis aquisições. Para conseguí-la, é preciso uma significativa liberação de preconceitos e uma compreensão da própria submissão às influências socioculturais. Movido por conflito de identidade de papéis, o relacionamento do psiquiatra com o paciente, em vez de empático, tende a ser defensivo. E sua defesa é manter a qualquer custo seu *status* profissional frente ao paciente, real ou supostamente contestador e ameaçador.

A experiência de atendimento de residentes em grupo, segundo o autor, levou a quatro momentos grupais: fase de apresentação dos sintomas, fase de resistência, fase de coesão grupal e fase de clarificação. Os residentes vivem, através da experiência grupal, o significado de papéis e contra-papéis no relacionamento. Na terapia de formação proposta pelo autor, o apoio dado ao ego pela análise da natureza das pressões institucionais pode fortalecê-lo, a ponto de prepará-lo para enfrentar posteriormente uma análise mais profunda e beneficiar-se com ela.

Kaufman (1992), num trabalho dentro da disciplina de psicologia médica com estudantes do terceiro ano de medicina da Universidade de São Paulo, propõe um método que denomina teatro pedagógico, o qual utiliza a combinação de técnicas de teatro espontâneo, *role-playing*, jogos dramáticos e sociodrama, na abordagem dos conflitos inerentes à relação médico-paciente.

Wahba (2001), em um estudo qualitativo com grupos operativos de residentes e estudantes de medicina, levanta algumas sugestões a serem desenvolvidas e implementadas no ensino médico, como aumentar o espaço de trabalho psicológico com estudantes e

residentes em disciplinas e departamentos da faculdade, e garantir a continuidade deste trabalho durante a formação para possibilitar o aprendizado e treino de atitudes, possibilitando a realização de pesquisas que demonstrem a utilidade e os efeitos de técnicas psicológicas no aprimoramento da relação médico-paciente, como o trabalho com transferência e contratransferência, por exemplo, e, alertar contra o vocábulo *peripaque*, que tem uma conotação negativa e prejudica de antemão a aproximação do médico. A autora refere que a medicina necessita acrescentar ao mundo real a realidade simbólica que é constituída por elementos menos visíveis e evidentes, mas, passível de observação racional e podendo ser provedora de respostas verificáveis.

Embora a autora não tenha trabalhado diretamente com a psiquiatria, seu trabalho é extremamente importante também para o residente dessa área, pois, segundo Martins (2005), muitas das características psicodinâmicas que conduzem as pessoas para a carreira médica também as predispõem para desordens emocionais, alcoolismo, abuso de drogas e doença mental (e o psiquiatra lida diretamente com isso). Estas características incluem compulsividade, rigidez, controle sobre as emoções, retardo de gratificações e formação de fantasias irrealistas sobre o futuro.

Müller e Becker-Witt (2002), utilizando seminários multidisciplinares sobre tipos de psicoterapia com estudantes de medicina, relataram que a maioria dos estudantes respondeu, através de uma avaliação padrão (HILVE), que os seminários, em geral, aumentaram os seus interesses em medicina.

Touchet e Coon (2005) realizaram um estudo com os residentes de psiquiatria da Universidade de Oklahoma, utilizando o método TBL (Team Based Learning). O TBL utiliza a dinâmica de grupo para aumentar a eficiência do aprendizado. Assim, foi modificado e aplicado no curso teórico de cinco semanas sobre psicoterapia psicodinâmica da universidade. Os supervisores notaram então que os residentes passaram a integrar os conceitos psicodinâmicos, em seus casos, mais efetivamente do que antes e gostaram da integração dos residentes propiciada pela TBL. Em suma, a TBL, segundo os autores, é uma técnica relativamente nova e, como estratégia de instrução em educação em psicoterapia na psiquiatria, não foi testada empiricamente. Sua eficácia em promover competência em psicoterapia não é conhecida, mas o impacto da TBL na compreensão, pensamento crítico e retenção de conhecimento, sugere que pode ser útil no treino em psicoterapia e sua ênfase na

preparação pré-classe, engajamento em dinâmica de grupo e avaliação em classe, oferece uma alternativa de instrução atrativa e bem aceita para a leitura didática.

Nesses estudos, observamos que o uso de algumas técnicas psicológicas, como ensino sobre testagem psicológica, formação de grupos terapêuticos, trabalho com grupos operativos e outros levantaram importantes questões e mostraram-se proveitosas no trabalho com residentes de psiquiatria e de outras clínicas. Ao mesmo tempo, o teste psicológico pode trazer importantes informações sobre o estado psicológico do paciente para o psiquiatra. Foram citados os trabalhos realizados com alunos de medicina, como por exemplo, o teatro pedagógico, pois, trata-se de um trabalho com benefícios também para o residente de psiquiatria, não somente na utilização de *role-playing* e outros recursos, mas em toda a sua filosofia, embora modificado para o residente.

### **3.3.3 A supervisão em psicoterapia**

Burgum et al (1959) referem que a psicoterapia é uma ciência jovem cuja prática requer conhecimento e arte e, além disso, experiência direta no processo terapêutico e um treinamento com um supervisor experiente. A supervisão necessariamente trabalha com os sentimentos do estudante em ambos os casos: na relação com o supervisor, com quem pode mostrar bloqueio no aprendizado e em sua relação com o paciente, na qual sua própria ansiedade e necessidades pessoais podem interferir no seu efetivo funcionamento como terapeuta. O propósito da supervisão é ensinar técnicas e métodos de terapia na experiência atual do terapeuta com o paciente. A expectativa é que o estudante alcance um grau de habilidade suficiente e independência para usar tais métodos de uma maneira apropriada. O método consiste em colaboração entre o estudante e seu supervisor em entender a comunicação do paciente e a relação do estudante com o paciente. Diferentemente do terapeuta, que está ligado exclusivamente às necessidades do paciente, o supervisor tem uma obrigação com o treinamento e a avaliação do progresso do estudante. Sua avaliação pode impedir ou favorecer a futura carreira do terapeuta.

O processo de supervisão é primariamente um processo de ensino. É diferente de outras formas de ensino, pois, presta particular atenção à resolução dos problemas emocionais do estudante terapeuta que interferem no aprendizado ou no processo terapêutico. Um clima

emocional adequado para o ensino, segundo os autores, é proporcionado por uma atitude de respeito por parte do supervisor para com o estudante como uma pessoa, uma avaliação realística de suas habilidades, aceitação de suas idéias e teorias e a liberdade por parte do estudante em concordar ou discordar do supervisor. O supervisor deve dar sua opinião sobre o processo, mas evitar onipotência ou autoritarismo, refletindo a consciência de suas limitações em termos de teoria e personalidade. Deve encorajar o estudante a pensar por ele mesmo, expressar dúvidas e reservas e, em particular, trabalhar dentro de suas convicções e estilo de personalidade.

Em sua aparência, os muitos aspectos de um ótimo clima emocional em supervisão, se assemelham àqueles que se obtém na terapia. No entanto, há importante diferença mesmo que o supervisor trabalhe com os problemas emocionais do estudante. Aliviar a tensão do aprendizado resulta, não em exploração dos problemas de vida do estudante, mas no foco imediato, nas habilidades e técnicas em psicoterapia e nos problemas da relação do estudante com o seu paciente. A atividade do estudante com o seu paciente pode refletir traços neuróticos ou ansiedade. Ele pode ser sexualmente sedutor, manipulador, complacente, agressivo, defensivo e falhar em reconhecer tanto a manifestação dessas atitudes como seu impacto no paciente. Ele pode se engajar em manobras defensivas para sair da ansiedade profundamente enraizada em seu próprio caráter ou experiência passada. O foco de trabalho é, somente secundariamente, no significado que as reações do estudante tem para ele mesmo (o que deve ser trabalhado em sua análise pessoal). O foco primário é a sua atitude em relação ao seu paciente. O estudante terapeuta aprende mais do que técnicas em psicoterapia. Ele aprende a usar ele mesmo como um instrumento de mudança em sua relação com o paciente. Para este fim, ele aprende a observar e manejar sua própria participação na relação e a não evitar ou negar seus próprios sentimentos humanos quando eles podem ser terapeuticamente benéficos. O engajamento no trabalho comum entre estudante e supervisor, a excitação da descoberta, o debater-se com dúvidas, a autodepreciação e desespero, a abertura para novos horizontes, a estética experiência de frescas expectativas de dar e receber, de acordo com os autores, fazem do processo recíproco do ensinar e aprender um dos mais profundos e de troca dentre àqueles mais estimados em nossa experiência humana.

Com o objetivo de explorar a relação entre compatibilidade interpessoal, satisfação e produtividade na relação de supervisão, Wolkon, Davis e Staples (1978) realizaram um

estudo com 17 residentes no seu segundo ano de treino e 29 supervisores de psiquiatria da Universidade do Sul da Califórnia. Todos preencheram a escala de Schutz, FIRO-B (Fundamental Interpersonal Relations Orientation). Esta escala foi utilizada para medir o grau no qual cada pessoa queria receber e expressar inclusão, afeição e controle. Além disso, uma escala de seis itens com seis alternativas de resposta foi feita para avaliar as qualidades da relação residente-supervisor em termos de: satisfação geral com a relação, habilidade para trabalhar bem ou mal juntos, desejo de continuidade da relação, desejo de estender o relacionamento para outras situações de trabalho, possibilidade de ligação com o outro no nível social e estimativa de competência da outra pessoa. Houve uma mudança significativa para os residentes de psiquiatria durante o segundo ano, sendo que no início apresentavam alta necessidade de serem inclusos e expressão de afeto. No final do ano, no entanto, essas necessidades tinham diminuído significativamente. Uma análise mais detalhada dos dados indicou que a mudança do residente aproximava-se, por exemplo, de alguns supervisores e o distanciava de outros. A média de escores dos residentes foi comparada com uma amostra de 39 estudantes de medicina. Como resultado, o estudo refere que a mudança mais dramática nos residentes no seu segundo ano de treinamento foi uma queda nos escores de querer inclusão e expressão de afeto. No início, a alta necessidade de inclusão e a expressão de afeto sugerem, que em uma nova situação, psiquiatras em treinamento, como outros, têm alta necessidade de serem inclusos e tendem a tentar expressar essa necessidade, mostrando ligeiramente mais afeição que o habitual. A diminuição dos escores, no final, no que tange a inclusão e expressão de afeto, pode ser interpretada, segundo os autores, como uma saída da situação inicial, mas também como um comportamento imitativo do supervisor.

Pérez, Krul e Kapoor (1984) realizaram um estudo com 168 residentes de 16 programas de residência em psiquiatria do Canadá. Neste estudo, foi distribuído um questionário para 400 residentes de 16 programas de residência em psiquiatria durante o ano de 1980. Tal questionário consistia de 42 questões de múltipla escolha. As áreas estudadas foram: características educacionais e demográficas dos residentes, a característica do programa de residência, o tipo de treinamento avaliável em diferentes modalidades de psicoterapia, a análise de qualidade e quantidade de atenção dada a diferentes elementos da supervisão em psicoterapia, o nível de importância atribuído pelos residentes aos elementos da supervisão em psicoterapia e a percepção dos residentes sobre o atributo do supervisor como, por

exemplo, habilidade para ensinar e bom relacionamento. Como resultado deste estudo, baseado em aproximadamente 50% do total de residentes consultados e podendo ter o viés de ter sido completado pelos residentes mais interessados pelo seu treinamento em psicoterapia, verificaram que os residentes assinalaram a psicoterapia como altamente importante no desenvolvimento de suas habilidades terapêuticas, indicaram também que a visão objetiva do seu trabalho, providenciada pelo supervisor, ajudaram-lhes a desenvolver uma crítica capacidade de observação. O supervisor também se torna um modelo de como funcionar com o outro ser humano a quem se quer ajudar. Se o residente é tratado com respeito e dignidade pelo seu supervisor, ele tenderá a agir de modo semelhante com os pacientes no seu trabalho. Os residentes são capazes de manter atitudes que são consistentes com seus próprios valores, personalidades e capacidades. O estudo mostrou uma associação positiva entre quantidade de supervisão e avaliação dos residentes sobre seu treino. Quando *trainees* passam mais tempo com seus supervisores, eles tendem a desenvolver uma melhor aliança de trabalho e uma maior confiança em suas habilidades psicoterápicas. Residentes cujos programas ofereceram seminários em psicoterapia individual relataram uma avaliação mais positiva de sua experiência em supervisão. Isto pode ser, devido ao seu melhor entendimento dos aspectos teóricos, os quais ajudam o *trainee* a ser um participante mais ativo no processo de aprendizado em supervisão. Quanto ao perfil do supervisor, este estudo mostrou que uma das três características mais importantes foi sua capacidade de desenvolver uma boa relação com o *trainee*, mas, a habilidade de ensino, sua habilidade em apontar falhas e prontidão para ajudar foi de importância considerável e suplantam a relação pessoal. Uma das implicações desses resultados, segundo os autores, é que os residentes vêem a supervisão como uma experiência didática. Os residentes sentiram que a atenção dada pelos supervisores foi insuficiente na formulação de tratamentos, nos alvos a serem alcançados, nas técnicas da transferência dos pacientes para outro terapeuta e término da terapia. Os autores indicam a importância do supervisor conhecer a percepção do residente sobre o seu treinamento em psicoterapia, e referem que diferentes métodos de supervisão devem ser investigados quanto à sua efetividade.

Silberman e Mazza (1985) criticam a postura de Chevron e Rounsaville, dois autores que defendem a supervisão através de recurso audiovisual da sessão atendida pelo residente. Eles apostam na hipótese de que as avaliações dos supervisores refletem a interação

supervisor-terapeuta com seu próprio paralelismo, onde é experimentado o processo terapeuta-paciente. Segundo os autores, o estudo de Doehrman sobre processo paralelo na supervisão e psicoterapia, evidencia que um poderoso processo paralelo foi encontrado em toda relação paciente-terapeuta-supervisor, que foi examinada e que a relação de supervisão mostrava efeitos de melhora ou efeitos deletérios através do processo de tratamento. Outros estudos, segundo os autores, sugerem que, a mais efetiva influência pedagógica, na supervisão, provavelmente é a identificação com o supervisor e, ainda, sugerem que o impasse terapêutico possa ser derivado de uma relação terapeuta-supervisor distorcida. Os autores concluem que um outro fator importante que restringiria a avaliação do supervisor sobre o processo terapêutico, quando o recurso audiovisual é utilizado, seria a ausência de dado suficiente para revelar os pensamentos e sentimentos silenciosos do terapeuta sobre uma sessão em particular. Referem que o recurso audiovisual pode ser útil, mas que não se jogue o bebê (técnica tradicional de supervisão) com a água do banho.

Chevron e Rounsaville, na resposta ao artigo anterior, relatam que a impressão do supervisor sobre o trabalho clínico do *trainee* deveria ser baseada em ambas as observações: videotape e a fala do *trainee* sobre seus pensamentos e sentimentos silenciosos durante a sessão.

Rodenhauser, Rudisill e Painter (1989), em um estudo, relatam que as características que mais facilitam a relação com o supervisor em psicoterapia são interesse, desejo, motivação e iniciativa. Os autores fazem uma revisão de outros artigos que tratam do assunto “aprendizado em supervisão”, e explicam que a supervisão em psicoterapia é, na maioria das vezes, compreendida pelo supervisionado, como um processo doloroso e difícil. Questões pessoais, ignorância, inexperiência, necessidade de onisciência e onipotência, *stress* com os instintos, contratransferência e relativa falta de empatia, interferem com o desenvolvimento da identidade como terapeuta. Como os problemas do processo de supervisão não são limitados ao supervisionado, é necessário que as duas partes sejam compreensivas e trabalhem contra a falência e o mau desempenho. Com relação ao supervisor, as questões gravitam sobre educabilidade como atributo pessoal e habilidades interpessoais. Os autores concordam com outros autores, sugerindo que impedimentos no aprendizado estejam localizados no processo paralelo, ou seja, os atributos que fazem possível o aprendizado em teoria, prática e habilidade, são expressões das características da relação com supervisor e

paciente, em seus aspectos afetivos e cognitivos. Nos programas de residência, segundo os autores, considerações cuidadosas e utilizações construtivas de características que melhoram o aprendizado, na supervisão em psicoterapia, podem criar ou melhorar a abordagem da educação do residente. Esses atributos levantam questões para futuros estudos, incluindo comparações entre várias características do supervisando e resultado em supervisão em psicoterapia, e ou, prática psiquiátrica.

Watkins (1991) afirma a necessidade de haver supervisão dos supervisores em psicoterapia, pois diz que, geralmente as habilidades dos supervisores, não são levadas em conta. Com certeza isto melhoraria os programas de graduação e pós-graduação. As áreas que deveriam ser supervisionadas, como teoria de supervisão, são: processos de transferência, contratransferência, aquisição de habilidades básicas, lidar com a dificuldade de supervisionar, processos e resultados de supervisão, implicações éticas e legais, aspectos profissionais, e aplicação prática da teoria, discutida através do trabalho de supervisão.

Com o intuito de explorar o comportamento dos supervisores e medir a habilidade deste como professor e facilitador do aprendizado do residente em psicoterapia, Shenfield et al (1992) realizaram um estudo com 34 (87%) dos supervisores do departamento de psiquiatria da Universidade do Texas. Foram utilizados dois instrumentos de medida: o PSI (Psychotherapy Supervisory Inventory) para avaliar o contexto dos comentários do supervisor e a interação entre supervisor e residente e, uma escala para medir a excelência do supervisor quanto à qualidade de supervisão. Os autores concluem, que, dentro do contexto de uma relação de supervisão estável, o comportamento do supervisor parece não mudar significativamente com diferentes residentes ou através de diferentes anos de estágio da residência. Isto, segundo os autores, fala a favor de estilo de supervisão. 75% do grupo de supervisores foram julgados serem de alta excelência em facilitar o aprendizado do residente e tinham alta empatia. Estes supervisores faziam comentários dirigidos ao terapeuta e ao paciente num nível intelectual e experiencial e, ainda o faziam de forma sintética e em profundidade. Eles eram também empáticos e focavam o assunto nas preocupações imediatas do *trainee*. Esses supervisores enfatizavam os pensamentos e sentimentos do paciente e do *trainee* na atualidade e incluíam elementos afetivos e cognitivos. Eles eram professores que refletiam com os residentes sobre suas ações como terapeutas e supervisandos. Em contraste, 25% dos supervisores foram avaliados como tendo baixo

potencial para facilitar o crescimento do residente e também em termos de empatia. Seus comentários eram mais frequentemente discursivos, intelectualizados e as elaborações do material eram generalizadas com pequena atenção para as preocupações do estudante. Quatro desses nove supervisores eram iniciantes e três eram veteranos que tinham supervisionado muitos residentes.

Em 1992, foi enviado um questionário para todos os programas de psiquiatria dos Estados Unidos pela Associação Americana dos Diretores de Treino em Residência de Psiquiatria. Com o intuito de avaliar as questões referentes à supervisão e ensino em psicoterapia psicodinâmica, Rodenhauser (1992) fez um estudo com a resposta de 215 diretores de programas de residência, sobre aspectos relativos à supervisão e experiência do residente em psicoterapia. O número de questionários respondidos foi 107, portanto 49,76%. Os itens avaliados foram: orientação psicobiológica versus orientação psicodinâmica, número de sessões em psicoterapia, mecanismos de supervisão em psicoterapia, distribuição da supervisão (em grupo e individual), experiências do residente com diferentes formas de psicoterapia, problemas na supervisão e tópicos difíceis de serem ensinados. Os dados, segundo o autor, sugerem que os residentes estão envolvidos com teoria e prática psicodinâmica. Supervisão em grupo é mais popular por ser mediadora entre ensino e aprendizado. Supervisão em psicoterapia custa tempo e energia de residentes e supervisores. Falta de diversidade teórica e flexibilidade dentro do corpo de supervisores é um dos vários problemas associados com a supervisão em psicoterapia. *Workshops*, cursos e conferências, que falem de modelos de ensino e aprendizado da psicologia da psicofarmacologia e formas combinadas de tratamento, refletem necessidades das faculdades. Com exceção de supervisores iniciantes, não são dadas atenções aos supervisores. Um terço dos programas têm supervisão dos supervisores. Encontros de supervisores para discussão de supervisão são incomuns. A utilização de anotações da progressão do atendimento sugere que seu uso facilita a reflexão e crescimento do supervisionando. A privacidade do *trainee* explica o pouco uso de vídeo e áudio tape.

Alonso (2000) relata que idéias emergentes sobre intersubjetividade, nos levam a renovar o alerta sobre a influência que as duas partes da díade, na supervisão, tem, uma sobre a outra. Se somos supervisores habilitados, isto depende, em alguma extensão, da participação dos estudantes em fazer-nos habilitados e, de nossa parte, em aumentar seu

nível de competência clínica. Mas, se, formos supervisores não habilitados, estamos ambos participando deste lamentável estado, para o nosso detrimento mútuo. Medir uma terapia de sucesso é um alvo esquivo. Uma supervisão de sucesso é um alvo mais esquivo ainda. O supervisor está sempre na linha divisória entre ensinar o estudante e terapêuticamente focar nos comportamentos que impedem o aprendizado do estudante. O supervisor, sugere a autora, deve escutar com os olhos de clínico e falar com a boca de professor, e, falar menos é evitar o poder na situação de supervisão. Segundo a mesma, a dicotomia entre ensino e psicoterapia, na supervisão, é falsa. Quanto mais se sente como um analista do estudante, mais do que um supervisor, mais atenção se dispensa na troca de transferência e contratransferência entre o estudante e o supervisor. Nesta hora, isto passa a importar mais do que no trabalho clínico. A autora cita alguns impasses e resistências na supervisão: 1- O supervisor pode não ter claro os limites entre ensino e psicoterapia; 2- O treino mínimo em supervisão pode fazer com que o supervisor evite o papel e obrigações de supervisor; 3- Se o supervisor é inseguro, ou o estudante é especialmente desafiador, os problemas de competição aparecerão na hora da supervisão; 4- Expor erros é sempre embaraçoso e o estudante, em uma boa supervisão, deve ser encorajado a fazer isto; 5- Pode haver a replicação inconsciente da própria dificuldade do supervisor como estudante; e 6- Medo em desapontar, de ambas as partes. Continuando, a autora refere que, para um supervisor experiente, não é sempre fácil ser sensível para os problemas narcísicos inerentes ao papel de *trainee*. É sempre difícil apresentar o trabalho íntimo para o olhar crítico do supervisor. Do supervisionando, é esperado que ele exponha áreas de vulnerabilidade para o supervisor que o está avaliando. Em adição, o supervisor está sendo avaliado, formalmente ou informalmente, pelo estudante e pelo sistema. Se uma das partes estiver ansiosa, sensível ou furiosa, uma atitude de defesa pode emergir e comprometer o aprendizado. Como conselho para uma supervisão segura, a autora sugere que seja feito um contrato de supervisão que inclua horas, lugares dos encontros, discussão sobre modos de supervisão e cancelamentos. E, também, que o supervisor possa fazer consultas oportunas a outros profissionais. Em casos de impasses que não se resolvam, a autora sugere que o estudante seja encaminhado a outro supervisor. E nesse clima “suficientemente bom”, segundo a autora, é que a criatividade e a paixão florescem e enriquecem aos supervisores e aos estudantes.

Em uma pesquisa qualitativa, com *trainees* do programa de psicologia de aconselhamento, sobre eventos contraproducentes na supervisão, Gray et al (2001) propuseram-se examinar a natureza e a extensão da experiência desses eventos (qualquer experiência que o *trainee* identifique como dolorosa, infeliz e paralisante em relação ao seu crescimento como terapeuta) na supervisão. Segundo os autores, poucos estudos exploram a percepção dos *trainees* quanto a experiências negativas e, como essas experiências influenciam a relação de supervisão, processo e resultado de tratamento. Experiências negativas têm sido relacionadas com o perceber o supervisor rígido, crítico e desatento. Boas experiências são relacionadas com o supervisor sendo um facilitador e não julgador, caloroso e respeitador; ajudando a diminuir a ansiedade em explorar o caso atendido. A supervisão tem papel primordial na aquisição de habilidades e desenvolvimento profissional dos *trainees*, influenciando o trabalho destes, durante e através do treinamento.

A pesquisa revelou que o comportamento preferido do *trainee* era falar sobre o evento com o supervisor, falar o que está difícil na supervisão e perceber que se pode falar. Quanto ao comportamento do supervisor preferido pelo *trainee*, era o de falar sobre o evento contraproducente acontecido, falar o porquê de ter ficado bravo e, falar com boas palavras. Concluem que os eventos contraproducentes na supervisão podem providenciar informação valiosa para programas de treinamento em psicoterapia, que o evento contraproducente pode ser inerente à supervisão e que, o trabalho através dele, pode facilitar o crescimento, levando ambos, *trainees* e supervisores a discuti-los mais livremente na supervisão. E sugerem que para diminuir o bloqueio, o supervisor facilite atmosfera de confiança, levando o *trainee* a sentir-se seguro e propiciando a recuperação de ruptura de aliança.

Weerasekera et al (2003) referem que, na Universidade Mc Master (Canadá) os coordenadores de módulo, supervisores e avaliadores consistem de psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais. Os módulos têm dois supervisores, exceto no caso da psicoterapia psicodinâmica que possui um grande grupo de supervisores. A supervisão foi inicialmente oferecida em grupos e ainda é, em alguns casos e, tem sido bem recebida pelos residentes. As medicações são integradas com todos os tipos de terapia, mas, os supervisores devem ficar atentos em importantes avaliações relacionadas com a integração dos dois tratamentos, como, transferência e outros problemas.

O recrutamento e retenção de supervisores habilitados é um problema. Para facilitar isto, a universidade promove um programa de treinamento de supervisores, na própria faculdade, minimizando custos. A proficiência em psicoterapia, no entanto, necessita de anos de prática.

Ravitz e Silver (2004) referem que as pesquisas têm demonstrado que os métodos de ensino mais facilitadores, para a prática em psicoterapia, incluem os programas longitudinais que são ativos e centrados no aprendiz e, que, o estilo de ensino mais ativo, com reforço de conceitos fundamentais através de material clínico e *feedback* sobre as intervenções, é mais efetivo. Pesquisadores das teorias cognitivas, segundo os autores, têm demonstrado que a transformação do novato para o prático experiente envolve mudanças no processo mental, através do aprendizado experiencial. Performance, num contexto como a psicoterapia, onde os problemas mudam de forma e, onde o significado de ações específicas pode mudar, requer flexibilidade adaptativa e capacidade de improvisação. Reflete-se na ação durante a supervisão em psicoterapia, e espera-se que os *trainees* desenvolvam essa capacidade de refletir na ação, sintetizando o conhecimento e aplicando técnicas nesta complexa situação de troca emocional, como a psicoterapia.

Através de uma pesquisa, onde foram entrevistados, de janeiro a dezembro de 2003, coordenadores do treino em psicoterapia, dos departamentos de psiquiatria de catorze universidades canadenses, os autores revelam que alguns programas têm mudado, em seus *curriculums*, o tradicional foco em psicoterapia psicodinâmica psicanalítica, para terapias breves e baseadas em evidência e também terapias de grupo, casal e família. A integração entre abordagens diferentes tem sido utilizada e os supervisores, embora clínicos experientes, são raramente treinados na supervisão ou nas abordagens educacionais, embora os grupos de supervisão em psicoterapia proporcionem coesão, apoio moral e refinamento de habilidade e reconhecimento. Algumas universidades têm grupos de supervisores que se encontram mensalmente e convidam palestrantes, que incluem membros de universidades e residentes que, apresentam tópicos relacionados à prática e supervisão em psicoterapia ou, em outras universidades, os encontros são interativos e estruturados em torno de material clínico supervisionado.

A supervisão individual e aplicada à prática continua a ser o melhor modelo de ensino prático. Para algumas modalidades psicoterápicas, a filmagem é vista como uma intrusão no

processo terapêutico. Outros métodos incluem simulação de pacientes em psicoterapia, *role-plays*, vídeos que ilustram técnicas, comunicação eletrônica e imersão interativa.

Gabbard (2005) assinala algumas regras para que funcione o ensino e supervisão em psicoterapia. Explica que a psicoterapia deve ser ensinada junto da psiquiatria. Muitos dos supervisores e professores freqüentemente enfatizam que a psicoterapia deve ser feita à parte da medicação, o que é freqüentemente prescrito por outra pessoa e, que, os princípios da neurociência existem em um mundo paralelo. Existe, segundo o autor, evidências abundantes de que a psicoterapia muda o cérebro e também que, para muitas desordens psiquiátricas, combinar psicoterapia e medicação traz melhores resultados do que uma modalidade apenas. Similarmente a psicoterapia, necessita ser entendida como parte de um tratamento compreensivo bio-psico-social, cujo plano deve incluir o uso da medicação para sintomas que não são facilmente melhorados pela psicoterapia. Esta deve ser ensinada como uma disciplina eclética. A melhora do paciente é mais importante que a pureza teórica. Os pacientes, segundo o autor, não querem saber da teoria, mas sim de serem felizes. A teoria não deve promover escravidão. Muitas pesquisas em psicoterapia apontam, que o fator comum entre as terapias, são, geralmente, mais fortemente relacionados a resultados, que os fatores específicos de cada uma. Portanto, um bom professor de psicoterapia cria uma atmosfera de troca flexível e empresta dados de um outro modelo quando necessário. Há poucas verdades absolutas em psicoterapia, segundo o autor e, nós devemos ser humildes sobre o que nós sabemos e não sabemos. A identificação de esquemas em terapia cognitiva e o focar no padrão de relação do objeto interno pelos terapeutas dinâmicos têm grande similaridade. O supervisor deve ilustrar a teoria com exemplos clínicos. Os professores devem ser pró-ativos em propiciar aplicação clara dos modelos ao processo psicoterápico, ou seja, fornecer exemplos clínicos que façam sentido ao estudante, sem fazer com que o estudante se sinta humilhado para perguntar algo que revele sua ignorância. É importante que o supervisor possa mostrar as próprias falhas, pois possibilita a não idealização dele. Em larga escala, se ensina maneiras de pensar aos residentes, quando ensinamos a eles psicoterapia. Os limites profissionais e problemas éticos não devem ser ensinados como regras rígidas isoladas dos problemas clínicos. Os limites e éticas, segundo o autor, devem ser ensinados, nos contextos dos dilemas psicoterapêuticos, que envolvam conceitos como, transferência, contratransferência, resistência, aliança terapêutica e toda a filosofia sobre o que é ou não

terapia. É importante para o supervisor estar atento às pesquisas em psicoterapia e, não entronizar as terapias baseadas em evidência. Estudos controlados randomizados proporcionam dados valiosos, mas eles devem ser suplementados no ensino. Um desenho que é ideal para a pesquisa em psicofarmacologia, tem limites quando aplicado à psicoterapia. Psicoterapia não é o mesmo que tomar pílulas. O efeito não acaba em um ano. Elas variam quando aplicadas a diferentes gêneros, culturas e idades. As psicoterapias têm diferentes personalidades e a ausência de evidência, nos estudos, não significa evidência de ausência. Além do mais, a melhora do sintoma não é o único alvo da psicoterapia. Pacientes também aprendem verdades fundamentais sobre o que é ser humano, o inevitável conflito nas relações, a inabilidade em controlar eventos externos, o fato de ser, o amor, inextricavelmente, ligado ao ódio e as modificações que acompanham cada fase do desenvolvimento da vida adulta. Deve-se discutir com o residente, que o pagamento faz parte do trabalho da psicoterapia e propiciar que ele não evite agressão, raiva e transferência negativa com este assunto. Com relação à contratransferência, não se deve considerá-la como um sinal de patologia ou erro egrégio. O residente tem todos os tipos de reação emocional com relação aos seus pacientes. Estes fenômenos contratransferenciais são a mina de ouro da informação sobre o que o paciente pode induzir nos outros. Se o professor ou supervisor considera a contratransferência uma aberração que reflete inexperiência ou psicopatologia do terapeuta, o residente astutamente irá esconder sua reação e a manterá em foro privado. Um dos alvos centrais do treino em psicoterapia, deve ser o de promover a curiosidade e reflexão sobre o ser, no residente. Nós aprendemos sobre nós quando atendemos o paciente. O autor conclui, por fim, que há muito sobre psicoterapia que não pode ser ensinado em uma sala de aula ou supervisão. Não há substituto para o agir, efetuando alguns erros e monitorando suas conseqüências.

A supervisão será analisada num capítulo posterior, mas, dentro do contexto do ensino na atualidade, verificamos que se atender em psicoterapia é uma arte, supervisionar é mais arte ainda, pois a empatia, a boa relação com o residente, poder observar as dificuldades deste, ao mesmo tempo que poder respeitar sua privacidade e momento e, poder fazer com que ele se torne instrumento de mudança na sua relação com o paciente é uma tarefa que requer treinamento, empatia e habilidade; as duas últimas características, provavelmente, dependem do dom, vivência e idade do supervisor. Outro aspecto importante é o chamado

“processo paralelo”, no qual se evidencia a mesma relação com o supervisor e com o paciente, em termos de caminhar ou não. Sem dúvida, uma relação autêntica com o supervisor é necessária para uma boa relação de supervisão. Pelos estudos apresentados percebe-se que o residente, no início de sua supervisão em psicoterapia, necessita de maior inclusão e aceitação pelo supervisor, até por desempenhar um papel novo como profissional. Ao mesmo tempo, quando os residentes passam mais tempo com seus supervisores, tendem a desenvolver uma melhor aliança de trabalho e a se sentir mais confiantes. Com relação às habilidades do supervisor, como mais importantes, figuram a habilidade de desenvolver uma boa relação com o residente, ensinar, apontar falhas e ter prontidão em ajudar. Além disso, os supervisores considerados facilitadores do aprendizado tem empatia, fazem comentários analisando a relação do residente com seu paciente em profundidade, focalizando o assunto nas preocupações imediatas do residente, incluindo elementos afetivos e cognitivos, além de flexíveis quanto à teoria e abordagem do paciente e, são capazes de falar sobre eventos contraproducentes na supervisão.

### **3.3.4 Avaliação de habilidades e competências em psicoterapia**

Buckley et al (1981) realizaram um estudo no qual a idéia foi verificar se o *trainee* competente tem um perfil diferente, em termos de habilidade terapêutica, do perfil do *trainee* menos competente. Seria o *trainee* mais competente, mais capaz de estar alerta sobre o seu comportamento com os pacientes, do que o *trainee* menos competente? Este estudo foi realizado com todos os residentes de terceiro ano (treze), supervisionados em psicoterapia de orientação psicanalítica, por, no mínimo, dois psicoterapeutas experientes da escola de medicina Albert Einstein de Nova York, de orientação ou formação psicanalítica. Foram usados dois instrumentos de avaliação: a escala (SES) de avaliação dos supervisores, com 29 itens, onde os supervisores avaliaram os residentes em suas habilidades; a escala (PSES) de auto-avaliação do residente sobre suas dificuldades subjetivas e a avaliação global dos supervisores. As características centrais dos residentes, listadas pelos supervisores, como sendo de maior habilidade, foram: capacidade de observação psicológica, possibilidade de aprender com os erros, estar alerta e ter habilidade em trabalhar com a transferência negativa. Uma questão deste estudo é o quanto as habilidades listadas acima são aprendidas com o

tempo ou são capacidades intrínsecas que os *trainees* trazem para a situação. O relato dos supervisores neste estudo sugere que, certos *trainees* têm considerável potencial para tornarem-se competentes ou excelentes psicoterapeutas, enquanto outros, por uma combinação de defesas e personalidade, têm capacidade limitada mesmo com treinamento extenso.

Buckley et al (1982) realizaram um estudo avaliando como se dá o aprendizado das habilidades em psicoterapia psicodinâmica na supervisão. Foram usados os mesmos instrumentos da pesquisa de 1981: o (SES) e o (PSES). Foram feitas as primeiras medidas quando os residentes estavam no segundo ano e foram, segundo as medidas dos supervisores, identificados dois grupos: o grupo dos residentes mais habilidosos e o grupo dos residentes menos habilidosos. Cada grupo tinha seis residentes. Os pesquisadores observaram que o número de habilidades psicoterápicas teve mudança significativa com o tempo. Os autores consideram que isto reflita aqueles aspectos de psicoterapia dinâmica que o terapeuta iniciante pode realmente aprender com a supervisão e experiência. Entre os específicos aspectos de técnica que mudaram significativamente estão: o uso apropriado de clarificação e confrontação, o manejo da resistência, a capacidade de tolerar a sedução e ficar atento à transferência positiva. As capacidades que não mudaram foram: capacidade para empatia e alerta para sentimentos contratransferenciais. A ausência de qualquer mudança na habilidade para estabelecer uma aliança terapêutica efetiva pode também estar relacionada a fatores inatos como: capacidade para empatia e personalidade do terapeuta. Enfim, este estudo mostra que a empatia e a capacidade para monitorar as respostas contratransferenciais não parecem ser capacidades aprendidas, sendo consistente com a opinião de terapeutas experientes, que consideram o nível de empatia e estar consciente dos próprios conflitos, raramente se adquire por processo educacional, embora o próprio estudo sugira novos estudos com períodos mais prolongados para que os residentes sejam avaliados.

Elizur et al (1994) realizaram um estudo no departamento de psicoterapia da Universidade de Tel Aviv (Israel) com duas amostras de candidatos à formação e *trainees*, em dois tempos. Uma primeira amostra (ano de 1985/86) consistia de 90 participantes entre candidatos, *trainees* de primeiro, segundo e terceiro anos. A segunda amostra, com 118 participantes, também consistia de candidatos e *trainees* de primeiro a terceiro ano. Ao todo, os participantes se distribuíam em: 65 homens e 143 mulheres, sendo que 80 eram residentes

de psiquiatria, 74 psicólogos e 54 assistentes sociais. Como instrumento, foi utilizada a escala (Buckley self-evaluation scale), que foi traduzida para o hebraico e manteve a sua alta confiabilidade. Todos os candidatos e acadêmicos completaram a avaliação antes do início do treinamento (*trainees*) e antes do processo de seleção (candidatos). Os *trainees* o completaram também no final do ano acadêmico. Os autores relatam que existe uma diferença entre os processos de aquisição de competência terapêutica atual, visto pelo supervisor como uma medida de sucesso e, um processo de desenvolvimento de auto-imagem de competência profissional. A hipótese dos autores é que esse segundo processo é curvilíneo. A aquisição de habilidades segue um curso temporal diferente de autoconfiança. Ambos os grupos de candidatos percebiam-se significativamente melhor que os estudantes no final do primeiro e segundo anos de treinamento. Pode se questionar se essa diferença é um artefato de desejabilidade social, pois, pode ser um modo desejável de se apresentar por parte do candidato. Em termos de experiência, os candidatos estavam no primeiro estágio de desenvolvimento profissional, ou seja: estagnação, rigidez e falta de percepção. Isto pode resultar de defensiva auto-idealização refletida na auto-avaliação profissional, que era melhor do que a auto-avaliação dos estudantes de primeiro e segundo anos. No segundo estágio de desenvolvimento, uma auto-avaliação mais realística e a necessidade de tolerar a ambigüidade e sustentar a impotência, abala as certezas primárias. Os *trainees* começam a se tornar mais perceptivos, a estar mais em contato com eles mesmos e a ser mais hábeis em reconhecer e tolerar suas “fraquezas”, ou seja, um processo que requer uma diminuição da auto-imagem. Estes dados suportam a visão desenvolvimentista, a qual refere, que dentro de uma atmosfera de facilitação emocional, um estágio caótico pode ser necessário para propiciar um estágio de desenvolvimento interno e mudanças. No estágio final, a auto-avaliação apresenta uma identidade profissional mais flexível, madura e estável e, um aparente aumento na habilidade de tolerar limitações e dúvidas. Esse processo é uma inferência, já que o mesmo *trainee* não foi avaliado ao longo do tempo, mas a comparação das duas amostras mostrou um perfil similar curvilíneo. Este perfil curvilíneo de mudança tem implicações no ensino. Talvez, o estado de confusão produtiva, ou, frustração ideal, deva ser esperada e sustentada para habilitar o *trainee* em manter a questão em aberto e a fluidez necessária para o uso criativo e sofisticado do conhecimento e habilidades requeridos em psicoterapia.

Mellman e Beresin (2003) relatam que em 2001 o Comitê de Revisão de Residência em psiquiatria formulou a nova regulamentação, estipulando que os programas de residência em psiquiatria devem demonstrar que os residentes são competentes em cinco modelos de psicoterapia: psicoterapia breve, terapia cognitivo-comportamental, psicoterapia psicodinâmica, psicoterapia de suporte e combinação de psicoterapia e psicofarmacologia. As novas regulamentações do Comitê de Revisão são uma expansão do Projeto de Resultados do Conselho de Créditos para Graduação da Educação Médica (ACGME) que, por sua vez, são parte das crescentes mudanças da educação médica baseadas em evidências e de políticas de contas públicas. O Projeto de Resultados (ACGME) determina que qualquer especialidade médica assegure que seus residentes desenvolvam competência em seis áreas centrais: cuidado com o paciente, conhecimento médico, habilidade interpessoal e comunicativa, aprendizado, melhora prática e profissionalismo, além da prática baseada em sistemas. Em 1996, a Associação Americana de Diretores de Treino em Psicoterapia (AADPRT) e a Associação Psiquiátrica Americana (APA) reuniram-se para desenvolver grupos de estudo para definir competência para cada grupo de psicoterapia. Participaram desses grupos terapeutas experientes e residentes. Os grupos escreveram sobre conhecimento, habilidades e atitudes, lembrando que residentes não são experientes. Um encontro final entre os grupos foi realizado em Seattle, onde as mudanças finais foram feitas. Foram adicionados e levados em consideração fatores socioculturais, e chegou-se a um consenso. Agora os programas têm uma tripla tarefa: eles devem redigir o que estão fazendo em termos de competência, proporcionar treinamento específico em cinco tipos de abordagem psicoterápica e apresentar medidas válidas e confiáveis para avaliar tais atividades. Os diretores de treinamento devem começar a implementar a linguagem de competência no seu ensino e supervisão, revisando seus métodos de avaliação e formas que reflitam as novas competências. Os chefes e membros de faculdade devem ser educados pelos diretores de treinamento, e estes devem trabalhar por recursos para treino e avaliação.

