

Tratamentos Psicanalíticos em Instituições: Demandas, Intervenções e Questões¹

Psychoanalytics Treatments in Institutions: Demands, Interventions and Questions

Daniela Berger²

*Como é por dentro outra pessoa
Quem é que o saberá sonhar?
A alma de outrem é outro universo
Com que não há comunicação possível,
Com que não há verdadeiro entendimento.
Nada sabemos da alma
Senão da nossa;
As dos outros são olhares
São gestos, são palavras,
Com a suposição de qualquer semelhança
No fundo.
Fernando Pessoa, 1934*

Resumo: Este estudo busca pensar a clínica psicanalítica na atualidade e sua inserção em contextos sociais diversificados. Como ponto de partida, é utilizada a experiência clínica em uma instituição, com o objetivo de aprofundar alguns conceitos e questionar a práxis psicanalítica. Diante da impossibilidade de abarcar a teoria psicanalítica em sua totalidade, surge a necessidade de delimitar um tema central: as entrevistas iniciais. Assim, este tema passa a ser discutido, na medida em que suas adaptações ao contexto institucional são apresentadas.

Summary: This study searches to think the psychoanalytic clinic about the present time and its insertion in diversified social contexts. As starting point, the clinical experience in an institution is used, with the objective to deepen some concepts and to question the psychoanalytic praxis. Ahead of the impossibility to accumulate of stocks the psychoanalytic theory in its totality, the necessity appears to delimit a central subject: the initial interviews. Thus, this subject passes to be argued, in the measure where its adaptations to the institutional context are presented.

Descritores: entrevista Inicial, transferência, contratransferência, evasão de tratamento e parâmetros.

Keywords: initial interview, transference, counter-transference, evasion of treatment and parameters.

¹ Trabalho realizado no CIPT em outubro de 2006.

² Psicóloga, Especialista em Psicoterapias pelo CIPT. Endereço para correspondência: daniberger80@yahoo.com.br

No mundo da era globalizada, a violência, a miséria, os abusos, desmandos e desamparos ficaram banalizados, aumentando o medo e a fragilidade das pessoas. Diante desses acontecimentos, surgem novas teorias e técnicas terapêuticas, propondo soluções mais rápidas e efetivas para homens, grupos, instituições e comunidades. Assim, faz-se necessário perguntarmo-nos:

“Que posição ocupa a psicanálise neste mundo? Qual sua contribuição para intervenções neste contexto social?”

Birman (1999) nos fala que a crise da psicanálise está na ordem do dia em todos os lugares, principalmente nos Estados Unidos e em alguns países europeus, mas também na América Latina. Percebe-se que a psicanálise acabou perdendo o seu lugar de destaque na cena social, sofrendo mudanças significativas em seu registro prático e teórico. No registro prático, pode-se reconhecer com facilidade a diminuição vertiginosa que se realizou na área da demanda clínica. Na atualidade, as pessoas tendem a preferir psicoterapias de curta duração. No registro teórico, de maneira complementar, as teorias psicanalíticas estão sendo deslocadas para a periferia do campo dos saberes sobre o psiquismo. A partir desta crise, a psicanálise precisou ser, em parte, repensada, possibilitando que sua atuação ultrapassasse as paredes do “*setting*” analítico tradicional (Dacorso, 2005). Desse modo, instigou-se a transposição do conhecimento oriundo da clínica para o social, criando-se novos aparatos que possibilitassem o trabalho em instituições, comunidades e demais espaços sociais.

Neste sentido, pretendo apresentar, no presente trabalho, a inserção da psicanálise em um contexto institucional. Refiro-me aqui à instituição, na qual atuo como residente em Psicologia Clínica, que está voltada para a área de ensino, pesquisa e clínica social. É formada por uma Escola de Ensino Superior de Pós-Graduação em Psicanálise e Psicoterapia e por uma Clínica de Psicoterapias. Esta instituição reúne especialistas das mais diversas áreas de atuação: psiquiatras, psicanalista, psicólogos, assistentes sociais, psicopedagogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, neurologistas, etc. Todos identificados com a busca de fronteiras interdisciplinares e com incursões no território alheio, almejando a transdisciplinaridade.

O conceito de *transdisciplinaridade* foi proposto por Piaget em 1970 e, posteriormente, desenvolvido por Morin. A transdisciplinaridade engloba e transcende o que passa por todas as disciplinas, reconhecendo o desconhecido e o inesgotável que estão presentes em todas elas, buscando encontrar seus pontos de interseção e um vetor comum (Morin, 2001). O trabalho institucional exige algumas adaptações do corpo teórico psicanalítico diante da prática clínica. Dessa forma, adiante, propomos uma análise mais

minuciosa a respeito de um conceito teórico muito importante no desenvolvimento da clínica psicanalítica: *A entrevista inicial*.