Manring, Beitman e Dewan (2003) exploraram questões que afetam a avaliação de competência nos complexos e variados tipos de psicoterapia. Alguns autores experientes, segundo eles, acreditam que quanto mais especificamente nós podemos definir certas habilidades, como por exemplo, a habilidade de iniciar e terminar uma sessão no tempo estipulado, mais facilmente a psicoterapia será, efetivamente, ensinada e aprendida. Por outro

lado, muitas agências governamentais, instituições profissionais e outras especialidades médicas utilizam uma variedade de resultados para avaliar competência, incluindo assegurar que o *trainee* demonstre o sucesso do tratamento em um adequado número de desordens específicas. Os estudantes de psicoterapia tendem a distinguir habilidades básicas, acreditadas serem necessárias para todas as psicoterapias como, a habilidade de manejar limites, desenvolver aliança terapêutica, escuta, compactuar com as emoções e compreensão, daquelas mais especializadas, consideradas específicas para cada tipo de psicoterapia. Quais seriam então as habilidades essenciais para certificar competência e em que ponto da aquisição de tais competências os *trainees* podem ser considerados competentes?

O ACGME, explicam os autores, estruturou treze métodos de avaliação nas tradicionais áreas de educação médica. Os mais aplicados para a psicoterapia são: 1- Vistoria dos pacientes, onde os pacientes são avaliados diretamente sobre a satisfação com os serviços; 2- Instrumento de avaliação de 360 graus, que é uma avaliação feita por várias pessoas que estão na esfera de influência do *trainee*; 3- Exame oral, através do uso de protocolo sobre a interpretação de achados clínicos, de plano de tratamento e outros; 4- Avaliação por *checklist*, consistindo de lista de competências específicas e desejadas, atividades específicas, ou passos que melhorem uma habilidade mais complexa; 5- Avaliação de performance global, onde um avaliador julga: A- Categorias gerais de habilidades, por exemplo, habilidade interpessoal e de comunicação, em vez de habilidades específicas e B- Os avaliadores julgam retrospectivamente com base em impressões gerais que são coletadas e derivadas de múltiplas fontes de informação; 6- Portifólio, que consiste em uma coleção de produtos preparados pelo *trainee*, que propiciam evidência de aprendizado, assim como, documentos escritos, vídeos e outros; 7- Simulação e modelos, usados para avaliar a performance clínica, imitando a realidade, como *role-plays*, atores como pacientes etc. Os métodos menos utilizados para avaliação em psicoterapia são: 1- Procedimento, que avalia a documentação de cada paciente, características do paciente, diagnóstico e tipo de terapia; 2- Revisão de registro, providenciando informações sobre sintomas presentes, diagnóstico, tipo de terapia e resultado; 3- Exame escrito, para avaliar o entendimento do aluno, como, por exemplo, o teste da Universidade de Colúmbia; 4- Paciente padrão, que são indivíduos ou pacientes saudáveis que são treinados para simular um paciente com transtorno psicológico ou psiquiátrico; 5- Exame oral padrão, onde o examinador apresenta um caso e faz perguntas

ao *trainee*; 6- O uso da OSCE (Objective Structured Clinical Examination) avaliado por pacientes (atores treinados como paciente padrão). Uma outra experiência em demonstrar competência em psicoterapia é a da Universidade do Missouri, que inclui a CSE (Counseling Self-estimate Inventory), um questionário com 37 itens tipo Likert, sobre as atitudes e habilidades dos *trainees*, medido a cada três meses, a WAI (Working Alliance Inventory) para paciente e *trainee*, uma escala de 12 itens medindo o estado da aliança terapêutica, a análise de duas sessões de psicoterapia (inicial e final), na qual o *trainee* categoriza cada intervenção e suas intenções, descrição de cinco violações de limite num caso específico, vinhetas de caso próprio com padrões de funcionamento na linha psicodinâmica, comportamental e breve, exemplos da prática do próprio *trainee* descrevendo transferência, resistência e contratransferência, cópias de dois pensamentos disfuncionais e distorções cognitivas para uso da terapia cognitiva, duas breves descrições de experiências passadas ligadas a dificuldades atuais, dentro da compreensão psicodinâmica, dois exemplos de foco em psicoterapia breve, avaliação global do *trainee* (de muito pobre a excelente), e duas vinhetas com o supervisor interrompendo o tape, para que o *trainee* responda, de forma empática, na terapia de suporte.

Os autores relatam que os vários obstáculos em se avaliar competência em qualquer tipo de psicoterapia incluem dificuldades fundamentais de identificar e avaliar as dificuldades da interação interpessoal, repetida com a mesma pessoa através de um período de tempo. Estratégias usando métodos de avaliação global, mais do que métodos microscópicos de avaliação em psicoterapia, provavelmente são mais realísticos. Tais métodos dependem da habilidade do supervisor em reconhecer competência no tratamento. No entanto, eles podem não ser hábeis para especificar esses componentes. O uso de *checklist* e de avaliações globais de entrevista ao vivo são os maiores componentes em avaliar competência em psicoterapia nos programas. Entrevistas gravadas podem promover adicional flexibilidade para ambos, aprendizado e avaliação. O exame transversal tem limitado a habilidade em avaliar as habilidades necessárias para competência no processo de repetidos contatos com um dado paciente por um determinado tempo (que é central para a psicoterapia). Os autores concluem que, na atualidade, avaliações acessíveis em psicoterapia, dentro de um programa, devem incluir: 1- Teste seqüencial de aprendizado, com vinhetas, como o teste de psicoterapia psicodinâmica da Universidade de Colúmbia e 2- O uso de portfólio com sessões gravadas

ou ao vivo nas quais as técnicas são avaliadas. A avaliação de 360 graus pode ser idealmente obtida e os estudos controlados podem nos informar sobre quais tipos de terapias são mais específicas para cada transtorno e, que comportamentos e técnicas são essenciais para cada tipo de psicoterapia.

Giordano e Briones (2003) diferenciam competência de experiência e referem ser possível avaliar a competência do residente, se esta for interpretada como conhecimento básico e adequada exposição clínica aos cinco tipos de terapia que propicie ao residente se sentir confortável em usá-los. Os residentes do terceiro e quarto anos do programa de psiquiatria da Universidade do Texas foram avaliados, nos tipos de psicoterapia, nas seguintes modalidades: *videotape*, supervisão, observação de uma sessão ao vivo e revisão de anotações do residente. Os critérios para avaliação de cada tipo de psicoterapia foram selecionados pelo Comitê de Treinamento em Residência usando um “*brainstorm*”. O critério final foi selecionado do grupo (do “*brainstorm*”) pelo método Delphi, ou seja, o treinador preparou e apresentou um número de itens para cada instrumento ao Comitê. Cada item foi ajustado até ser determinado por consenso. Se um residente, por esse método, é avaliado como inaceitável em dois ou mais critérios listados, a avaliação é tida como inaceitável. Qualquer avaliação graduada como inaceitável resultará em o residente ter que repetir a avaliação. Se o residente receber a segunda avaliação inaceitável, um plano será estabelecido para cada residente na área que for considerado inaceitável.

Yager e Bienenfeld (2003), realizaram um estudo com a finalidade de analisar quanto os programas de residência em psiquiatria podem, de maneira realista, demonstrar que os residentes adquiriram competência sumária nas cinco modalidades. Os autores questionam o termo competência, dizendo ser um termo dimensional e definido dentro de um contexto. Referem que devemos distinguir entre habilidade e competência e, competência sumária. Os autores questionam a confiabilidade das medidas dos testes, o tempo de experiência para conferir competência, o número de sessões avaliadas nas pesquisas para se assegurar competência e afirmam que o residente deve observar a prática para começar a atender. As conclusões do estudo são que, embora o teste da Universidade de Colúmbia seja um bom começo, se apresenta frágil no critério competência. Um simples programa de residência não dá oportunidade de observar exemplos completos dos cinco tipos de psicoterapia. O residente não pode se formar como praticante de psicoterapia, pois isto seria desonesto por parte dos

programas em termos de lei pública. Quanto ao que os educadores podem realmente fazer, os autores sugerem que os residentes em psiquiatria devem ter conhecimento mínimo e alguma experiência em psicoterapia, que a psiquiatria deva definir o que seja conhecimento e competência em psicoterapia, além de maneiras para examinar a competência com testes escritos e orais. Sugerem também, que os programas devam definir momentos de competência do primeiro ao quarto ano e que devam providenciar seminários e material gravado para a observação de sessões. Relatam opções para se avaliar competência formativa, como, por exemplo, encontro de supervisores com pacientes dos residentes para avaliá-lo, descrição de casos acompanhados de áudio ou vídeo, desenvolver simulações para o residente observar e usar os procedimentos de avaliação conjuntamente e não de maneira isolada. Sugerem aos membros do Comitê de Revisão que não imponham ou esperem expectativas impossíveis de avaliação de competência e que na avaliação de competência sejam mais modestos e realistas.

Weerasekera et al (2003) explicam que, em psicoterapia, o termo competência refere-se ao nível de habilidade do terapeuta em praticar determinada abordagem, enquanto o termo aderência, refere-se a quanto cada técnica utilizada na abordagem, liga-se àquelas prescritas nos manuais. Competência implica aderência em técnicas e uma boa aliança de trabalho, sendo que a aderência rígida a protocolos sem se considerar o paciente, confere um dado negativo para competência. Competência então implica em boa compreensão da teoria, conhecer a literatura sobre tratamento e comportamento profissional. Os autores diferenciam entre ser um terapeuta proficiente e ser um residente competente. O terapeuta proficiente é especialista em um tipo particular de terapia, enquanto o residente pode ter vários graus de competência. A definição de nível aceitável de competência para um residente é um desafio. Os critérios de competência têm sido estabelecidos pelas escalas de avaliação para diferentes terapias. Essas escalas, no entanto, não levam em conta variáveis textuais, como, características de pacientes, características do terapeuta, problemas presentes e estágio da terapia; todos importantes quando se avalia a competência do terapeuta. Apesar dessas dificuldades, essas escalas nos propiciam algumas maneiras objetivas de avaliação de habilidades específicas e podem ser utilizadas juntamente com outros métodos mais qualitativos de avaliação.

Em 1995, segundo os autores, a Universidade Mc Master implementou um programa de treinamento baseado de competências em sete formas de psicoterapia: terapia centrada no cliente (de suporte), terapia cognitivo-comportamental (CBT), terapia psicodinâmica de longo tempo, terapia interpessoal, terapia de família, terapia de casal e terapia de grupo. Foram escolhidos esses tipos de terapia por poderem ensinar habilidades psicoterápicas específicas e fundamentais, por serem efetivas nos tratamentos das desordens psiquiátricas e por promoverem experiências de aprendizado em intervenções de longo e curto prazo. Todas as sessões de terapia são gravadas ou, em alguns casos, filmadas ou examinadas e avaliadas semanalmente pelos supervisores, que foram especialmente treinados nesse módulo. A avaliação de competência é baseada mais na performance do residente, do que na sua impressão sobre a sessão. Para as terapias com escala de avaliação do terapeuta, os residentes submetem as sessões (inicial e final) gravadas para a avaliação, por um outro supervisor, que avalia cegamente essas sessões utilizando uma escala de avaliação do terapeuta, empiricamente validada. Um mínimo de dois avaliadores, por módulo, são necessários para esse propósito. Caso o residente não consiga o nível de competência, ele repete o módulo. A avaliação de competência, nesse tipo de terapia, é baseada na performance das escalas e na avaliação da performance dos residentes na supervisão e nos seminários.

O módulo de psicoterapia psicodinâmica tem como alvo a compreensão das complexidades teóricas e técnicas clínicas da psicoterapia psicodinâmica através de seminários didáticos, pequenos grupos de discussão, leitura e supervisão semanal. Os residentes atendem um caso por no mínimo um ou dois anos. A competência é avaliada semanalmente pela sala de espelho e os residentes devem fazer uma formulação psicodinâmica escrita sobre os seus pacientes e sobre o processo de tratamento e, isto é avaliado pelo supervisor. Nos seminários, os residentes também completam uma formulação de um caso, mostrado por vídeo, e isto é submetido à avaliação. Não existe método objetivo de avaliação de competência neste módulo, mas os autores referem que métodos objetivos devem ser desenvolvidos para avaliação de competência em psicoterapia psicodinâmica. Os autores reconhecem que, avaliar competência em psicoterapia, é uma tarefa difícil e complexa. Avaliações de supervisor e escalas, por si só, não propiciam todas as respostas. Um terapeuta habilidoso não deve apenas mostrar os ingredientes didáticos que estão nos manuais, mas também, formar uma aliança efetiva e tecer tratamentos que possam ser

engajados em características únicas do paciente. A integração de diferentes formas de terapia é também essencial em alguns casos, já que alguns pacientes não vão se beneficiar com apenas um tipo de psicoterapia. O programa da Mc Master foca no estabelecimento de nível de competência adequado e esperam, os autores, que a experiência posterior irá direcionar o residente para a sua especialização. Da perspectiva dos autores, a expectativa de que psiquiatras sejam competentes em algumas dessas terapias é razoável e necessária, especialmente por tratarem muitos pacientes que demandam técnica e arte.

Ravitz e Silver (2004) relatam que habilidades técnicas representam um aspecto de competência em psicoterapia e, nas terapias que utilizam manual, as habilidades podem ser avaliadas como medidas de aderência ao tratamento. Embora habilidades sejam consideradas necessárias, não são suficientes para a aquisição de experiência. Torna-se também importante, diferenciar aderência terapêutica de competência, em terapias baseadas em manuais. A avaliação de programas educacionais na residência em psiquiatria não costuma incluir monitoração da melhora do paciente, particularmente em psicoterapia. As recomendações incluem a feitura de avaliação global, utilizando escalas de aderência e competência, tomando-se o cuidado em não superenfatizar a aderência às expensas de competência.

Na tentativa de captar as habilidades psicoterápicas dos residentes em psicoterapia, Mullen et al (2004) desenvolveram um teste, que foi validado para os residentes americanos, o qual mede as habilidades psicoterápicas em psicoterapia psicodinâmica. O teste consta de vinhetas sobre quatro casos clínicos e várias questões de múltipla escolha sobre as interações entre terapeuta e paciente que ocorrem durante as sessões de psicoterapia. Os autores se basearam nas especificações do Comitê de Revisão de Residência Médica, o qual estabelece que o residente de psiquiatria deve entender a comunicação psicológica e emocional dos pacientes e, deve ter entendimento e técnica em psicodinâmica (uma contribuição única do psiquiatra para toda a prática médica). O teste foi aplicado em 36 psicanalistas experientes (academicamente ativos) e em 206 residentes de 10 programas de residência (do segundo ao quarto ano).

Os terapeutas experientes concordaram em 70% (validação). Os residentes mais avançados no treino e os terapeutas experientes tiveram melhores escores, embora tais terapeutas fossem significativamente diferentes desses residentes com relação aos resultados.

Os escores dos residentes de segundo ano foram mais correlacionados à instrução didática, enquanto os escores dos residentes do quarto ano, foram mais relacionados a horas de supervisão e experiência em condução de casos. Maiores escores foram associados positivamente com número de horas de atendimento e supervisão. A média dos escores entre os residentes do quarto ano, nos diferentes programas de residência diferiram significativamente, indicando diferenças entre os programas de residência em psiquiatria.

Para corroborar a validação do teste, houve substancial correlação da medida dos escores dos residentes com a avaliação de seus supervisores. Não foi feita a medida da progressão dos escores no mesmo grupo de residentes durante o curso. Os autores sugerem o teste como uma maneira de medir a competência dos residentes em psicoterapia psicodinâmica. Indicam o teste e observação para estabelecer competência e progresso do residente e, o teste, como medida para comparar programas de residência e, avaliar residentes dentro de um programa. Referem que o teste pode dizer também sobre o padrão de recrutamento da residência e ou a preferência do residente.

Celenza, Gans e Woolley (2004) apresentam um artigo que trata de um relato de caso, onde uma residente do segundo ano de psiquiatria expõe o primeiro caso atendido por ela, em psicoterapia psicodinâmica. O paciente era um homem de quarenta anos com transtorno bipolar, que desenvolveu forte transferência erótica para com ela. A residente, por não ter o manejo adequado da contratransferência, terminou o atendimento encaminhando o paciente para outra unidade de tratamento. Os autores relatam que o desfecho do caso deveu-se às dificuldades de manejo dos limites dentro do espaço de atendimento, transferência e contratransferência, por parte do terapeuta residente devido à sua inexperiência.

Louie, Coverdale e Roberts (2004) referem que a medicina tem casado o treino baseado em competência, para melhor ou pior. Os passos iniciais culminaram nas competências gerais do projeto de resultados do ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education), publicado em 2000. As residências têm experimentado algumas consternações, já que devem implementar o treino baseado em competência. A mudança para este tipo de treino pode mudar as expectativas, na medida em que a duração do treino pode ser determinada pela aquisição de competência, de forma oposta a qualquer outro fator. O treino na residência é um período de desenvolvimento profissional para um adulto aprendiz. Serão necessárias melhoras, segundo os autores, nas condições de trabalho e mais horas. Os

programas poderão ser avaliados pela competência de seus graduados e os programas com recursos limitados necessitarão de suporte extra. A competência deve ser entendida dentro de uma estrutura desenvolvimentista. Em particular, é esperado que os graduados continuem a crescer e a se desenvolver em seus conhecimentos, habilidades, e aprendizado, a partir da experiência clínica. O educador em psiquiatria deve lutar contra o “ensinar para o teste” e abandonar as habilidades mais sofisticadas de um clínico. Medir competência não é fácil, especialmente em psiquiatria, onde muito do aprendizado envolve aspectos emocionais e interpessoais. Por exemplo, como podemos manejar cuidadosamente a contratransferência com relação a uma desordem *borderline* de personalidade e uma transferência erótica? Enquanto questões de múltipla escolha, seguindo a vinheta de um caso, podem ser prontamente padronizadas e facilmente avaliadas por escores, não são necessariamente as maneiras mais válidas para avaliar o julgamento e comportamento do residente nessas circunstâncias. Todo teste, segundo os autores, vem com a mensagem explícita: “isto é o que você deve saber”. Para contrabalancear isto, o teste não deve ser um ponto final apenas, mas sim, estimular mais aprendizado. O desafio é desenvolver testes cuja validade e confiabilidade, meçam compreensão, atitude e habilidades em cada uma das áreas de competência. Uma outra implicação na decisão de implementar treino baseado em competência é que o plano de *curriculum* se torna um empreendimento técnico e um processo sistemático de plano de educação. Este processo é baseado em alvos conseguidos e, os programas devem ser avaliados por essa base. O risco, segundo os autores, é a perda de atenção no plano de *curriculum* que promove reflexão, questionamentos e escolha, por parte do estudante e do processo educacional. Torna-se necessário aprender como definir, implementar e medir treino baseado em competência em psiquiatria. Deve-se, de maneira pró-ativa, avaliar ambas as conseqüências, positivas e negativas, da implementação de treino, baseado em competências nos programas e resultados educacionais.

Mohl (2004) explica que a competência, de acordo com o ACGME (Accreditation Council on Medical Education), refletindo um típico desenvolvimento de longo tempo de perspectiva educacional, é a aquisição de um nível de habilidade em uma dada forma de psicoterapia e que, os residentes estariam em uma posição de assumir inteira responsabilidade pelo seu crescimento e desenvolvimento continuado como psicoterapeutas após o término da residência. Na opinião do autor, muito da angústia dos últimos anos, tem

sido causada por uma mudança desta definição de competência para uma “dura” definição de competência, ou seja, competência absoluta.

Para avaliar se o resultado de tratamento apresenta relação com o nível de treinamento de *trainees*, Callahan e Hynan (2005) realizaram um estudo retrospectivo na clínica psicológica da Universidade de Wiscosin, analisando a ficha completa de pacientes atendidos pelos *trainees*, entre 1998 e 2001. Os pacientes foram atendidos e responderam ao questionário (Q45.2), que mede o resultado nos seguintes parâmetros: aflição subjetiva, funcionamento interpessoal e performance no papel social. A amostra foi de 61 pacientes com idade entre 18 e 55 anos, tendo como diagnóstico: 31% desordens ansiosas, 23% desordens do humor, 23% transtorno de personalidade, 12% transtorno de ajustamento, 3% transtorno relacionado ao uso de substância, 3% transtorno de controle do impulso, 2% esquizofrenia ou outras psicoses, 2% transtorno de gênero, e um paciente sem informação diagnóstica. Os terapeutas eram 21 estudantes dessa clínica, no terceiro ano de treinamento. O número médio de sessões foi de 14.81.

Foram comparados clientes vistos por um terapeuta e que tinham melhorado ou se recuperado e clientes vistos por outro terapeuta que ficaram sem mudança ou haviam piorado. Não havia diferença entre esses pacientes quanto à idade, grau de instrução, grau ocupacional, número de problemas reportados na admissão, os escores do Q45.2, e o número total de sessões de psicoterapia.

Os dados encontrados indicam que os pacientes necessitavam mais tempo de psicoterapia para experienciar mudanças. Dos pacientes recuperados ou melhorados, 80% tinham ficado em psicoterapia por, no mínimo, 5 sessões. 71% dos pacientes que não tinham tido melhora ou estavam piorados ficaram em tratamento por mais de 5 sessões. Mesmo recebendo treinamento dentro de um mesmo programa, alguns clínicos podem produzir melhores resultados que outros.

Os autores sugerem mais pesquisas nesse campo sobre a relação entre resultado, treinamento e experiência do terapeuta e serviços e, referem que programas de treinamento têm mudado substancialmente, desde que a meta análise do papel do treinamento e experiência tem sido feita, sugerindo que há relação entre nível de treinamento e resultado em psicoterapia.

Khurshid et al (2005) pesquisaram a opinião de 72 residentes-chefes, representando 72 programas de residência médica em psiquiatria. Como resultado, obtiveram que 84% dos residentes-chefes sabiam do requerimento de competência, 46% informaram o uso de vídeo para avaliar psicoterapia combinada com psicofarmacologia, 54% responderam com impacto positivo sobre a determinação de competência, 46% consideram a determinação de competência como uma sobrecarga. Não houve correlação entre o tempo gasto em psicoterapia, as necessidades do paciente, pouco material para leitura e respostas com relação à sobrecarga. Houve positiva correlação entre as respostas sobre qualificação da faculdade e requerimento de competência nos programas de residência e 27% dos residentes-chefes responderam não ter material específico para leitura, para se ter competência em psicoterapia. Esta pesquisa, segundo os autores, mostra que, do ponto de vista dos residentes-chefes, há pouca consistência na determinação de competência, em psicoterapia, nos vários programas. Isto mostra variação entre os programas e sugere que o critério de competência não está bem integrado na maioria dos programas. O padrão de determinação de competência em cinco tipos de psicoterapia é tão variável na prática que levanta algumas questões sobre a validade do requerimento. Os autores questionam o que é ser competente e questionam se devemos diferenciar entre competência e experiência, pois se torna mais confortável para o residente pensar em competência como conhecimento básico e exposição clínica. Métodos de avaliação consistentes e diretrizes para competência em psicoterapia precisam ser estabelecidos, implementados e testados para validade e prática atual e treino na residência de psiquiatria.

Yager, Mellman, Rubin e Tasman (2005) participam de um debate, no qual Mellman refere que a competência, em psicoterapia psicodinâmica, é um nível de habilidade entre o iniciante e o profissional e, é isso o que é requerido para o residente. Yager sinaliza a dificuldade dos programas de residência em demonstrar a aquisição de competência em psicoterapia psicodinâmica e, atesta que, habilidades formativas não indicam competência sumária.

Brenner (2006) refere que as diretrizes da associação Americana de Diretores de Treinamento em Residência de Psiquiatria atestam que o residente competente irá demonstrar compreensão do conceito de inconsciente e, também, dos múltiplos e complexos significados por detrás do comportamento, na terapia psicodinâmica. Para isso o residente deve ser hábil

para estabelecer uma aliança com o paciente que o ajudará a perguntar sobre a vida do paciente. E, finalmente, as diretrizes especificam que o residente deve ser hábil para reconhecer, utilizar e manejar aspectos da transferência e contratransferência e utilizar a auto-reflexão para aprender sobre suas respostas ao paciente. Há uma grande diferença entre o aprendizado intelectual sobre algo e trazer isto para a própria vida, ou seja, ter esse contato na própria terapia. O sucesso na psicoterapia psicodinâmica, segundo o autor, requer que o paciente e terapeuta vivam na ambigüidade entre o real e o virtual, por períodos de tempo, sem resolver a tensão. Achar o equilíbrio entre o real e o virtual é valioso dentro da terapia pessoal, para depois enxergá-lo do lado do paciente. Além disso, a terapia pessoal ensina o tato e o tempo ideal para as intervenções. A experiência de ser o paciente pode também melhorar a empatia não somente para os aspectos reprimidos e que causam transtorno, mas para a resistência do paciente em examinar tais aspectos. A contratransferência, como concebida hoje, segundo o autor, pode propiciar dados cruciais para elucidar a relação terapêutica e a experiência de transferência de um “como se” pode proteger o paciente e residente de atuarem uma fantasia.

O autor considera de importância fundamental a terapia pessoal dentro do treinamento e desenvolvimento profissional do residente de psiquiatria.

Coon et al (2006) realizaram um estudo com o propósito de verificar os dados demográficos do residente de psiquiatria e variações de atitude que podem ser preditivos de competência em psicoterapia. Os autores referem que, para os programas de treinamento individual se manterem creditados, nos Estados Unidos, têm que ensinar, avaliar e documentar a competência dos seus residentes. A implementação de competências tem um custo bastante importante que ultrapassa os recursos financeiros de muitas faculdades. Os programas podem, portanto, avaliar o residente, quando da escolha destes, através de suas habilidades e, os preditores de competência podem, então, ser usados para o recrutamento do residente e, servirem para perceber o residente que necessita de ajuda e treinamento adicional. O estudo dos autores consistiu em avaliar três grupos de residentes em psiquiatria de uma faculdade de medicina e, incluiu residentes do programa corrente, assim como, graduados de dois grupos prévios de coortes. O estudo reuniu 15 participantes, sendo 53% mulheres e 47% homens, cuja idade variava entre 27 a 56 anos. A maioria era caucasiana (80%), e 75% vivia sua primeira experiência em residência, sendo que 53,3% entraram para a

residência imediatamente após a formação na escola médica. Como instrumentos para avaliação foram utilizados: o PRPQ (Psychiatric Resident Psychotherapy Questionnaire), uma escala tipo Likert de 1 a 5 perguntando se concordavam ou discordavam ser a psicoterapia um tratamento importante para o paciente e se poderia ser um tratamento aplicado por eles (residentes), o *checklist* de atitudes, baseado nos pressupostos dos diretores de programas de residência sobre atitude dos residentes, observações de sessões ao vivo e, uma variável subjetiva de competência, medida pelos supervisores, consistindo em dizer o quanto o supervisor confiava em encaminhar um paciente para o residente. As últimas três medidas foram realizadas pelos supervisores, que também ensinavam psicoterapia aos residentes, estando familiarizados com as suas habilidades através da supervisão individual e ao vivo das sessões atendidas. A faculdade utilizou a avaliação proveniente da supervisão ao vivo, assim como o julgamento de terapeutas experientes para avaliar competência. A análise estatística das variáveis independentes mostrou uma associação entre atitudes pessoais do residente, o propiciar a psicoterapia e a idade do residente com a demonstração de conhecimento, habilidades e atitudes. Aqueles que estavam no cume, na avaliação, tendiam a fortemente concordar sobre ser a psicoterapia um tratamento que eles poderiam providenciar pessoalmente. Uma das hipóteses é que, aqueles residentes com uma atitude mais positiva sobre pessoalmente providenciar a competência em psicoterapia poderiam ser mais favoráveis em valorizar a competência e habilidade requerida para esta forma de tratamento, ou seja, eles concordam com o comportamento que mais valorizam. Outra hipótese é que o residente que tem um alto nível de competência, tem uma atitude mais positiva sobre tratamento psicoterápico, porque eles são competentes e confiantes ao utilizar essa modalidade de tratamento com o paciente. Conhecimento, experiência, habilidade e atitude têm um efeito sinérgico e circular e é, novamente, difícil dizer o que causa o que. Não houve diferença entre residentes homens e mulheres e nem em relação a diferentes grupos étnicos. Um achado inesperado foi a correlação entre maturidade de idade e diminuição de competência em psicoterapia. Uma das possibilidades poderia ser um artefato de atitude, mas após o ajustamento estatístico para atitude, a relação se manteve. Adicionalmente pode ser que os supervisores da faculdade tenham um viés inconsciente contra os residentes mais velhos. Como conclusão e recomendação, os autores ressaltam que outros estudos são necessários, mas, pode ser que a complexidade em psicoterapia favoreça os mais jovens ou,

outra possibilidade pode ser que a flexibilidade diminua com a idade. Além do mais, as modalidades de psicoterapia foram implantadas, em alguns programas, no final da experiência de alguns residentes mais maduros e o treinamento antigo em psicoterapia consistia em teoria psicanalítica e psicoterapia psicodinâmica de longo tempo. Alguns residentes mais maduros vinham de outras áreas mais biológicas e podem ter tido dificuldade com o olhar multifacetado e complicado do tratamento psicossocial. Alguns pesquisadores, segundo os autores, relatam estudos que evidenciam que a performance, inicialmente aumenta com os anos, a prática ou idade e então declina. A atitude do residente através da complexidade do tratamento em psiquiatria deve ser monitorizada pelo processo de treinamento. O residente desejável deve exibir uma atitude positiva em relação ao cuidado compreensivo para com o paciente e uma habilidade para, competentemente integrar, no tratamento, aspectos biológicos e psicossociais do paciente. Os residentes hoje devem ter competências em cinco categorias de psicoterapias. Os resultados deste estudo, segundo os autores, podem ser usados como indicadores de fatores potenciais de competência. O exame desses indicadores pode propiciar, aos programas de residência, melhoria do aprendizado para aqueles residentes que necessitam de treinamento adicional para adquirir competência em psicoterapia e, podem ajudar programas a selecionar residentes que demonstrem uma atitude mais positiva sobre tratamento psicoterápico e competência, durante o processo de seleção. Os autores dizem que este estudo deve ser repetido por outros programas para sua validade. Além do mais, estudos adicionais de variáveis no treinamento do residente devem ser feitos para nos certificar sobre se outros padrões de avaliação do treinamento e características dos residentes podem ser úteis para prever a competência do residente de psiquiatria em psicoterapia.

Em um estudo nacional, nos Estados Unidos, sobre o treinamento em psicoterapia, Weissman et al (2006) avaliaram 552 programas de treinamento e relatam que o plano das residências em psiquiatria continua a se mover mais na direção de definir critérios de competências padronizados, do que enfatizar o treino em terapias específicas baseadas em evidência.

Em síntese, com a retomada da importância do ensino em psicoterapia psicodinâmica e de outras linhas, na residência de psiquiatria, principalmente em países como Estados Unidos

e Canadá, as definições de habilidades e competências se impõem e observamos os inúmeros questionamentos e as controvérsias sobre este tema.

Segundo os estudos, habilidade em psicoterapia inclui empatia, estar alerta a sentimentos de contratransferência, estabelecer uma boa aliança com o paciente e ser capaz de aprender com os erros. Questiona-se se o conceito de habilidade estaria relacionado à competência. Com certeza são questões de difícil resposta, principalmente num período tão curto de aprendizado, como é a residência. Outro questionamento, de acordo com os trabalhos, é se seria possível através das técnicas de avaliação citadas, avaliar a real habilidade ou competência do residente. Em psicoterapia psicodinâmica percebemos que a habilidade de lidar com a transferência, com sentimentos contratransferenciais e estar alerta aos conflitos internos, torna o residente mais hábil. Mas a empatia e a capacidade de manejar respostas contratransferenciais não parecem ser capacidades aprendidas enquanto que o manejo da resistência, o uso da confrontação e ficar atento à transferência positiva e sedução, segundo os estudos, são habilidades que podem ser aprendidas na supervisão. Considero importante a avaliação de outros aspectos, a seguir, que podem se afigurar como importantes para o aprendizado da psicoterapia psicodinâmica dentro da residência de psiquiatria.

### **3.4 O aprendizado em psicoterapia na residência de psiquiatria**

Apesar de vivermos um momento especial na psiquiatria, no qual a medicação se mostra como alternativa milagrosa para os transtornos psíquicos e, isto influi de maneira importante na formação do residente, podemos perceber, por meio dos artigos e questionamentos, que se torna importante a passagem do residente pelo estágio da psicoterapia, pois o treino neste estágio significa poder perceber outras variáveis que não somente a farmacológica, agindo no transtorno psíquico. Pode-se dizer ainda mais: o residente passa a ter uma visão integradora de mente e corpo, uma visão integradora de homem. O residente passa, também, a perceber o indivíduo no seu contexto histórico e cultural. Talvez, nessa reflexão, comece, também a se perceber e, conforme é notado, a querer iniciar a própria psicoterapia.

Mas, para esse ideal de formação, o que o residente necessita realmente aprender? Ainda fica a questão de se, realmente pretendemos ensinar habilidades psicoterápicas para o

residente. Com certeza não estaremos formando psicoterapeutas. Os estudos mais recentes têm dado ênfase em habilidades e competência em psicoterapia, dentro da residência de psiquiatria, mas, na verdade não só não chegam a nenhum consenso, como há importantes discussões sobre a definição das mesmas. O tempo de residência é muito pequeno para avaliarmos habilidades e, muito menos para avaliarmos competência, seja como for definida. Além do mais o residente não entra na residência de psiquiatria para se formar terapeuta. O estágio de psicoterapia facilita um processo de transformação do residente e, que pode ser muito variável de um para outro. Existem, como pudemos observar, alguns estudos quantitativos, inferências e sugestões sobre o significado do estágio da psicoterapia para o residente. Não observamos, porém, nenhum estudo qualitativo que possa avaliar o significado desse estágio. Alguns estudos fazem referência ao treinamento do residente como terapeuta e clínico, que medica o paciente ao mesmo tempo. Na prática, notamos que isto, dentro do contexto psicoterápico, pode ser feito, mas, não podemos esquecer de observar quais os símbolos trazidos para a relação. Devemos avaliar cada caso para decidirmos sobre esta questão, pois para alguns pacientes isto será possível. Para outros não.

Existe um tema importante, no entanto, denominado de aliança de trabalho ou, aliança terapêutica, que interfere na relação com o paciente. Este tema tem sido considerado preditivo de resultado em psicoterapia e tem sido estudado dentro desse contexto.

Hersoug et al (2001) fizeram parte de um estudo multicêntrico norueguês para estudar e correlacionar as variáveis profissionais do terapeuta e características pessoais, baseadas em auto-avaliação, como preditores de qualidade de aliança em psicoterapia.

Os pesquisadores concluíram que mais experiência como psicoterapeuta não é garantia de melhor qualidade de aliança. Experiência terapêutica, treino profissional e habilidade, não tiveram impactos significativos, na avaliação dos pacientes, mas experiência e treino tiveram impactos negativos. Os pacientes preferiram um estilo de terapeuta ativo e envolvido. A similaridade de valores foi preditivo de aliança para o paciente e a dimensão interpessoal calorosa foi preditiva de boa aliança para pacientes e terapeutas. Os autores sugerem a educação continuada em psicoterapia também para profissionais experientes e, aconselha que na fase inicial da terapia sejam necessários mais reforço e suporte, pois esses itens têm impacto positivo na aliança de trabalho.

Summers e Barber (2003) referem que, por exemplo, Rogers enfatizava a empatia entre terapeuta e cliente como agente terapêutico essencial para o tratamento. Outros autores consideram a aliança terapêutica como uma construção mútua entre o paciente e terapeuta, que incluem o compartilhamento, aceitar os papéis na relação e o compromisso de ligação (o vínculo pelo qual o trabalho psicoterápico se efetiva). Um forte componente de vínculo de aliança é a percepção de suporte social e conforto na relação. Segundo os autores, alguns trabalhos concluíram que o aprendizado da técnica de Rogers (terapia centrada no cliente) não melhora o resultado do paciente e os trabalhos demonstram que *trainees* que foram ensinados a explicitar a comunicação não-verbal do paciente, tinham melhores escores de aliança quando comparados com *trainees* que, simplesmente, expressavam empatia. Alguns estudos, de acordo com os autores, relatam que a interpretação do conflito central no início do tratamento aumentou a aliança em seu final e, outros estudos, notaram que as habilidades em reparar inevitáveis rupturas na relação, são essenciais para fortalecer a relação terapêutica. A maior experiência e maior duração do treinamento do terapeuta tem sido correlacionados com o desenvolvimento de aliança e com maior resultado alcançado. A conclusão destes estudos, segundo os autores, nos mostra que a habilidade em desenvolver uma aliança terapêutica é uma capacidade que pode ser desenvolvida dentro do treino, podendo melhorar com a aquisição de capacidades específicas, com as horas de clínica acumuladas e com o atendimento de casos mais complexos. A parte possível de ser ensinada e aprendida, dentro da aliança, pode ser a habilidade de compartilhar os alvos alcançados e identificar tarefas apropriadas na relação de tratamento, enquanto, a habilidade de vínculo, pode ser mais dependente das variáveis de antecedentes do terapeuta.

Ackerman, Hilsenroth e Knowles (2005) relatam que o desenvolvimento de uma boa aliança foi relacionada ao comportamento do terapeuta, de entendimento, aceitação e respeito pelo paciente, além de proporcionar um sentimento de trabalharem juntos em diminuir a sua angústia e comunicar confiança no crescimento das habilidades em usar o que foi aprendido no tratamento.

Os autores, em um estudo com 45 pacientes e 19 terapeutas, concluem que o uso de técnicas facilitadoras pelo terapeuta proporcionam a ele um maior entendimento da dinâmica do paciente e, quando utilizadas cedo, no tratamento, é relacionado positivamente com aliança tardiamente. O uso de técnicas expansivas, no início do tratamento, facilita o

profundo engajamento do paciente na terapia. Uma forte aliança iniciada cedo e continuada através do tratamento, pode aumentar o desejo de engajamento pelo paciente, apesar dos momentos de dor. Ou seja, a atividade precoce do terapeuta em termos expansivos e facilitadores, reforça a aliança e esta reforça a confiança do paciente, reafirmando, portanto a aliança.

Stiles et al (1998) realizaram um estudo com 5 terapeutas e 79 pacientes. Como instrumentos foram utilizados a BDI (Beck Depression Inventory), escala usada para medir sintomas depressivos; a SCL-90-R (Global Severity Index of the Symptom Checklist-90-Revised), escala para medir sintomatologia geral; a PSE (Present State Examination), uma entrevista estruturada para avaliar o estado presente do paciente; SE (Self Steem), para medir aspectos interpessoais de depressão; a SAS (Social Adjustment Scale), escala social para medir dificuldades interpessoais e o inventário IIP (Inventory of Interpersonal Problems), para avaliar problemas interpessoais. Para medir a aliança terapêutica, foi utilizada a ARM (Agnew Relationship Measure), uma escala que consiste de 28 itens tipo Likert. As instruções para o preenchimento da escala para medir aliança eram dadas para se pensar em: pensando sobre o encontro de hoje e as medidas foram verificadas após cada sessão. O PSE foi feito somente duas vezes: no início e no final do tratamento. Segundo os autores, os resultados deste estudo mostram que, as percepções dos pacientes são tão relacionadas com melhora como as do terapeuta. A aliança é relacionada com ganhos no final do tratamento. Os estudos desta pesquisa avaliaram que a correlação entre aliança e resultados tende a ser mais forte quando as medidas são feitas no final do tratamento. Os achados gerais de que alguns aspectos da aliança são correlacionados com alguns aspectos do resultado têm sido seguramente replicados, mas, a verificação consistente de correlações de resultado, com a aliança, contrasta com a falência de se achar consistente a correlação com muitos outros processos medidos, como o uso de particulares técnicas verbais. Esse contraste pode ser compreendido, pois, segundo os autores, a aliança não é uma classe de comportamentos que pode ser especificada e contida; mais que isso, a aliança é uma seqüência de processos de resposta. A mesma classe de comportamentos, como por exemplo, a interpretação de transferências e, a feitura de lição de casa pode tanto avançar como retardar a aliança; depende das circunstâncias. Os autores sugerem que as correlações de aliança com resultado são instrutivas, mas, não propiciam correlações envolvendo classes de comportamentos.

Gelso et al (2005) relatam que a aliança de trabalho, transferência e contratransferência fazem parte da relação entre terapeuta e paciente. Diferenciam essas relações da relação real, ou seja, a relação pessoal existente entre duas ou mais pessoas, refletida no grau, na qual uma é genuína com a outra e, percebe a outra pessoa da maneira como ela é. A relação real tem dois elementos-chave: genuinidade (habilidade de ser verdadeiro no aqui e agora) e realismo (habilidade de perceber ou experienciar a pessoa como ela é).

Foi realizado um estudo com a RRI-T (the Real Relationship Inventory-Therapist-Form), que se trata de uma entrevista na qual o terapeuta avalia a relação real entre ele e seu cliente e relacionou-se esta entrevista com a medida de aliança de trabalho.

A aliança de trabalho mostrou forte relação com real relação e esta, por sua vez, está relacionada com uma baixa taxa de transferência negativa, evidenciando, como na teoria, que transferência e real relação não se opõem, mas são relacionadas negativamente.

Estes estudos nos mostram a importância da empatia, a importância de se avaliar a linguagem não verbal do paciente, de se saber lidar com transferências dentro do processo psicoterápico e que existem elementos, dentro da construção da aliança terapêutica, mais facilmente ensináveis e outros que provavelmente fazem parte da personalidade do terapeuta. A experiência, o tempo de treino, a empatia e observar a comunicação não-verbal foram positivamente correlacionados com boa aliança terapêutica.

Podemos perceber que a aliança de trabalho é importante na relação do residente com o seu paciente. Em termos de psicoterapia, foi verificado que, na maioria dos estudos, depende de treino e experiência e da utilização de técnicas facilitadoras por parte do terapeuta. Obviamente, o tempo da residência é um tempo pequeno para o residente desenvolver experiência, mas a partir do momento em que se aprofunda na compreensão da dinâmica do paciente e, na sua própria, tende a desenvolver uma relação mais compreensiva e a melhorar a aliança de trabalho com o paciente e, por conseguinte, aumentar a adesão do mesmo ao tratamento.

Outros pontos importantes, na formação do residente, são as questões sobre psicoterapia e medicação (a junção dos dois ou a exclusão de um ou outro), a escolha entre diferentes tipos de psicoterapia, na abordagem do paciente e sobre como podemos avaliar os resultados em psicoterapia.

Chalfin e Altieri (1991) referem que há uma tendência em supersimplificar ou negar os dilemas do tratamento combinado (psicoterapia e medicação). O tipo de tratamento, freqüentemente depende, do treino do profissional que está fazendo o tratamento. Aqueles que não podem prescrever ou perdem a experiência com drogas, tendem a se opor ao seu uso em geral. Outros usam drogas, quase que exclusivamente e, falam de suas suspeitas quanto à psicoterapia. Existem aqueles que se sentem confortáveis usando ambas, mas este uso é, freqüentemente, pobremente compreendido. Muitos clínicos ecléticos, de várias orientações, que usam medicamentos, o fazem de maneira bastante pragmática. Os autores referem que as drogas são mais efetivas em prevenção de recaídas e retorno dos sintomas, mas, a psicoterapia pode melhorar o ajustamento social e o funcionamento interpessoal do paciente. Tem-se evidenciado que a psicoterapia pode ajudar a prevenir recaídas, após a retirada da medicação.

Na introdução da medicação, segundo os autores, necessitamos considerar a relação com o paciente, a necessidade de uma aliança de trabalho, que irá aumentar a adesão à medicação e efeito placebo, a reação psicológica às dosagens, efeitos colaterais e efeitos desejados. Medicação, às vezes, pode levar a distorções simbólicas. O paciente pode ver o terapeuta como continente se este não receitar medicação ou como alimentador se receitar. Há algumas distorções sobre a medicação em si, ou seja, a fantasia de ser controlado pela medicação com medo de autonomia. O psiquiatra, por outro lado, deve ficar alerta em sua tendência a prescrever drogas para compactuar com sua própria frustração e tensão em casos difíceis.

Dalton e Schuyler (2001) relatam ser possível que o manejo de medicação apenas, possa levar ao sucesso no tratamento. No entanto, a aquisição das mudanças de vida desejadas, requer a adição da terapia, fazendo sentido o tratamento da farmacoterapia e psicoterapia.

Germaine e Schyler (2001) apresentam um caso de um homem branco de 36 anos, casado e pai de dois filhos, com diagnóstico de depressão maior, que havia feito uso de vários tipos de antidepressivos. Ele havia melhorado, mas, devido à sudorese profusa e a disfunção sexual, havia falhado nos tratamentos. Os últimos antidepressivos usados eram: bupropiona e fluoxetina em dose terapêutica e razoável período de tempo. O paciente tinha sentimentos de culpa, após explosões de raiva, sentindo-se muito mal. Foi iniciada terapia

cognitiva breve, com posterior medicação, se fosse necessário. Foram feitas onze sessões em quatro meses e trabalhados aspectos como: idealizações, pensamentos disfuncionais e catastróficos, assim como foi trabalhada a sua tendência à explosão, que resultava em sentimento de culpa. No final do tratamento, o diagnóstico mudou para ansiedade generalizada com depressão secundária e, pelo entendimento da psiquiatra, ele se tornava facilmente oprimido e agia impulsivamente. Como resultado, tinha sentimento de culpa e crítica, baixando sua auto-estima. Após as onze sessões, em comum acordo, terminaram a terapia e a psiquiatra acredita que, se o tratamento tivesse se limitado à medicação, ela não teria percebido o verdadeiro diagnóstico e não teria ajudado o paciente. O tempo gasto em conhecer o paciente e estabelecer uma agenda para a psicoterapia propiciou uma grande mudança para o paciente e um benefício para sua vida.

Manber et al (2003) relatam que a Associação Psiquiátrica Americana recomenda a combinação de farmacoterapia e psicoterapia como tratamento de escolha para adultos com depressão maior. A combinação de tratamento é recomendada também, para aqueles sem remissão com psicoterapia e os estudos mostram que a resposta é superior quando se combinam os dois tipos de terapia.

Os autores realizaram um estudo no qual o objetivo foi avaliar a aquisição de habilidade terapêutica e resposta à psicoterapia, de pacientes deprimidos crônicos, juntamente com o uso de antidepressivo ou somente com psicoterapia.

Neste estudo, que estava dentro de um estudo multicêntrico sobre depressão crônica, 217 pacientes fizeram uso de nefazodona e CBASP (modelo de psicoterapia integrativo que combina procedimentos comportamental, cognitivo, psicodinâmico e interpessoal), 214 fizeram uso apenas de CBASP e 226, fizeram uso de nefazodona até 600mg/dia. O tratamento medicamentoso foi feito (manutenção) até 52 semanas. Os pacientes deveriam preencher critérios para episódio depressivo por, no mínimo, dois anos, com ou sem distímia anterior, ou depressão maior recorrente sem episódio de eutímia em dois anos. O diagnóstico foi feito pelo DSM IV e utilizada a escala Hamilton para depressão. Os terapeutas eram doutores com, no mínimo, dois anos de experiência.

Os pacientes receberam de 16 a 20 sessões de psicoterapia (duas vezes por semana até a quarta sessão e 1 vez por semana até a décima segunda semana). A performance do paciente na CBASP era medida pelo terapeuta no final de cada sessão pela PPRF (Patient

Performance Rating Form), uma escala com escores de 0 a 5. No estudo, a concordância das medidas foi feita em uma amostra de 162 sessões de terapia de 162 pacientes, mediadas pelo terapeuta que tratou e pelo supervisor que via a sessão no videotape sem conhecer a avaliação original. O número de sessões era aumentado na medida em que houvesse necessidade de alcançar a meta não alcançada (habilidade-alvo).

Após avaliações, a conclusão deste estudo foi de que: a adição de medicação à terapia (CBASP) produziu redução do sintoma depressivo, mas não aumentou sua efetiva participação. Provavelmente a nefazodona e a terapia tiveram efeito aditivo, mais que sinérgico. O grupo de terapia combinada teve melhora da depressão, mas não diferiu em habilidades adquiridas em psicoterapia.

Gabbard e Kay (2003) relatam estarem bem conscientes de que a psicoterapia não foi artificialmente relegada às “desordens da mente” ou “desordens psicológicas”, no entanto, percebem que a abordagem que separa os tratamentos, força o clínico a adotar um modelo conceitual que fortalece a separação mente-cérebro, muito mais do que dissolver essa barreira. Os autores atentam para o fato de que há evidências emergentes, de que a psicoterapia e a psicofarmacologia podem afetar a mesma ou similar via neuronal e notam que o tratamento integrado é negligenciado em muitos programas de residência, mas discordam que as duas abordagens sejam incompatíveis. Acreditam que os educadores dão pouca importância ao contexto social dos pacientes e reforçam que a atenção à família, casal e, considerações étnico-culturais são vitais para o efetivo tratamento dos pacientes.

De Jonghe et al (2004), realizaram um estudo com 208 pacientes com diagnóstico de depressão maior (DSM IV), com e sem distímia, com idade entre 18 e 65 anos e escore em torno de 17 na escala Hamilton (que varia de 12 a 24 pontos, para sintomas depressivos).

Os pacientes foram atendidos, em psicoterapia, por psicoterapeutas psicodinâmicos experientes e por residentes em psiquiatria supervisionados uma vez por semana. O número total de sessões foi de 16 ou menos em seis meses, se este fosse o acordo comum entre paciente e terapeuta. As sessões eram gravadas e discutidas semanalmente com um psicanalista, que formulou as diretrizes para a SPSP (Terapia Psicodinâmica de Suporte de Curto Tempo), a qual foi aplicada.

No grupo combinado, a psicoterapia iniciou-se nas duas primeiras semanas de medicação. O protocolo de medicação era venlafaxina, e se não houvesse melhora, aumento

de dose; persistindo a ausência de melhora, era então trocada por inibidor de recaptura de serotonina; caso não adiantasse, substituída por nortriptilina e se necessário, acrescentado lítio. O psiquiatra dava a medicação e 8 apontamentos de *follow-up* de 15 minutos para cada paciente (os primeiros quatro a cada 15 dias e os outros quatro a cada mês). O psiquiatra fazia também o manejo clínico, com psicoeducação, providenciando suporte emocional, discutindo sobre efeito das medicações e motivando o paciente a tomar medicação.

A eficácia do tratamento (avaliada no início e com 24 semanas) foi baseada em três avaliações: a dos clínicos que tratavam, a dos pacientes e a dos três observadores independentes que usaram uma entrevista semi-estruturada (escala Hamilton), onde a remissão era considerada com escore menor ou igual a 7. Os clínicos utilizavam, para avaliação, a CGI (Clinical Global Impression) e a SCL-D (depression sub-scale of the Symptom Checklist 90), utilizada na avaliação de melhora, pelos pacientes. Os observadores não sabiam da condição do tratamento do paciente e apenas aplicavam a escala Hamilton, para verificar sintomatologia de depressão. As medidas foram feitas nas semanas 4, 8, 12, e 24. Foi estabelecida, também, uma subescala para queixas somáticas, cujos escores vão de 1 a 5 (sintoma ausente ou extremo) e as queixas eram de: náusea, cefaléia, diarréia, boca seca, constipação, perda de libido, ganho de peso, etc.

Os resultados encontrados na avaliação dos pacientes (n=107, que participaram somente da psicoterapia e n=101, que participaram de tratamento combinado), sendo a escolha para cada grupo randomizada, mostram que a aceitação de psicoterapia foi maior que terapia combinada (é menos fácil aceitar medicação). A avaliação dos clínicos e dos observadores mostrou que os tratamentos tinham resultados semelhantes, mas, os pacientes (através do SCL-D) confirmaram a superioridade do tratamento combinado. Portanto, segundo o observado, o paciente em ambulatório, poderia escolher entre tratamento combinado ou somente psicoterapia. Em quatro semanas o grupo combinado começa a ter, no estudo, uma melhora maior, mas a relevância dos dados é limitada, pois, em quatro semanas a terapia não teve chance de mostrar sua eficácia. É importante lembrar, como dizem os autores, que esses pacientes tinham um escore, na escala Hamilton em torno de 17 e, portanto, não se trata de depressão grave, além do que, 26% dos pacientes do grupo da psicoterapia e, 14% dos pacientes do tratamento combinado, visto após a randomização,

tinham tido tratamento medicamentoso sem sucesso, anteriormente, o que pode também modificar os resultados.

Kazdin e Bass (1989) desenvolveram um estudo de interesse em uma amostra de 85 estudos de resultado em psicoterapia, no intuito de avaliar o poder de estudos de resultados de tratamentos, para detectar diferenças na comparação de tratamentos em psicoterapia. Nove jornais foram estudados por três anos (1984-1986). Quatro foram escolhidos e se referiam à meta análises. Foram eles: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *Journal of Counseling Psychology*, *Behavior Therapy* e *Behavior Research and Therapy*. Cinco periódicos foram escolhidos por serem de psiquiatria, onde o resultado de tratamento é publicado. Eram eles: *Archives of General Psychiatry*, *American Journal of Psychiatry*, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *British Journal of Psychiatry* e *British Journal of Clinical Psychology*.

Para avaliar o poder estatístico desses estudos, três tipos de comparação foram realizados: A-Comparação de cada tratamento com o outro tratamento incluso no estudo; B-Comparação do tratamento com uma condição de tratamento não controlada (recusa de tratamento) e C-Comparação de tratamento com uma condição controlada ativa e não específica (atenção placebo, por exemplo).

Como conclusão, os autores afirmam que o poder estatístico, na pesquisa de estudos de resultado em psicoterapia, é geralmente baixo para detectar pequeno e médio efeito. Tal resultado decorre de se excluir estudos não publicados e, porque, diferentes características de tratamento podem influenciar o poder e isso tem sido negligenciado. Sugerem, para se melhorar a metodologia de pesquisa a seleção de amostras homogêneas de pacientes, assegurar a integridade do tratamento, padronizar as condições de avaliação e escolher cuidadosamente a medida dos resultados.

Ablon (2002) refere que pesquisadores de Harvard e Berkeley, num programa de pesquisa, compararam o tratamento com medicação antidepressiva, psicoterapia interpessoal e terapia cognitivo-comportamental no tratamento de pacientes deprimidos. Os pesquisadores pediram que terapeutas experientes comparassem seu próprio entendimento de terapia interpessoal e cognitivo-comportamental dentro de uma lista de cem itens, descrevendo manejos típicos de sessões de psicoterapia. Os terapeutas experientes listaram cada item de um a cem, dependendo de quão adequadamente isto descrevia o procedimento durante uma

sessão ideal de terapia interpessoal e cognitivo-comportamental. Então, sem saber de qual tipo de terapia se tratava, julgadores independentes leram as transcrições das sessões e escolheram itens da lista que mais se adequavam ao que estavam lendo. A transcrição de 35 sessões de terapia interpessoal e 29 sessões de terapia cognitivo-comportamental não mostraram o esperado contraste. O uso de procedimento cognitivo-comportamental foi associado com melhor resultado, mas os terapeutas interpessoais, a despeito do rótulo, estavam usando aqueles procedimentos a maior parte do tempo e, eles tinham tanto sucesso quanto os terapeutas cognitivistas. De acordo com os autores do estudo, outros estudos mostraram que, na prática, terapeutas psicodinâmicos freqüentemente usam métodos cognitivo-comportamentais. Seis de vinte itens da lista eram comuns a ambos os tipos de psicoterapia (interpessoal e cognitivo-comportamental). Se for avaliado do ponto de vista do paciente, as duas formas de psicoterapia são quase indistinguíveis. Os autores do estudo acreditam que a maioria dos testes comparativos em psicoterapia é baseada em assunções errôneas. A descrição padrão de uma forma de psicoterapia pode não ser relacionada ao que ela realmente faz no encontro entre um terapeuta e um paciente. Uma melhor compreensão de como essa mudança ocorre, durante esses encontros, é a chave para a melhora da prática psicoterápica.

Stirman et al (2003) realizaram um estudo, utilizando metodologia específica, na tentativa de responder as seguintes questões: o quanto os estudos controlados randomizados representam os pacientes na comunidade, para quais diagnósticos e características de pacientes não existem resultados em literatura, quais as razões mais comuns para os pacientes não serem testados na literatura existente, que proporção de pacientes com diagnóstico de comorbidade preenche o critério de inclusão para os estudos randomizados controlados existentes e, que proporção não é representado na literatura corrente.

Um diagnosticador com experiência em diagnóstico e seleção de pacientes para pesquisas clínicas e um diagnosticador máster foram chamados para comparar o diagnóstico e outras informações da admissão, para cada paciente, com os critérios para inclusão e exclusão para os estudos controlados que tinham sido publicados para dez distúrbios mentais comuns em adultos. Os pesquisadores eram cegos para a proposta do estudo.

Os primeiros diagnósticos principais para os quais não existe literatura com resultado foram: distúrbio de ajustamento (29%), distímia (9%) e distúrbio do humor e de ansiedade

não de outro modo especificado (7%). As razões mais comuns para que o paciente não seja eleito para um estudo são: desordens de severidade ou duração insuficientes, comorbidade e condições muito severas. De 87 pacientes com comorbidade, 64% pontuaram para, no mínimo, um estudo.

Os autores consideram, a partir dos achados, que a razão de pacientes não pontuarem para participar dos estudos é menor, devido a fatores que podem complicar o tratamento e mais frequentemente devido aos diagnósticos não terem sido estudados na literatura, ou falharam para encontrar o critério mínimo para severidade. Alguns diagnósticos como desordem de ajustamento e outros são passados para trás nos estudos, e foram comuns nesta amostra estudada. As pesquisas em psicoterapia são representativas de estudos com diagnósticos graves e não menos severos como se pensava. Os diagnósticos menos severos são tratados como os mais severos, pois há uma carência de estudos. Poucos estudos controlados têm avaliado a taxa de melhora no seu diagnóstico secundário (comorbidade).

Goin (2005) relata que os elementos de suporte na terapia, como: desenvolver uma relação terapêutica, facilitar o clima para o paciente, responder empaticamente e procurar maneiras de melhorar a auto-estima do paciente são naturais e fazem parte de qualquer terapia. No entanto, embora as psicoterapias psicodinâmicas e comportamentais sejam diferentes em abordagem, na prática atual, essa integração pode ser bastante útil ao paciente. Por exemplo, no caso da desordem *borderline* de personalidade, dois tipos de psicoterapia, a psicoterapia psicodinâmica psicanalítica e a psicoterapia cognitivo-comportamental dialética têm provado eficácia em estudos controlados randomizados. Cada tipo de psicoterapia pode ser de valor em diferentes fases do transtorno. Interpretações psicanalíticas para propiciar normalização e compreensão de uma reação de medo, no contexto de psicoterapia de suporte, podem proporcionar realidade em estados emocionais caóticos. Segundo a autora, terapeutas avaliados pelos supervisores como mais competentes, são hábeis em se desviar apropriadamente das técnicas tradicionais, com os pacientes mais difíceis. Com o desenvolvimento da terapia cognitivo-comportamental, um paradigma similar foi desenvolvido: teoria psicanalítica versus teoria do aprendizado, mas, as similaridades, diferenças, alvos e técnicas estão se tornando mais familiares a todos os psiquiatras. Há muita solidez em se fazer uma formulação clínica e um plano terapêutico que mantenha o paciente

em terapia e, em se ter habilidade de desviar-se apropriadamente das técnicas tradicionais e usar outros métodos conforme as necessidades emergem.

Os estudos apresentados evidenciam a necessidade de uma boa relação e empatia para bons resultados em se tratar o paciente com medicação. Sugerem, também, que a medicação e psicoterapia, com os seus diferentes tipos, podem agir para a melhora do paciente, de mãos dadas e que nem sempre temos, em termos de evidência, a certeza de tratamento para transtornos menos graves, nos quais a psicoterapia, provavelmente, agiria com bons resultados. Além disso, o uso da medicação não exclui a indicação da psicoterapia, ao contrário, as abordagens podem agir de maneira sinérgica ou complementar.

Observamos nesses estudos que é necessário uma boa aliança terapêutica para se prescrever uma medicação para o paciente e, apesar de, como dito acima, ser uma relação que depende de experiência e capacidade de se vincular, trata-se de uma relação construída no contato profundo com o paciente.

Considero que, com relação à passagem do residente pelo estágio da psicoterapia, devemos dar prioridade ao ensino e supervisão, em facilitar a capacidade do residente em se perceber e perceber o seu paciente, dentro do contexto da relação terapêutica com ele, do contexto da transferência e contratransferência, da relação com o supervisor e supervisão e, de sua própria transformação, pois a transformação do paciente, enquanto agente de suas próprias questões, pode demorar muito mais que o tempo do estágio do residente. O uso de medicação e o reconhecimento de riscos como, depressão, episódios psicóticos e outros, cabe ao currículo do residente, que, na supervisão em psicoterapia, tem oportunidade de aliar o objetivo ao subjetivo.

Portanto, não estamos formando psicoterapeutas, dentro da residência em psiquiatria. Ao meu ver a avaliação de habilidades e competências torna-se desnecessária, falsa e até prejudicial ao desenvolvimento do residente enquanto um aprendiz da relação com o outro e da relação consigo mesmo. O residente deve ser estimulado a ser verdadeiro consigo e não com os métodos de avaliação de habilidades em psicoterapia. As transformações que são percebidas pelo residente de psiquiatria durante o treino em psicoterapia, seriam, melhor avaliadas, de maneira qualitativa, para poderem ser captadas em sua profundidade e especificidade. O residente pode passar por fases caóticas, fases de confusão durante o aprendizado, e isto não poderia ser avaliado num teste de avaliação de habilidades, pois

poderia prejudicar o seu conceito. Desse modo, quando avaliamos de maneira qualitativa, estamos avaliando, de forma profunda e verdadeira, não as “habilidades” do residente, mas o real significado deste estágio para a sua formação e, portanto, para a residência de psiquiatria. Assim, considero importante, também, que o residente tenha contato com várias linhas de psicoterapia, para que sua visão sobre o ser humano seja a mais abrangente possível.

#### 4 A PSIQUIATRIA NA FACULDADE DE MEDICINA DO ABC

Assim, somos levados a recolocar a questão de saber se existe cura para o sofrimento fundamental e repetitivo das mulheres, isto é, para a inveja do pênis. Como toda inveja, esta também passa pela constituição, no sujeito, de uma variante daquilo que ele ambiciona no outro. “Contra angústia de castração, castração!” disse alguém. Pois contra inveja fálica, o falo.

Maria Rita Khel (1998, p. 327).

Depois de apresentar um panorama geral sobre o histórico da psiquiatria, questionar sobre a mudança de escuta que se faz no processo de contato com a psicodinâmica, apresentar a literatura atual sobre o ensino da psicoterapia na residência de psiquiatria e questionar aspectos importantes dentro desse aprendizado, torna-se importante observar o processo na formação do psiquiatra. É apresentado agora o ensino da psiquiatria na Faculdade de Medicina do ABC, onde sou supervisora dos residentes. Este capítulo foi baseado na entrevista feita em setembro de 2006 com o Dr. José Américo dos Santos, então professor auxiliar de ensino da disciplina de psiquiatria da Faculdade de Medicina do ABC.

O hospital do Juqueri sofria um processo crônico de superlotação com 20.000 pacientes internados em suas dependências. Foi então que o Governador do Estado de São Paulo, Laudo Natel, em 1972, através da Secretaria da Saúde, fez convênio com faculdades para a formação de profissionais especializados na área da saúde mental, a fim de lidar com os pacientes psiquiátricos e com os hospitais psiquiátricos para aliviar a situação do Juqueri. O complexo Juqueri constava de hospital central, colônias e manicômio. O manicômio estava subordinado ao departamento de psiquiatria do Juqueri.

Através do convênio, o curso de psiquiatria da Faculdade de Medicina do ABC, tanto teórico quanto prático, foi centralizado no hospital Água Funda (hospital da Secretaria da Saúde do Estado).

Nessa época a psicologia médica, na faculdade, era ministrada pelo Dr. Eládio Capizano, um psicanalista. O Dr. Eládio afastou-se da faculdade, pois necessitava de mais recursos humanos e não foi contemplado com o pedido. Foi então que o professor Paulo Fraletti, que havia assumido a cadeira de psiquiatria em outubro de 1984, passou a dar aulas

de psicologia médica e psicopatologia geral e especial. O professor havia ingressado no manicômio judiciário em 1948 e fora diretor do mesmo de 1967 a 1972. Sempre às terças-feiras, Fraletti lecionava para o terceiro ano da graduação da faculdade de medicina no prédio da faculdade e, nas quartas-feiras, lecionava para o quarto ano, no hospital Água Funda. Havia aulas aos sábados, também, para o terceiro ano no hospital. Em 1988, quando, então, o internato (estágio hospitalar anterior à residência médica) passou a ser de dois anos, acabaram as aulas aos sábados.

Segundo o professor José Américo, que fora assistente do professor Fraletti desde o início da carreira deste na Faculdade de Medicina do ABC, o professor Paulo Fraletti ensinava a psiquiatria como especialidade médica e com embasamento filosófico. Procurava inculcar no aluno espírito de crítica, discutindo, sempre que podia, algum tema polêmico da atualidade. As aulas no hospital Água Funda eram distribuídas da seguinte maneira: aulas teóricas das 8:00h às 10:00h e aulas práticas das 10:00h às 12:00h. As aulas teóricas eram dadas no anfiteatro do hospital e as aulas práticas, em áreas comuns ou salas do mesmo. Em setembro de 1997, o professor Paulo Fraletti, por problemas de saúde, pede afastamento de suas funções e deixa a Faculdade de Medicina do ABC. Muitos psiquiatras, que depois foram fazer sua residência na Universidade de São Paulo, pois não havia residência em psiquiatria na Faculdade do ABC, foram formados pelo professor Fraletti. Muitos foram os monitores (alunos recém-formados) de psiquiatria na época do professor Fraletti, como por exemplo: O professor Dr. Jair Mari (hoje professor titular de psiquiatria da UNIFESP), O professor Dr. Francisco Baptista Assunção Jr. (hoje professor adjunto de psicologia da USP e professor titular de psiquiatria infantil pela USP), o professor Dr. Francisco Lotufo Neto (hoje professor de psiquiatria da USP) e a professora Dra. Alexandrina Meleiro (hoje professora de psiquiatria da USP). Outros, além de monitores, foram também, posteriormente auxiliares de ensino, como, por exemplo: O professor Arthur Guerra de Andrade (hoje professor titular de psiquiatria da Faculdade de Medicina do ABC e professor de psiquiatria da USP), O professor Dr. Taki Athanasius Cordás (hoje professor de psiquiatria da USP) e o professor Dr. Wagner Gattaz (hoje professor titular de psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP).

Com o afastamento do professor Paulo Fraletti das atividades didáticas, o Dr. José Américo traz os cursos de psicopatologia e psicologia médica do hospital Água Funda para a

faculdade. Nesse momento, Dr. José Américo, juntamente com o Dr. José Cássio Simões rearticulam o curso de psicologia médica.

Em 1998, é feito um novo concurso para professor titular das disciplinas de psiquiatria e psicologia médica da Faculdade de Medicina do ABC. É então que o professor Dr. Arthur Guerra de Andrade, assume o cargo trazendo novos rumos para a psiquiatria da faculdade.

Uma das medidas iniciais do professor Arthur foi a sua sensibilização com relação aos alunos com problemas emocionais que, não tendo a quem recorrer, procuravam a vice-diretoria. O professor Arthur solicitou aos professores José Américo e Cássio que elaborassem um projeto de assistência aos alunos, o que foi feito e aprovado pela faculdade. Foi contratado então o Dr. Sérgio Baldassin, que vem desenvolvendo um grande trabalho neste campo, o qual agora se amplia para professores e funcionários.

Em 2001, inicia-se o estágio em psiquiatria e, um ano depois, o estágio é reconhecido como residência médica na área. A residência significou uma iniciativa pioneira contando com a colaboração, em sua formação, de psiquiatras como Alexandrina Meleiro, Sérgio Nicastrí, Gilberto D'Elia, José Américo, José Cássio Simões, sob supervisão do titular da disciplina Arthur Guerra de Andrade.

A coordenação da residência iniciou-se com a professora Dra. Alexandrina Meleiro, passando depois para o Professor Dr. Marcos Leite (psiquiatra formado pela USP) e finalmente com o professor Dr. Danilo Baltieri.

A residência passou por problemas iniciais, mas foi se aperfeiçoando. Começou a abrir espaço para a psicologia médica, psicoterapia e psiquiatria forense. Além disso, existe uma preocupação em se fazer parcerias com os serviços de saúde mental estadual (hospital Mario Covas) e com as Prefeituras de Santo André, São Bernardo e São Caetano. Hoje existe uma verdadeira rede de ligação entre os serviços de saúde das prefeituras (ambulatórios, pronto-socorros, enfermarias, centros de atenção psicossocial) e a residência em psiquiatria da faculdade. A faculdade dispõe também de ambulatórios de saúde mental dentro do próprio campus, como o ambulatório de transtornos de humor e de idosos, de pacientes refratários a tratamentos, ambulatório de psiquiatria da infância e adolescência e, ambulatório de transtorno de sexualidade. Todos esses serviços são coordenados por professores e colaboradores, alguns, antigos residentes, outros não. Em geral são doutores ou mestres, ou em formação de pós-graduação.

A psiquiatria forense veio a ser contemplada na residência da faculdade, inicialmente, às quartas-feiras pela manhã, na área de Laudos do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Este serviço é localizado no departamento de Perícias Médicas do Estado. Durante três meses, dois médicos residentes do segundo ano (R2) examinavam casos de perícia, os discutiam e redigiam os laudos sob a supervisão do professor José Américo. Atualmente este estágio foi prolongado para seis meses, mantendo-se a dupla de dois médicos (R2), com bons resultados para a formação dos futuros especialistas em psiquiatria.

Foi neste clima de novidades e mudanças que a psicoterapia se iniciou, primeiramente como seminários, e depois com o atendimento pelos residentes, sob supervisão. No começo (2001) havia a discussão de seminários e posteriormente vieram os atendimentos sob minha supervisão. Ingressei como supervisora, após a apresentação do projeto, que incluía seminários teóricos, à Dra. Alexandrina Meleiro, coordenadora, na época, da residência em psiquiatria. Em 2005 estruturou-se o núcleo de psicoterapia na faculdade sob minha coordenação e foi feito um convite a um ex- residente e psicodramatista, Dr. Marcos Wolff, para uma parceria na coordenação da psicoterapia na residência de psiquiatria.

Hoje, o núcleo constitui-se de cinco pessoas: eu, que coordeno o núcleo e ministro seminários de psicologia analítica, com supervisão aos residentes do segundo ano, Ligia Flório, psiquiatra que ministra seminários de psicanálise (Freud, Melanie Klein e Winnicott), Eliane Guerra, médica que ministra seminários de psicanálise (Lacan) e supervisiona quatro residentes do primeiro ano, José Moucachen, psicólogo que ministra seminários de Gestalt, e supervisiona quatro residentes do primeiro ano e André Toledo, psicólogo que ministra seminários em terapia cognitivo-comportamental, supervisionando os residentes do segundo ano em atendimento. Os residentes do primeiro ano têm seminários mais básicos e o atendimento em psicoterapia é facultativo. Os residentes do segundo ano têm seminários mais aprofundados e o atendimento em psicoterapia é obrigatório, pois o residente do primeiro ano vem da medicina e necessita se familiarizar primeiro com aspectos teóricos das linhas em psicoterapia e análise e aos poucos pensar em questões da prática. Atualmente, a cada dois meses, realizamos uma reunião com todos os supervisores e residentes e um residente de segundo ano apresenta um caso que esteja atendendo, e avalia-se a psicodinâmica e a relação do paciente atendido com o residente, de acordo com as diferentes linhas de psicoterapia.

O Dr. José Américo acredita que a formação do residente em psiquiatria deva ter equilíbrio entre o aprendizado de vários aspectos como: psicopatologia clínica, relação médico-paciente, entendimento psicodinâmico, conhecimento de psicofarmacologia e conhecimento de psiquiatria forense. Ele considera que esse movimento entre a psiquiatria organicista e a psiquiatria psicodinâmica é pendular, prevalecendo em algumas épocas um ou outro. Na época do professor Fraletti, havia uma centralização de poder por parte do mesmo. Não havia preocupação em se expandir a disciplina e sim, que o seu reconhecimento fosse feito pela posição intelectual e filosófico-cultural que ocupava entre as disciplinas médicas. O professor Arthur Guerra, ao contrário, tem uma concepção de gerenciamento e de política universitária, coordenando a residência e também o ensino médico. Introduziu a residência em psiquiatria na Faculdade de Medicina do ABC, integrando a psiquiatria ao sistema de saúde e, delegando poderes aos diferentes coordenadores, mantém a unidade do grupo. Essa equipe, ao mesmo tempo, encontra-se em constante crescimento, com excelente produtividade, contando com a fundação do Centro de Estudos em Saúde Mental e com a publicação de inúmeros trabalhos científicos em periódicos nacionais e internacionais. Existe também o serviço de interconsulta que funciona no hospital estadual Mário Covas, que proporciona melhor integração da especialidade com as demais especialidades clínicas.

A partir de 2007, a residência de psiquiatria do ABC abriu quatro vagas de estágio (E3) para o terceiro ano e ampliou as vagas para R1 (oito vagas). A partir de 2008, o E3 passará a ser R3 (residência e não mais estágio), e então se torna obrigatório para o residente que ingressar nessa residência. Este estágio de terceiro ano (E3) que se transformará em R3 (terceiro ano de residência) consta da passagem do residente pelos ambulatórios, serviços de psiquiatria e psicoterapia.

Em outras residências em psiquiatria, como a da Universidade de São Paulo (USP), onde é ensinada e aplicada no Instituto de Psiquiatria, como também no complexo HC (Hospital das Clínicas) e a da Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP), onde a prática é exercida no hospital São Paulo e anexos, o ensino e prática do residente são feitos de maneira similar, com algumas diferenças como, por exemplo, o terceiro ano de residência (R3) na USP. Nesse estágio na USP, o residente pode optar por fazê-lo somente na psicoterapia (a partir de 2007) ou em alguma outra área oferecida mediante a feitura de uma prova, não sendo portanto obrigatório. Na UNIFESP, antiga Escola Paulista de Medicina, o

terceiro ano de residência também não é obrigatório e opta-se realizar uma prova, concedida em algumas áreas como, por exemplo, a psicoterapia.

Outras diferenças importantes mostram-se em duas outras situações: na organização da psicoterapia, a terapia cognitivo-comportamental é incluída juntamente com as outras linhas na Faculdade do ABC, o que não acontece nas outras residências. Existe também, na residência do ABC, uma reunião de toda a disciplina que acontece às terças feiras das 10:00h às 12:00h. Esta reunião consta de palestras de professores e pesquisadores convidados, de apresentação de casos clínicos atendidos pelos residentes, artigos de revisão e aulas sobre assuntos atuais ou especiais dentro da psiquiatria. As reuniões são coordenadas pela Dra. Maíra D. M. Machado e pela Dra. Flávia Ismael Pinto (ambas psiquiatras e professoras da disciplina de psiquiatria), da qual participam todos os psiquiatras e psicólogos da psiquiatria da faculdade. As reuniões são abertas para o público acadêmico da faculdade e para os técnicos em saúde mental da rede de atenção psicossocial de Santo André, possibilitando uma integração ímpar e específica da psiquiatria da Faculdade de Medicina do ABC.

## 5 A SUPERVISÃO EM PSICOTERAPIA

Em 1995 foi editado, por Paul Kugler, analista junguiano, um livro sobre a visão de vários analistas junguianos com referência ao processo da supervisão em psicoterapia. Esses autores abordam a supervisão sob vários pontos de vista, enriquecendo, através dos pressupostos da psicologia analítica, o modo de perceber a relação de supervisão, entre supervisando e supervisor.

Kugler (1995) relata que a evolução da supervisão na psicologia analítica é traçada precocemente, nos seminários e discussão de casos de Jung, enquanto um requerimento formal da análise sob controle, como adotada por vários institutos de formação. Serão, então, compiladas as principais visões dos analistas junguianos que contribuíram com esse livro.

Michael Fordham, no artigo “*Sugestões sobre a teoria da supervisão*”, propõe que o supervisor, assim como os professores de seminários tratem, desde o início, o supervisionando como um colega junior, e não como um paciente. Sugere que o supervisor deva apontar a contratransferência do supervisando, sem analisá-lo, somente confrontando-o com isto. Deve evitar fazer observações e interpretações analíticas, com exceção de condições excepcionais. O supervisor deve evitar a análise da transferência do supervisando, a menos que o supervisor seja levado a fazer o papel de analista. Aí, então, supervisor e supervisando devem conversar sobre o que está acontecendo. Conclui que seja evidente que em todo treino nós temos que lembrar que os supervisandos são colocados em *stress* maior que qualquer analista treinado e nós temos que saber como diminuir isto. Uma maneira é poder separar o papel do supervisor e do analista.

Lionel Corbett, no artigo “*Supervisão e o arquétipo do mentor*”, relata que, embora supervisão não seja sinônimo de terapia, elas têm elementos em comum. O processo pode beneficiar ou consolidar a saúde ou patologia do supervisando, assim como do seu paciente e, pode ajudar a dissolver ou reforçar certos hábitos terapêuticos do *trainee*. Considerações críticas que não ajudam, tendem a fazer com que o *trainee* se previna do material que traga vergonha a ele. Isto o condiciona a evitar ou distorcer o seu real potencial a serviço das necessidades do supervisor. O autor sugere, dentro da supervisão, o modelo do arquétipo do mentor, para dissolver os dilemas de hierarquia, que são tão problemáticos para aqueles que desejam trabalhar em um outro modelo relacional, embora seja necessário algum tipo de

autoridade na situação de treino. Esta autoridade seria melhor definida como sapiencial, que aconselha, ensina e dirige, mas não ordena. O mentor seria um modelo de personalidade “*que está em uma relação criativa não como um pai, mãe, amigo ou amante, mas bastante pareado e de acordo com as possibilidades do Self*”.

Com o passar do tempo, o *trainee* desenvolve o seu próprio jeito de ser como terapeuta e, um certo grau de desapontamento manejável com relação ao supervisor-mentor é essencial para o crescimento do *trainee*. Isto faz com que próprio *trainee* desenvolva em si, o que achava que era de posse do mentor. O mentor deve procurar provocar esse desapontamento sem sofrer injúria narcísica, para o bem do desenvolvimento do *trainee*. Elementos de projeção infantil aparecem, como aparecem em toda relação importante. Nota-se que, alguns comportamentos do *trainee* com o seu paciente são a atualização da transferência com o supervisor e, não simplesmente, determinado pela contratransferência do *trainee* para com o mesmo. Se o supervisor trabalhar no modelo do mentor, ele certamente presenciará elementos transferenciais entre ele e seu *trainee*, mas precisará somente gastar tempo com eles em situações específicas como, na transferência negativa, onde deve ser olhado o comportamento do supervisor, pelo próprio supervisor e *trainee* e, as questões do *trainee*, em sua própria terapia. Também deve ser gasto tempo, caso necessário, na observação do processo paralelo entre a supervisão e o caso sendo supervisionado, no qual aspectos transferenciais devem ser avaliados.

De acordo com o autor, como contribuição junguiana, devemos lembrar que, ao invés de focalizarmos especificamente em aspectos personalísticos da transferência, nós também devemos nos interessar por aspectos arquetípicos, ou, em como o Self se manifesta no campo terapêutico. O Self pode ser interessante no treino, se o treino se tornar, autenticamente, uma parte da individuação do *trainee* e do supervisor.

Mario Jacoby, no artigo “*Supervisão e o campo interativo*”, lembra que, pela clássica tradição junguiana, compartilha-se o ceticismo com relação a qualquer tipo de técnica. O importante não é o que o analista diz, mas o que ele ou ela vive e emana como personalidade. Isto depende de sua maturação em termos de processo de individuação. Para o autor, é importante que se mantenham separadas, a análise e a supervisão, mas isto não pode ser uma regra tão inflexível, porque um campo interativo entre *trainee* e supervisor, obviamente, se

constela. O supervisor deve entender que, muito do que o *trainee* troca com ele, pode ser influenciado pelo que está acontecendo no campo interativo entre eles.

Para o autor, é importante prestarmos atenção em como somos afetados com a presença do *trainee*, como uma personalidade, particularmente a entonação de sua voz, linguagem corporal, vitalidade, expressão facial, a perda de emoção, etc. Jacoby considera parte importante da supervisão, colocar para o *trainee*, como sua personalidade ou suas maneiras ou respostas podem moldar a interação com certos pacientes. O autor explica que devemos trabalhar com uma teoria, conceitos e métodos e devemos ser flexíveis com diferentes idéias, para podermos estar mais ou menos conscientes em aplicar outra teoria. De acordo com o autor, é interessante que o *trainee* desenvolva uma compreensão simbólica em adição a sua habilidade em verbalizar e que desenvolva o sentimento pelo tempo e tom certo nas intervenções. Naturalmente, haverá fases em que o *trainee* se identificará com o supervisor ou haverá a introjeção de sua maneira de proceder. Portanto, é fundamental que o *trainee* tenha supervisão com mais de um supervisor. Jacoby atesta que, como a análise é basicamente uma arte, é difícil de ser ensinada. Como supervisores, somos limitados em ajudar e dar suporte na diferenciação do verdadeiro talento. O autor entende que o supervisor também aprende com a supervisão.

Para Joseph Wakefield, no artigo “*Projeções transferenciais na supervisão*”, refere que se torna difícil para supervisor e *trainee* adquirirem abertura e cooperação quando o julgamento está envolvido. O encontro é ainda mais difícil quando se torna estagnado com projeções inconscientes (transferência e contratransferência). Os padrões precoces de relacionamento podem tornar-se projeções transferenciais entre supervisor e *trainee*. Para o *trainee*, o supervisor pode representar o pai continente que ele nunca teve, ou o pai cruel, ou ainda, adquirir o triunfo edípico, no mínimo, por tornar-se a criança favorita e secretamente amada. Para o supervisor, o *trainee* pode representar a criança que ele perdeu ou a criança que ele nunca teve. Pode ainda representar a criança neles, a ser maternalizada da maneira que ele desejaria ter sido maternalizado. Os complexos mais difíceis de se reconhecer, segundo o autor, são aqueles que são socialmente reforçados.