As entrevistas iniciais são realizadas, nesta instituição, por uma equipe profissional, que está vinculada ao Programa de Residência em Psicologia Clínica, na qual estou inserida. Dessa forma, pode-se dizer que meu interesse por esta questão técnica surgiu a partir da experiência clínica, sendo possível visualizar alguns questionamentos acerca das entrevistas iniciais. Assim, ao explorar o tema das entrevistas iniciais, pretendo estabelecer uma integração teórico-clínica, com o objetivo de aprofundar conceitos e repensar a prática clínica psicanalítica, inserida num contexto institucional.

A Entrevista Inicial: Conceituação

Thomä & Kächele (1992) descrevem a entrevista inicial como a primeira possibilidade de uma aplicação flexível do método psicanalítico às circunstâncias particulares de cada paciente. Neste sentido, acreditam que uma grande responsabilidade pesa sobre as entrevistas iniciais. Uma norma básica da entrevista, que em boa parte condiciona sua técnica, é a de facilitar ao entrevistado a livre expressão de seus processos mentais, o que nunca se consegue em um enquadramento formal de perguntas e respostas (Etchegoyen, 2004). A relação que se procura estabelecer na entrevista é a que dá ao sujeito a maior liberdade para se estender, para se mostrar como é. Zimmerman (1999) afirma que o propósito fundamental deste contato preliminar é de o psicanalista avaliar as condições mentais, emocionais, materiais e circunstanciais da vida do paciente que lhe buscou; ajuizar os prós e os contra, as vantagens e desvantagens, os prováveis riscos e benefícios; o grau e o tipo da psicopatologia, de modo a permitir alguma impressão diagnóstica e prognóstica e reconhecer os efeitos contratransferenciais que lhe estão sendo despertados. A partir de todas essas informações, pode-se orientar o entrevistado quanto a sua saúde mental e ao tratamento que melhor possa ser-lhe conveniente.

De forma flutuante, embora um tanto diretiva, a entrevista inicial deve levar em conta: o tipo de encaminhamento, a aparência exterior, a realidade exterior, o histórico familiar, o grau de motivação, a escolha e o estilo de suas relações objetais e a forma como ele se comunica, verbal e não-verbalmente. A entrevista inicial realizada dentro de uma instituição precisa ser adaptada às especificidades de trabalho presentes neste local de atuação. Estas adaptações podem ser percebidas na clínica de atendimento interdisciplinar, anteriormente

citada. No entanto, uma análise mais detalhada da situação, leva-nos a inferir que as adaptações necessárias ao contexto institucional acabam constituindo-se como parte integrante do “*setting*” analítico.

A primeira diferença está associada ao fato de que a entrevista inicial não pode restringir seu ponto de vista à ênfase emocional, já que o trabalho institucional está baseado no princípio da interdisciplinaridade, que propõe uma interação entre as diferentes áreas de conhecimento. Dessa forma, a entrevista inicial precisa ter uma visão global do ser humano, considerando-o integrado ao seu corpo, a sua família e ao seu entorno sócio-cultural. Esta visão totalizante possibilita que o entrevistador possa avaliar, com mais precisão, qual é a prioridade de encaminhamento (psicoterapia, fonoaudiologia, psiquiatria, nutrição, psicopedagogia, serviço social) a ser feita naquele momento inicial.

A segunda diferença está relacionada ao fato da entrevista inicial institucional também apresentar caráter de encaminhamento. Isso a torna mais complexa do que outro tipo de entrevista.

Devemos obter da entrevista de encaminhamento uma informação suficiente para assentar uma indicação e, ao mesmo tempo, evitar que o entrevistado ligue-se a nós demasiadamente, o que pode pôr em perigo nosso propósito de mandá-lo para um colega. Há ainda outra dificuldade nesse tipo de entrevista, que é a prudência com que se devem receber os informes (quando não as confissões) e obter dados de alguém que, por definição, não será nosso analisando (Etchegoyen, 2004, p48)

Lembro-me de uma entrevista inicial realizada com uma mulher de meia-idade, que buscava atendimento devido a depressão grave associada a transtorno alimentar. A entrevista foi intensa e difícil, já que a paciente relatou-me uma vivência infantil, na qual havia sido vítima de abuso por uma pessoa conhecida da família. Após o término da entrevista, percebi que fui tomada por certa inquietação. Sentia-me angustiada diante das experiências traumáticas relatadas pela paciente, sem saber exatamente o que fazer com aquelas informações recebidas no momento da entrevista.

A terceira diferença está relacionada à diversidade sócio-econômica apresentada pelos pacientes entrevistados em uma instituição. Thomä & Kächele (1992) afirmam que o conhecimento prévio sobre psicanálise, de pacientes cultos ou daqueles de pouca educação, varia de maneira tão considerável que a condução da entrevista deve ajustar-se a isto. Os pacientes de classes inferiores irritam-se tipicamente mais do que os outros pacientes com as características específicas do diálogo psicanalítico. Percebe-se, nesses casos, a distância social existente entre o terapeuta e o paciente.