Tanto o supervisor como o *trainee*, podem projetar várias formas de transferência, um no outro. A transferência idealizada pode levar à supervalorização do supervisor pelo *trainee*, à perda de habilidade para ver estreitamentos e imperfeições e um tipo de escravidão, na qual

o *trainee* fica cego para seguir seu ideal, enquanto ataca analistas que têm diferentes pontos de vista. Se o supervisor o idealiza, seja pela energia jovem, pelas possibilidades criativas, etc., então ele pode ser inábil para ver e corrigir falhas no desenvolvimento do *trainee*.

Na transferência em espelho, o projetor necessita ser idealizado e pode tornar-se zangado se isso não acontece. O supervisor pode esperar que o *trainee* seja uma testemunha muda do brilhantismo e das suas habilidades. Por sua vez, se isto acontece do lado do *trainee*, este espera que o supervisor não diga nada enquanto espera em silêncio, a super apresentação do *trainee*. Neste caso, como é esperado, os esforços para corrigir as falhas são acolhidos com ressentimento.

Na transferência gemelar, a projeção necessita do outro para ser o duplo dele mesmo. O projetor considera que o outro vai agir “como igual”. O supervisor pode ver o *trainee*, como um par, um amigo ou confidente. O *trainee* pode tratar o supervisor do mesmo modo. Enquanto os limites são borrados, na transferência gemelar, o ato pode parecer como um ato generoso de troca, mas o efeito pode ser amedrontador para o *trainee*, quando o supervisor é o projetor. Se este insiste em ser um par, amigo ou confidente, a relação de supervisão é distorcida, freqüentemente para o detrimento do *trainee*. Com as projeções intactas, a empatia não pode ocorrer e, o outro é tido como a extensão da necessidade do projetor, mais do que, uma pessoa em separado.

A supervisão não é análise. Não há concordância em se analisar as projeções como em análise. O autor sugere que os dois lados da díade devem concordar em não expressar literalmente e concretamente, sentimentos que os afastem dos papéis de supervisor e *trainee*, mas, devem tentar se conscientizar dos significados dos seus sentimentos e dissuadi-los na sua análise pessoal ou com um colega. Para o autor, a mútua exploração dessa dinâmica interpessoal, é uma parte essencial do trabalho dentro da supervisão.

Judith Hubbach, no artigo “*Estilos de supervisão*”, refere que, como supervisores, nós temos que nos manter em contato com nossa identidade analítica, assim como, com nossa única individualidade. A facilitação, na supervisão, por parte do supervisor, inclui ajudar o *trainee* a, gradualmente, diminuir sua ansiedade, através do seu próprio trabalho. Esse desenvolvimento acontece, somente, de maneira gradual, e não, automaticamente, como resultado de um número certo de sessões de supervisão.

Como vemos nos trabalhos acima e nos trabalhos do capítulo sobre supervisão em psicoterapia dentro do treino na residência de psiquiatria, este tipo de supervisão suscita questões importantes e nos faz pensar o quanto se tem que ter cuidado, quando se exerce este papel. Por exemplo, deve-se ficar atento às projeções, pois como evidencia Wakefield (KUGLER, 1995), o encontro se torna estagnado quando mediado por projeções inconscientes e, deve-se respeitar a inexperiência do *trainee*, principalmente quando este é um residente de psiquiatria, pois diferentemente de um estudante de psicologia e, mais ainda, diferentemente de um terapeuta formado, o residente de psiquiatria vem direto da medicina, e geralmente não tem a menor idéia do que seja o atendimento em psicoterapia. Pensando nisso, é que, na disciplina de psiquiatria da Faculdade de Medicina do ABC, opta-se, como método, introduzir primeiro os seminários teóricos sobre as diversas linhas de psicoterapia e, então, na metade do ano, se o residente de primeiro ano se sentir à vontade para atender, começa o atendimento, sempre, sob supervisão. O residente de segundo ano se sente mais à vontade para atender e, então, é quando ele, de fato, inicia o atendimento em psicoterapia.

Outra questão com relação à forma é que, a cada bimestre fazemos uma reunião do núcleo de psicoterapia para a discussão de um caso que esteja sendo atendido por um residente. Os profissionais das diferentes linhas comparecem e isto possibilita ao residente ter uma visão do ponto de vista das várias linhas de psicoterapia sobre o seu caso, o que geralmente enriquece muito o seu atendimento. Além disso, todos os supervisores em psicoterapia são convidados a assistir a reunião geral com toda a equipe da psiquiatria, onde são discutidos vários casos atendidos em outros ambulatórios pelo residente. É importante manter a psicoterapia junto da clínica psiquiátrica, como sugerido anteriormente por Gabbard (2005), pois isto estreita a aliança, para o residente, entre as diversas visões.

Ainda com relação ao método, percebe-se que cada supervisor tem o seu estilo de supervisionar, mas, nota-se que, para a supervisão se desenrolar em grupo (como é feita na disciplina), algumas questões devem ser observadas. Geralmente não se misturam residentes de primeiro e segundo ano, pois estão em estágios diferentes de aprendizado. Atualmente, forma-se dois grupos de residentes do primeiro ano (com quatro residentes cada) e supervisores diferentes e, um grupo de residentes do segundo ano (com quatro residentes).

Em relação a sentimentos e emoções, os residentes de primeiro ano necessitam mais de supervisão em termos de sentimentos de medo e angústia no atender em psicoterapia. Além

disso, de acordo com Wolkon, Davis e Staples (1978), no início do treinamento os *trainees* tendem a sentir uma maior necessidade de inclusão. Burgum et al (1959) referem que a supervisão necessariamente trabalha com os sentimentos dos *trainees* em ambos os casos: na relação com o supervisor e na relação com o paciente, e deve-se prestar particular atenção na resolução dos problemas emocionais que possam interferir no seu aprendizado. Segundo Fordham (KUGLER, 1995), os *trainees* estão sob um *stress* maior que o analista treinado e, neste caso, mais ainda, por serem residentes iniciantes em treinamento. Os residentes de segundo ano, apesar de iniciantes no atendimento, sentem mais confiança em atender e começam a expressar uma maior necessidade de compreensão da psicodinâmica e das suas relações com o paciente, o que pode suscitar bastante angústia, pois começam a perceber as questões contratransferenciais.

Ao mesmo tempo é, também importante estar atento a emoções que surgem dentro do grupo e que estão relacionadas com algum aspecto vivencial dentro da residência, pois, negar esses aspectos, faz da supervisão em psicoterapia uma atividade falsa, onde apenas se interpreta um papel. Se, no atendimento em psicoterapia feito pelo residente e, na supervisão deste, deseja-se que o residente esteja inteiro, comprometido e seja honesto consigo, deve-se estar inteiro, como supervisor, ou seja, ser continente com os aspectos emocionais dos residentes, pois isto reforça a aliança entre a díade. Deve-se trabalhar, na supervisão, questões referentes a estas demandas.

Os residentes de segundo ano são supervisionados por mim e os seminários da minha parte (psicologia analítica) versam sobre transferência, contratransferência, compreensão psicodinâmica dos transtornos e textos sobre desenvolvimento de personalidade. Esta parte teórica correlacionada à parte prática do atendimento, faz com que o residente consiga juntar as peças da teoria e prática, considerado por Gabbard (2005) como facilitador do aprendizado do residente.

Com relação à idealização do supervisor, percebo que, para diminuí-la é importante que o supervisor dê exemplos pessoais de falhas em atendimentos, pois, como aponta Corbett (KUGLER, 1995), o *trainee* necessita o desapontamento manejável com relação ao supervisor, para construir a sua própria maneira de atender. O estilo de atendimento vai se configurando em cada residente, a partir do modelo dos supervisores e de sua construção

pessoal, pois como referem Silberman e Mazza (1985) existe, por parte do supervisando, uma grande identificação com o supervisor.

Deve-se ficar atento entre trabalhar possíveis defesas do residente e, ao mesmo tempo, deixar crescer o broto de seu estilo individual de atendimento. O arquétipo do mestre-aprendiz é obviamente ativado, mas, além disso, os arquétipos matriarcal e patriarcal se instalam durante esse processo, propiciado por um clima suficientemente bom, o que geralmente depende da maturidade, experiência e bom senso do supervisor. Ou seja, o supervisor como mentor, de acordo com Corbett (KUGLER, 1995) é aquele que orienta, mas não ordena e, fica atento às expressões arquetípicas dentro da supervisão. Os residentes (supervisionandos) vão formando o supervisor, pois, de acordo com Alonso (2000), os estudantes participam do processo de tornar o supervisor habilidoso. O supervisor percebe que, com o passar dos anos e depois de muitas supervisões ele se torna mais compreensivo, mais atento em separar suas angústias das dos residentes, mais pronto para ouvir, acolher as falhas e para ensinar. Ou seja, se transforma em um ser mais diferenciado, integrado e com a consciência mais ampla. O supervisor deve, sempre, em uma atitude auto-reflexiva, questionar seus próprios sentimentos em relação aos residentes como raiva, amor, necessidade de se manter no poder de quem sabe, sentimentos em relação à instituição e aos colegas e, de que maneira isto pode afetar a supervisão dos residentes. Não é fácil, pois somos humanos e temos muitos sentimentos que são guiados por nossos complexos. Mas ficar atento a isto é bastante desejável. Por exemplo, se há uma tensão entre colegas, dentro da disciplina, sendo um desses colegas o supervisor de psicoterapia, deve-se estar atento de que maneira isso pode afetar a supervisão do residente e a relação do supervisor com este, que tem contato com os dois supervisores. Como afirma Jacoby (KUGLER, 1995), existe um campo interativo entre supervisor e *trainee*, e importa mais o que se emana como personalidade do que o que se fala e, como afirmam Pérez, Krul e Kapoor (1984), o supervisor se torna um modelo de como funcionar com o outro, ou seja, se o residente é tratado com respeito e dignidade pelo seu supervisor, ele tenderá a agir de modo semelhante com os pacientes no seu trabalho.

Quanto às técnicas que podem facilitar o aprendizado, aprecio especialmente o *role-play* (troca de papéis), que é uma técnica do psicodrama, no qual o residente pode-se observar no seu papel e no papel do paciente e, todos os outros residentes podem

experimentar entrar no papel do residente que apresenta o caso e no papel do paciente atendido. Isto facilita o clima de compreensão, tanto da dinâmica do paciente como dos sentimentos do residente que o atende. Outro aspecto importante, durante o *role-play* é, em algum momento, pedir que o residente que está vivendo o papel de terapeuta ou de paciente explicita o seu sentimento diante da consigna dada pelo supervisor: – “*Fale o que você está sentindo sem filtro*”. Isto possibilita a emergência dos sentimentos contratransferenciais que, num clima de naturalidade e espontaneidade, podem ser trabalhados com maior facilidade, sem que o residente tenha receio de explicitá-los, pois sente que pode e deve fazer isso. Isto diminui a ansiedade do residente e significa uma atitude facilitatória, pois, de acordo com Hubbach (KUGLER, 1995), ajuda a diminuir a ansiedade do *trainee*, é uma atitude facilitatória do supervisor. É importante que o supervisor possa desenvolver sua percepção no sentido de captar o clima do grupo, pois, se não houver clima para supervisionar algum caso, ele pode propor um trabalho para aliviar as tensões do grupo e para que cada residente possa se colocar e expressar as suas dificuldades no momento. Por exemplo, pode se sugerir que cada residente faça um desenho sobre o que está sentindo e, depois, cada residente explica o seu desenho, havendo o compartilhamento de emoções e sentimentos por parte de todos, com o fechamento do supervisor sobre emoções e sentimentos comuns apresentados pelos residentes. Isso geralmente suscita a vontade dos residentes de colocarem as suas dificuldades e sentimentos, criando um clima de cumplicidade entre os mesmos e o supervisor. Também contribui para a facilitação de aprendizado na supervisão, pois, segundo Sheffield et al (1992), os supervisores que facilitam o aprendizado são empáticos e focam o assunto nas preocupações imediatas do *trainee*.

Outra técnica importante utilizada no trabalho de supervisão é a amplificação simbólica, por meio dos mitos e contos, ou seja, quando o residente apresenta um caso, faz-se a leitura da dinâmica, de um aspecto desta ou da transferência do paciente ou contratransferência do residente, a partir de um mito ou conto, como expressão arquetípica.

Os materiais trazidos pelo residente, como, o vivenciado no *role-play*, a transferência, a contratransferência e demais aspectos do caso atendido são analisados mediante os pressupostos teóricos da psicologia analítica, pelos quais os símbolos, seja por intermédio de sonhos, sintomas ou de vivências do cotidiano, são olhados de maneira prospectiva.

Ou seja, o supervisor que consegue captar a emoção, o sentimento do residente e o clima do grupo, através das técnicas citadas, no trabalho de supervisão, é o supervisor que desenvolveu uma escuta empática; o supervisor que consegue se colocar no lugar do residente.

O residente que passa por esse processo de aprofundamento de reflexão pessoal, tanto em termos de idéias como de sentimentos e da relação com o paciente e com o supervisor, passa a se perceber e, freqüentemente, motiva-se para iniciar uma psicoterapia. De acordo com Gabbard (2005) um dos alvos centrais no treino em psicoterapia deve ser o de promover a curiosidade e reflexão no residente.

Essa vivência profunda de sinceridade entre residentes e supervisor, no estágio da psicoterapia, faz com que todos se modifiquem e, que, de algum modo, avancem na difícil estrada da individuação.

## **6 MÉTODO**

### **6.1 Tipo de estudo**

Como o objetivo deste estudo foi verificar a mudança de consciência do médico residente de psiquiatria, com relação a si mesmo, como psiquiatra e em relação ao paciente, durante o estágio da psicoterapia, foi escolhido um estudo qualitativo, empírico e prospectivo de Coortes. O estudo qualitativo nos permite captar a subjetividade, expressa em configurações, que se integram e expressam sentidos diferentes nos momentos distintos da ação do indivíduo ou do momento de vida de um grupo ou sociedade. Tais configurações de subjetividade poderiam não ser captadas, em sua totalidade, em um estudo quantitativo, não contemplando, assim, a proposta desejada. A investigação qualitativa surge e se expande, segundo Bosi e Mercado (2004), no interior do movimento antipositivista que considera o conhecimento como resultante de uma dialética entre o sujeito epistêmico e o fenômeno sob estudo.

O método empírico foi escolhido, pois, o empírico representa, como afirma González Rey (2005), o momento em que a teoria se confronta com a realidade, e disto resulta uma informação. O estudo de Coortes é um estudo longitudinal que possibilita avaliar mudanças ao longo de um tempo determinado, através de medidas em diferentes momentos, onde o momento inicial funciona como controle (NOBRE, 2004).

Portanto, este tipo de estudo foi útil para a avaliação da mudança de consciência do residente durante o estágio da psicoterapia, já que avalia tais mudanças em fases diferentes do estágio, podendo trazer à comparação os resultados obtidos nessas diferentes fases.

### **6.2 Sujeitos**

Foram escolhidos os quatro residentes do segundo ano em psiquiatria, do ano de 2006, da Faculdade de Medicina do ABC. Tais residentes foram escolhidos, pois iniciaram o atendimento em psicoterapia em outubro de 2005 e terminaram tal estágio em janeiro de 2007. Ou seja, tais residentes foram os que atenderam os casos de psicoterapia, sob supervisão, no ano de 2005 e 2006. Esses médicos residentes estavam na faixa etária de 23 a

28 anos e, representavam uma parte da população de residentes passando pelo estágio da psicoterapia, como se apresenta no Brasil (cujos programas apresentam diferenças). O pesquisador os supervisionou no atendimento da psicoterapia, o que facilitou a pesquisa.

### **6.3 Local**

O estudo foi realizado na Disciplina de Psiquiatria da Faculdade de medicina do ABC.

### **6.4 Instrumentos**

Foram utilizados três instrumentos.

#### **6.4.1 Termo de consentimento livre e esclarecido**

Um termo de consentimento livre e esclarecido contendo o nome da pesquisa, justificativa e benefícios da mesma, assim como o nome, endereço, telefone e documento (RG) do pesquisador e ainda, a confirmação de que tal pesquisa não interferirá na nota final do residente.

#### **6.4.2 Questionário semi-estruturado**

O segundo instrumento é um questionário semi-estruturado, auto-aplicável, contendo quatro partes: uma parte consta de três questões, outra parte consta da feitura de um desenho ou colagem, a terceira parte consta da análise e pergunta sobre dois casos clínicos, e a última parte consta de um pedido de construção de uma metáfora ou um conto. Tal questionário versa sobre a consciência do residente com relação a si mesmo e ao paciente.

#### **6.4.3 Entrevista semi-estruturada**

O terceiro e último instrumento é uma entrevista semi-estruturada, com apenas uma questão. Tal entrevista contribuiu com a informação sobre outros aspectos de vida do

residente, acontecidos no período de residência médica, que possam ter interferido em sua mudança de consciência.

Com o questionário e a entrevista, foi possível avaliar a subjetividade, como produção de sentido, dentro da consciência com relação a si mesmo e em relação ao paciente, que cada residente pôde ter, e sua modificação com os avanços do estágio da psicoterapia.

## **6.5 Procedimento**

O pesquisador conversou com os residentes sobre o estudo e foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido (procedimento ético), no qual, os quatro residentes concordaram em participar da pesquisa, após a elucidação da mesma e de seu método.

O questionário semi-estruturado foi aplicado em três momentos da passagem pelo estágio de psicoterapia. Uma aplicação foi feita em outubro de 2005, início da atividade desse grupo de residentes em atendimento de psicoterapia. Depois, em maio de 2006, foi feita uma outra aplicação e, finalmente, foi aplicado em dezembro de 2006, quando então todos terminaram o ano. Uma pessoa desse grupo finalizou seu estágio na residência e entrou em férias em janeiro de 2007, terminando, portanto o estágio da psicoterapia. O restante dos residentes terminou o estágio no final de janeiro de 2007.

O questionário foi aplicado em grupo, embora cada residente o tenha feito individualmente. Os dados foram coletados, para posterior avaliação. No item do desenho ou colagem, foi perguntado para cada residente individualmente, após uma semana da aplicação do questionário (tempo necessário para o pesquisador avaliar primeiro o desenho, pois os encontros eram uma vez por semana), sobre o significado de tal material, para que cada residente pudesse expor ao pesquisador, o seu olhar sobre o seu próprio desenho.

A entrevista semi-estruturada foi utilizada após a última aplicação do questionário, em dezembro de 2006. Esta entrevista foi feita individualmente, gravada e posteriormente transcrita, pelo próprio pesquisador, para posterior avaliação. As gravações serão inutilizadas após a defesa pública do trabalho.

Após a análise, os dados foram devolvidos aos participantes, individualmente. Neste momento, os residentes já concluíram a residência médica em psiquiatria.

## 6.6 Análise dos dados

O questionário foi analisado por questão e por época de aplicação, separando-se a informação do início, do meio e do final da aplicação. A entrevista foi avaliada após a análise dos questionários. As informações (questionário e entrevista) foram analisadas através da técnica de construção de leitura pelo Discurso do Sujeito Coletivo, procurando dar conta da discursividade do pensamento coletivo desses residentes em cada etapa do estágio em psicoterapia, pois, segundo Lefèvre (2003), parte-se do pressuposto que o pensamento coletivo possa ser visto como um conjunto de discursos sobre um dado tema, dando luz ao conjunto de individualidades semânticas componentes do imaginário social. Os desenhos foram interpretados de acordo com a avaliação de produção gráfica embasada em pressupostos da psicologia analítica (FURTH, 2004).

A leitura sob a ótica da psicologia analítica foi aliada à análise do discurso do sujeito coletivo particularmente para a compreensão simbólica de metáforas e de imagens que reproduzem as fantasias criadas pelo mundo interior subjetivo.

Os dados foram analisados e devolvidos aos participantes, de forma individual, pois além de garantir maior intimidade entre o pesquisador e o residente, portanto, maior confidencialidade, tornou-se mais fácil, após o término da residência, conversar individualmente com cada um, pois já haviam seguido os seus caminhos.

## 7 RESULTADOS E ANÁLISE

Para cada questão do questionário, nos três momentos diferentes, e, para a entrevista final, foi feita a análise através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O Discurso do Sujeito Coletivo utiliza-se das seguintes figuras metodológicas, para descrever os sentidos dos discursos presentes: a idéia central, as expressões-chave e a ancoragem. A idéia central tem a função de individualizar um dado discurso ou conjunto de discursos através de sua especificidade semântica. É a descrição mais sucinta possível do sentido de um determinado discurso. As expressões-chave são segmentos de discurso que remetem à idéia central. Representam o conteúdo ou substância do sentido do discurso. A ancoragem, por sua vez, representa uma teoria, uma ideologia ou uma crença subjacente ao discurso. Diferentemente da idéia central, a ancoragem tem sentido indireto.

Para cada conjunto de respostas temos que separar as expressões-chave das idéias centrais, que podem ser as mesmas da ancoragem, embora, como já dito, esta tem sentido indireto. Depois se agrupam os elementos (expressões-chave) em idéias centrais (ou ancoragens) semelhantes e constrói-se um discurso ou vários discursos coletivos, representando idéias centrais ou ancoragens semelhantes, mas, como se fosse uma fala do sujeito em primeira pessoa. Trarei como exemplo da feitura do DSC, o primeiro momento (06/10/05) da primeira questão: “*O que significa ser psiquiatra?*” Neste momento temos os seguintes relatos: Residente 1: “*Ser psiquiatra significa tratar da saúde mental de seus pacientes. O que é uma tarefa muito difícil, por tratar-se de algo tão subjetivo. É tentar fazer com que o indivíduo sofra menos com certas questões que o afligem. Tentar adequá-lo melhor à sociedade*”. Residente 2: “*Psiquiatra é o médico que conduz casos clínicos onde o paciente apresenta como disfunção, alterações em seu comportamento, sejam elas causadas por fatores biológicos, psíquicos e ou sociais, podendo utilizar como arsenal terapêutico a psicofarmacologia e ou psicoterapia em suas diversas linhas*”. Residente 3: “*Cada vez mais perto da chamada neurociência, a psiquiatria evolui com a ciência tornando-se cada vez mais foco de estudos clínicos que tentam comprovar a organicidade dos sentimentos. Uma evolução importante, porém em um foco que pode vir a se tornar um viés, pois é uma forma de objetivar o que é subjetivo. Caracterizar o significado de ser psiquiatra é obter um foco sobre o que não se vê, como tentar explicar algumas epifanias*”. Residente 4: “*Ser*

*psiquiatra significa não só ser médico, ou seja, ao ver o paciente tentar fazer o diagnóstico e tratar corretamente visando cura ou melhora dos sintomas, como também, saber sobre psicoterapia, nem que pouca coisa, para que se possa encaminhar o paciente quando necessário, uma vez que nessa especialidade, muitas vezes, remédio não é suficiente e, por vezes, não necessário*". O primeiro passo foi agrupar expressões-chave semelhantes, que falassem sobre uma mesma idéia central, nomeando-as (grupamentos). Foram agrupadas as seguintes expressões-chave no grupamento A: 1- Ser psiquiatra significa tratar da saúde mental de seus pacientes. O que é uma tarefa muito difícil por tratar-se de algo tão subjetivo. É tentar fazer com que o indivíduo sofra menos com certas questões que o afligem; 2- Cada vez mais perto da chamada neurociência, a psiquiatria evolui com a ciência tornando-se cada vez mais foco de estudos clínicos que tentam comprovar a organicidade dos sentimentos. Uma evolução importante, porém em um foco que pode vir a se tornar um viés, pois é uma forma de objetivar o que é subjetivo; 3- Caracterizar o significado de ser psiquiatra é obter um foco sobre o que não se vê, como tentar explicar algumas epifanias. Este grupamento caracteriza uma idéia central que denominei de: *"O psiquiatra trata do sofrimento mental tentando objetivar o que é subjetivo"*. Tal idéia central fala do tipo de abordagem do psiquiatra. As seguintes expressões-chave foram agrupadas no grupamento B: 1- É tentar adequá-lo melhor à sociedade; 2- O psiquiatra é o médico que conduz casos clínicos onde o paciente apresenta como disfunção, alterações em seu comportamento, sejam elas causadas por fatores biológicos, psíquicos e ou sociais. Este grupamento caracteriza uma idéia central que denominei de: *"O psiquiatra trata de alterações do comportamento para adequar o paciente à sociedade"*. Esta idéia central fala da função do psiquiatra. Foram agrupadas as seguintes expressões-chave no grupamento C: 1- Podendo utilizar como arsenal terapêutico a psicofarmacologia e ou psicoterapia em suas diversas linhas; 2- Ser psiquiatra significa não só ser médico, ou seja, ao ver o paciente tentar fazer o diagnóstico e tratar corretamente visando cura ou melhora dos sintomas, como também saber sobre psicoterapia, nem que pouca coisa, para que se possa encaminhar o paciente quando necessário; 3- Uma vez que nessa especialidade, muitas vezes, remédio não é suficiente, e por vezes, não necessário. Este grupamento caracterizando outra idéia central, foi denominado: *"O psiquiatra é um médico que tem que saber sobre psicofarmacologia e psicoterapia"*. Esta idéia central caracteriza técnica e habilidade que o psiquiatra deve possuir. Como ancoragem, caracterizando uma

crença ou teoria desta questão, nesse momento, temos: "O psiquiatra é um profissional que tem que ter técnica, habilidade e abordagem específica para fazer o diagnóstico e tratamento do sofrimento mental". Apresento a seguir os discursos (DSC) referentes a cada questão e aos três momentos da aplicação do questionário: primeiro momento (06/10/05), segundo momento (11/05/06) e terceiro momento (01/12/06); e o DSC da entrevista (15/12/06), com a análise das idéias centrais e ancoragens.

Questão 1- O que significa ser psiquiatra?

(DSC – 06/10/05)

<p>O psiquiatra trata do sofrimento mental tentando objetivar o que é subjetivo. (Abordagem)</p>	<p>O psiquiatra trata de alterações do comportamento para adequar o paciente à sociedade. (Função)</p>	<p>O psiquiatra é um médico que tem que saber sobre psicofarmacologia e psicoterapia. (Técnica e habilidade)</p>
<p>Ser psiquiatra significa tratar da saúde mental de seus pacientes; é tentar fazer com que o indivíduo sofra menos com certas questões que o afligem, o que é uma tarefa muito difícil, por tratar-se de algo tão subjetivo. A psiquiatria, cada vez mais perto das chamadas neurociências, evoluiu com a ciência, tornando-se cada vez mais foco de estudos clínicos que tentam comprovar a organicidade dos sentimentos. Uma evolução importante, porém pode vir a se tornar um viés, pois é uma forma de objetivar o que é subjetivo. Caracterizar o significado de ser psiquiatra é obter um foco sobre o que não se vê, como tentar explicar algumas epifanias.</p>	<p>O psiquiatra é o médico que conduz casos clínicos onde o paciente apresenta como disfunção, alterações em seu comportamento, sejam eles causados por fatores biológicos, psíquicos e ou sociais. O psiquiatra tenta adequar o paciente melhor à sociedade.</p>	<p>Ser psiquiatra significa não só ser médico, ou seja, ao ver o paciente, tentar fazer o diagnóstico e tratar corretamente visando cura ou melhora dos sintomas, como também saber sobre psicoterapia, nem que pouca coisa, para que se possa encaminhar o paciente quando necessário, uma vez que nesta especialidade, muitas vezes, remédio não é suficiente, e por vezes, não necessário. O psiquiatra pode utilizar como arsenal terapêutico a psicofarmacologia e psicoterapia em suas diversas linhas.</p>

**Ancoragem:** O psiquiatra é um profissional que tem que ter técnica, habilidade e abordagem específica para fazer o diagnóstico e tratamento do sofrimento mental.

Neste primeiro momento desta primeira questão, temos três grupamentos que representam três idéias centrais: 1- O psiquiatra trata do sofrimento mental tentando

objetivar o que é subjetivo. Esta idéia central fala do tipo de abordagem do psiquiatra; 2- O psiquiatra trata de alterações do comportamento para adequar o paciente à sociedade. Nesta idéia central evidenciamos a função do psiquiatra; e 3- O psiquiatra é um médico que tem que saber sobre psicofarmacologia e psicoterapia. Percebemos por esse grupamento a referência sobre técnica e habilidade que o psiquiatra deve ter ao abordar o paciente. Como ancoragem, ou seja, como crença ou ideologia (sobre esta questão), neste momento, temos que o psiquiatra é um profissional que tem que ter técnica, habilidade e abordagem específica para fazer o diagnóstico e tratamento do sofrimento mental. Portanto, apesar do questionamento sobre o possível viés, em se tentar objetivar o que é subjetivo, e a dificuldade que isto traz, o papel do psiquiatra está em ter habilidade e técnica para fazer o diagnóstico e, tratar do sofrimento mental com abordagem específica, como entender sobre psicoterapia para poder encaminhar o paciente, objetivar o que é subjetivo e, ter como função adequar o paciente à sociedade.

Questão 1- (DSC-11/05/06)

Ser psiquiatra é lidar com a dor psíquica e sofrimento mental. (Função + habilidade)	Ser psiquiatra é cuidar da mente humana. (Função)	Ser psiquiatra é ter uma visão mais humana. (Abordagem + empatia)	Ser psiquiatra é ser a ponte entre o paciente e a família. (Abordagem)
Ser psiquiatra é lidar com pensamentos, sentimentos e emoções. Com a dor psíquica do próximo. Significa saber lidar com o sofrimento mental do paciente (expressado através da alteração do seu comportamento). É poder orientar e guiar o paciente e familiares para um alívio desse sofrimento mental.	Ser psiquiatra significa tentar cuidar da mente do ser humano.	Ser psiquiatra, além do aspecto propriamente técnico, necessário para uma atuação clínica, é entender do aspecto do outro (numa visão mais humana). Ser psiquiatra é acima de tudo, para mim, ser uma pessoa melhor. É ter uma visão de conhecimentos médicos e científicos junto com o lado humano. É ser amigo do paciente.	É ser a ponte de equilíbrio em que irá servir de vetor entre o entendimento e compreensão da doença por parte não só do doente, mas como também, essencialmente da família.

*Ancoragem:* Ser psiquiatra é lidar com a dor psíquica do próximo tendo uma visão de conhecimentos técnicos juntamente com uma visão mais humana.

Neste segundo momento da primeira questão, temos quatro grupamentos que representam quatro idéias centrais: 1- Ser psiquiatra é lidar com a dor psíquica e sofrimento mental. Esta idéia central fala sobre função e habilidade do psiquiatra em lidar com a dor e o sofrimento do paciente que é considerado próximo; 2- Ser psiquiatra é cuidar da mente humana. Aqui também temos a função do psiquiatra, embora expresse uma função mais genérica; 3- Ser psiquiatra é ter uma visão mais humana. Aqui temos um momento diferente onde é introduzida no discurso a necessidade de uma visão mais humana por parte do psiquiatra; 4- Ser psiquiatra é ser a ponte entre o paciente e a família. Notamos também neste discurso a necessidade de se abordar a família e ser ponte entre o paciente e a família. Como ancoragem desta primeira questão no segundo momento, temos que, ser psiquiatra é lidar com a dor psíquica do próximo tendo uma visão de conhecimentos técnicos juntamente com uma visão mais humana. Notamos que, neste segundo momento, aparecem algumas modificações como a acentuação da humanidade na abordagem do psiquiatra, ou seja, o psiquiatra tem sua função e habilidades necessárias, mas é importante que tenha uma abordagem mais humana e empática. O psiquiatra deve ouvir de forma mais humana e empática. A dor do paciente é a dor do próximo, ou seja, há uma aproximação do paciente e da dor deste e da família.

Questão 1- (DSC- 01/12/06)

Ser psiquiatra é cuidar do sofrimento humano. (Função + abordagem)	Ser psiquiatra é saber ouvir e prestar atenção na subjetividade. (Abordagem + técnica)	Ser psiquiatra é conviver com questões anímicas. (Abordagem + habilidade)
Ser psiquiatra é ser médico de pensamentos e sentimentos. É cuidar do sofrimento humano. É saber interpretar o verdadeiro sofrimento mental do paciente. É ter um interesse intrínseco em prescrutar o sofrimento do ser humano. É ser um profissional que lida como subjetivo, com as angústias humanas.	Ser psiquiatra é saber ouvir, conseguindo evitar ao máximo que a sua subjetividade influa em suas condutas. É saber falar, o que falar e como falar.	Ser psiquiatra é buscar formas de amenizar ou poder conviver com questões anímicas.

*Ancoragem:* Ser psiquiatra é ter interesse no sofrimento humano e cuidar deste, sabendo ouvir e como falar ao paciente, buscando formas de amenizar ou poder conviver com questões anímicas.

Neste terceiro momento (primeira questão), temos três grupamentos: 1- Ser psiquiatra é cuidar do sofrimento humano. Aqui percebemos que apesar deste discurso estar ainda falando de função e modo de abordagem do psiquiatra, introduz o interesse do psiquiatra no sofrimento humano e coloca o psiquiatra como o profissional que lida com as angústias humanas (que pode ser de qualquer um); 2- Ser psiquiatra é saber ouvir e prestar atenção na subjetividade. Aqui o psiquiatra não só escuta o paciente, como se escuta e presta atenção na própria subjetividade; 3- Ser psiquiatra é conviver com questões anímicas. Neste grupamento, temos a idéia do psiquiatra conviver com as questões da alma (anímicas), sem saber se há a possibilidade ou não de mudança (buscar formas de amenizar ou poder conviver). Como ancoragem, temos: ser psiquiatra é ter interesse no sofrimento humano e cuidar deste, sabendo ouvir e como falar ao paciente, buscando formas de amenizar ou poder conviver com questões anímicas. O psiquiatra continua sendo médico, mas, tem uma abordagem mais empática (pode se colocar no lugar do outro) e pode escutar-se. Além disso, ser psiquiatra é buscar formas de conviver com questões anímicas (que podem ser do paciente ou do psiquiatra).

Quanto a esta questão, percebemos que o significado de ser psiquiatra caminha, para o residente, de um profissional com técnicas e habilidades na abordagem do paciente, com a finalidade de adequá-lo à sociedade (tentando objetivar o que é subjetivo), para um profissional com uma visão mais humana e empática e, depois para um profissional que presta atenção na subjetividade, tem interesse no sofrimento humano e busca formas de amenizar ou conviver com vivências anímicas. O psiquiatra passa de um ser técnico para um ser que, além de técnico, se humaniza e tem empatia com o paciente e, posteriormente, para um ser que pode, além de se colocar no lugar do outro, escutar-se e perceber que terá que conviver com dilemas da alma humana (que podem ser do paciente ou dele mesmo). O psiquiatra passa a se relacionar com o sofrimento do outro e dele mesmo. Humaniza-se, percebe o paciente de forma empática, podendo se colocar no lugar deste. Pode vincular-se e perceber-se além de profissional técnico.

Questão 2- Como você se percebe enquanto psiquiatra?

(fale um pouco sobre: sentimentos mais frequentes, atitudes habituais que você tem, características pessoais, aspirações e motivações que o levaram a escolher essa especialidade).

(DSC- 06/10/05)

Escolhi psiquiatria porque: (Motivação)	Como psiquiatra, me percebo: (Auto-percepção)	Os sentimentos que eu tenho em relação ao paciente: (Sentimentos)	Para ser psiquiatra necessito: (Postura profissional)
<p>Eu escolhi ser psiquiatra por ser uma das especialidades médicas mais subjetivas. Por não existirem exames que confirmem minha hipótese diagnóstica. E por cada caso ser diferente um do outro, já que cada um de nós traz uma bagagem psíquica diferente. Porque cada consulta é uma caixinha de surpresas. Dessa forma acho que escolhemos essa profissão no sentido de resolver algo que nos incomoda (mesmo que não saibamos).Obtive interesse particular na psiquiatria devido a possibilidade de interação necessária e imprescindível entre a ciência (objetiva) e questões relacionadas ao comportamento humano (subjetivo). As motivações que primeiro me levaram a escolher essa especialidade foram a curiosidade por essa área, que é pouco aprofundada durante o curso médico, a facilidade</p>	<p>Eu me percebo como um “psiquiatra cru”. Às vezes consigo pescar alguma coisa no ar. Às vezes nem percebo o paciente. Na abordagem a mesma coisa, com alguns sou paciente para ouvir e receptivo para tentar entender o que o aflige. Mas às vezes não consigo dá-lo espaço para ele mostrar o que ele é ou o que ele quer. Me sinto como um “explorador em terras nunca antes habitadas”, isto é, estou diante de um campo da medicina onde a verdadeira origem da maioria das doenças, assim como também a sua cura, não estão devidamente estabelecidas e ou esclarecidas, com um significado de um vasto campo de várias coisas a serem descobertas nessa área (o que fez com que a minha aptidão pessoal aumentasse). Acredito ter uma habilidade pessoal (característica que nasceu comigo) de poder</p>	<p>Às vezes, sinto pena ou raiva, dois sentimentos que me deixam mal e me fazem pensar porque estou sentindo aquilo. Nem sempre tenho essa resposta. Por vezes, mesmo identificando o problema, a não resolução do caso causa um sentimento de frustração e ou impotência. Com relação aos fenômenos de transferência e contratransferência, não há como evitar a passagem por esses “processos”, isto é, diversas vezes eu passo para o paciente o que sinto (raiva, desprezo, preconceito, alegria, valorização) e recebo muitas reações (às vezes ser tratado como filho, amigo, ou até mesmo, como pai para os pacientes). Lidar com algumas situações e pacientes me suscitam alguns sentimentos que tenho procurado trabalhar na terapia. Tenho dificuldade em atender pessoas com transtorno de personalidade e percebo uma polarização especial com pacientes deprimidos (contratransferência?). Percebo que, a todo momento, sentimentos vêm à tona. Os</p>	<p>Necessito estudar mais, pois não estou estudando como deveria e sinto necessidade de ainda obter alguns instrumentos para melhor lidar com algumas situações e pacientes. Tento ser mais receptivo, mas um pouco mais sério do que eu sou normalmente, por achar que em situação mais corriqueira sou muito brincalhão e acho que isso pode ser mal interpretado pelo paciente. Enfim, acho que estou no caminho certo mas a estrada é</p>

e interesse em ouvir o paciente e o fato de ficar trabalhando um ano no PSF e nesse período teve inúmeros pacientes psiquiátricos que me despertaram interesse, mesmo quando não sabia como tratar (muitos deles) e tinha que encaminhar.	identificar no paciente o que realmente está fazendo-o sofrer, mas percebo-me um tanto atrofiado neste papel, por questões diversas; um lado ainda em desenvolvimento. Como característica pessoal acredito ser calmo, gostar de conversar e ouvir, o que facilita o contato e o vínculo com o paciente.	que mais me causam desconforto são raiva (principalmente dos pacientes drogaditos que agredem a família, roubam), impotência (frente aos casos de esquizofrenia, álcool, drogas e outros) e dó (é muito difícil lidar com os familiares e, ver todo o sofrimento que eles têm ao conviver com um doente psiquiátrico grave).	longa.
---	--	--	--------

*Ancoragem:* O psiquiatra deve ser receptivo e sério com o paciente e ter facilidade em ouvi-lo. Os sentimentos que o psiquiatra experimenta geralmente são contratransferenciais e devem ser trabalhados na própria terapia.

Neste primeiro momento da segunda questão, evidenciamos os seguintes grupamentos: motivação, autopercepção, sentimentos em relação ao paciente e postura profissional. Percebemos a curiosidade pelo subjetivo, como um fator positivo e a identificação com algumas questões do paciente. Aptidão é confundida, em alguns momentos, com vontade e há uma percepção de desenvolvimento do papel, mas usa-se o termo “atrofiado”, ou seja, não um papel que vai ser desenvolvido, mas um papel que deixou de ser desenvolvido por algum motivo. Há uma certa confusão entre transferência e contratransferência e uma certa não discriminação entre o sofrimento do paciente e do residente. Tem início uma idéia de que a motivação, na escolha da profissão, possa ter causas inconscientes. Como ancoragem, temos: O psiquiatra deve ser receptivo e sério com o paciente e ter facilidade em ouvi-lo. Os sentimentos que o psiquiatra experimenta geralmente são contratransferenciais e devem ser trabalhados na própria terapia. Aqui temos uma idéia de que o psiquiatra deva ser receptivo, sério e saiba ouvir. Além disso, há uma crença de que os sentimentos em relação ao paciente geralmente são contratransferenciais. Com relação ao papel do psiquiatra, notamos uma *persona* mais rígida, ou seja, talvez evidenciando um papel não tão estruturado e a percepção de alguns sentimentos mais difíceis de se lidar como raiva, pena e impotência.

## Questão 2- (DSC- 11/05/06)

Como psiquiatra, me sinto: (Sentimentos ao lidar com o paciente)	Escolhi ser psiquiatra porque: (Motivação)	Dificuldades e preocupações: (Dificuldades e preocupações)
<p>Como psiquiatra, por vezes me sinto impotente. Afinal, nosso instrumento de trabalho é completamente impalpável e abstrato. Me “divido” em duas partes: a primeira organicista, isto é, a qualidade dos conhecimentos técnicos, na sua presença, geram gratificação, na ausência, geram impotência e frustração. A segunda é o psiquiatra psicodinâmico, que todos os dias, sempre que possível, tenta lidar com os conflitos psíquicos não só do paciente, mas também, às vezes tem dificuldade em lidar com as relações de transferência e contratransferência. Sinto que apresento fases bastante cíclicas, as quais por vezes evidenciam sentimentos de esperança e maior vontade de querer cuidar do próximo, por vezes sinto-me desgostoso e desprazeroso em relação a uma abordagem mais humana, atuando do ponto de vista mais técnico. Acabo me ressentindo dessa atitude, porém sinto que não tenho conseguido evitá-la.</p> <p>Muitas vezes os sentimentos são de satisfação, alegria quando vejo melhora no paciente, entretanto, freqüentemente a insegurança, o medo, a angústia, também aparecem. É muito difícil ver um paciente que não melhora, vivenciar a angústia familiar e a expectativa que essa tem sobre o médico. Percebo também que a raiva é um sentimento que vem com freqüência (raiva do paciente que desafia, que não adere ao tratamento, que não vê que precisa se tratar, como os dependentes químicos que chegam ao PS; agridem familiares, não constroem uma vida).</p>	<p>Talvez tenha escolhido esta especialidade justamente por isso: para lidar com minhas frustrações (talvez meu lado masoquista tenha falado mais alto). Ou o contrário: para tentar provar para mim mesmo que eu posso superar este desafio. O fato é que ora a profissão é muito gratificante mesmo que as mudanças no quadro do paciente tenham sido quase que imperceptíveis, ora é bastante angustiante, por me sentir de mãos atadas. Penso que os motivos pelos quais escolhemos esta especialidade não necessariamente são aqueles bons do ponto de vista motivacional, e sim, aspectos “ruins”, obscuros e mal compreendidos por nossos mecanismos mentais. Por isso, essa especialidade me faz querer ser uma pessoa melhor. Gosto de lidar como outro, ouvir, entender ou tentar entender a dinâmica do outro.</p>	<p>Percebo uma lacuna enorme, ou seja, preocupo-me constantemente pelo fato de achar que ainda preciso estudar muito para poder oferecer um atendimento competente. Isso é uma preocupação constante e, ao mesmo tempo não tenho agido de tal forma para sanar essa dificuldade. Eu tenho, também, dificuldade em perceber “maldades” e mecanismos perversos de pacientes, prejudicando eventuais posturas que deveriam ser assumidas por mim. Isso também me prejudica.</p>

*Ancoragem:* O psiquiatra tem que lidar com o impalpável e abstrato e com os próprios sentimentos, o que gera, muitas vezes, impotência. A motivação na escolha da profissão, muitas vezes, tem a ver com aspectos obscuros da própria personalidade.

Neste segundo momento da segunda questão, temos os seguintes grupamentos: sentimentos ao lidar com o paciente, motivação e dificuldades e preocupações. E como ancoragem, temos: O psiquiatra tem que lidar com o impalpável e abstrato e com os próprios sentimentos, o que gera, muitas vezes, impotência. A motivação na escolha da profissão,

muitas vezes, tem a ver com aspectos obscuros da própria personalidade. Notamos uma percepção mais aprofundada. Começam a aparecer as idéias e mecanismos de defesa do psiquiatra e do paciente, com a idéia de motivação inconsciente. Aparece a cisão entre visão organicista e psicodinâmica. Há um contato maior com os próprios sentimentos e com os aspectos sombrios do sentimento e motivação do psiquiatra e do paciente. O impalpável e abstrato passa a não ser tão interessante. Pode estar havendo uma necessidade maior de controle frente ao desconhecido.

Questão 2- (DSC- 01/12/06)

Ser psiquiatra e trabalhar na área é: (Empatia e autopercepção)	O que me motivou a escolher a psiquiatria foi: (Motivação)	Os sentimentos e percepção que tenho são: (Sentimentos e percepção)
<p>Ser psiquiatra é uma tarefa bastante árdua. Por nosso instrumento de trabalho temos a linguagem. Por isso muitas vezes o que falamos ao paciente é levado muito a sério. Acho que militando na psiquiatria, posso trabalhar com a essência do sofrimento humano e aprendendo a olhar cada vez mais para mim e para as pessoas que me cercam.</p>	<p>O que me motivou a escolher esta profissão é o caráter subjetivo dessa especialidade e o fato de uma mesma doença adquirir facetas muito diferentes dependendo do paciente. Sempre pensei, no entanto, que não escolhi psiquiatria, e sim, fui escolhido. Algumas questões sempre me atraíram, como a possibilidade de trabalhar com o “profundo”, com a essência, algo que sempre busquei em minha vida. No início tinha uma idéia um pouco diferente. Achei que seria mais “leve”. Porém, a realidade é bastante diferente e muito mais interessante. Sempre gostei da abordagem verbal com o paciente e, por isso, psiquiatria. Gosto de tentar entender a dinâmica da pessoa, o porquê das ações (se é que é possível). Hoje percebo que muito que escuto em uma entrevista psiquiátrica me leva a pensar também em minha própria vida e experiências</p>	<p>Nós temos que tomar cuidado para não julgarmos e tentar ser o mais imparcial possível pois nossos conceitos são diferentes dos nossos pacientes. Temos que tentar pensar com a mente deles não com as nossas. Como psiquiatra me percebo de uma forma dinâmica. Existem situações que geram impotência e frustração frente a um resultado, dúvidas quanto a possível conduta e prognóstico, sentimentos estes alternados com a gratificação de poder ajudar alguém que está sofrendo. Sempre tive a fantasia de ser uma pessoa que fizesse a diferença na vida dos outros e não passasse de forma despercebida. Os sentimentos variam muito, durante os diferentes atendimentos psiquiátricos. Percebo que, às vezes, sinto compaixão, outras vezes raiva. Atualmente percebo que a variação do sentimento pode variar devido à contratransferência ou mesmo por um momento especial que esteja vivendo. Tenho tentado identificar tais sentimentos, a fim de que consiga ajudar o paciente e aliviar sensações desagradáveis que por ventura ocorram em mim. Uma característica pessoal é tentar, sempre que possível, colocar-me no lugar do paciente, para que assim, consiga entender seu sofrimento e ajudá-lo não só com a medicação. Muitas vezes faço isso também com a família (por exemplo, inúmeras vezes chega ao PS família pedindo para internar um esquizofrênico grave). Inicialmente isso gerava raiva em mim. Atualmente este sentimento é menos intenso, pois ao me colocar no lugar da família, percebo quão difícil é ter um doente em casa, que já não é a mesma pessoa,</p>

	personais.	te agrade.
--	------------	------------

*Ancoragem:* O psiquiatra lida com a essência do sofrimento humano e, portanto, com o subjetivo, o que não é fácil mas bastante interessante. Perceber o paciente é poder se colocar no seu lugar. É perceber a si mesmo.

Neste terceiro momento da segunda questão, temos três agrupamentos de idéias centrais: empatia, autopercepção, motivação, sentimentos e percepção. Como ancoragem, temos: o psiquiatra lida com a essência do sofrimento humano e, portanto, com o subjetivo, o que não é fácil mas bastante interessante. Perceber o paciente é poder se colocar no seu lugar. É perceber a si mesmo. Observamos que, neste momento, lidar com o sofrimento significa olhar para o paciente e se colocar no seu lugar e isto significa, também, se olhar. A motivação inconsciente assusta menos, há mais empatia e diferenciação, menos confusão com o paciente; talvez por isso, menos medo de lidar com o subjetivo e com as questões do paciente. Percebem-se os sentimentos como podendo ser contratransferenciais ou não. Identificam-se os momentos de frustração e há um aumento de empatia e percepção da participação no vínculo com o paciente. Usa-se a palavra *militando*. Poderíamos pensar que isso se refere ao modo de perceber a psiquiatria ou sua tarefa na psiquiatria. O subjetivo passa a ser difícil, mas interessante. Já não apresenta uma ameaça.

Notamos, nesta segunda questão, retomando os discursos, que existe um primeiro momento no qual há curiosidade pelo subjetivo, como fator positivo e a identificação com algumas questões do paciente. Muitas vezes a aptidão é confundida com vontade e usa-se o termo “atrofiado” para um papel ainda não desenvolvido. Há uma certa confusão entre transferência e contratransferência e o início da idéia de motivação da escolha decorrente de fatores inconscientes. Temos, neste momento, uma *persona* mais rígida, quanto ao papel de psiquiatra, ou seja, um papel não tão estruturado. Esta percepção se aprofunda, com as idéias de defesa e mecanismos de defesa e há um maior contato com os próprios sentimentos, e com os aspectos sombrios dos sentimentos e das motivações do psiquiatra e paciente. O impalpável e abstrato começam a não ser tão interessantes, evidenciando provavelmente uma necessidade maior de controle frente ao desconhecido. Depois caminhamos, finalmente, para um psiquiatra que considera que lidar com o sofrimento significa olhar para o paciente e se

colocar no seu lugar e, isto significa também se olhar. A motivação inconsciente já não assusta tanto, há mais empatia, diferenciação e menos confusão com o paciente. Há menos medo de se lidar com o subjetivo. O subjetivo é encarado como difícil, mas interessante. Já não apresenta uma ameaça. Caminhamos então para um psiquiatra mais empático que pode perceber o paciente e colocar-se no seu lugar e, perceber que ao olhar para o paciente, está olhando a si mesmo.

Questão 3- Você acha que existe diferença entre o psiquiatra e os outros clínicos, com relação à abordagem do paciente? Se existe, qual seria a diferença?

(DSC- 06/10/05)

<p>Sim, pois o psiquiatra ouve mais e aborda o paciente como um todo.</p>	<p>Sim, pois os pacientes e outros clínicos esperam uma postura diferente.</p>
<p>Sim, acho que na maioria das vezes os outros clínicos focam-se mais no problema e não no indivíduo como um todo. Além disso, o trabalho dos outros clínicos é mais objetivo, por eles terem exames subsidiários, etc., O maior instrumento do psiquiatra é a linguagem. E os exames subsidiários, a observação das atitudes do paciente. Também existe, para a psiquiatria, a necessidade da realização da anamnese objetiva (seja com familiar e ou com amigos), a fim de confrontar a história para ver realmente quem está dizendo a verdade. Deve-se levar em conta, também, a questão da subjetividade como com o entrevistador, que deve saber controlar muito bem a sua influência na detecção da morbidade presente. Aqui entram os fenômenos de transferência e contratransferência.</p> <p>Na verdade, o foco do psiquiatra trabalha no sentido de caracterizar o funcionamento do ser humano diante das questões que se referem a identificar os mecanismos psicopatológicos e relações psicodinâmicas. Objetivar e contabilizar sintomas referentes à esfera afetiva, volitiva e pragmática, são instrumentos necessários para nossa prática clínica, e que também denotam o interesse do psiquiatra no significado do sofrimento humano. O fato é que essa diferença não deveria existir, porém existe. A abordagem do psiquiatra tende agradar mais o paciente, pois há mais conversa e escuta, coisa que muitos médicos (inclusive muitos psiquiatras) não valorizam, vão direto para queixa, duração e tratamento.</p>	<p>O próprio paciente traz conteúdos à consulta psiquiátrica que ele não traz na consulta clínica. E muitas vezes espera de você uma postura diferente da qual ele espera do clínico. Percebo essa diferença no PS, quando muitas vezes nos chamam para fazer anamnese de pacientes internados, para conversar com familiares dos pacientes que faleceram. E, em todas as situações citadas, o clínico poderia fazer.</p>

*Ancoragem:* O psiquiatra aborda o paciente como um todo, e o próprio paciente e os outros clínicos esperam esta postura do psiquiatra.

Neste primeiro momento da terceira questão, temos dois grupamentos de idéias centrais: sim, pois o psiquiatra ouve mais e aborda o paciente como um todo e, sim, pois os pacientes e outros clínicos esperam uma postura diferente. Como ancoragem, temos: O psiquiatra aborda o paciente como um todo, e o próprio paciente e os outros clínicos esperam esta postura do psiquiatra. Observamos a idéia de que o psiquiatra se diferencia por ter uma abordagem diferente, não levando em consideração somente a doença, mas o paciente. No entanto, há uma queixa de que todos os clínicos deveriam se comportar assim, mas esperam esta abordagem somente do psiquiatra. Nota-se aqui que a anamnese objetiva serve para saber “quem está dizendo a verdade”, como se fosse uma investigação forense. O psiquiatra aparece como o médico que possibilita a escuta.

Questão 3- (DSC- 11/05/06)

Deveria existir, mas não existe.	Sim, existe diferença de abordagem.
A diferença deveria existir mas, muitas vezes não existe. Idealmente, o psiquiatra deveria ser mais humano e atuar mais as questões mais “existenciais”. Porém na prática, muitas vezes, nos limitamos a ser meros “fatores de receitas”.	Sim, o psiquiatra tem uma maior capacidade de entender o indivíduo como um todo, isto é, aborda o paciente levando em questão sempre o critério biopsicossocial, e não atribui ao doente, uma doença. O aspecto essencial, no entanto, refere-se ao foco que se vai dar ao contato com o paciente, pois estaremos atentos não só à parte técnica mas ao processo dinâmico determinante que gera a psicopatologia subjacente. Ou seja, a subjetividade é ferramenta de trabalho. Como psiquiatra, você não vê apenas a doença, que deve ser tratada com remédio. Você lida com um paciente que tem além da doença, inúmeras outras questões de vida, que muitas vezes, tem que ser abordada para melhora. Além disso, a abordagem acaba envolvendo também a família, que sofre tanto quanto o paciente. A abordagem da psiquiatria deve ser acolhedora.

*Ancoragem I:* Existe uma diferença na abordagem do psiquiatra, pois este lida com aspectos técnicos e com questões do processo dinâmico do paciente e com os aspectos familiares.

*Ancoragem II:* Deveria existir uma diferença, mas muitas vezes os psiquiatras são meros fazedores de receitas.

Neste segundo momento da terceira questão, temos dois grupamentos de idéias centrais: deveria existir, mas não existe e sim, existe diferença de abordagem. E temos duas ancoragens: existe uma diferença na abordagem do psiquiatra, pois este lida com aspectos

técnicos e com questões do processo dinâmico do paciente e com os aspectos familiares e, deveria existir uma diferença, mas muitas vezes os psiquiatras são meros fazedores de receitas. Notamos aqui que há um momento de indignação com o fato da abordagem do psiquiatra se resumir a ser “fazedor de receita”. Ao mesmo tempo, vamos percebendo uma visão mais humana e holística, começando a aparecer a noção de processo dinâmico sob o transtorno psiquiátrico e também a subjetividade, portanto, como aliada, no trabalho com o paciente.

Questão 3- (DSC- 01/12/06)

Sim, o psiquiatra vê o paciente como um todo.	Sim, o psiquiatra estabelece elo de importância fundamental no processo terapêutico.
Acho que o psiquiatra se aproxima mais de cadeiras humanas. Além disso nós atentamos ao paciente como um todo e não à doença ou parte deste indivíduo. A diferença consiste basicamente na necessidade sempre de um bom vínculo não só para o paciente, mas também com a família deste, pois para a psiquiatria, a anamnese objetiva é fundamental para a boa avaliação e evolução do caso. A abordagem dos outros clínicos é mais direta, avaliando os sintomas, exame físico, diagnóstico e tratamento. O psiquiatra também aborda os sintomas para fazer o diagnóstico e instituir o tratamento. Porém, não só os sintomas são necessários, inúmeras vezes.	Os laços que se criam entre o psiquiatra e seu paciente representam um elo que tem fundamental processo terapêutico, quando dirigido de forma a se construir algo cujo vínculo seja positivo. O cuidado para que essa relação permaneça saudável e as relações transferenciais tenham uma função terapêutica importante é fundamental, pois talvez esse seja o liame para que o paciente busque o foco saudável de sua saúde mental. Deve-se entender um pouco da dinâmica e funcionamento desta pessoa. Conseguir diferenciar realmente o que é doença e o que é problema dinâmico. Isso ocorre muito no tratamento da depressão, por exemplo.

*Ancoragem:* Sim, existe diferença na abordagem, pois o psiquiatra vê o paciente como um todo e as relações que se estabelecem entre psiquiatra e paciente, formam um elo de importância terapêutica.

Neste terceiro momento da terceira questão, temos dois grupamentos de idéias centrais: sim, o psiquiatra vê o paciente como um todo e sim, o psiquiatra estabelece elo de importância fundamental no processo terapêutico. E, temos uma ancoragem: sim, existe diferença na abordagem, pois o psiquiatra vê o paciente como um todo e as relações que se estabelecem entre psiquiatra e paciente, formam um elo de importância terapêutica. Percebemos aqui, que continua a visão mais holística e humana e há um momento especial

quando aparece a noção de transferência como ferramenta de trabalho (momento de mudança conceitual). Ou seja, a transferência já não causa temor e sim aparece como instrumento para que as emoções do paciente sejam trabalhadas para uma finalidade terapêutica. Além disso, há a advertência para se separar o que é psicodinâmico do que é transtorno na psiquiatria, evidenciando a confusão que muitas vezes se estabelece.

A terceira questão se inicia com a idéia de que o psiquiatra tem uma abordagem diferente, olhando o paciente como um todo e que esta abordagem é esperada por parte dos outros clínicos e pacientes e a anamnese objetiva serve para evidenciar quem está falando a verdade: no caso, o possível acompanhante do paciente. Passamos, então, por outro momento, no qual existem dois discursos: um deles continua com a diferenciação da abordagem do psiquiatra e um aprofundamento em aspectos dinâmicos do paciente, subjacente ao transtorno psiquiátrico. Um outro, oposto, queixa-se da não diferenciação de abordagem com indignação sobre psiquiatras serem “meros fazedores de receitas”. Este momento traz um aprofundamento ao evidenciar a noção de subjetividade como aliada no trabalho e uma visão mais humana e holística. O terceiro momento apresenta um dado novo e especial, quando concebe a transferência como instrumento de trabalho. A transferência é percebida e utilizada com a finalidade de trabalhar as emoções do paciente, e o elo entre o paciente e psiquiatra torna-se de importância terapêutica, ou seja, não se trata apenas de uma abordagem diferente, mas sim de um vínculo que se estabelece, profundo e importante.

Questão 4- Faça um desenho (e complete com recortes se quiser) sobre o que significa ser psiquiatra.

(DSC- 06/10/05)

<p>O psiquiatra na atitude de ajuda tenta investigar a mente humana. (Investiga e ajuda)</p>	<p>Existe uma distância entre as falas do psiquiatra e do paciente. (Distância entre as falas do psiquiatra e do paciente)</p>	<p>Ser psiquiatra é um caminho tortuoso, mas, encontrar o caminho certo, é encontrar o próprio eu. (A busca do eu)</p>
<p>O psiquiatra é como um detetive que, com uma câmera investiga a caixa preta (biopsicossocial) da mente humana. Os problemas psiquiátricos são categorias amplas e difíceis (tendência ao isolamento, nervoso, álcool, personalidade, maconha). Mas o psiquiatra tem uma atitude de ajuda com a frase “há momentos em que até os adultos precisam de um colo. Nós estamos aqui para isso e muito mais”.</p>	<p>Aí estão as falas do paciente e do médico. Nessa distância, o psiquiatra tenta captar o pensamento do paciente. Existe uma distância entre as falas do médico e do paciente. Os pensamentos do paciente são: Será que ele vai resolver o meu problema? Fantasias. Será que conto isso? Por que ele me olha assim? Não sei se gostei dele. As falas do paciente são: tristeza, cansaço, remédio para dormir, falta de sono. Os pensamentos do psiquiatra são: sertralina ou citalopram? Em quais dos dois balões, pensamento ou fala devo me ater mais? Parece que faltam dados dessa história. A fala do psiquiatra é: parece que isto está te angustiando, né? Acho que você está deprimida. Há quanto tempo?</p>	<p>Um caminho, por vezes, tortuoso, difícil, um tanto quanto indefinido, porém, encontrar o caminho certo é quase que encontrar o seu “eu”. A busca do próprio eu – A segurança da teoria à prática.</p>

*Ancoragem I:* A fala do psiquiatra tem uma distância da fala do paciente e, apesar dos problemas difíceis o psiquiatra deve estar sempre na atitude de ajuda.

*Ancoragem II:* Ser psiquiatra é andar por um caminho tortuoso, mas achar o caminho certo é achar o próprio eu.

Neste primeiro momento da quarta questão (desenho ou colagem), temos três grupamentos que evidenciam três idéias centrais: o psiquiatra na atitude de ajuda tenta investigar a mente humana (investiga e ajuda), existe uma distância entre as falas do psiquiatra e do paciente (distância entre as falas do psiquiatra e do paciente) e, ser psiquiatra

é um caminho tortuoso, mas, encontrar o caminho certo, é encontrar o próprio eu (a busca do eu). Temos duas ancoragens: a fala do psiquiatra tem uma distância da fala do paciente e, apesar dos problemas difíceis o psiquiatra deve estar sempre na atitude de ajuda e, a outra ancoragem: ser psiquiatra é andar por um caminho tortuoso, mas achar o caminho certo é achar o próprio eu. Notamos que a figura do psiquiatra aparece como um investigador (do lado de fora) da mente humana e com ajuda sem limites. Além disso, a fala do psiquiatra tem distância da fala do paciente. Percebe-se a preocupação com o papel do psiquiatra e a necessidade de segurança (da teoria à prática), evidenciando, a preocupação com os aspectos teóricos, auxiliando no diagnóstico e tratamento do paciente. Há o papel de ajuda, mas a distância nas falas e a busca do próprio eu, podem estar ligadas a aspectos de segurança no início de carreira, portanto à uma *persona* mais rígida.

#### Questão 4 (DSC- 11/05/06)

<p>Ser psiquiatra é bom e é ruim. (É bom e é ruim)</p>	<p>É difícil. Existem questões do paciente que se misturam com as nossas. (Difícil; questões nossas e dos pacientes se misturam)</p>
<p>Existem coisas boas e coisas ruins em ser psiquiatra. As coisas boas são: tentar buscar solução, decidindo pelo paciente quando necessário. É não ser seccionista. Hoje tenho a visão melhor. Acho que melhorei nisso. “Ser psiquiatra é não ser seccionista, isto é, é saber tratar não só os sinais e sintomas mas sim o indivíduo como um todo”. O que floresce: o amor pela profissão. Se sentir perdido (mas acreditar). As coisas ruins são: - jogo sem regras. Não tem base palpável. Me sinto fazendo mágica (coelho – mandracaria no diagnóstico, manejo, etc. ). Às as coisas são difíceis e de manejo complicado. Embasamento em cima de observação. A guerra das feras tem a ver com a disciplina: competição dentro da profissão até entre os residentes. Os sonhos – interpretação ninguém tem provas. É criado em cima da interpretação e observação pessoais. Na psiquiatria acaba rolando um seccionismo. É importante abrir a caixa e tentar juntar tudo no paciente, você nunca sabe o que o indivíduo tem. As palavras são: jogo sem regras, ninguém entende de sonhos, perversão pálida, para entender melhor o sentido da palavra, guerra das feras, causas impossíveis, pensar, dividir, solução para o homem.</p>	<p>O paciente só procura quando há demanda do familiar. Minimizam o problema. Existem questões dos pacientes que se misturam conosco e vice-versa. Coisas não transparentes, incômodos. Cada supervisor fala uma coisa. A interpretação depende de nossas “neuroses”. Como lidar com as questões do paciente e não mexer muito comigo? Sou muito juiz. Mas é necessário envolvimento. Não posso ser frio. Não vejo graça. Mas não posso me envolver muito. Objetividade? O problema é seu. A interpretação é minha. O não envolvimento implica em embotamento. Relações humanas é igual a interação de neuroses. Subjetividade é a significação que incorre sobre nossas neuroses. Como interagir com tais processos dinâmicos e não desconstruir suas próprias defesas? Cabeça fundida. É difícil pois lidar com doenças e sentimentos, emoções, doença, dor, medo, frieza do paciente, etc. Como aliviar a carga que fica conosco? As palavras são: difícil, comportamento, dor, amor, medo, gelado, como aliviar sua carga, alcoolismo, uso de drogas pesadas como cocaína e heroína, transtorno de déficit de atenção, depressão, Alzheimer, esquizofrenia.</p>

*Ancoragem:* Ser psiquiatra tem seu lado bom, como tentar ajudar o paciente e vê-lo como um todo, mas tem o lado ruim, pois nada tem base palpável e, além disso, algumas questões dos pacientes se misturam com as nossas.

Neste segundo momento da quarta questão, temos dois grupamentos que se referem a duas idéias centrais: ser psiquiatra é bom e é ruim (é bom e é ruim) e, é difícil. Existem questões do paciente que se misturam com as nossas (difícil; questões nossas e dos pacientes se misturam). Como ancoragem, temos: Ser psiquiatra tem seu lado bom, como tentar ajudar o paciente e vê-lo como um todo, mas tem o lado ruim, pois nada tem base palpável e, além disso, algumas questões dos pacientes se misturam com as nossas. Notamos que, neste momento, a idéia da visão como um todo tem um sentido bom e, o fato de o embasamento ser a partir de observação, torna-o uma coisa ruim, pois neste momento pode haver a necessidade de mais respostas concretas e um certo medo de não ter exames diagnósticos para a maioria dos transtornos psiquiátricos; a desconfiança do diagnóstico feito através da percepção. Por outro lado, há o medo do envolvimento com o paciente por causa do medo de não discriminação em relação ao paciente. Há o contato com as próprias defesas e, com a sombra (propiciado pelo contato com o paciente), o que logicamente traz bastante receio.

## Questão 4- (DSC- 01/12/06)

<p>Ser psiquiatra é tentar ver com os olhos do paciente e lidar com muitas emoções. (Empatia)</p>	<p>Ser psiquiatra é como a subida do monte Everest. (Escalada)</p>	<p>Do caos à organização. (Do caos à organização)</p>
<p>O médico com um olho diferente. Ele tentando olhar o paciente com os olhos do paciente. Expectativas do paciente (parceria) e as dúvidas dos médicos. O médico pensa que não pode errar (expectativas). Quando os médicos erram, atacam. Urso no gelo é a ponta do iceberg (o que o paciente mostra). Vou tentar ver pela ponta. Um abacaxi, no começo de ser descascado. Uma interrogação branca e uma moça de branco sentada. Um abacaxi num divã, representando como o paciente chega (menina com medo – um cara psicopata ou esquizofrênico). E depois a gente tentando descascar o abacaxi. Não é tarefa simples e gera angústia e dúvida em quem atende (a moça de branco). Amor e tabefes – ora o paciente e médico se amam, ora se dão tabefe. A hora da decisão. Tem que ser na hora a decisão. Tem que lidar com as angústias (maldito coração). Paciente traz coisas do afeto (o lado ruim dele). Sofre desilusão, vai procurar o médico. Temos que lidar com a desesperança do paciente (é o fim). “Os sábios” é o que eu gostaria de ser um dia. Seria o ideal. Com oitenta anos?</p>	<p>Everest (estou aqui na metade da escalada). Comparação com a subida do Everest por ter testes diários de limites (conhecimento técnico, ética, relação médico-paciente e tudo o que envolve o dia-a-dia do residente (frustrações, dificuldades e relações familiares)). O campo base é o final do sexto ano, o campo 1 é o final do R1 e o campo 2 é o final do R2. Só se chega no acampamento se tiver condições de merecer. O campo base, o 1 e o 2 são mais fáceis de se atingir. Depois do R2, sem supervisão fica mais complicado. O alto da montanha – a montanha pode ser escalada de diferentes maneiras e por diferentes faces. A parte mais difícil é a descida. Ainda é possível subir sem O2, mas o risco de não ter sucesso é muito maior. O O2 é o treinamento com o supervisor.</p>	<p>Caos (pista de corrida em formato de ser humano no meio de árvores e casa). É constante a luta com o subjetivo. Diversos são os caminhos que amenizam o caos anímico, desviado por nossas próprias neuroses. A busca de uma direção baseada na sensibilidade e empatia fortalece o redimensionamento do significado do “ser humano”. Pensei no lado subjetivo que é muito importante. Sempre achei que devesse ser valorizado e sempre tentei melhorar. Não tem uma conduta muito certa. Cada um tem uma visão. Quero dizer que temos vários caminhos. É baseado nas nossas próprias questões. Não importa o caminho. O importante é fazer isso com bom senso para ajudar o paciente se reestruturar. Tenho um paciente muito confuso e, quando trabalho as questões, ele vai se organizando. O ser humano caótico.</p>

*Ancoragem I:* É importante tentar ver com os olhos do paciente e tentar lidar com a subjetividade, pois apesar de os problemas serem difíceis e de ter que se lidar com angústias e emoções, a empatia e a sensibilidade, através de vários caminhos, ajudam a reestruturar o significado de “ser humano”. Isto nos leva do caos à organização.

*Ancoragem II:* Ser psiquiatra é seguir uma escalada. Depois da residência fica mais difícil, pois estamos sem supervisão.

Neste último momento da quarta questão, temos três grupamentos que são: ser psiquiatra é tentar ver com os olhos do paciente e lidar com muitas emoções (empatia), ser psiquiatra é como a subida do monte Everest (escalada) e do caos à organização (organização). Temos, também, duas ancoragens: é importante tentar ver com os olhos do paciente e tentar lidar com a subjetividade, pois apesar de os problemas serem difíceis e de ter que se lidar com angústias e emoções, a empatia e a sensibilidade, através de vários caminhos, ajudam a reestruturar o significado de “ser humano”. Isto nos leva do caos à organização. A segunda ancoragem é: Ser psiquiatra é seguir uma escalada. Depois da residência fica mais difícil, pois estamos sem supervisão. Percebemos que neste momento entrar em contato com o afeto é, muitas vezes, ruim e isto pode estar dando indícios de maior aprofundamento nos sentimentos e maior angústia. Mas existe a tentativa de olhar com os olhos do paciente, com a sua subjetividade, que agora, parece não trazer tanto perigo. Há uma escalada e, avaliação constante no ser psiquiatra, podendo estar mostrando aspectos da avaliação dentro da residência e como profissional e, ao mesmo tempo há necessidade de afastamento. Por outro lado existe uma maior flexibilidade em se ter vários caminhos e muitas condutas possíveis. Há uma aceitação deste aspecto e o aparecimento da própria organização facilitando a organização do paciente (do caos à organização), o que evidencia a vivência do arquétipo do curador ferido. Existe um maior contato com as dificuldades (medos, próprias neuroses, competição, ter que decidir na hora), com a sombra e o princípio de elaboração desses conteúdos e ampliação de consciência com maior empatia.

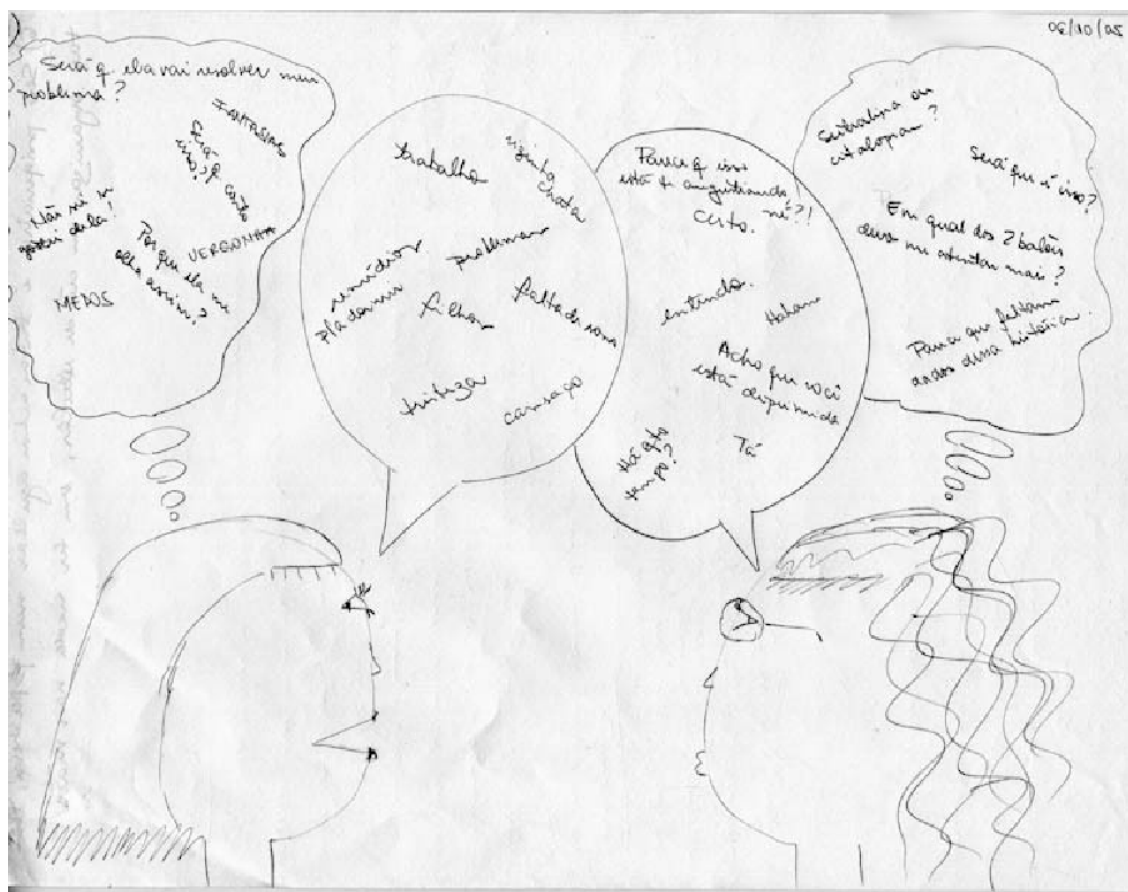
Na quarta questão temos um primeiro momento no qual aparecem as distâncias entre as falas do paciente e do psiquiatra, com o psiquiatra na atitude de ajuda sem limites. Podemos pensar que a distância nas falas pode ter a ver com aspectos de insegurança no início da carreira. Quanto à ancoragem: “achar o próprio caminho é achar o próprio eu”, parece falar mais sobre achar o caminho certo, o que reflete a maior necessidade de segurança do primeiro momento. Caminhamos depois por um segundo momento em que as coisas começam a complicar quando questões do paciente se misturam com a do psiquiatra. Além disso, o subjetivo passa a não ser tão desejável. Há uma desconfiança do diagnóstico feito pela observação. Há o medo de envolvimento com o paciente por causa do medo de não discriminação de conteúdos psíquicos. Este momento, exteriorizando o medo, reflete o

contato com a sombra (propiciado pelo contato com o paciente) e, traz receio. Isto reflete maior envolvimento na relação com o paciente. No último momento de análise desta questão percebemos que entrar em contato com o afeto é muitas vezes ruim. Mas, ao mesmo tempo, isto nos dá indícios de maior aprofundamento nos sentimentos e maior angústia. Há a tentativa de olhar com os olhos do paciente, com a sua subjetividade (empatia). A escalada do Everest pode estar evidenciando a avaliação dentro da residência de psiquiatria e da vida profissional, mas também evidenciando um afastamento dos aspectos emocionais. Este momento traz uma maior flexibilidade em se ter vários caminhos e muitas condutas possíveis, e há o aparecimento da própria organização, facilitando a organização do paciente, evidenciando a vivência arquetípica do curador ferido. Há um maior contato com as dificuldades, com a sombra e uma maior empatia (evidenciando uma maior elaboração dos conteúdos sombrios e ampliação de consciência). Por outro lado, um discurso diferente evidencia um aprofundamento das defesas e distanciamento de aspectos emocionais.

Serão apresentados agora os desenhos e colagens dos residentes em cada momento. Por exemplo, os desenhos ou colagens do residente 1 em 06/10/05, em 11/05/06 e em 01/12/06 e, assim será feito com o residente 2, 3 e 4, pois assim pode-se ver a evolução dos desenhos ou colagens de cada um. Após a apresentação de cada desenho ou colagem, serão traçados os comentários referentes a cada um deles.

De acordo com Furth (2004), uma figura ou desenho sempre comunica um sentimento. É importante, segundo o autor, captar primeiro a impressão inicial e espontânea e, se possível, condensá-la em uma só palavra, tal como “feliz”, “triste”, “frustrado”, “assustado” ou outra, ao invés de avaliar a figura de forma concreta. O segundo passo, na avaliação de uma figura, consiste em se observar o que parece estranho, se existem obstáculos, o que está faltando, o que é central, o tamanho, se existem formas distorcidas, objetos repetidos e a perspectiva. Como último passo, o autor nos convida a entrar no desenho ou colagem, no lugar de alguns objetos ou pessoas, para poder entender melhor a relação deles com o todo.

## Residente 1 (06/10/05)



Observa-se, neste desenho, somente o uso das cores preto e branco, uma certa palidez e, além de existir uma distância entre as falas da paciente e da psiquiatra, existe também uma distância entre as falas e pensamentos das duas personagens. A psiquiatra pensa uma coisa e fala outra e o mesmo acontece com a paciente. O pensamento da paciente é: será que ela vai resolver o meu problema? Será que conto isso? Fantasias, vergonha, medos, porque ela me olha assim? Não sei se gostei dela. A fala da paciente é: trabalho, remédios para dormir, problemas, filhos, falta de sono, cansaço, vizinha chata. Os pensamentos da psiquiatra são: sertralina ou citalopran? Será que é isso, em qual dos dois balões devo me ater mais? Parece que faltam dados dessa história. A fala da psiquiatra é: parece que isto está te angustiando né? Certo, entendo, *ha ha ha*, acho que você está deprimida. Há quanto tempo? Tá. O pensamento da psiquiatra é basicamente farmacológico e a preocupação está em se fazer o

diagnóstico. As duas personagens estão distantes: pensam uma coisa e fala-se outra. A paciente olha de lado, quando fala com a psiquiatra, mostrando, juntamente com a fala, certa desconfiança. O desenho não tem corpo e fica num plano bastante intelectual.

Residente 1 (11/05/06)



Neste segundo momento, a colagem é bastante colorida; aparecem sentimentos e emoções importantes e gritantes: a competição, a angústia de não saber (causas impossíveis), a guerra das feras, a inconformidade pela incerteza em se analisar os sonhos e ao mesmo tempo pode estar falando dos próprios sonhos e, as flores e o coelho dando a idéia de graça, beleza, delicadeza e fragilidade. As emoções trazem a dúvida, a inconformidade e o desafio. Este momento mostra, através dessa colagem, muito mais sentimentos que intelectualidade.

Residente 1 (01/12/06)



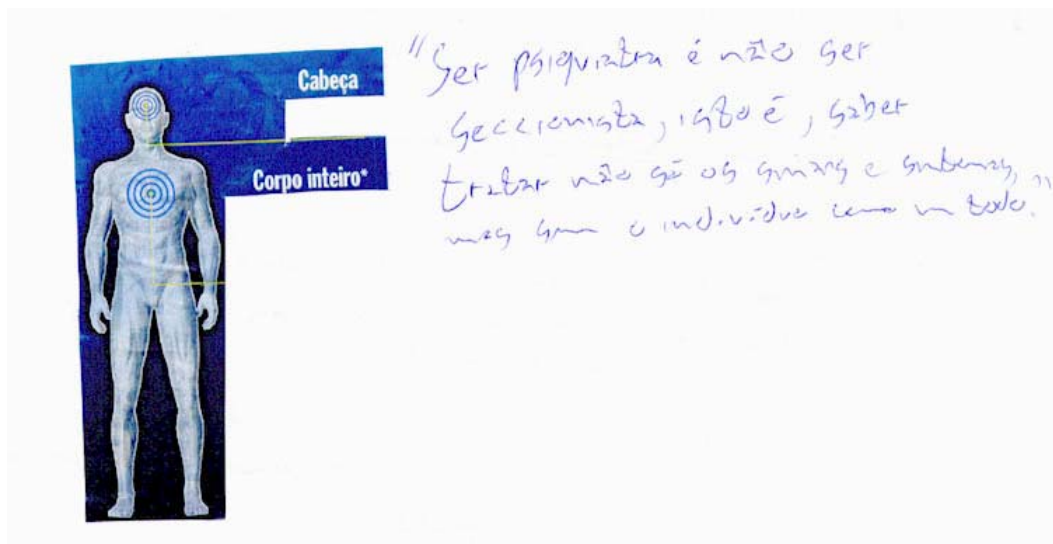
Este momento da colagem traz uma explosão de sentimentos e é interessante observar que “a hora da decisão” está virada ao contrário (evidenciando a dúvida). As mãos significam a parceria, o dividir, símbolo de união. Os desenhos passam da intelectualidade para a emoção (uma coisa que não se quer sentir, mas se sente). O médico tem um olho diferente (o olho do paciente) e percebe-se a prepotência médica (quando os médicos erram, atacam) ao se entrar em contato com as emoções. O urso no iceberg nos remete aos cuidados com a preservação da natureza e do instinto (é o fim). As palavras gritam a emoção.

Residente 2 (06/10/05)



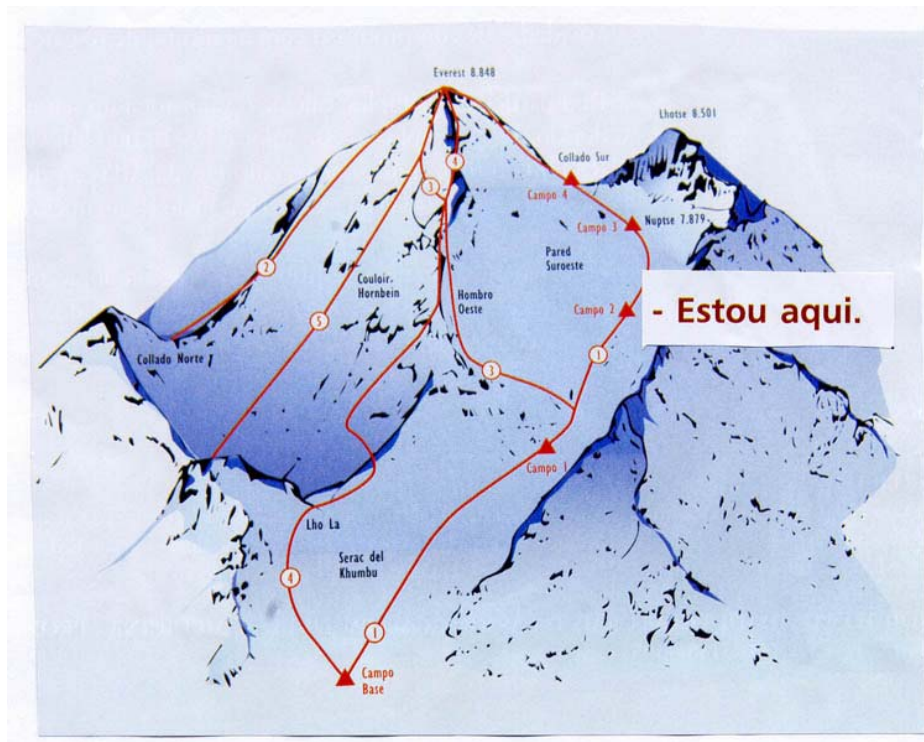
Nesta colagem (primeiro momento) o psiquiatra observa a mente humana, como um fotógrafo, ou seja, do lado de fora. A mente humana está trancada numa caixa com cadeados (inacessível). O psiquiatra tem um rosto expressivo, mas vê pela lente objetiva. A mente humana não é colorida, está apenas traçada em azul e localizada de uma maneira a ficar num cubo. Isto nos mostra uma visão restrita da mente humana.

Residente 2 (11/05/06)



Aqui o residente coloca a representação do que é não ser psiquiatra (fala o contrário do que deveria ser o psiquiatra). A colagem mostra exatamente a secção entre cabeça e corpo, ou seja, a dicotomia mente-corpo. A figura se parece muito mais com um andróide do que com um ser humano. Parece um homem gelado. Aparece um alvo no coração mas, a figura dá a impressão de mármore branco. O sentimento é marmóreo, frio.

Residente 2 (01/12/06)



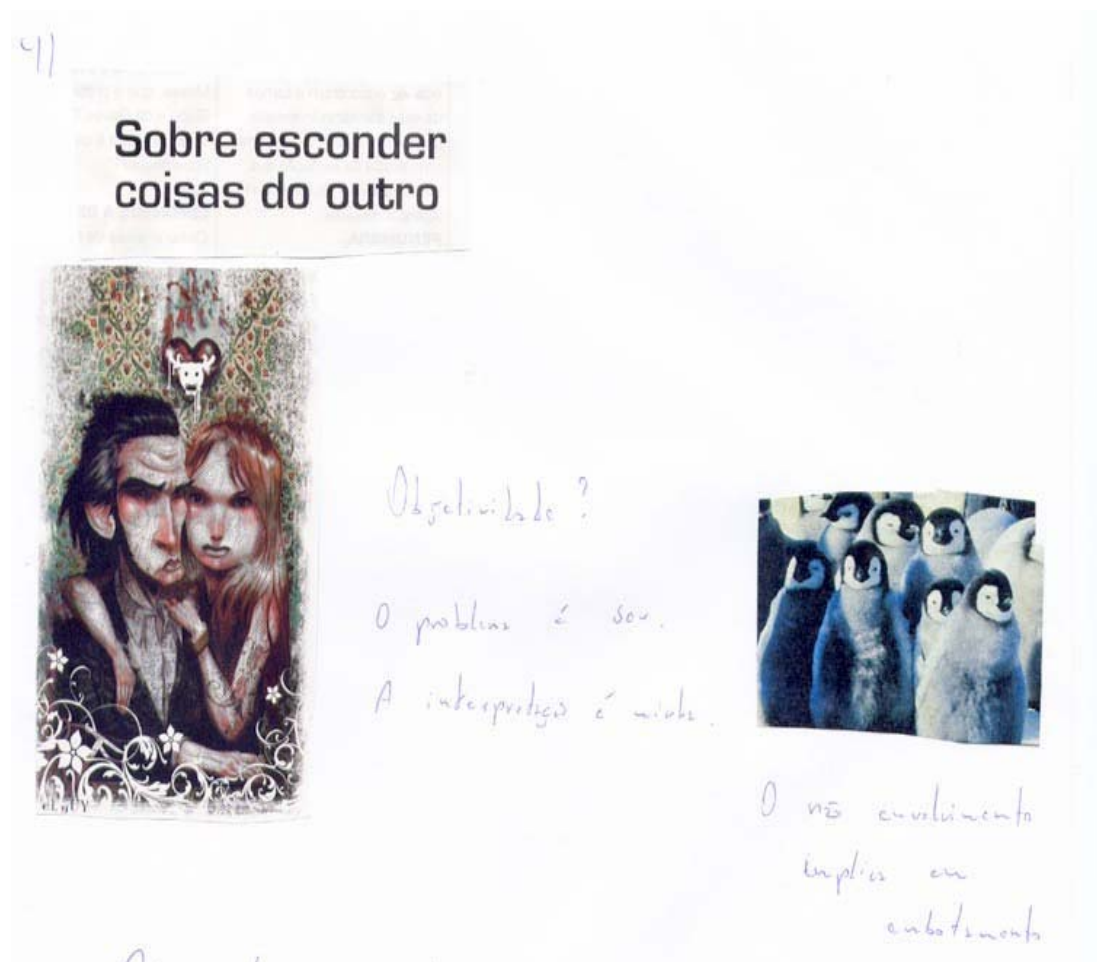
Esta colagem, mostra em que lugar do monte Everest o residente está. Subir o monte Everest é um desafio que pode matar. O residente se encontra no meio da escalada (campo 2). A escalada também se refere ao desafio profissional e à vontade de vencer, mas se distancia do mundo e está no meio do gelo. Este desafio pode matar. Este gelo e o distanciamento estão evidenciando uma defesa com relação ao entrar em contato e o afastamento.

Residente 3 (06/10/05)



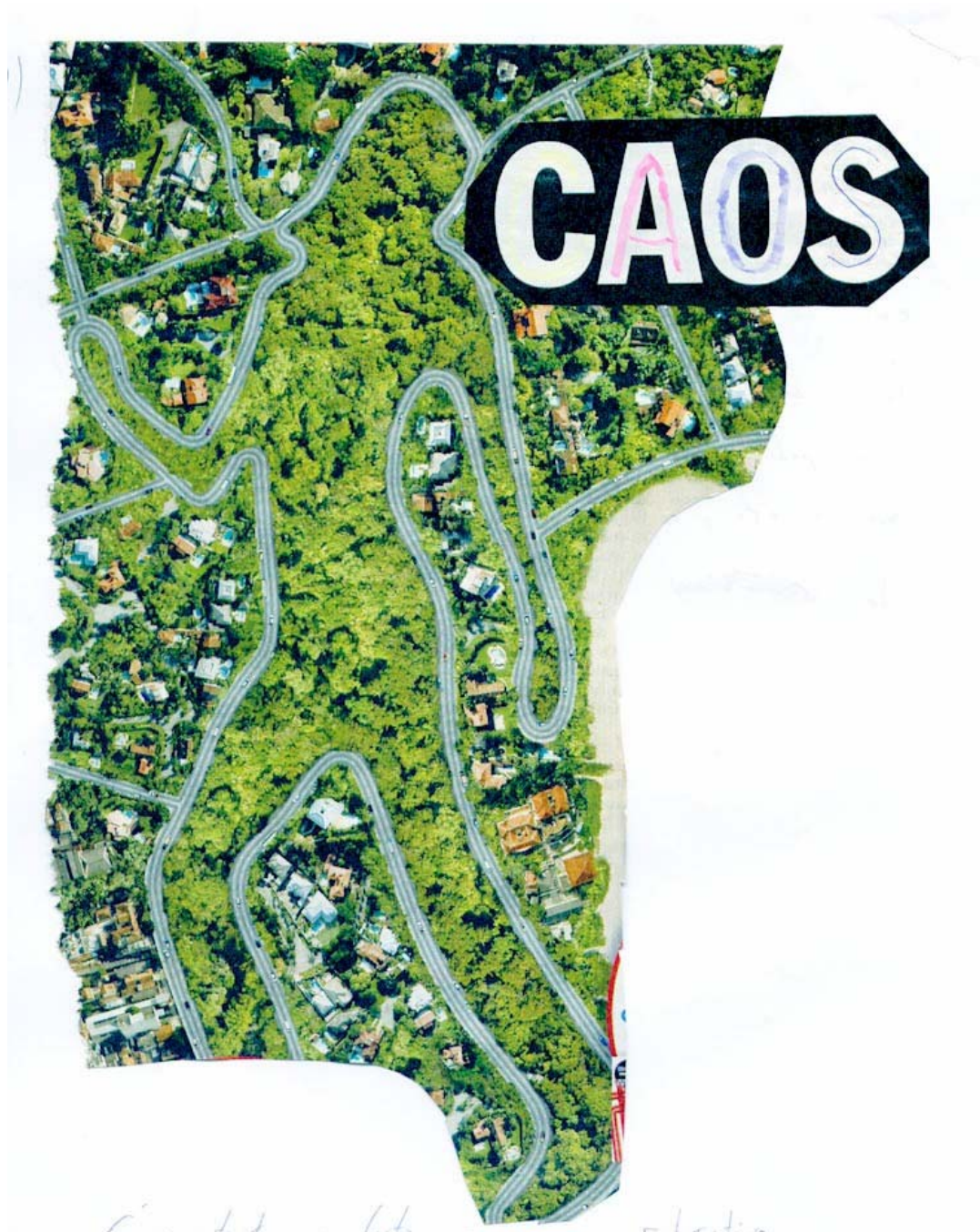
Na colagem vemos um lugar bonito, mas uma estrada tortuosa e a palavra “segurança” escrita em cor vermelha, o que dá indícios da necessidade de segurança também na vida profissional (da teoria à prática). Existe a natureza e a construção feita pela mão do homem na natureza. O humano dentro da natureza selvagem. Notamos que o corte da direita está repicado, mostrando algo que não está reto.

Residente 3 (11/05/06)



A colagem nos mostra afeto, natureza e companheirismo (pingüins). Aparece também o conflito na relação humana (sobre esconder coisas do outro) e também o conflito entre postura humana e profissional (o não envolvimento implica em embotamento). Nota-se também um conflito entre subjetividade e objetividade (objetividade, o problema é seu. A interpretação é minha).

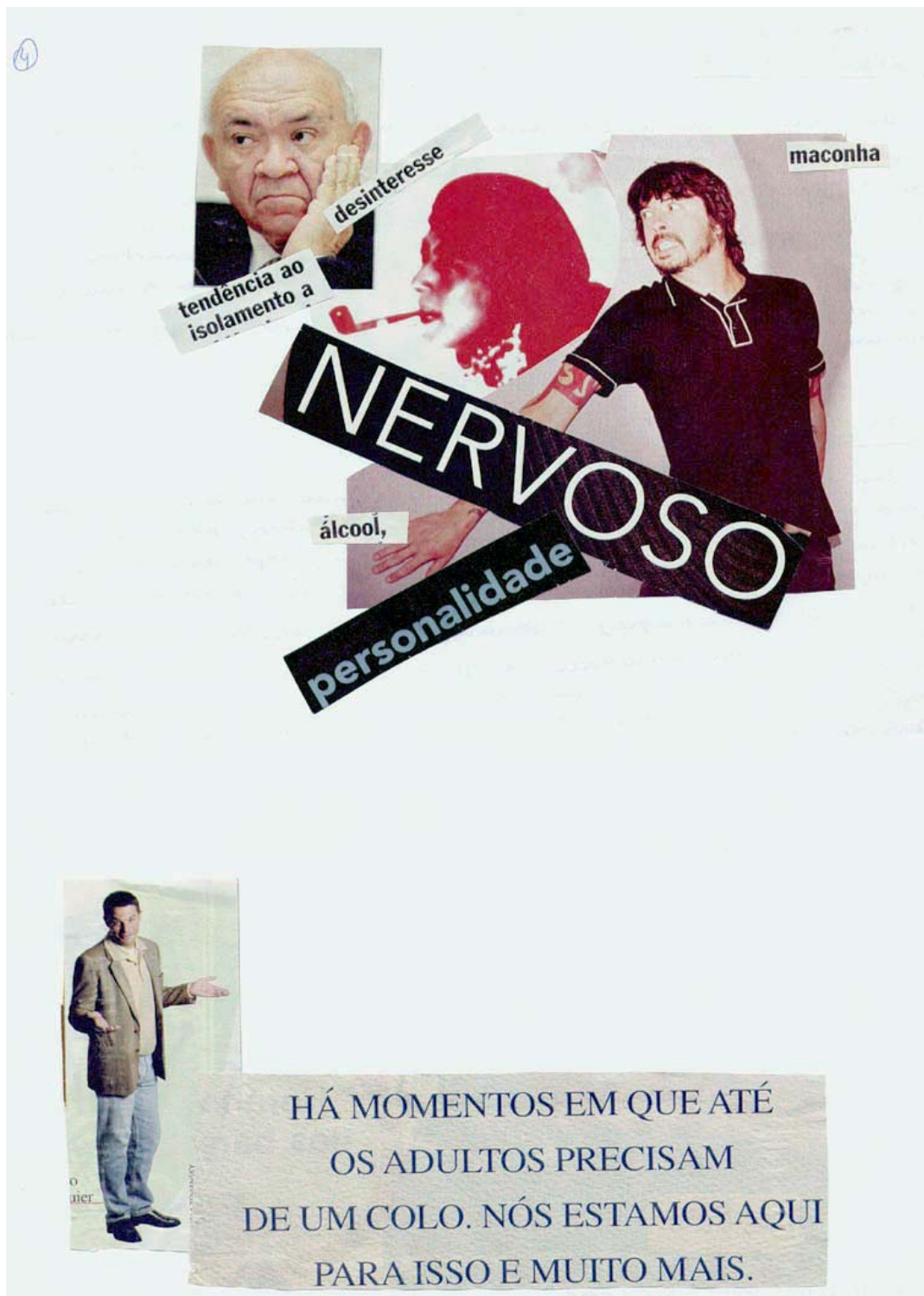
Residente 3 (01/12/06)



Nesta colagem, a estrada delimita o corpo humano. Ela nos mostra afeto, humanização e caos. Existe habitação ao redor do ser humano. O seu corpo de natureza está delimitado pelas casas (delimitação). Existe vida e vegetação em abundância. O caos

metaforicamente expressa o conflito de emoções. O residente caminha da segurança ao caos, após passar por emoções.

Residente 4 (06/10/05)



Na colagem percebemos a descrição de quadros clínicos em cima e um psiquiatra com a atitude de ajuda sem limites, que demonstra a *persona* do psiquiatra (idealização do psiquiatra). Nota-se a palavra “nervoso”, em letras grandes, podendo evidenciar o receio do início da residência.

Residente 4 (11/05/06)



Esta colagem nos mostra o desmoronamento da *persona*. Agora, em vez de um belo psiquiatra, temos um homem nu no meio de categorias, sentimentos e emoções, com a palavra difícil sobre sua cabeça. Ou seja, há uma preocupação em como “aliviar sua carga”, pois há um aprofundamento das emoções e o medo aparece de maneira importante (em preto

e amarelo). O psiquiatra não está separado de tudo, mas está nu no meio de tudo isso. Há uma mudança de animus (residente do sexo feminino).

#### Residente 4 (01/12/06)



Esta colagem foi feita separadamente em uma folha (a primeira parte) e a segunda (no verso da mesma folha). Foram juntadas por um artefato de técnica para que fossem visualizadas conjuntamente. Podemos ver neste último momento da colagem do residente 4 que há um grande medo (menina apavorada), dois homens, um com a face de raiva e o outro com a face de preocupação, um abacaxi e a palavra “anorexia”. Isto, metaforicamente, demonstra medo (de algo que é sombrio), preocupação e a incapacidade de se alimentar.

Podemos pensar que seja a negação da fome que traz sofrimento, ao mesmo tempo traz a categoria diagnóstica. No lado direito temos uma pequena médica diante de uma interrogação imensa, ou seja, a dúvida é muito maior do que ela pode responder. Temos também um enorme abacaxi que começa a ser descascado (dificuldades com respostas, emoções e sentimentos). A médica assume que a pergunta é grande e está trabalhando no descascamento do abacaxi. A residente 4 entra em contato com suas emoções e há um desmoronamento da *persona*.

Com relação aos desenhos e colagens, observamos, através da impressão, de conteúdos simbólicos e de metáforas, a expressão do momento que o residente vive. O residente 1 inicia com um desenho pálido, intelectual, mostrando as distâncias entre as falas do paciente e do psiquiatra. Mas há também as distâncias entre o pensamento e a fala do psiquiatra e paciente. A paciente, ao falar com a psiquiatra, olha de lado, demonstrando desconfiança. Há o desenho apenas das cabeças da paciente e psiquiatra, não há corpo. Isto simboliza uma relação num nível apenas intelectual. Depois, no segundo momento, há uma colagem bastante colorida expressando sentimentos e emoções gritantes e importantes. As emoções trazem dúvida, inconformidade e desafio. Há a não conformidade com relação a diversas formas de se analisar um sonho, expressando a necessidade do saber objetivo. Esta colagem não é mais intelectual. Agora mostra os afetos, sentimentos e emoções. Este residente termina com outra colagem, também bastante colorida, expressando sentimentos (maldito coração) e emoções gritantes (à flor da pele). O médico tem um olho (olhar) diferente. A metáfora “é o fim”, e a figura do urso polar nos mostra a necessidade do cuidado na preservação da natureza. Há indignação com a prepotência médica, sinalizando o encontro com o lado sombrio do médico. Ou seja, o residente 1 caminha da intelectualidade para as emoções, que muitas vezes não quer sentir, mas não há como conter. Entra em contato consigo mesmo de maneira profunda. O residente 2, no primeiro momento, faz uma colagem evidenciando a observação do psiquiatra que é feita do lado de fora (objetiva) e a psique inacessível, trancada numa caixa. A mente humana está trancada (controlada). Na segunda colagem dá um exemplo de separação (cabeça e corpo inteiro), exatamente o contrário do que queria expressar, simbolizando uma verdadeira cisão mente-corpo, presente no imaginário da psiquiatria. Além disso, o homem, na colagem, se parece mais com um andróide do que com um homem e dá a impressão de mármore gelado. No terceiro momento, faz a colagem do

monte Everest, colocando-se mais ou menos na metade do caminho de subida, dando a impressão de superação de limites, mas, também de frieza, afastamento do campo base, enfrentamento de um desafio que pode matar e distanciamento do contato humano. A escalada o leva para o gelo e afastamento (descer é mais difícil), evidenciando as dificuldades e medos. O residente 3 inicia com uma colagem, mostrando uma estrada tortuosa e a palavra segurança escrita em vermelho, o que pode nos mostrar a insegurança e a necessidade de segurança do início. Além disso, há a construção do humano (estrada) no meio da vegetação, mostrando a modificação consciente da natureza (instinto). No segundo momento, faz uma colagem, evidenciando afeto, companheirismo, dificuldades nas relações humanas (sobre esconder coisas do outro) e conflitos entre postura humana e profissional (não envolvimento é igual a embotamento). Existe também o conflito entre a objetividade e a subjetividade, evidenciando o aprofundamento nos sentimentos e emoções. No terceiro momento, faz uma colagem evidenciando um caminho no meio da mata, delimitando o perfil do corpo humano. Em letras grandes está escrito caos, mostrando a delimitação e o caos, ou seja, a metáfora que mostra o conflito das emoções; a natureza (a mata) e o caos habitado pelas casas em volta. Isto nos mostra o homem no meio do caos, delimitando sua natureza; a vivência do caos, após expor os afetos e emoções. Ao mesmo tempo, temos um dos fragmentos de discurso deste momento (elaborado por esse residente) trazendo a vivência do caos à organização, possibilitando a organização. O residente 4 inicia com uma colagem mostrando uma cisão entre os possíveis quadros clínicos vistos na psiquiatria e a atitude do psiquiatra extremamente continente (*persona* idealizada do psiquiatra). Ao mesmo tempo, expressa o receio em lidar com o paciente da psiquiatria. No segundo momento, faz uma colagem mostrando um pensador nu, no meio de categorias diagnósticas, ou seja, isto simboliza uma mudança de animus (residente do sexo feminino), pois, na primeira colagem, o psiquiatra era representado por um homem muito bonito e muito bem vestido, e na segunda colagem aparece como um pensador nu com a palavra difícil em cima de sua cabeça (da qual sai fumaça). Isto reflete também o maior contato com as dificuldades e um desmoronamento de *persona*. Além disso, podemos perceber o aparecimento mais explícito de sentimentos como amor, medo e gelado, mostrando um maior aprofundamento dos sentimentos e emoções e um maior contato com eles. No terceiro momento, temos duas colagens que refletem medo (menina com atitude de muito medo), evidenciando a presença da sombra e o desamparo,

dúvida, a dificuldade de se “descascar o abacaxi” dentro da psiquiatria, uma metáfora que simboliza a dificuldade e a pequenina médica diante de uma enorme interrogação, simbolizando a dúvida maior do que se pode imaginar. Aparece a palavra anorexia, podendo expressar uma categoria diagnóstica e a negação da fome que traz sofrimento (ao se lidar com os problemas do paciente e as próprias emoções).

Nos desenhos, notamos que toda colagem que expressa os sentimentos e as emoções é bastante colorida, ao contrário dos desenhos e das colagens onde os sentimentos são escondidos ou há um afastamento deles. Existe, também, o desenvolvimento de duas atitudes: uma atitude de aprofundamento nos sentimentos e emoções, e, portanto, o desenvolvimento de um contato maior consigo mesmo, ou seja, com o próprio caos e, uma outra atitude, de afastamento mostrando uma defesa em relação aos sentimentos e emoções.

#### Questão 5 (caso clínico I)

Uma paciente, publicitária, vem à primeira consulta, no ambulatório de psiquiatria e refere estar com insônia, desânimo e falta de prazer nas coisas que faz, há dois meses. O residente que a atende faz o diagnóstico de depressão, após a anamnese e exame psíquico. Decide usar como medicamento, fluoxetina e marca retornos quinzenais. Com 40mg/dia de fluoxetina, a paciente apresenta sensível melhora, passa a se arrumar melhor e fica visivelmente mais sorridente. O médico residente sempre conversa bastante com sua paciente e decide espaçar as consultas, já que a mesma encontra-se bem e sem queixas. Mesmo com o espaçamento das consultas, a paciente vem semanalmente, sempre muito arrumada, insistindo em vê-lo para tirar dúvidas esporádicas sobre os efeitos colaterais da medicação. Como você vê este caso? Como o conduziria se fosse o residente?

(DSC- 06/10/05)

<p>A paciente está com uma transferência erótica. (diagnóstico psicodinâmico)</p>	<p>A paciente teve virada maníaca. (diagnóstico clínico)</p>	<p>Conversaria com empatia e encaminharia para psicoterapia e ou outro residente. (atitude + encaminhamento)</p>
<p>Me parece que a paciente está tendo uma transferência erótica com o médico residente, além de não estar aceitando os limites dados pelo médico. Na verdade não é infreqüente o interesse do paciente pelo médico, sobretudo na psiquiatria, já que o paciente está fragilizado e encontra alguém que o escuta.</p>	<p>Em primeiro lugar, todo caso onde a paciente queixa-se de sintomas compatíveis com síndrome depressiva, além de se prender na hipótese da mesma, sempre devemos investigar a possibilidade de se tratar de um transtorno afetivo bipolar e ou transtorno de personalidade. Através de perguntas específicas na entrevista psiquiátrica (não cabe aqui ficar dizendo quais), neste caso citado, o residente entrou com a medicação antidepressiva e a meu ver a paciente “ciclou”, isto é, passou da fase depressiva para a fase de mania (e) ou hipomania, uma vez que a paciente passou a apresentar um comportamento não de equilíbrio do humor (o que era esperado), mas sim, sinais e sintomas compatíveis com estado de hipertímia. Como residente, após a apresentação da paciente com este novo quadro, em euforia excitante, o que aconteceu (fenômeno de “virada”), suspenderia o antidepressivo, introduziria algum estabilizador de humor e acompanharia a evolução clínica do caso.</p>	<p>Neste caso, eu tentaria explicar à paciente que como ela está melhor e a minha agenda está cheia, iria vê-la apenas nas consultas, tentando assim impor os limites a ela. Diante da insistência da paciente, não gosto de posturas autoritárias, como já observei inclusive com alguns residentes: “Nossa consulta está marcada para mês que vem, portanto não vou atendê-la até lá”. Acho que algumas formas ríspidas de conversas, podem não ser benéficas, mesmo que a paciente precise de limite, como neste caso. Ou seja, não há necessidade de ser agressivo ou ríspido se podemos nos impor de forma mais empática. Eu tentaria abordar este assunto de forma empática, tentando mostrar para a paciente a verdadeira relação que existe no consultório, o que será benéfico para ela. Acho que o caso foi bem conduzido, entretanto quando o residente tenta espaçar as consultas e percebe que a paciente insiste em “visitá-lo”, semanalmente, deve ser feito alguma coisa. Encaminharia a paciente para a psicoterapia, para que ela tivesse um espaço maior para ela, o que não é possível ser feito por mim no consultório. Caso não haja melhora em sua postura, encaminharia para outro residente, de preferência mulher.</p>

*Ancoragem I:* A paciente está apresentando uma transferência erótica, o que não é incomum devido à fragilidade em que se encontra. Deve-se conversar de forma empática e encaminhá-la para psicoterapia e, se necessário outro residente.

*Ancoragem II:* Este comportamento é devido á uma virada maníaca, que deve ser melhor investigada e medicada adequadamente.

Neste primeiro momento do caso clínico I, temos três grupamentos de idéias centrais: a paciente está com uma transferência erótica (diagnóstico psicodinâmico), a paciente teve virada maníaca (diagnóstico clínico) e conversaria com empatia e encaminharia para psicoterapia e ou outro residente (atitude e encaminhamento). Quanto às ancoragens temos: a paciente está apresentando uma transferência erótica, o que não é incomum devido à fragilidade em que se encontra. Deve-se conversar de forma empática e encaminhá-la para psicoterapia e, se necessário outro residente. A segunda ancoragem nos refere: este comportamento é devido a uma virada maníaca, que deve ser melhor investigada e medicada adequadamente.

Podemos perceber que as idéias centrais focam-se na visão do sintoma enquanto diagnóstico clínico, no diagnóstico psicodinâmico, na atitude e encaminhamento. Mas, mesmo o diagnóstico psicodinâmico fica um pouco como título, não se analisando o vínculo. Notamos também que ao se colocar a palavra “empática”, na verdade, quer se dizer “simpática”. O ato de encaminhamento para outro residente e o fato de a agenda “estar” cheia, mostram o aparecimento das defesas com as emoções que são difíceis de se lidar. Além disso, na frase “impor de forma empática”, já mostra a falta de empatia, embora o discurso nos mostra a preocupação com o que possa estar acontecendo. Quanto à ancoragem sobre a “virada maníaca”, percebemos um discurso voltado para a visão do sintoma e tentativa de explicação do fenômeno pelo lado biológico, bastante representativo de uma visão da psiquiatria atual, onde qualquer alteração do comportamento pode ser explicada por alterações genéticas das aminas biogênicas, sem se buscar qualquer causa emocional para os fatos.

## Questão 5 (caso clínico I)

(DSC- 11/05/06)

Trata-se de transferência erótica ou projeção da melhora na figura do psiquiatra. (diagnóstico psicodinâmico)	Pode ser trabalhado conversando e explorando este significado com a paciente. (abordagem + encaminhamento)	Imporia à paciente que viesse apenas no seu dia. (conduta)
Vejo este fato como a paciente sentindo-se extremamente carente. Talvez, o que a tenha feito melhorar não seja somente a fluoxetina, mas também o vínculo de confiança dela com o médico. Podemos encarar isto como uma transferência erótica ou como uma projeção da paciente, de sua melhora, na figura do médico. Talvez para ela seja difícil desfazer este vínculo e pode ser que ela sinta o espaçamento das consultas, como uma ameaça aos sentimentos bons suscitados por este vínculo. Pode estar se desenvolvendo também, uma relação transferencial por parte da paciente para com o médico como o “pai bom”, “cuidador” da paciente.	Isto pode ser trabalhado com a paciente de forma aberta, perguntando a ela, por exemplo, o que representa a seus olhos as visitas semanais ou mensais. Tentaria mostrar que o foco terapêutico está na sua melhora clínica e que esse sentimento pode significar muito sobre suas relações com as outras pessoas e como ela configura e interpreta essas questões. De qualquer forma, tentaria abordar o tema em consulta, perguntando antes, o que realmente está acontecendo para tamanha procura. Se viesse à tona “uma paixão” ou “paquera”, colocaria alguns pontos, tentando explicar que isso não é incomum, mas que nada iria acontecer. Perguntaria se, com isso, ela estaria disposta a continuar o tratamento ou se gostaria de ser encaminhada para outro residente.	Eu conduziria este caso, impondo à paciente para que ela retornasse apenas nas suas consultas, seja para ser atendida como para tirar dúvidas, justificando para a paciente que o horário que comparece fora de sua consulta, acaba por comprometer o horário dos demais pacientes.

*Ancoragem I:* Este vínculo, (transferência erótica ou projeção da figura de pai bom) com o médico está sendo muito importante para a paciente e, pode ser responsável pela sua melhora, assim como pode também se referir às suas relações em geral, pois repetimos o padrão de vínculos primários com outras pessoas.

*Ancoragem II:* A paciente deve poder escolher se quer ou não continuar sendo atendida pelo mesmo residente, assim que explicado que não haverá retorno erótico por parte do residente.

*Ancoragem III:* Pacientes devem respeitar o limite que o médico impõe e com os pacientes inoportunos deve-se ser bastante firme com os limites, a fim de que não se desorganize o horário dos outros pacientes.

Neste segundo momento do caso clínico I, temos três grupamentos de idéias centrais que são: trata-se de transferência erótica ou projeção da melhora na figura do psiquiatra (diagnóstico psicodinâmico), pode ser trabalhado conversando e explorando este significado com a paciente (abordagem e encaminhamento) e imporia à paciente que viesse apenas no seu dia (conduta). Quanto às ancoragens temos: este vínculo, (transferência erótica ou projeção da figura de pai bom) com o médico está sendo muito importante para a paciente e, pode estar sendo responsável pela sua melhora, assim como pode também estar dizendo sobre suas relações em geral, pois repetimos os padrões de vínculos primários com outras pessoas. A segunda ancoragem diz: a paciente deve poder escolher se quer ou não continuar sendo atendida pelo mesmo residente, assim que explicado que não haverá retorno erótico por parte do residente. Na terceira ancoragem temos: pacientes devem respeitar o limite que o médico impõe e com os pacientes inoportunos deve-se ser bastante firme com os limites, a fim de que não se desorganize o horário dos outros pacientes. Percebemos, neste momento, que as idéias centrais gravitam em torno do diagnóstico psicodinâmico, da abordagem, encaminhamento e conduta. No diagnóstico psicodinâmico notamos que há uma diferença do momento anterior, pois, aqui, o discurso nos mostra que o vínculo psiquiatra-paciente pode estar sendo responsável pela melhora da paciente. Ou seja, não fica apenas um título, pois há a análise do vínculo. Percebemos também a noção por parte do residente, de repetição do padrão de vínculo da paciente, o que é um dos pilares das teorias psicodinâmicas (padrão de funcionamento interno). Além disso, quando se propõe à paciente se ela quer ou não continuar com o mesmo residente, mostra-se uma postura menos defendida, isto é, evidenciando menos medo. Também neste momento percebemos na terceira ancoragem, que, o médico tem a necessidade de se impor e o paciente deve obedecer, mostrando uma postura de poder inquestionável e, ao mesmo tempo, uma defesa contra possíveis conteúdos que possam causar constrangimento. Ou seja, simultaneamente existem uma crença e uma defesa atuando.

## Questão 5 (caso clínico I)

(DSC- 01/12/06)

<p>O vínculo pode estar sendo um importante símbolo de melhora no quadro da paciente. (compreensão psicodinâmica)</p>	<p>Manteria o tratamento clínico e usaria essa transferência erótica para ajudar na resposta mostrando que minha atitude não significa abandono. Encaminharia, também, à psicoterapia. (abordagem + técnica)</p>	<p>Pode se tratar de virada maníaca e, eu a atenderia semanalmente para rever o diagnóstico. (postura clínica)</p>
<p>Me parece que para a paciente, além da medicação é importante a proximidade com o médico. A relação entre essas duas pessoas pode fazer muita diferença. Além disso, muitas vezes para a paciente, a “cura” é vista na figura do médico e é isso que pode acontecer. A paciente pode ter medo de “perder” seu médico e o que ele simboliza para ela e, por isso, não consegue afastar-se dele. Este caso, pelos sintomas apresentados parece realmente depressão. Eu também introduziria medicação. Porém o vínculo da paciente com o terapeuta, que se estabeleceu a princípio, determinando uma relação transferencial por parte da paciente, pode ter sido coadjuvante, ou mesmo, a principal causa da boa resposta ao tratamento.</p>	<p>Acho importante conversar com ela e buscar entender o porquê dessa atitude dela: o que isso significa e, com base nisso, conversar com ela e tentar mostrar que o espaçamento não significa perda, rejeição, mas sim o fato de agora ela estar mais preparada para ficar mais “independente” (mas não sozinha). Em seu acompanhamento clínico, faria com que ela percebesse o verdadeiro vínculo que existe (médico-paciente) e entendesse o motivo desta atitude, para que ela possa buscar suas questões de uma forma mais correta, conhecendo-se melhor. Portanto eu manteria o tratamento da paciente, tentando usar dessa possível transferência erótica para melhor resposta. Acho que seria interessante, também, que a paciente tivesse um acompanhamento psicoterápico regular, para que possa ter um tratamento completo e porque neste momento, seria o principal para evitar recaída dos sintomas.</p>	<p>Este caso, ao meu entender pode se tratar de uma virada maníaca induzida por antidepressivos. Uma vez que a paciente diminuiu por conta própria o intervalo das consultas e insiste em ver o médico (por um motivo sem justificativa), pois as dúvidas sobre efeitos colaterais de medicação devem ser esclarecidas na primeira consulta. Neste caso, eu atenderia a paciente semanalmente e iria averiguar através de nova anamnese e exame psíquico, eventuais períodos de mania intermitente, e, se após algumas consultas for constatado TAB (transtorno afetivo bipolar), iria rever a conduta.</p>

*Ancoragem I:* O vínculo psiquiatra-paciente é importante agente de melhora e pode simbolizar a cura para o paciente.

*Ancoragem II:* A transferência deve ser usada como ferramenta de trabalho na exploração de fatores emocionais que podem levar à melhora clínica ou não.

*Ancoragem III:* Paciente deprimido que muda a conduta repentinamente pode estar virando para a fase de mania.

Neste terceiro momento do caso clínico I, temos três grupamentos de idéias centrais que são: o vínculo pode estar sendo um importante símbolo de melhora no quadro da paciente (compreensão psicodinâmica), manteria o tratamento clínico e usaria essa transferência erótica para ajudar na resposta mostrando que minha atitude não significa abandono. Encaminharia, também, à psicoterapia (abordagem e técnica) e, pode se tratar de virada maníaca e, eu a atenderia semanalmente para rever o diagnóstico (postura clínica). Como ancoragens, temos: o vínculo psiquiatra-paciente é importante agente de melhora e pode simbolizar a cura para o paciente, a transferência deve ser usada como ferramenta de trabalho na exploração de fatores emocionais que podem levar à melhora clínica ou não e, na terceira ancoragem, paciente deprimido que muda a conduta repentinamente pode estar virando para a fase de mania.

Neste momento percebemos que aparecem palavras importantes como “símbolo” e “significado” e, usa-se a palavra terapeuta no lugar de psiquiatra. Pode-se pensar que, neste momento, o residente pode estar mostrando que continua psiquiatra, mas com um olhar psicodinâmico. A transferência é vista como possivelmente responsável pela melhora da paciente e começa a ter a conotação de ferramenta de trabalho, quando é utilizada para a exploração de conteúdos emocionais da paciente. Ou seja, a transferência já não causa tanto medo e atitude de defesa por parte do residente. Há um aprofundamento na compreensão psicodinâmica. Ao mesmo tempo, um outro discurso de idéia central e ancoragem, mantém a postura médica que olha para o biológico e afasta os olhos do conteúdo emocional, representativo de uma parte da psiquiatria atual.

Neste caso clínico, no primeiro momento percebemos que o foco fica mais na visão do sintoma, diagnóstico e encaminhamento, mas, mesmo o diagnóstico psicodinâmico, fica como um título, sem se analisar o vínculo com a paciente. Notamos o aparecimento de defesas com emoções difíceis de se lidar (agenda cheia e encaminhar a outro residente), conforme visto anteriormente no discurso. O encaminhamento é feito de forma “empática”, mas esta palavra, neste contexto, deve ser trocada por “simpática”, pois define melhor o seu significado. Uma outra idéia que aparece é a da virada maníaca, ou seja, a tentativa de explicação do fenômeno pelo viés biológico, sem se levar em conta qualquer vínculo com o psiquiatra. Caminhamos então para uma segunda fase, na qual aparece a noção de que o vínculo psiquiatra-paciente possa estar sendo responsável pela melhora da paciente e, que o

padrão de vínculo da paciente possa estar falando sobre seus vínculos primários (repetidos na relação). Este momento é muito importante, pois mostra uma mudança qualitativa no perceber psicodinâmico e, a transferência é vista não mais como título, mas sim como vínculo. Ao mesmo tempo, que, por um lado, diminuem as defesas, ao se colocar a possibilidade de escolha para a paciente, um outro discurso mostra-se totalmente defendido, ao se impor coisas que o paciente deve obedecer. Isto nos mostra uma postura de poder inquestionável e defesa contra conteúdos desagradáveis que possam emergir no vínculo. No terceiro momento aparece a noção de transferência como instrumento de trabalho, ou seja, é utilizada para exploração de conteúdos emocionais da paciente. Surge a palavra “simbolizar”, e há um aprofundamento na compreensão psicodinâmica. Ao mesmo tempo, um outro discurso mantém a postura médica, que olha para o biológico e rejeita os conteúdos emocionais. Percebe-se um aprofundamento no entendimento psicodinâmico e no vínculo com a paciente; ao mesmo tempo, um outro discurso aprofunda o afastamento desse vínculo.

#### Questão 5 (caso clínico II)

Paciente do sexo masculino, gerente bancário, 42 anos, vem ao ambulatório de psiquiatria para a primeira consulta. Refere estar se sentindo muito ansioso, pois vem apresentando pensamentos estranhos, que não consegue deixar de pensar. Dorme e levanta-se com tais pensamentos. Ao ser abordado mais detalhadamente pelo residente, revela que o conteúdo dos pensamentos é de que vai matar seus filhos. Mostra-se extremamente ansioso e chora durante a consulta. Refere estar passando por uma separação conjugal, por desejo e decisão da esposa, com a qual não concorda. Não entende como tais pensamentos “vieram parar na sua cabeça”, pois gosta muito dos filhos e da esposa também, embora esteja muito chateado com ela. Refere já ter tentado fazer muitas coisas para se livrar dos pensamentos, como, tentar não pensar ou bater na madeira do pé da mesa de jantar. Acha-se ridículo, mas não consegue fazer diferente. Como você vê este caso? Como o conduziria se fosse o residente?

(DSC- 06/10/05)

O paciente apresenta quadro de TOC. (diagnóstico clínico)	Eu medicaria e encaminharia à psicoterapia ou aplicaria técnicas de TCC. (conduta)	Não introduziria psicofármaco, mas encaminharia à psicoterapia. (conduta)
O paciente apresenta quadro sugestivo de transtorno obsessivo compulsivo. E isto o está afligindo bastante dado o conteúdo dos pensamentos obsessivos. Ou seja, o que parece estar perturbando o paciente são os pensamentos extremamente intrusivos referente à atitude de matar seus filhos. Isto vem trazendo inúmeros prejuízos para a vida do paciente.	Eu iria medicá-lo e tentaria explicar a ele que estes pensamentos realmente “surgem” em sua cabeça e que não é algo que ele queira pensar. E como isto provoca tensão muito grande, ele acaba por descarregar isso, fazendo coisas como bater na madeira. Com isso, tentaria diminuir a tensão dele. Tentaria também observar e caracterizar comportamentos impulsivos que possam ser um preditor de possibilidade do paciente concretizar os pensamentos, ou, de alguma forma agir de modo a trazer prejuízos para ele ou para a família. Dessa forma, introduziria uma medicação no sentido de tentar controlar esses impulsos e a ansiedade. Ou seja, se eu fosse o residente explicaria o que é TOC para diminuir sua angústia, explicaria sobre a importância do tratamento e que este deve ser combinado (medicação + psicoterapia). Explicaria que o remédio o ajudaria, principalmente na ansiedade e que a psicoterapia teria fundamental importância já que os sintomas aparecem por alguma razão que se entendida e trabalhada, o resultado do tratamento torna-se muito melhor. Deve haver um espaço para que o paciente trabalhe este estressor psicossocial pelo qual está sofrendo, portanto, acho que seria importante encaminhá-lo à psicoterapia. Poderia também, tentar aplicar técnicas de TCC no paciente. Este caso me faz recordar a história de Medeia de Ésquilo, pois ela tenta “eliminar os filhos”, se não me engano, por causa de conflitos conjugais.	Este é um caso no qual eu não introduziria psicofármacos, isto é, os pensamentos não estão associados a alucinações visuais e ou auditivas e, sua origem está relacionada puramente com o início de um conflito familiar. Considero que a psicoterapia é a opção terapêutica mais adequada para o caso, mesmo o paciente tentando se livrar dos pensamentos e não conseguindo. Obviamente ele precisa da ajuda de alguém para que o “guie”, para ajudá-lo como realmente esquecer estes pensamentos a fim do próprio paciente se reestruturar e, ir acabar com a origem do problema, que ao meu ver é o conflito conjugal e a sua não aceitação.

*Ancoragem I:* A psicoterapia pode ajudar a descobrir a razão do conflito no TOC (transtorno obsessivo compulsivo), o qual poder ser um estressor psicossocial.

*Ancoragem II:* O paciente com TOC deve fazer uso de medicação e psicoterapia ou medicação e TCC (terapia cognitivo-comportamental).

*Ancoragem III:* No TOC, com terapia adequada é possível se esquecer os pensamentos obsessivos e reestruturar a vida.

Neste primeiro momento do caso clínico II, temos três grupamentos de idéias centrais que são: o paciente apresenta quadro de TOC (diagnóstico clínico), eu medicaria e encaminharia à psicoterapia ou aplicaria técnicas de TCC (conduta) e, não introduziria psicofármaco, mas encaminharia à psicoterapia (conduta). Quanto às ancoragens temos: a psicoterapia pode ajudar a descobrir a razão do conflito no TOC, o qual pode ser um estressor psicossocial, o paciente com TOC deve fazer uso de medicação e psicoterapia ou medicação e TCC e, na terceira ancoragem, no TOC, com terapia adequada é possível se esquecer os pensamentos obsessivos e reestruturar a vida. Percebemos, neste momento, algumas coisas importantes como a idéia do próprio residente aplicar técnicas de TCC, o que parece mais prático e mais fácil que a psicoterapia, onde se nota o encaminhamento para pessoas especializadas. Por outro lado tem-se a crença que a psicoterapia funcione de maneira a fazer com que o paciente “esqueça-se” dos pensamentos obsessivos, o que mostra a confiança na psicoterapia, mas o desconhecimento desta. Existe o conhecimento de que os pensamentos são autônomos e existe uma atitude de ajuda, embora exista um receio de que o paciente vá concretizar os pensamentos.

## Questão 5 (caso clínico II)

(DSC- 11/05/06)

O paciente tem sintomas obsessivos. (diagnóstico clínico)	Introduziria medicação, procuraria analisar os pensamentos e conduziria à psicoterapia. (abordagem + conduta)	Num primeiro momento tentaria psicoterapia. Se necessário, introduziria medicação. (abordagem + conduta)
O paciente tem sintomas obsessivos compulsivos, além de uma dinâmica de vida bem complicada. Uma vez desenvolvido o TOC tardiamente, descartaria causas orgânicas.	O paciente deve receber tratamento farmacológico. Mas se analisarmos por outro lado, seu pensamento é que vai matar os filhos. Num momento de separação (em que ele não concorda), os filhos podem simbolizar tudo que foi construído nessa relação com a esposa, e que, na fantasia do paciente irá desaparecer (morrer). Tentaria evidenciar, também, alguns pensamentos disfuncionais para que o paciente passe a pensar nessa situação de forma mais clara. Portanto introduziria o antidepressivo, com o cuidado de explicar o que é a doença, e que possivelmente há algo além dos sintomas, que provavelmente o paciente não consegue identificar. Orientaria procurar psicoterapia, principalmente devido ao momento de vida que está vivendo e para ter uma abordagem mais formal, pois o suporte que eu daria seria pobre devido à minha deficiência técnica.	Como o paciente não consegue se livrar dos pensamentos obsessivos através dos rituais, inicialmente, eu como residente, não introduziria psicofármacos, tentaria uma abordagem através de psicoterapia, para o caso. Caso esta não traga resultados eficazes, neste momento, eu introduziria psicofármacos, mas não interromperia a terapia, uma vez que os medicamentos não resolverão o seu problema conjugal, e sim, a terapia mais fármacos dariam suporte adequado para o paciente refletir e resolver a situação por si próprio.

*Ancoragem I:* O pensamento obsessivo pode estar simbolizando algum conflito do paciente.

*Ancoragem II:* Utilizar medicação e objetivar pensamentos disfuncionais ajuda o paciente com TOC.

*Ancoragem III:* A psicoterapia ajuda a evidenciar problemas vivenciais e pode ou não ser feita pelo residente de psiquiatria. Quem o fizer necessita ter eficiência técnica.

Neste segundo momento do caso clínico II, temos três grupamentos de idéias centrais que são: o paciente tem sintomas obsessivos (diagnóstico clínico), introduziria medicação, procuraria analisar os pensamentos e conduziria à psicoterapia (abordagem e conduta) e, num primeiro momento tentaria psicoterapia. Se necessário, introduziria medicação (abordagem e

conduta). Como ancoragens, temos: o pensamento obsessivo pode estar simbolizando algum conflito do paciente, utilizar medicação e objetivar pensamentos disfuncionais ajuda o paciente com TOC e, como terceira ancoragem, temos que a psicoterapia ajuda a evidenciar problemas vivenciais e pode ou não ser feito pelo residente de psiquiatria. Quem o fizer necessita ter eficiência técnica.

Percebemos que, neste momento, aparecem palavras como “simbolizar” e, “fantasia”, que dizem respeito à compreensão simbólica do sintoma que pode se apresentar como fantasia espontânea. Podemos falar, então, de uma visão psicodinâmica que se aprofunda, embora seja mantida a visão clínica com feitura de diagnóstico e tratamento. Aparece a idéia de que o residente pode tentar tratar o paciente com psicoterapia, mas existe a noção também de que exige técnica. Mantém-se a idéia de tratamento conjugado (psicofármaco e psicoterapia) e a idéia de investigar os pensamentos disfuncionais (técnica da terapia cognitivo-comportamental).

## Questão 5 (caso clínico II)

(DSC- 01/12/06)

<p>O paciente deve ser medicado, deve-se conversar com ele sobre sentimentos de angústia, raiva e sofrimento e ele deve ser encaminhado à psicoterapia.</p> <p>(conduta + postura + técnica)</p>	<p>O paciente tem TOC.</p> <p>(diagnóstico clínico)</p>	<p>Eu introduziria medicação e encaminharia à TCC.</p> <p>(conduta)</p>
<p>Além da parte medicamentosa, acho importante discutir com o paciente o que ele tem feito com a raiva da esposa, com a angústia por ter sido rejeitado. Talvez ele precise elaborar essa perda e entender e aceitar seus sentimentos, por mais que eles não sejam “bons”. Assim, talvez, essa agressividade não precise aparecer como “pensamentos automáticos” “ruins” em relação aos filhos. Pode-se entender esse caso como uma dificuldade do paciente para aceitar o que aconteceu. Um suporte psicológico seria interessante para o paciente perceber algumas situações que o fazem sofrer. Também pode-se optar pela medicação no início, ou, se o paciente estiver muito ansioso e os pensamentos persistirem após suporte psicológico. Seria importante explicar o que é a doença, inclusive para aliviar a angústia do paciente. Também é importante colocar, que a medicação aliviará os sintomas, mas é fundamental um segmento psicoterápico para que consiga identificar o porquê desenvolveu os sintomas.</p>	<p>Neste caso, trata-se provavelmente de um pensamento automático que o leva a um ritual para “alívio” ou para não ter prejuízo por este pensamento, características essas que determinam o TOC (transtorno obsessivo compulsivo). Este quadro foi, provavelmente desencadeado, por um estressor ambiental).</p>	<p>Ao primeiro contato introduziria medicação e marcaria consultas semanais, além de indicar o início de TCC (Terapia cognitivo-comportamental) a que, neste caso contribui para uma boa evolução.</p>

*Ancoragem I:* Os sintomas do paciente com TOC podem estar simbolizando afetos que o paciente desconhece como, por exemplo, agressividade, angústia e rejeição. O psiquiatra deve conversar com o paciente sobre tais sentimentos.

*Ancoragem II:* O paciente com TOC se beneficia de medicação e de TCC (terapia cognitivo-comportamental).

*Ancoragem III:* O paciente com TOC se beneficia de medicação e de psicoterapia para perceber algumas situações que o fazem sofrer e que fizeram com que desenvolvesse os sintomas.

Neste último momento do caso clínico II, temos três grupamentos de idéias centrais que são: o paciente deve ser medicado, deve-se conversar com ele sobre sentimentos de angústia, raiva e sofrimento e ele deve ser encaminhado à psicoterapia, o paciente tem TOC e, eu

introduziria medicação e encaminharia a TCC. Como ancoragens, temos: os sintomas do paciente com TOC podem estar simbolizando afetos que o paciente desconhece como, por exemplo, agressividade, angústia e rejeição. O psiquiatra deve conversar com o paciente sobre tais sentimentos. A segunda ancoragem diz: o paciente com TOC se beneficia de medicação e de TCC (terapia cognitivo-comportamental) e, na terceira ancoragem, temos: o paciente com TOC se beneficia de medicação e de psicoterapia para perceber algumas situações que o fazem sofrer e que fizeram com que desenvolvesse os sintomas.

Percebemos, neste momento, que aparece a palavra “elaborar” e a noção de que os sentimentos desconhecidos, como, angústia, raiva e rejeição podem estar, de maneira oculta, causando os pensamentos obsessivos. Isto nos fala sobre a idéia de conteúdo reprimido, que, apesar de o residente não ter trazido para o discurso a palavra “reprimido”, ele trouxe a noção implícita, falando a favor de uma compreensão psicodinâmica e simbólica que se aprofunda. Mantém-se a noção da importância da psicoterapia e a noção de que o psiquiatra possa conversar sobre as emoções ocultas com o paciente na abordagem clínica. Por outro lado, pronuncia-se a fenda entre as condutas (medicação e psicoterapia) e (medicação e terapia cognitivo-comportamental), encarnando a separação entre as abordagens psicodinâmicas e cognitivo-comportamental.

Neste outro caso clínico, observamos um primeiro momento, em que aparece a idéia de que a terapia ajuda a esquecer os pensamentos obsessivos, ou seja, existe a confiança na terapia, mas o desconhecimento do modo de funcionar da mesma. Ao mesmo tempo em que existe a crença de que a psicoterapia possa ajudar a descobrir a razão do conflito, há uma cisão evidente na indicação, para o Transtorno Obsessivo Compulsivo, de medicação e TCC ou medicação e psicoterapia. Num segundo momento aparece de maneira inovadora a idéia de que o pensamento obsessivo esteja simbolizando um conflito; uma influência do pensamento psicodinâmico. E, também, a idéia de que a objetivação de pensamentos disfuncionais ajude o paciente com TOC, uma evidente influência da terapia cognitivo-comportamental. Notamos também a idéia de que, para se utilizar a psicoterapia necessita-se de eficiência técnica. Percebemos também, neste momento, as palavras “simbolizar” e “fantasia”, com referência a compreensão simbólica do sintoma. Há um aprofundamento da visão psicodinâmica. No terceiro momento, aparece a palavra “elaborar” e a noção de que sentimentos desconhecidos possam estar causando os sintomas, trazendo implicitamente a

noção de sentimentos reprimidos, evidenciando um maior aprofundamento da compreensão psicodinâmica. Além disso, indica que o próprio psiquiatra deva explorar esses conteúdos com o paciente, mudando assim, a forma de ver o atendimento em psiquiatria. Aqui observamos, também, o pronunciamento da fenda entre as condutas (medicação e psicoterapia) e (medicação e terapia cognitivo-comportamental), evidenciando a separação entre as abordagens psicodinâmicas e a abordagem cognitivo-comportamental.

Questão 6- Escreva uma metáfora ou um conto que simbolize a relação psiquiatra-paciente.

(DSC- 06/10/05)

<p>A relação psiquiatra-paciente é um quebra-cabeças. (relação – quebra-cabeça)</p>	<p>A relação psiquiatra-paciente deve ser uma relação tática que tem dois lados. (relação tática)</p>
<p>Ser psiquiatra é tentar achar agulha num palheiro, tentar organizar um céu de estrelas, sem nada ter nas mãos. É como montar um quebra-cabeças (pode ter o encaixe perfeito, faltar peças, demorar para completar e até mesmo trazer impaciência e outros sentimentos para quem está montando, como, dúvida, raiva, desânimo...).</p>	<p>Uma relação tática que não busque a essência da causa, que saiba que epifanias não devem ser traduzidas, explicadas, e sim entronizadas, para que não haja a substituição da lógica da realidade pela lógica do sonho. Afinal, toda história tem dois lados. Descubra até onde conseguimos chegar.</p>

*Ancoragem I:* A relação psiquiatra-paciente é uma relação tática na qual o psiquiatra deve, com estratégia, montar um quebra-cabeça sobre a história do paciente.

*Ancoragem II:* A relação psiquiatra-paciente é compreendida segundo abstrações.

Neste primeiro momento da questão 6 (metáfora), temos dois grupamentos de idéias centrais que são: a relação psiquiatra-paciente é um quebra-cabeças (relação quebra-cabeças) e, a relação psiquiatra-paciente deve ser uma relação tática que tem dois lados. Como ancoragens, temos: a relação psiquiatra-paciente é uma relação tática onde o psiquiatra deve, com estratégia, montar um quebra-cabeça sobre a história do paciente e, na segunda ancoragem, temos: a relação psiquiatra-paciente é compreendida segundo abstrações.

Neste momento, percebe-se um certo receio da relação com o paciente, como se o psiquiatra tivesse o papel de descobrir verdades (relação quebra-cabeças). Esta relação necessita de tática. Também percebemos a noção de dificuldade em se lidar com problemas

do paciente. Por outro lado, temos uma descrição rebuscada e inacessível do que pode ser essa relação em termos abstratos. Parece ser um discurso imaginário sobre o que se imagina ser a psicodinâmica.

Questão 6- (DSC- 11/05/06)

<p>A relação psiquiatra-paciente é um trabalho árduo. (relação é trabalho árduo)</p>	<p>A relação psiquiatra-paciente é aguardar e não querer saber logo de antemão. (relação é paciência)</p>	<p>O paciente só lembra do psiquiatra quando necessário. (relação é desigual)</p>
<p>No trabalho como psiquiatra me sinto como uma formiguinha, que sozinha tem de construir um formigueiro inteiro (sobrecarga na residência, de funções, etc., no PS paciente cindido e a família desestruturada). Trabalho árduo. É dar mastigado e receber algo para ser digerido.</p>	<p>Por vezes é bom darmos um passo para trás, para posteriormente podermos dar dois passos à frente (não querer saber logo de antemão. Analisar primeiro). No PS é diferente.</p>	<p>Capitalismo: um mal necessário. (O médico é procurado somente quando necessário). Só se lembram quando precisam e minimizam as questões por causa dos preconceitos.</p>

*Ancoragem I:* A relação psiquiatra-paciente traz sobrecarga para o psiquiatra e muitas vezes o psiquiatra não é valorizado.

*Ancoragem II:* A residência de psiquiatria traz sobrecarga para o residente.

*Ancoragem III:* O psiquiatra tem que ter paciência e saber analisar.

Neste segundo momento da questão 6, temos três grupamentos de idéias centrais que são: a relação psiquiatra-paciente é um trabalho árduo (relação é trabalho árduo), a relação psiquiatra-paciente é aguardar e não querer saber logo de antemão (relação é paciência) e, o paciente só se lembra do psiquiatra quando necessário (relação é desigual). Como ancoragens, temos: a relação psiquiatra-paciente traz sobrecarga para o psiquiatra e muitas vezes o psiquiatra não é valorizado, a residência de psiquiatria traz sobrecarga para o residente e, como terceira ancoragem, temos: o psiquiatra tem que ter paciência e saber analisar.

Podemos perceber que, aqui aparecem idéias de sentimentos de exploração e não valorização, revolta com situações de pacientes com as quais é difícil se lidar, com questões sociais, preconceitos dos pacientes e familiares, com relação à psiquiatria, não aderência a

tratamentos e sentimento de menos valia do residente. Ao mesmo tempo, aparece a idéia de que o psiquiatra, com exceção do pronto socorro, deve esperar e analisar, antes de fazer diagnóstico e tomar uma conduta. Ou seja, talvez agora, já não necessite saber tudo de antemão (diminuição da ansiedade de saber).

Questão 6- (DSC- 01/12/06)

Relacionar-se com o paciente é tentar enxergar na penumbra.(relação é tentar enxergar o desconhecido)	A relação psiquiatra-paciente é uma simbiose paradoxal. (relação é simbiose)	A relação psiquiatra-paciente é uma relação de ganhos e dificuldades para ambos. (relação é vínculo de dois lados)
Relacionar-se com o paciente é tentar enxergar o mundo através de uma fechadura em uma sala na penumbra.	Estudar o paciente psiquiátrico é uma simbiose paradoxal, isto é, o fluxo de informações deve ser contínuo, mas o fluxo de sentimentos e emoções deve ser filtrado.	Atravessar um oceano em um transatlântico ou em um simples barquinho pode terminar da mesma forma se um maremoto ou um iceberg. O transatlântico pode escapar com mais sucesso de um maremoto, mas o barquinho escapa melhor do iceberg. Todos têm suas fraquezas, a qual deve ser olhada de perto para ser melhor monitorada. A relação psiquiatra-paciente é como um quebra-cabeça (as peças vêm soltas, montamos e devolvemos ao paciente). Tanto o paciente como o psiquiatra tem ganhos e dificuldades ao longo do tratamento.

*Ancoragem I:* A relação psiquiatra-paciente é um quebra-cabeça, mas o paciente e o psiquiatra têm ganhos e dificuldades ao longo do tempo de vínculo.

*Ancoragem II:* A relação psiquiatra-paciente é como enxergar na penumbra.

*Ancoragem III:* A relação psiquiatra-paciente é uma simbiose paradoxal.

Neste último momento da questão 6, temos três grupamentos de idéias centrais que são: relacionar-se com o paciente é tentar enxergar na penumbra (relação é tentar enxergar o desconhecido), a relação psiquiatra-paciente é uma simbiose paradoxal (relação é simbiose) e, a relação psiquiatra-paciente é uma relação de ganhos e dificuldades para ambos (relação é vínculo de dois lados). Como ancoragens, temos: a relação psiquiatra-paciente é um quebra-cabeça, mas o paciente e o psiquiatra têm ganhos e dificuldades ao longo do tempo de

vínculo, a relação psiquiatra-paciente é como enxergar na penumbra e, a relação psiquiatra-paciente é uma simbiose paradoxal.

Podemos aqui perceber, neste momento, que aparecem as dificuldades em enxergar o outro e perceber-se sem saber. Notamos, também, que aparece o termo “simbiose” e que as emoções devem ser filtradas, expressando uma defesa (filtro das emoções) contra uma possível ligação simbiótica. Ao mesmo tempo, temos um outro grupamento do discurso, que mostra uma visão mais positiva e não defensiva quando fala de dificuldades e soluções e, pode perceber o vínculo de dois lados com ganhos e dificuldades para ambos os lados, psiquiatra e paciente, sem que isso cause medo (todos têm suas fraquezas).

Na sexta questão, num primeiro momento, temos a relação psiquiatra-paciente como quebra-cabeça e o psiquiatra descobridor de verdades; uma relação de estratégia e tática. Por outro lado, temos a noção de compreensão do que pode ser mais abstrato para o paciente, mas não temos a especificação desse abstrato, tornando-se uma descrição rebuscada e inacessível. No segundo momento, aparecem idéias de dificuldade e sobrecarga, tanto na relação com o paciente como na residência médica. O psiquiatra já não precisa saber tudo de antemão, mas o residente sente as dificuldades, sobrecarga e desvalorização. No último momento, percebemos que o vínculo psiquiatra-paciente se aprofunda e nota-se que ambos têm ganhos e dificuldades, evidenciando a profunda interação desta relação. Aparecem as dificuldades em se enxergar o outro e perceber-se sem saber. Com o aprofundamento, evidenciam-se duas atitudes: uma mais positiva, em que a dificuldade pode ser percebida e suportada e, outra, defendida, na qual o afastamento do envolvimento (filtro das emoções) protege contra uma possível simbiose.

Após a análise dos dados do questionário, apresento o resultado e a análise dos dados da entrevista realizada em 15/12/06.

**Entrevista:** na sua opinião, que fatores em sua vida (ocorridos no período da residência) contribuíram para possíveis modificações na forma como você se percebe e percebe o paciente?

(DSC- 15/12/06)

### Grupamento I

A experiência da residência traz uma mudança natural e gradual.
<p>Eu acho que durante a residência tudo vai mudando né?. Então, a partir do momento que você começa a ter a percepção de uma coisinha no paciente ou outra coisinha em você, isso vai abrindo um outro campo, para você ir percebendo coisas além disso e vai virando um efeito borboleta, vamos dizer assim, cada portinha que você abre vai te mostrando outras portas para você abrir. Acho difícil pontuar os fatores na minha vida que fizeram com que essas modificações, que essas percepções foram se modificando, não sei dizer, né, uma, ai: aquele dia eu percebi tal coisa. Eu não consigo ver. Vou vendo, não sei, não consigo pontuar muito.</p> <p>Eu acho que assim, os fatores que vão acontecendo não são, o que é mais importante não é o que aconteceu, né? Mas, sim como eu pude ver aquilo diferente de antes. Por causa dessa bagagem que a gente vai ganhando na residência de psiquiatria. Então, sei lá, se eu tive um problema com um namorado, agora é diferente o que eu vejo, do que eu via antes. O problema é mais ou menos o mesmo. O fato é mais ou menos o mesmo, mas vai mudando. Eu não consigo ver assim, ai...você, esse dia, eu não consigo ver assim. Eu consigo ver uma coisa mais contínua mesmo. Se vai juntando, né? Você pega uma coisinha aqui, outra ali, uma coisinha lá, e, vai formando a sua rede de pensamento. A rede de perceber as coisas, né? Como você vai filtrando aquilo que vem. Não consigo pontuar. Acho que você ouve uma visão de um psiquiatra numa supervisão, a de outro em outra, ou mesmo, numa reunião clínica, um fala uma coisa daquele caso, outro vê de outra maneira. Tem gente que tem uma visão mais orgânica, outro mais de psicodinâmica e acho que a gente vai juntando. Vai fazendo uma colcha de retalhos com todas essas informações. Acho que tem: aquilo que eu ouvi aquele dia, mudou. Não, não consigo ver assim. Acho que é.</p> <p>Por exemplo, a raiva perante alguns tipos de pacientes desafiadores, com transtorno de personalidade, dependência química ou bipolares, alguma coisa do gênero, já não existe mais. Às vezes vem, mas vem naqueles dias que você está muito cansado ou que alguma coisa não deu certo no seu dia-a-dia.</p> <p>A separação entre o homem e o médico está muito melhor. Acho que, para amarrar essa separação, essa cisão, claro, não dá para fazer sempre, mas faz ter uma postura melhor frente ao paciente para poder ajudá-lo na hora que ele vem me procurar. Acho que é isso. Só para completar: antes, a gente tinha medo do paciente. Hoje, a gente, a gente não, eu estou muito seguro. Claro, a gente sempre tem um pé atrás com o que pode vir. Mas o medo de enfrentá-lo, hoje, não existe mais.</p> <p>Acho que, por isso, que eu sempre quis fazer psiquiatria, porque é algo que você leva para sua vida. Acho que, acima de tudo, você melhora como pessoa, não é só a questão profissional. Você tende isso para as outras questões, então, eu acho que isso é o interessante da coisa, ta bom?</p>

## Grupamento II

O que influenciou minha mudança foi um filme que eu vi, que falava sobre diferentes maneiras de se ver um mesmo fenômeno.

Acho que uma coisa que eu gostei bastante, assim, que eu achei que juntou algumas coisas aí, que passaram na minha cabeça e pareceu que ficaram mais claras. Foi um filme que eu assisti: “What the blit do you know”, acho que em português se chama, acho que eu falei p’ra você, ai, não sei o nome em português, mas é um filme documentário que mostra um monte de, então tem psiquiatra, tem umas pessoas que estudam religião, neurologistas, físicos quânticos, que vão mostrando algumas coisas que, como é vasto o mundo que está lá dentro, né? de cada um, e como, quer dizer, cada um percebe o mundo de um jeito, cada um capta do mundo uma coisa diferente. De uma cena, ele vai captar coisas diferentes e como que cada um vai processando isso. E acho que é importante perceber, quando você está lidando com qualquer outra pessoa, com qualquer outro ser humano e dentro da nossa profissão, a gente faz isso o tempo todo. O meu mundo é completamente diferente do dele, as vivências e tudo, e a gente tem acesso a muito pouco disso, quer dizer, é o que ele traz através da linguagem, através, às vezes, de gestos, de coisas que a gente vai percebendo, mas é muito pouco, e do que, de tudo que ele é. Então acho que é isso que é mais difícil na nossa profissão, mas é o que mais é interessante. E acho que durante a residência também é, até dentro do meio, vamos dizer, dos próprios psiquiatras, se vai percebendo como cada um tem o seu funcionamento, como é complicado, às vezes, as relações dentro desse mundo, né? Que como às vezes, a gente, eu comento com o pessoal, o psiquiatra não consegue atuar muito na profissão dele. Ele tem que estar prestando toda hora atenção, se ele não está atuando, se aquilo não é da contratransferência. Mas, com isso, eu acho que as pessoas vão desenvolvendo uma coisa de atuar de outra maneira, então com os colegas, então é um lugar, às vezes, parece um pouco perigoso, você tem que tomar cuidado com o que você vai falar. Como você vai se por em tudo. E acho que isso também é um aprendizado para a gente ir aprendendo a lidar com o ser humano e que são seres humanos que são, mais refinados, nessa coisa de tomar cuidado com o que fala e tudo. Diferente dos outros meios. E acho que toda vez que você olha para o paciente, e, você percebe alguma coisa nele, obrigatoriamente, você está olhando para você também, né? E está se percebendo em algumas coisas. Acho que é o tempo todo isso. Não tem alguns períodos pontuais. Acho que é uma coisa que vai vindo e você vai percebendo toda hora. É isso, Rê. O filme é: “What the blit do we know”. Esse blit é como se fosse aquele bip...bip. O Wolff tem esse filme.

## Grupamento III

Ser disciplinado comigo me fez ver o paciente de forma diferente.

No primeiro ano de residência, por não ter prioridade a residência, por ter vícios e não se adequar disciplinarmente, para que a minha produção fosse eficaz, o bastante, foi um defeito que contribuiu em tudo. A partir do momento que eu organizei, na forma técnica, ética, assiduidade, eu enxerguei o paciente de forma diferente. Não mais como um empecilho ou um número a mais no meu dia. Que eu estava de saco cheio e queria voltar para casa antes. Via aquela pessoa de forma diferente, com sofrimento mental e que via na minha pessoa, naquele momento, a única forma de ser ajudada. Esse sentimento acabou na, de uma forma de contratransferência do paciente, para mim, me fazendo pensar um pouquinho. De tanto ouvir como as pessoas sofrem, enfim acabou mudando. A minha vida não estava adequada à vida de um médico que se propõe a ajudar pessoas que sofrem. A exposição com colegas de residência. Eu moro com um residente da ortopedia e o fato de vê-lo sair de casa às 5:00h e voltar às 23:00h. Eu saio às 7:00h e às 17:00h voltava reclamando. Claro, um tem cansaço do lado mental e o outro um cansaço mais físico, mas não deixa de mudar minha postura perante o paciente.

## Grupamento IV

## Problemas familiares e pessoais influenciaram minha mudança na residência.

As relações familiares me fizeram mudar de postura perante o paciente. Tive uns problemas de relações familiares no primeiro ano. Eu era o médico da família literalmente e acabou bagunçando a priorização da residência médica. Com relação a isso, pela primeira vez consegui separar o lado afetivo que eu tinha da relação com o meu pai, com minha mãe ou com minha irmã para um lado mais, digamos assim: amigos, amigos; negócios, negócios. Então, apesar de amar meu pai, minha mãe e minha irmã, eu via que algumas condutas deles estavam prejudicando a eles e a mim indiretamente. Tive que fazer uma cisão nessa parte afetiva e isso me prejudicou muito. Me deixou muito triste e muito mal, mas por um lado foi muito bom, pois eu trouxe essa postura para com o paciente também. Eu tirei o afeto de lado e fiquei mais firme como profissional na hora de poder orientá-lo e não dividir tanto o sofrimento na hora. Às vezes a questão de você saber separar a sua subjetividade na hora de enfrentar o sofrimento mental, fica muito difícil, principalmente para quem nunca tinha lidado com isso antes.

Acho que outra coisa também, a questão da minha mãe nesse R2, ela está doente ainda. Ela está tendo conseqüências da cirurgia que ela fez e, para quem tinha uma imagem disso, da sua mãe forte, aquela imagem heróica, já não tem mais e isso me abalou um pouquinho, é claro, né? Não tudo só foi para o lado bom na hora de me portar frente ao paciente. Tem períodos em que as influências de vida faz você ter um rendimento menor no saber separar aquilo que eu falei antes melhor. Acho que foram quatro fatores que acabaram acontecendo aí. O fato também, do meu pai fazer tratamento psiquiátrico e ter ido procurara ajuda e ter melhorado. Acho que quando funciona dentro da família da gente, também diminui a nossa impotência e frustração perante os pacientes que não podem ser resolvidos. Tem casos que dá. Tem casos que não dá para você resolver e isso também melhorou muito para mim. Acho que questões pessoais talvez. Acho que algumas coisas na minha vida. Minhas relações com minha família... algumas questões mais afetivas. Eu acho que, de alguma forma, acaba interferindo. Bom... é que aconteceram algumas coisas durante este ano.

Eu, justamente por ter tido também um problema pessoal, um término de um relacionamento, muitos problemas nesse relacionamento, eu comecei a me ver diferente na residência. Então, assim, antes eu tinha muito problema em lidar com a pressão externa, com a opinião do outro, eu me esforçava para ser o melhor, para ser bom e não conseguia ter o reconhecimento disso. A partir do momento que eu tive esse problema fora, eu comecei a lidar de uma maneira completamente diferente como se tivesse sido a última gota da minha vida pessoal e aí eu consegui ganhar mais respeito dentro da residência. Consegui me colocar mais. Me impor mais, então eu tive um crescimento muito grande, eu acho, na minha parte profissional mesmo, por esse acontecimento externo. Eu acho que isso foi o primeiro evento mesmo. E além disso, tive uma briga horrorosa com a minha mãe, decorrente do término da relação e, também fez com que eu enxergasse que não adianta eu querer que os outros me vejam de uma maneira que talvez eu nunca seja. E aí eu comecei a perceber mesmo, que eu tenho que tentar ser melhor da minha forma. E aí, fazendo isso, eu consegui ter muito mais tranquilidade e não fiquei tão preocupado com as cobranças externas com relação à residência e ganhei mais respeito mesmo. Acho que foi o principal assim.

Dentro da residência, eu acho que, é que veio tudo muito junto né? Assim, dentro da residência eu tive um, o principal mesmo foi essa questão da cobrança. De eu estar trabalhando de um jeito que eu não gostaria de estar trabalhando. De lidar com o paciente de uma maneira que eu não gostaria de estar lidando e por mais que eu tentasse fazer, eu não tinha o reconhecimento das pessoas que eu admirava como profissionais, né? Então, e aí vem a parte pessoal, né? Que junto com isso eu falei: – Poxa vida, tentei ser melhor em todos os aspectos e não está bastando. Então eu vou ter que ser eu. Foi daí que eu consegui mesmo lidar com a situação e falar milhões de coisas para as pessoas, que eu não estava tolerando mais, ser tratado daquele jeito, e aí, fui ficando bem, mais tranquilo. Descobri que eu não vou conseguir ser quem as pessoas querem que eu seja. E aí, foi quando eu fiquei tranquilo e a residência deixou de ser uma coisa: – Ai meu deus, eu preciso ir para a residência. E, uma coisa agradável, que hoje eu estou terminando e eu estou com dó de estar terminando. Ficaria mais.

Isso foi o ponto mais importante mesmo, porque, eu já vinha num crescimento, eu acho, sem eu perceber mesmo. Como uma coisa muito aguda me fez pensar em inúmeras coisas. Eu acho que isso foi o grande marco mesmo. Porque eu percebia que eu não estava sendo eu mesmo. Não tava. Eu tava fazendo alguém p'ros outros em tudo. Não só na minha vida pessoal como aqui também. Quando eu me dei conta disso na

vida pessoal, eu consegui me dar conta disso na residência também. Acho que foi super importante tudo isso.

## Grupamento V

### Minha própria terapia me influenciou na mudança.

Um fator interessante que mudou bastante a minha postura perante o paciente, foi a questão de ter iniciado a psicoterapia.

Antes de entrar na residência médica, achava que a psicoterapia era um bom papo e nada mais, inclusive, até, às vezes, falava isso por aí. Entrando na residência médica e sentindo na pele a necessidade de acompanhamento psicoterápico e após o início do acompanhamento, a gente começa a voltar, a não projetar, mas sim, a introjetar algumas coisas e ver que a gente precisa ter alguns limites, saber onde termina o nosso e aonde começa o da outra pessoa.

Foi desde o ano passado, procurei fazer a psicoterapia, coisa que eu nunca tinha feito. Eu tinha vontade, mas nunca tinha feito e acho que, percebendo a minha forma de funcionar, as coisas que eu consegui modificar, tentar perceber também as questões do outro, mesmo quando as pessoas fazem coisas com as quais você não concorda, mas você vê, que às vezes, para a pessoa tem um fundamento, é algo que é importante para ele. Você começa a observar e entender mais essas questões, mais esse lado é, acaba tendo um outro significado para você, porque antes você tratava de uma forma mais arreada ou não dava importância. De uma forma a vilependear o que o outro pensava, dando um valor maior para o que você estava pensando. Eu acho que é isso. Acho que a minha própria terapia, acho que ajudou muito para que eu visse isso. De uma forma geral, acabou me ajudando.

## Grupamento VI

Entender a psicodinâmica dos vínculos e a supervisão em psicoterapia contribuíram para a minha mudança.
<p>Eu acho que importante foi tentando observar as relações com os pacientes. Uma coisa muito importante que o Danilo falou, uma vez, é que a gente tem que abrir as cortinas do que acontece atrás. Eu, antigamente, tinha muito uma visão mais organicista. Algo que eu sempre pensei que eu fosse querer estudar... mas também não dá para você abandonar o outro lado. Você querer só enxergar esta questão, porque a parte funcional, a parte dinâmica do paciente é uma coisa muito importante. Então é algo que eu tenho tentado ver cada vez mais. A maior transformação que eu tive foi essa assim. No momento em que, não que eu desprezava, acho que eu não dava a importância devida para isso no início. Talvez até por um medo de não conseguir lidar bem. Acho que principalmente isso, talvez. Mas hoje em dia é algo que eu me importo mais e algo que eu tenho que melhorar muito ainda. Não que eu vou abandonar a questão organicista, pois é algo que eu gosto de estudar bastante, mas é algo que é fundamental para fazer uma boa clínica, para você ter uma boa relação com o seu paciente. A gente vê, cada vez mais, que uma relação, um vínculo bom com o seu paciente é fundamental para o processo terapêutico. Acho que isso é a principal diferença nossa de outras clínicas. É um vínculo que faz uma diferença. A gente tem que ter muito cuidado para que esse vínculo seja saudável ou não, né? Para que seja algo produtivo para o paciente. Isto é como eu tenho visto como a principal modificação que eu vi em mim, a medida que eu fui tendo o meu contato com os pacientes.</p> <p>Achei que a psicoterapia nos ajudou, não só a tratar bem, a mudar nossa conduta frente o paciente, mas p'ra gente mesmo p'ra ter um espaço, p'ra falar sobre nossas angústias pessoais, que às vezes, não era só a supervisão do caso, mas um novo episódio que estivesse acontecendo na residência. Sim, as reuniões de supervisão. Que muitas vezes, a gente acabava supervisionando nós mesmos, e que, ajudou muito.</p>

*Ancoragem I:* Durante o período de residência médica em psiquiatria vai havendo uma mudança na forma como nos percebemos e percebemos o paciente

*Ancoragem II:* Vários fatores, como sentimentos e diferentes perspectivas de mundo, durante a residência médica em psiquiatria, interferiram na mudança em como nos percebemos e percebemos o paciente.

Na entrevista, realizada em 15/12/06, temos seis grupamentos de idéias centrais que são: a experiência da residência traz uma mudança natural e gradual, o que influenciou minha mudança foi um filme que eu vi, que falava sobre diferentes maneiras de se ver um mesmo fenômeno, ser disciplinado comigo me fez ver o paciente de forma diferente, problemas familiares e pessoais influenciaram a minha mudança na residência, minha própria terapia me influenciou na mudança e, entender a psicodinâmica dos vínculos e a supervisão em psicoterapia contribuíram para a minha mudança. Como ancoragens, temos: durante o período da residência médica em psiquiatria vai havendo uma mudança na forma como nos percebemos e percebemos o paciente e, vários fatores, como sentimentos e diferentes

perspectivas de mundo, durante a residência médica em psiquiatria, interferiram na mudança em como nos percebemos e percebemos o paciente.

Neste momento (final da residência em psiquiatria), por meio da entrevista, percebemos que aparecem seis grupamentos sobre possíveis influências que contribuíram nas mudanças em como o residente se percebe e percebe o paciente. As possíveis influências são: a experiência da própria residência, um filme sobre as diferentes maneiras de se ver um fenômeno, problemas com disciplina, problemas familiares e pessoais, a própria terapia e o conhecimento sobre psicodinâmica e a supervisão em psicoterapia. Vários são os fatores e, podemos dizer que, dentre os fatores com que a residência em psiquiatria pode contribuir estão a experiência da própria residência, a supervisão em psicoterapia e o conhecimento sobre psicodinâmica. Fica evidente, através das ancoragens, a crença na mudança em como o residente se percebe e percebe o paciente e, que esta mudança tem influência de vários fatores.

Podemos acrescentar que a subjetividade aparece como um fator importante de mudança (um filme sobre diferentes maneiras de se ver um mesmo fenômeno). A importância da subjetividade se evidencia também nos discursos, analisados anteriormente. Outro dado importante é que a terapia pessoal se destaca, também, como agente de mudanças. Estes dois fatores são também propiciados pela experiência do aprendizado da psicoterapia psicodinâmica, pois percebemos que o residente começa a querer iniciar uma psicoterapia, geralmente depois que começa a atender casos na profissão. Começa então a se dar conta da subjetividade (olhar com os olhos do paciente), dos limites e da compreensão simbólica dentro do atendimento.

## 8 DISCUSSÃO

Após a análise dos resultados podemos dizer que os residentes, durante o estágio da psicoterapia, passaram por três fases. Numa primeira fase, ainda dentro de um modelo estritamente médico, o residente preocupa-se com o conhecimento técnico, com a habilidade de abordagem e, em adequar o paciente à sociedade. Além disso, há curiosidade pelo subjetivo e o início da idéia de que a escolha profissional seja incitada por motivações inconscientes. Nesta fase, há a crença de que o psiquiatra tem uma abordagem diferente, olhando o paciente como um todo e, que essa abordagem é esperada pelos clínicos e pelos próprios pacientes. O diagnóstico psicodinâmico aparece mais como um título, sem se analisar o vínculo com o paciente e a psicoterapia é citada, mas se desconhece o modo de funcionamento desta. Os sentimentos do psiquiatra são considerados geralmente contratransferenciais, embora não haja análise profunda disto. A relação psiquiatra-paciente é vista como um quebra-cabeça e o psiquiatra como um descobridor de verdades. O papel profissional (*persona* do psiquiatra) mostra-se mais rígido e menos diferenciado e conhecido. O discurso apresenta-se mais teórico e por vezes bastante abstrato. As ancoragens (crenças) deste momento são:

- 1- O psiquiatra é um profissional que tem que ter técnica, habilidade e abordagem específica para fazer o diagnóstico e tratamento do sofrimento mental;
- 2- O psiquiatra deve ser receptivo e sério com o paciente e ter facilidade em ouvi-lo. Os sentimentos que o psiquiatra experimenta geralmente são contratransferenciais e devem ser trabalhados na própria terapia;
- 3- O psiquiatra aborda o paciente como um todo e o próprio paciente e os outros clínicos esperam esta postura do psiquiatra;
- 4- A fala do psiquiatra tem uma distância da fala do paciente e, apesar dos problemas difíceis o psiquiatra deve estar sempre na atitude de ajuda;
- 5- Ser psiquiatra é andar por um caminho tortuoso, mas achar o caminho certo é achar o próprio eu;

6- A paciente (no caso clínico I) está apresentando uma transferência erótica, o que não é incomum devido à fragilidade em que se encontra. Deve-se conversar de forma empática e encaminhá-la para psicoterapia e, se necessário, outro residente;

7- Este comportamento (paciente do caso clínico I) é devido a uma virada maníaca, que deve ser melhor investigada e medicada adequadamente;

8- A psicoterapia pode ajudar a descobrir a razão do conflito no TOC (caso clínico II) o qual pode ser um estressor psicossocial;

9- O paciente com TOC deve fazer uso de medicação e psicoterapia ou medicação e TCC (terapia cognitivo-comportamental);

10- No TOC, com terapia adequada é possível se esquecer os pensamentos obsessivos e reestruturar a vida;

11- A relação psiquiatra-paciente é uma relação tática na qual o psiquiatra deve, com estratégia, montar um quebra-cabeça sobre a história do paciente;

12- A relação psiquiatra-paciente é compreendida segundo abstrações.

Em um segundo momento, o psiquiatra passa a ser um profissional com uma visão mais humana e empática. Começam a aparecer idéias de defesa e mecanismos de defesa, e o residente passa a ter mais contato com os próprios sentimentos e com os aspectos sombrios dos sentimentos e emoções. O que é subjetivo e abstrato começa a incomodar. Há uma necessidade de maior controle frente ao desconhecido. A relação com o paciente começa a propiciar o desmoronamento da *persona* e inicia-se um momento de maior confusão e de mistura de sentimentos do residente e do paciente. A transferência é percebida como um vínculo e não mais como um nome. O residente começa a ter a noção dos vínculos primários que se repetem nas relações. As ancoragens (crenças) que evidenciam este momento são:

1- Ser psiquiatra é lidar com a dor psíquica do próximo tendo uma visão de conhecimentos técnicos juntamente com uma visão mais humana;

2- O psiquiatra tem que lidar com o impalpável e abstrato e com os próprios sentimentos, o que gera, muitas vezes, impotência. A motivação na escolha da profissão, muitas vezes, tem a ver com aspectos obscuros da própria personalidade;

3- Existe uma diferença na abordagem do psiquiatra, pois este lida com aspectos técnicos e com questões do processo dinâmico do paciente e com os aspectos familiares;

4- Ser psiquiatra tem seu lado bom, como tentar ajudar o paciente e vê-lo como um todo, mas tem o seu lado ruim, pois nada tem base palpável e, além disso, algumas questões dos pacientes se misturam com as nossas;

5- Este vínculo (caso clínico I), (transferência erótica ou projeção da figura de pai bom) com o médico está sendo muito importante para a paciente e, pode ser responsável pela sua melhora, assim como pode também se referir às suas relações em geral, pois repetimos os padrões de vínculos primários com as outras pessoas;

6- O pensamento obsessivo (caso clínico II) pode estar simbolizando algum conflito do paciente;

7- Utilizar medicação e objetivar pensamentos disfuncionais ajuda o paciente no TOC;

8- A psicoterapia ajuda a evidenciar problemas vivenciais e pode ou não ser feita pelo residente de psiquiatria. Quem o fizer necessita ter eficiência técnica;

9- A relação psiquiatra-paciente traz sobrecarga para o psiquiatra e muitas vezes ele não é valorizado;

10- A residência de psiquiatria traz sobrecarga para o residente;

11- O psiquiatra tem que ter paciência e saber analisar;

Neste mesmo momento verificamos, ainda, um discurso de inconformismo, com relação à abordagem do psiquiatra não ser diferente da do clínico, como se imaginava, demonstrando um aprofundamento de reflexão, explicitado na seguinte ancoragem:

12- Deveria existir uma diferença, mas muitas vezes os psiquiatras são meros fazedores de receitas;

Percebemos, também, nesta segunda fase, as defesas que começam a surgir, com o aprofundamento do vínculo, evidenciadas na seguinte ancoragem:

13- Pacientes devem respeitar o limite que o médico impõe e com os pacientes inoportunos deve-se ser bastante firme com os limites, a fim de que não se desorganize o horário dos outros pacientes.

No terceiro momento observa-se uma maior preocupação com a subjetividade e um maior interesse no sofrimento humano. Buscam-se formas de amenizar ou conviver com

experiências anímicas e há uma percepção do paciente e do seu sofrimento de forma empática, ou seja, o residente pode se colocar no lugar do paciente. Ele passa a se relacionar com o sofrimento do outro e dele mesmo. O subjetivismo já não se apresenta amedrontador. É difícil, mas interessante, e há uma maior flexibilidade em se ter várias maneiras de ver um fenômeno. Há uma maior compreensão simbólica de sintomas e motivações. Este psiquiatra, numa atitude reflexiva, percebe que, ao olhar para o paciente, está olhando para si mesmo. A transferência é concebida como instrumento de trabalho e o elo entre paciente e psiquiatra torna-se de importância terapêutica. O psiquiatra se percebe no vínculo e há um maior contato com as dificuldades e com a sombra, propiciando uma ampliação de consciência. Com este aprofundamento na subjetividade das relações e no contato consigo mesmo, o residente caminha, de psiquiatra técnico para um psiquiatra que continua técnico, mas mais humano e empático. Este momento é descrito nas seguintes ancoragens:

1- Ser psiquiatra é ter interesse no sofrimento humano e cuidar deste, sabendo ouvir e como falar ao paciente, buscando formas de amenizar ou poder conviver com questões anímicas;

2- O psiquiatra lida com a essência do sofrimento humano e, portanto, com o subjetivo, o que não é fácil mas bastante interessante. Perceber o paciente é poder se colocar no seu lugar. É perceber a si mesmo;

3- Sim, existe diferença na abordagem, pois o psiquiatra vê o paciente como um todo e as relações que se estabelecem entre psiquiatra e paciente, formam um elo de importância terapêutica;

4- É importante tentar ver com os olhos do paciente e tentar lidar com a subjetividade, pois apesar de os problemas serem difíceis e de ter que se lidar com angústias e emoções, a empatia e a sensibilidade, por meio de vários caminhos, ajudam a reestruturar o significado de “ser humano”. Isto nos leva do caos à organização;

5- Ser psiquiatra é seguir uma escalada. Depois da residência fica mais difícil, pois estamos sem supervisão;

6- O vínculo psiquiatra-paciente é importante agente de melhora e pode simbolizar a cura para o paciente;

7- A transferência deve ser usada como ferramenta de trabalho na exploração de fatores emocionais que podem levar à melhora clínica ou não;

8- Os sintomas do paciente com TOC (caso clínico II) podem estar simbolizando afetos que o paciente desconhece como, por exemplo, agressividade, angústia e rejeição. O psiquiatra deve conversar com o paciente sobre tais sentimentos;

9- O paciente com TOC se beneficia de medicação e de psicoterapia para perceber algumas situações que o fazem sofrer e que fizeram com que desenvolvesse os sintomas;

10- A relação psiquiatra-paciente é um quebra-cabeça, mas o paciente e o psiquiatra têm ganhos e dificuldades ao longo do tempo de vínculo;

11- A relação psiquiatra-paciente é como enxergar na penumbra;

As defesas que já estavam evidentes no segundo momento se aprofundam e mostram-se nas seguintes ancoragens e também em uma idéia central:

12- A relação psiquiatra-paciente é uma simbiose paradoxal;

13- Paciente deprimido que muda de conduta repentinamente pode estar virando para fase de mania;

14- Ser psiquiatra é como a subida do monte Everest (idéia central).

Tais defesas estão evidentes quando o residente fala de uma relação como “simbiose paradoxal” e quando, após ter passado por todo o processo de envolvimento nega-se e afasta-se o vínculo, pois o envolvimento pode ser muito difícil. Portanto fica mais fácil, se lidar com o sentimento compreendendo-o em termos de alteração de comportamento: algo para ser medicado e não analisado. A subida do monte Everest tem a ver com escalada profissional, sem dúvida, mas também é um desafio que pode matar e afastar vínculos. Logicamente, nem todos os psiquiatras têm a formação psicodinâmica e ainda há uma predominância da visão da gênese biológica do transtorno mental, mas chama a atenção o fato, de, após a vivência de supervisão em psicodinâmica e de passar pela fase de desorganização e aprofundamento de vínculos consigo e com o paciente, o residente negue isto e trate o entusiasmo da paciente por ele como virada maníaca.

Durante o processo de atendimento em psicoterapia ocorre uma grande transformação. O residente inicia sua experiência através do modelo médico, enfatizando técnicas de abordagem, de observação de sinais, sintomas e preocupações com o encaminhamento, evidenciando uma *persona* profissional mais rígida. Com o passar do tempo, o vínculo com o paciente e a compreensão psicodinâmica se aprofundam. O residente presta maior atenção na subjetividade, na transferência e contratransferência. Passa a se ver dentro do vínculo e

percebe este como agente de mudanças para o paciente. Neste momento são ativados conteúdos internos do residente e ele entra em contato com as dificuldades e com a sombra, propiciado pelo encontro profundo com o paciente (desmoronamento da *persona*). Observa-se, neste estudo, que o residente, após a percepção dos próprios sentimentos e emoções, pode apresentar duas atitudes: uma, na qual há um aprofundamento de compreensão simbólica dos próprios conteúdos psíquicos e dos conteúdos do paciente, ativando a vivência arquetípica do curador ferido e propiciando uma maior integração das próprias vivências e, portanto, ajudando o paciente a integrar as suas vivências. A outra atitude é uma atitude defensiva, com distanciamento do paciente e reforço de *persona*. Esta atitude esconde, muitas vezes, o medo da simbiose e da não discriminação entre conteúdos da própria psique e da psique do paciente.

Existem diferenças individuais e, portanto, cada residente vai reagir a esse processo de aprendizado de acordo com a sua vida e sua história. Aqui foram analisadas as respostas dentro da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo; portanto, não se fala de resposta individual, mas uma resposta que identifica o pensamento coletivo.

Rodenhauser, Rudisill e Painter (1989) entendem o treino em psicoterapia como facilitador de atitudes, pois propiciam a utilização, nas relações, dos elementos aprendidos da relação terapêutica. Outros autores como Bluestone, Clemens e Meyerson (1992) acreditam que o residente, ao passar pelo treino em psicoterapia psicodinâmica, aprende a escutar e a estar preparado para surpresas nos relacionamentos.

Para Mohl et al (1990), o treino em psicoterapia possibilita ao residente se tornar mais completo e de acordo com Yager e Bienenfeld (2003), durante o treino, os residentes aumentam sua singularidade em se tornar competentes em psiquiatria compreensiva. Tisdall (1991) aponta para a importância do aprendizado de conceitos como transferência e contratransferência, na supervisão em psicoterapia, pois, o residente percebe mudanças com relação a esses sentimentos em si mesmo.

Os autores Pompili, Mancineli e Tartarelli (2002) atestam que a psicoterapia psicodinâmica ajuda no desenvolvimento de habilidades particulares envolvidas na relação médico-paciente, pois o psiquiatra tem que ter habilidades em compreender conflitos internos, medo e ansiedade. Segundo os autores, é importante desenvolver habilidades

empáticas e de acordo com Chalfin e Altieri (1991) o desenvolvimento de uma aliança de trabalho facilita a prescrição de medicação.

Byington (1995), ao abordar o transtorno mental une o biológico ao psicodinâmico em uma visão arquetípica, e considera a elaboração simbólica, o trabalho exercido pela função simbólica sobre as vivências. O estágio da psicoterapia facilita a elaboração simbólica sobre a junção dos aspectos biológicos e psicodinâmicos na psique, propiciando mudanças importantes para o residente sobre a concepção do transtorno mental.

Podemos perceber que, mais que se tornar um psiquiatra mais compreensivo, o treino em psicoterapia, que enfatiza o aprendizado dentro da visão psicodinâmica, com o estudo de conceitos como transferência, contratransferência e visão simbólica, possibilita uma importante transformação ao residente, na qual ele experimenta, em um primeiro momento desorganização e a emergência de conflitos e, posteriormente, a integração com ampliação de consciência e uma maior empatia. Ou pode experimentar uma atitude de defesa contra possível desintegração. Esta atitude defensiva é exacerbada durante o aprofundamento do vínculo com o paciente e o supervisor, mas também por entrar em contato com conteúdos próprios, pois toda vivência profunda pode amedrontar um ego menos estruturado ou com maiores defesas.

Como visto, o residente termina por desenvolver a escuta empática, não porque se exigiu o desenvolvimento desta habilidade, mas porque foi propiciada uma profunda transformação, que envolve uma aproximação da subjetividade, maior contato com as próprias emoções, reconhecimento de ansiedades, capacidade de elaboração simbólica de conteúdos internos, compreensão da alteridade para com o paciente, o desmoronamento da *persona* e a possibilidade de ativar defesas. Percebe-se então que o residente, que passa por esse processo, tende a desenvolver este tipo de escuta, a juntar o subjetivo aos dados objetivos, a juntar o biológico ao psicodinâmico e, ao conhecer a sua dinâmica e a do paciente, pode facilitar o desenvolvimento de uma aliança de trabalho e, portanto, propiciar uma abordagem mais completa.

## 9 CONCLUSÕES

Após avaliar os resultados e a análise dos quais decorreu a reflexão na discussão, podemos tecer algumas conclusões. Os residentes avaliados passaram por uma importante transformação de consciência. Esta transformação consistiu no aprofundamento do entendimento da psicodinâmica, de sentimentos e motivações do paciente e de si mesmo. Houve um aprofundamento na compreensão simbólica de sintomas e motivações. É claro que cada um vai seguir o seu caminho, à sua maneira, mas, este momento da residência foi importante. A observação de mudanças nos residentes de psiquiatria quando passavam no estágio da psicoterapia, motivou-me a realizar esta pesquisa. Percebo que a psiquiatria, como já foi exposto neste trabalho, caminhou para uma visão mais organicista e, somente agora começa a retomar, novamente, a visão psicodinâmica. Alguns psiquiatras, não por defesa, mas por formação, e sua diversidade, desconhecem, ou não levam em consideração a teoria psicodinâmica de desenvolvimento incluindo, os processos de formação de sintomas. Esses psiquiatras são denominados organicistas. Considero que a residência em psiquiatria que proporciona uma visão psicodinâmica profunda contribui para importantes transformações no residente. Certamente, as mudanças percebidas pelos residentes ocorreram devido a diversos fatores que fazem parte de suas vidas, fora da residência. A residência, porém, teria contribuído com os seminários e a supervisão em psicodinâmica, pois outros fatores dependerão da maturação e das próprias vivências do residente.

Nem todo residente será um psicoterapeuta. Não é possível formar um terapeuta na residência e nem tem sentido avaliar competência, pois demora um bom tempo para o profissional adquirir experiência. Como já apontado, o médico não entra na residência de psiquiatria para se tornar um terapeuta. Isto realmente não é o que importa. Percebi, com este trabalho, que o mais importante não é a preocupação com a formação do residente como psicoterapeuta, mas sim com a formação de um psiquiatra que se percebe, no vínculo com o seu paciente. Um psiquiatra mais humano, que é capaz de desenvolver empatia, não porque isto, hoje em dia, faça parte do curso de humanismo dentro da faculdade de medicina, mas porque experimentou um vínculo verdadeiro e profundo, no qual pôde vivenciar a influência de forças arquetípicas poderosas, como o arquétipo materno, o paterno, a emergência do curador ferido propiciada pela relação com o paciente, as manifestações da sombra, os

momentos de confusão e o contato com os próprios sentimentos. Este contato profundo com o outro e consigo mesmo, no vínculo, pode também propiciar defesas e medo, devido ao receio da simbiose e não discriminação de conteúdos psíquicos com relação ao paciente. Mas o caminho para o tesouro está cheio de perigos. Arquetipicamente sempre esteve. E, somente o herói, que conhece a humildade e pode agüentar as forças sombrias, pode chegar ao tesouro e, como todo herói, trazer para o mundo as mudanças de consciência (tesouro) que experimentou em si mesmo.

O conhecimento dos fenômenos psíquicos por meio da visão psicodinâmica, dos conceitos de transferência e contratransferência, da atitude empática do supervisor e da compreensão simbólica, proporciona ao residente de psiquiatria uma mudança de escuta, de consciência e, portanto, de atitude. Esta mudança traz uma transformação em como o paciente e seus sintomas são vistos. O estágio de psicoterapia proporcionou esta mudança.

É importante que sejam feitas mais pesquisas com relação a esse processo de aprendizado em psicoterapia na residência de psiquiatria, como por exemplo, a influência do tipo psicológico e da linha teórica do supervisor no processo de aprendizado em psicoterapia. No Brasil não há pesquisas com residentes de psiquiatria e, como já foi apontado, não existem estudos qualitativos que possam avaliar o impacto desse aprendizado para o residente. Outra sugestão importante é a leitura de textos analíticos, que faz com que o residente tenha um aprendizado sobre a formação de vínculos, transferência, contratransferência e compreensão simbólica, o que certamente o ajudará a perceber os processos de vínculo com o paciente, com o supervisor e consigo mesmo.

Uma semana após eu ter entrado na residência em psiquiatria da USP (1988), tive uma crise de choro. Eu não me conformava com um psiquiatra que perguntava apenas se o paciente havia dormido bem, se não ouvia mais vozes, se estava com apetite normal, etc. Pois eu sempre me lembrei de que, quando eu tinha três anos de idade, minha mãe teve uma depressão profunda. Ela não queria comer, se vestia sempre com um vestido preto, chorava pelos cantos, não tinha vontade de fazer nada e nem de cuidar de si, de mim e de minha irmã de quatro anos. Ela foi tratada por um psiquiatra do sanatório Bela Vista, que deu a ela medicação e muita escuta empática. Mais tarde, aos 26 anos, durante o período da residência, soube pelo meu terapeuta (Miguel Navarro) que, esse médico maravilhoso que tinha trazido minha mãe de volta à vida, Dr. Marco Aurélio dos Reis, havia, depois de ter trabalhado no

sanatório Bela Vista, se tornado um psicanalista. Agradeço a ele por ter transformado o meu mundo.

## ANEXO A

### Termo de consentimento livre e esclarecido

*Pesquisa:* O treino em psicoterapia na residência de psiquiatria:  
uma visão da psicologia analítica.

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, tel: \_\_\_\_\_, sexo (M) (F), médico (a) residente do \_\_\_\_\_ ano em psiquiatria da disciplina de psiquiatria da Faculdade de Medicina do ABC, concordo em participar deste estudo, cujo nome está supra citado, referente à pesquisa de mestrado, realizado pela Dra. Regina Álvares Biscaro (coordenadora do núcleo de psicoterapia das disciplinas de psiquiatria e psicologia médica da Faculdade de Medicina do ABC). Estou ciente de que meu nome e demais dados serão mantidos em sigilo, privacidade e total confidencialidade e, que, o material coletado terá uso específico para esta pesquisa. Estou ciente também, de que tenho a liberdade de recusar ou retirar o consentimento sem penalização, em qualquer momento do estudo.

Fui devidamente informado sobre o estudo e seu método. Sei que esta pesquisa apresenta risco “mínimo” para o participante, e que posso abandoná-la caso sinta algum desconforto. Fui também informado que tal pesquisa não interferirá na nota final do ciclo de psicoterapia e na nota final geral da residência de psiquiatria.

*Pesquisador:* Dra. Regina Alvares Biscaro, RG: 13530419, Tel: 9628-2880. Endereço: Rua Bartolomeu de Gusmão, 302, apto. 104, Vila Mariana, São Paulo.

*Justificativa da pesquisa:* Avaliar a possível mudança de percepção do residente, que se processa no estágio da psicoterapia.

*Benefícios da pesquisa:* Contribuir com a melhoria na formação do residente em psiquiatria em termos humanísticos e promover um espaço de reflexão com a produção de sentidos subjetivos pelos próprios residentes.

*Riscos da pesquisa:* Esta pesquisa oferece risco mínimo ao participante. Isto quer dizer que os riscos de danos aos participantes não são maiores dos que os encontrados em sua vida diária ou em testes físicos ou psicológicos rotineiros.

Santo André, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

*Pesquisadora:*

*Participante (sujeito):*

## **ANEXO B**

### **Questionário**

1- O que significa ser psiquiatra?

2- Como você se percebe enquanto psiquiatra?

(Fale um pouco sobre: sentimentos mais freqüentes, atitudes habituais que você tem, características pessoais, aspirações e motivações que o levaram a escolher essa especialidade).

3- Você acha que existe diferença entre o psiquiatra e os outros clínicos, com relação à abordagem do paciente? Se existe, qual seria a diferença?

4- Faça um desenho (e complete com recortes se quiser) sobre o que significa ser psiquiatra.

5- Leia atentamente os dois casos clínicos a seguir e responda.

#### **Caso clínico I:**

Uma paciente, publicitária, vem à primeira consulta, no ambulatório de psiquiatria e refere estar com insônia, desânimo e falta de prazer nas coisas que faz, há dois meses. O residente que a atende faz o diagnóstico de depressão, após a anamnese e exame psíquico. Decide usar como medicamento, fluoxetina e marca retornos quinzenais. Com 40mg/dia de fluoxetina, a paciente apresenta sensível melhora, passa a se arrumar melhor e fica visivelmente mais sorridente. O médico residente sempre conversa bastante com sua paciente e decide espaçar as consultas, já que a mesma encontra-se muito bem e sem queixas. Mesmo com o espaçamento das consultas, a paciente vem semanalmente, sempre muito arrumada, insistindo em vê-lo para tirar dúvidas esporádicas sobre os efeitos colaterais da medicação. Como você vê este caso? Como o conduziria se fosse o residente?

#### **Caso clínico II:**

Paciente do sexo masculino, gerente bancário, 42 anos, vem ao ambulatório de psiquiatria para a primeira consulta. Refere estar se sentindo muito ansioso, pois vem apresentando pensamentos estranhos, que não consegue deixar de pensar. Dorme e levanta-se com tais pensamentos. Ao ser abordado mais detalhadamente pelo residente, revela que o

conteúdo dos pensamentos é de que vai matar seus filhos. Mostra-se extremamente ansioso e chora durante a consulta. Refere estar passando por uma separação conjugal, por desejo e decisão da esposa, com a qual não concorda. Não entende como tais pensamentos “vieram parar na sua cabeça”, pois gosta muito dos filhos e da esposa também, embora esteja muito chateado com ela. Refere já ter tentado fazer muitas coisas para se livrar dos pensamentos, como, tentar não pensar ou bater na madeira do pé da mesa de jantar. Acha-se ridículo, mas não consegue fazer diferente. Como você vê este caso?

Como o conduziria se fosse o residente?

6- Escreva uma metáfora ou um conto que simbolize a relação psiquiatra-paciente.

## **ANEXO C**

### **Entrevista**

1- Na sua opinião, que fatores em sua vida (ocorridos no período da residência) contribuíram para possíveis modificações na forma como você se percebe e percebe o paciente?

## REFERÊNCIAS

ABLON, J. et al. Psychotherapies: can we tell the difference? **Harvard Mental Health Letter**, v. 19, n. 4, p. 6-7, oct. 2002.

ACKERMAN, S. J. et al. Ratings of therapist dynamic activities and alliance early and late in psychotherapy. **Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training**, v. 42, n. 2, p. 225-231, summer. 2005.

ADAMS, J. The contribution of the psychological evaluation to psychiatric diagnosis. **Journal of Personality Assessment**, v. 36, n. 6, p. 561-566, dec. 1972.

ALONSO, A. On being skilled and deskilld as a psychotherapy supervisor. **Journal of Psychotherapy Practice and Research**, v. 9, n. 1, p. 55-61, winter. 2000.

ANDREASEN, N. Diversity in psychiatry: or, why did we become psychiatrists? **The American Journal of Psychiatry**, v. 158, n. 5, p. 673-675, may. 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023: informação e documentação: referências: elaboração**. Rio de janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_. **NBR 6024: informação e documentação: numeração progressiva das seções de um documento escrito: apresentação**. Rio de janeiro, 2003.

\_\_\_\_\_. **NBR 6027: informação e documentação: sumário: apresentação**. Rio de janeiro, 2003.

\_\_\_\_\_. **NBR 6028: informação e documentação: resumo: apresentação**. Rio de Janeiro, 2003.

\_\_\_\_\_. **NBR 6034: informação e documentação: índice: apresentação**. Rio de Janeiro, 2004.

\_\_\_\_\_. **NBR 10520: informação e documentação: citações em documentos: apresentação**. Rio de Janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_. **NBR 14724: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação**. Rio de Janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_. **NBR 12225: informação e documentação: lombada: apresentação**. Rio de Janeiro, 2004.

\_\_\_\_\_. **NBR 14724: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação**. Emenda 1. Rio de Janeiro, 2005.

BLUESTONE, H.; CLEMENS, N.A.; MEYERSON, A.T. Should clinical training in long-term psychodynamic psychotherapy be mandatory in residency training? **Journal of Psychotherapy Practice and Research**, v. 8, n. 2, p. 162-169, spring. 1999.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Introdução. Notas para um debate. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** Petrópolis: Vozes, 2004.

BOTEGA, J.N.; BRASIL, M.A.A.; JORGE, M.R. **Residência em psiquiatria:** enquête nacional discorda da posição da Comissão Nacional de Residência Médica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 27, n. 4, p. 341-348, 2005.

BRENNER, A. M. The role of personal psychodynamic psychotherapy in becoming a competent psychiatrist. **Harvey Review Psychiatry**, v. 14, n. 5, p. 268-272, 2006.

BUCKLEY, P. et al. Brief communication: Psychotherapy skill profiles of psychiatric residents. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 169, n. 11, p. 733-737, 1981.

\_\_\_\_\_. Learning dynamic psychotherapy: A longitudinal study. **The American Journal of Psychiatry**, v. 139, n. 12, p. 1607-1610, 1982.

BURGUM, M. et al. The therapeutic implications of supervision. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 29, n. 2, p. 357-363, 1959.

BYNGTON, C. A. B. **A perspectiva simbólica do espectro obsessivo-compulsivo:** O “projeto” de Freud revisitado pelo arquétipo de Jung. **Junguiana**, n. 13, São Paulo, 1995.

CALLAHAN, J.; HYNAN, M.T. Models of psychotherapy outcome: Are they applicable in training clinics? **Psychological Services**, v. 2, n. 1, p. 65-69, winter./spring. 2005.

CASPI, A. et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-TT gene. **Science**, v. 301, p. 386-389, 2003.

CELENZA, A.; GANS, S.; WOOLLEY, S.T. Love, psychosis, and boundaries: A resident's first psychotherapy case. **Harvest Review Psychiatry**, v. 12, n. 3, p. 165-176, 2004.

CHAIMOWITZ, G. Psychotherapy in psychiatry. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 49, n. 2, p. 1-3, 2004.

CHALFIN, R.; ALTIERI, J. Supervised treatment of an obsessional patient by a psychiatric resident utilizing psychotherapy and pharmacotherapy. **American Journal of Psychotherapy**, v. 65, n. 1, p. 43-53, Jan. 1991.

COON, K. A et al. A pilot study of psychiatry resident psychotherapy competency: the impact of resident attitude and demographics. **American Journal of Psychotherapy**, v. 60, n. 2, p. 175-185, 2006.

DALGALARRONDO, P. **Civilização e loucura**. São Paulo: Lemos, 1996. 124 p.

\_\_\_\_\_. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000. 271 p.

DALTON, M. E.; SCHUYLER, D. A marriage between pharmacotherapy and psychotherapy. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 3, n. 3, p. 140-142, 2001.

D`ANDREA, F.F. Terapia de formação para residentes de psiquiatria. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 26, n. 1, p. 17-19, jan. 1980.

DE JONGHE, F. et al. Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. **The British Journal of Psychiatry**, v. 185, p. 37-45, july. 2004.

EKSTROM, S.R. The mind beyond our immediate awareness: Freudian, Jungian, and cognitive models of the unconscious. **Journal of Analytical Psychology**, v. 49, p. 657-682, 2004.

ELIZUR, A. et al. Self-evaluation of psychotherapeutic competence. **British Journal of Medical Psychology**, v. 67, n. 3, p. 231-235, 1994.

ELLENBERGER, H.F. **The Discovery of the Unconscious**. 2.ed., New York: Basic Books, 1970. 932 p.

ELLISON, J.M. Teaching collaboration between pharmacotherapist and psychotherapist. **Academic Psychiatry**, v. 29, n. 2, p. 195-202, may./june. 2005.

FEIJÓ DE MELO, A. de A. et al. Update on stress and depression: The role of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n. 4, p. 231-238, 2003.

FRANKEL, F. H. et al. More on psychotherapy training during residency. **The American Journal of Psychiatry**, v. 147, n. 11, p. 1582, nov. 1990.

FREUD, A. **O ego e seus mecanismos de defesa**. Porto Alegre: Artmed, 2006. 124 p.

FREUD, S. **O caso de Schreber. Artigos sobre técnica e outros trabalhos. OC 12**. Edição Standard Brasileira. 1.ed., Rio de Janeiro: Imago, 1969. 463 p.

\_\_\_\_\_. **Conferências introdutórias sobre psicanálise. Parte III. OC 16**. Edição Standard Brasileira. 1.ed., Rio de Janeiro: Imago, 1976, 573 p.

\_\_\_\_\_. **Um caso de histeria. Três ensaios sobre sexualidade e outros trabalhos. OC 7**. Edição Standard Brasileira. 2.ed., Imago, 1989, 326 p.

GABBARD, G.O. A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. **British Journal of Psychiatry**, v. 177, p. 117-122, 2000.

\_\_\_\_\_. Biopsychosocial Psychiatry. **The American Journal of Psychiatry**, v. 160, n. 1, p. 185-186, 2003.

\_\_\_\_\_. How not to teach psychotherapy. **Academic Psychiatry**, v. 29, n. 4, p. 332-338, sept./oct. 2005.

FURTH, G.M. **O mundo secreto dos desenhos**. São Paulo: Paulus, 2004. 222 p.

GELSO, C.J. et al. Measuring the real relationship in psychotherapy: Initial validation of the therapist form. **Journal of Counseling Psychology**, v. 52, n. 4, p. 640-649, oct. 2005.

GIORDANO, F.L.; BRIONES, D.E. Assessing Residents` competence in psychotherapy. **Academic Psychiatry**, v. 27, n. 3, p. 145-148.

GOETHE, J. W. **Fausto**. 4.ed., Belo Horizonte: Itatiaia, 1997. 457 p.

GOIN, M. K. A current perspective on the psychotherapies. **Psychiatric Services**, v. 56, n. 3, p. 255-257, 2005.

GOLDAPE, K. et al. Modulation of cortical-limbic pathways in major depression. **Archives of General Psychiatry**, v. 61, p. 34-41, jan. 2004.

GONZÁLES REY, F. **Pesquisa qualitativa e subjetividade. Os processos de construção da informação**. 1.ed., São Paulo: Thomson, 2005, 205 p.

GRAY, L. A. et al. Psychotherapy trainees: experience of counterproductive events in supervision. **Journal of Counseling Psychology**, v. 48, n. 4, p. 371-383, oct. 2001.

GRIEF, C.; ROSENBLUTH, M. The shifting landscape of psychotherapy in residency. **American Journal of Psychotherapy**, v. 56, n. 3, p. 411-423, 2002.

HAMILTON, S. Psychotherapies in residency training. **Journal of Psychotherapy Practice and Research**, v. 8, n. 4, p. 302-313, fall. 1999.

HERSOUG, A. G. et al. Quality of working alliance in psychotherapy: Therapist variables and patient/ therapist similarity as predictor. **Journal of Psychotherapy Practice and Research**, v. 10, p. 205-216, oct. 2001.

JUNG, C.G. **Ab reação, análise dos sonhos, transferência. OC 16/2**. 2.ed., Petrópolis: Vozes, 1990. 220 p.

\_\_\_\_\_. **Tipos psicológicos. OC 6**. 8.ed., Petrópolis: Vozes, 1991a. 558 p.

\_\_\_\_\_. **A natureza da psique. OC 8/2**. 3.ed., Petrópolis: Vozes, 1991b. 402 p.

\_\_\_\_\_. **O eu e o inconsciente. OC 7/2**. 10.ed., Petrópolis: Vozes, 1994a. 166 p.

\_\_\_\_\_. **A energia psíquica. OC 8/1.** 5.ed., Petrópolis: Vozes, 1994b. 78 p.

\_\_\_\_\_. **Aion. Estudos sobre o simbolismo do Si-mesmo. OC 9/2.** 5.ed., Petrópolis: Vozes, 1998. 317 p.

\_\_\_\_\_. **Símbolos da transformação. OC 5.** 4.ed., Petrópolis: Vozes, 1999. 544 p.

\_\_\_\_\_. **Psicologia do inconsciente. OC 7/1.** 15.ed., Petrópolis: Vozes, 2004a. 141 p.

\_\_\_\_\_. **Fundamentos de psicologia analítica. OC 18/1.** 12.ed., Petrópolis: Vozes, 2004b. 177 p.

JURAMENTO DE HIPÓCRATES. Conselho Regional de Medicina. Disponível em <<http://www.cremesp.com.br>>. Acesso em: 28 maio. 2007.

JURAMENTO DO PSICÓLOGO. Conselho Federal de Psicologia. Disponível em <<http://www.psyquesoma.psc.br>>. Acesso em : 28 maio. 2007.

JURUENA, M. F.; CLEARE, A.J.; PARIANTE, C.M. O eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, a função dos receptores de glicocorticóides e sua importância na depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 3, p. 189-201, 2004.

KANDEL, E.R. Psychotherapy and the single synapse: The impact of psychiatry though on neurobiologic research. **The New England Journal of Medicine**, v. 8, p. 1028-1038, nov. 1979.

\_\_\_\_\_. A new intellectual framework for psychiatry. **The American Journal of Psychiatry**, v. 155, n. 4, p. 457-470, apr. 1998.

KAUFMAN, A. **Teatro pedagógico: bastidores da iniciação médica.** 1.ed., São Paulo: Agora, 1992, 143 p.

KAZDIN, A.E.; BASS, D. Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. **Journal of Consulting and Clinical psychology**, v. 57, n. 1, p. 138-147, feb. 1989.

KHEL, M. R. **Deslocamentos do feminino.** 1.ed., Rio de Janeiro: Imago, 1998. 348 p.

KHURSHID, K. A. et al. Residency programs and psychotherapy competencies: A survey of chief residents. **Academic Psychiatry**, v. 29, n. 5, p. 452-458, 2005.

KNOX, J. The relevance of attachment theory to a contemporary Jungian view of the internal world: internal working models, implicit memory and internal objects. **Journal of Analytical Psychology**, v. 44, p. 511-530, 1999.

\_\_\_\_\_. Archetypes and image schemas: A developmental perspective. In: \_\_\_\_\_ **Archetype, Attachment, Analysis: Jungian psychology and the emergent mind**. New York: Brunner-Routledge, 2003. 224 p.

KUGLER, P. **Jungian perspectives on clinical supervision**. Switzerland: Daimon, 1995, 264 p.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: Educs, 2003, 57 p.

LOUIE, A. K.; COVERDALE, J.; ROBERTS, L. W. Competency-based training: Where will it lead us? **Academic Psychiatry**, v. 28, n. 3, p. 161-163, fall. 2004.

MANBER, R. et al. Patient's therapeutic skill acquisition and response to psychotherapy, alone or in combination with medication. **Psychological Medicine**, v. 33, n. 4, p. 693-702, may. 2003.

MANRING, J.; BEITMAN, B. D.; DEWAN, M. J. Evaluating competence in psychotherapy. **Academic Psychiatry**, v. 27, n. 3, p. 136-145, fall. 2003.

MARGARITI, M. M. Psychotherapy in postgraduate psychiatric training: attitudes of residents. **Psychotherapy Psychosomatics**, v. 70, p. 112-114, 2001.

MARTINS, L. A. N. **Residência médica: estresse e crescimento**. 1.ed., São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. 200 p.

McGUIRE, W. **A correspondência completa de Sigmund Freud e Carl G. Jung**. 2.ed., Rio de Janeiro: Imago, 1993. 651 p.

MELLMAN, L.A.; BERESIN, E. Psychotherapy competences: development and implementation. **Academic Psychiatry**, v. 27, n. 3, p. 149-153, fall. 2003.

MELTZER, D. **O desenvolvimento Kleiniano - 1. Desenvolvimento clínico de Freud**. 1.ed., São Paulo: Escuta, 1989. 197 p.

MOHL, P. C. Assessing psychotherapy competence. **Academic Psychiatry**, v. 28, n. 3, p. 251-253, fall. 2004.

MOHL, P. C. et al. Psychotherapy training for the psychiatrist of the future. **The American Journal of Psychiatry**, v. 147, n. 1, p. 7-13, jan. 1990.

MULLEN, L.S. et al. Testing psychodynamic psychotherapy skills among psychiatric residents: the psychodynamic psychotherapy competency test. **The American Journal of psychiatry**, v. 161, n. 9, p. 1658-1664, sept. 2004.

MÜLLER, T.; BECKER-WITT, C. Current forms of psychotherapy: teaching their history, concept and application. **Medical Education**, v. 36, p. 1098, 2002.

NOBRE, M. R. C.; BERNARDO, W. M.; JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências: parte III. Avaliação crítica das informações de pesquisas clínicas. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 2, p. 221-228, 2004.

PÉREZ, E. L.; KRUL, L.E.; KAPOOR, R. The teaching of psychotherapy in Canadian psychiatric residency programs: residents' perceptions. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 29, n. 8, p. 658-664, dec. 1984.

PESSOA, F. **Poesias ocultistas**. 4.ed., São Paulo: Aquariana, 1996. 141 p.

PINKER, S. **Tábula rasa: a negação contemporânea da natureza humana**. 1.ed., São Paulo: Companhia das Letras, 2004. 684 p.

PLAKUN, E. M. Finding psychodynamic psychiatry's lost generation. **Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry**, v. 34, n. 1, p. 135-150, 2006.

POMPILI, M.; MANCINELLI, I.; TATARELLI, R. Training in psychodynamic psychotherapy. **The American Journal of Psychiatry**, v. 159, n. 12, p. 2115, dec. 2002.

RAMOS, D.G. **A psique do corpo**. São Paulo: Sumus, 1994. 238 p.

RAVITZ, P.; SILVER, I. Advances in psychotherapy education. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 49, n. 4, p. 230-237, apr. 2004.

RICE, D. G.; THURRELL, R. J. Teaching psychological evaluation to psychiatric residents: an area suited to bridging the theory-practice gap. **Archives of General Psychiatry**, v. 19, p. 737-742, dec. 1968.

RODENHAUSER, P. Psychiatry residency programs: trends in psychotherapy supervision. **American Journal of Psychotherapy**, v. 46, n. 2, p. 240-249, apr. 1992.

RODENHAUSER, P.; RUDISILL, J. PAINTER, A. Attributes conducive to learning in psychotherapy supervision. **American Journal of Psychotherapy**, v. 43, n. 3, p. 368-377, july. 1989.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Manual de farmacologia psiquiátrica de Kaplan e Sadock**. 3.ed., Porto Alegre: Artmed, 2002. 376 p.

SCHATZBERG, A. F.; COLE, J.O. **Manual de psicofarmacologia clínica**. 1.ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. 223 p.

SCHWARTZ, V. Psychotherapy training for residents. **The American Journal of Psychiatry**, v. 147, n. 9, p. 1257, sept. 1990.

SHENFIELD, S. B. et al. Quantitative assessment of the behavior of psychotherapy supervisors. **The American Journal of Psychiatry**, v. 149, n. 3, p. 352-357, mar. 1992.

SILBERMAN, E. K. ; MAZZA, M. D. Supervision of the psychotherapeutic process. **Archives of General Psychiatry**, v. 42, p. 739-741, july. 1985.

ST. GERMAINE, K. SCHUYLER, D. Psychotherapy clarified the diagnosis and treated the problem. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 3, n. 1, p. 30-31, feb. 2001.

STEIN, M. **Jung: o mapa da alma**. 12.ed., São Paulo: Cultrix, 1998. 212 p.

STILES, W. B. et al. Relations of the alliance with psychotherapy outcome: findings in the second Sheffield psychotherapy project. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 66, n. 5, p. 791-802, 1998.

STIRMAN, S. W. et al. Are samples in randomized controlled trials of psychotherapy representative of community outpatients? A new methodology and initial findings. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 71, n. 6, p. 963-972, dec. 2003.

SUMMERS, R. F.; BARBER, J. P. Therapeutic alliance as a measurable psychotherapy skill. **Academic Psychiatry**, v. 27, n. 3, p. 160-165, fall. 2003.

TASMAN, A. Teaching psychodynamic psychiatry during medical school and residency. **Journal of Psychotherapy Practice and Research**, v. 8, n. 3, p. 187-190, summer. 1999.

TOUCHET, B. K.; COON, K. A pilot use of team-based learning in psychiatry resident psychodynamic psychotherapy education. **Academic Psychiatry**, v. 29, n. 3, p. 293-296, july./aug. 2005.

WAHBA, L. L. **Relação medico-paciente: subsídios da psicologia para a educação médica**. 2001. 250 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

WALLACE, E. M.; TISDALL, G. W. Long term psychotherapy training in residency: influences on therapy and training. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 36, n. 7, p. 512-516, sept. 1991.

WALLERSTEIN, R. S. The future of psychotherapy. **Bulletin of the Menninger Clinic**, v. 55, p. 421-443, 1991.

WATKINS, C. E. Reflections on the preparation of psychotherapy supervisors. **Journal of Clinical Psychology**, v. 47, n. 6, p. 145-147, nov. 1991.

WEERASEKERA, P. et al. Competency assessment in the Mc Master psychotherapy program. **Academic Psychiatry**, v. 27, n. 3, p. 166-173, fall. 2003.

WEISMAN, M. M. et al. National survey of psychotherapy training in psychiatry, psychology, and social work. **Archives of General Psychiatry**, v. 63, p. 925-934, aug. 2006.

WIESEL, E. **Almas em fogo**. São Paulo: Perspectiva, 1979. 209 p.

WOLKON, G. H.; DAVIS, L.; STAPLES, F. Personality changes and compatibility in the psychiatric resident-supervisor relationship. **Journal of Medical Education**, v. 53, p. 59-63, jan. 1978.

YAGER, J.; BIENFELD, D. How competent are we to assess psychotherapeutic competence in psychiatric residents? **Academic Psychiatry**, v. 27, n. 3, p. 174-181, fall. 2003.

YAGER, J. et al. The RRC mandate for residency programs to demonstrate psychodynamic psychotherapy competency among residents: a debate. **Academic Psychiatry**, v. 29, n. 4, p. 339-349, sept./oct. 2005.