Recordo-me de duas entrevistas que representam a diversidade sócio-econômica de pacientes institucionais. As entrevistas foram realizadas no mesmo dia. Primeiramente, entrevistei um menino, Eduardo, que veio à instituição acompanhado pela mãe. Foi Eduardo quem tomou a iniciativa de buscar psicoterapia, pois se sentia muito ansioso e desatento, falando compulsivamente. Neste caso, percebe-se que Eduardo tinha conhecimentos prévios a respeito de um tratamento psicoterápico, já que isso estava instituído na sua cultura familiar. O pai era empresário e a família dispunha de bom nível econômico, o que se tornou evidente quando o paciente comentou quais eram suas atividades extracurriculares: aulas de xadrez, de esgrima, de teclado, de inglês, etc. A segunda entrevista foi realizada com uma adolescente, Gabriela, que também veio acompanhada pela mãe. Ela buscava tratamento, pois foi encaminhada à instituição através de sua escola. Gabriela apresentava dificuldades escolares, já que tinha um número excessivo de faltas e não conseguia acompanhar os colegas em sala de aula. Ela estuda em uma escola estadual, que dispõe de convênio gratuito com a clínica interdisciplinar. Sua mãe era empregada doméstica e o pai era pedreiro. A paciente relatou que a família costumava fazer-lhe cobranças quanto à limpeza da casa, que ficava ao seu encargo. Diante da precária situação sócio-econômica, os momentos divertidos da adolescente restringiam-se à condição de estar passeando pelas ruas com amigas, sem avisar aos pais por onde andava. Isso era motivo de muita preocupação para sua mãe, que temia que algo de ruim pudesse acontecer à filha.

No segundo caso, durante a realização da entrevista, ficou evidente que Gabriela e sua mãe não tinham conhecimentos prévios sobre o funcionamento de um processo psicoterápico. Dessa forma, foi necessário mostrar-me disponível e acessível para que elas pudessem ser acolhidas, buscando diminuir a ansiedade surgida frente ao desconhecido, a psicoterapia.

A Entrevista Inicial vista como Processo Diagnóstico

As entrevistas diagnósticas preliminares serviam a Freud para descartar doenças somáticas e psicoses. Freud transferia a anamnese minuciosa da vida do paciente para a primeira fase do tratamento e suas entrevistas iniciais eram curtas e concisas (Thomä & Kächele, 1992). Depois de estabelecidas as condições preliminares elementares e fixados os honorários e horários, colocava-se o paciente a par da regra fundamental e tinha início a análise. O estabelecimento das entrevistas iniciais ocorreu devido a uma desproporção entre o número de pedidos de consulta e o número de análises possíveis de empreender. Fenichel

(citado por Thomä & Kächele, 1992) relata que os critérios primários do Instituto de Berlim eram os de indicação de análise, mas que, além disso, a instituição impôs duas condições para a aceitação de um paciente para tratamento psicanalítico: *o caso deveria servir para a pesquisa científica e para o ensino*. Na época, havia um número relativamente elevado de análises interrompidas após um breve intervalo de tempo. Isso pode ser explicado da seguinte maneira: na maioria desses casos, o acesso dos pacientes à análise era duvidosa desde o princípio. Os problemas que deviam ser resolvidos na policlínica do antigo Instituto de Berlim são os mesmos que ainda hoje devem ser resolvidos em todos os estabelecimentos clínicos ambulatoriais. Percebe-se que, na clínica de atendimento interdisciplinar, também há um número elevado de pacientes que interrompem o tratamento psicoterápico após um breve período.

Em 2005, foi realizada uma pesquisa, que analisou os registros de notas de alta dos pacientes do ambulatório desta instituição. Assim, verificou-se que as justificativas mais recorrentes para a interrupção dos tratamentos eram: dificuldade para pagar o tratamento (75,67%), mudança para outra cidade (9,8%), dificuldade de priorizar tempo para o tratamento (5,88%), resistência para trabalhar conteúdo emergente (5,88%), personalidade paranóide do paciente considerada impeditiva para a continuidade do tratamento (1,96%), entre outros. A partir da pesquisa, pode-se supor que as entrevistas iniciais não foram suficientemente eficientes, no sentido de que algumas situações foram avaliadas de forma inadequada. Cito, como exemplo, o alto índice de interrupção devido a dificuldades financeiras para pagar o tratamento. Conclui-se, assim, que uma avaliação sócio-econômica mais minuciosa pudesse ser realizada nas entrevistas iniciais, evitando posteriores interrupções de tratamento por este motivo.

Na pesquisa citada, aparece um dado bastante interessante: a interrupção de tratamentos devido à personalidade paranóide do paciente. Pode-se relacionar esta informação com o fato de que o paciente é solicitado a assinar um termo de consentimento, nos momentos que antecedem a entrevista inicial, que autoriza a instituição a utilizar os dados referentes ao seu atendimento para fins científicos e de pesquisa, com o devido resguardo de identificação. Lembro de uma entrevista inicial realizada com uma família (mãe e filho), que buscavam tratamento psicoterápico, pois se encontravam em uma situação de crise, na qual não havia espaço para o diálogo, apenas para as intermináveis discussões e agressões verbais. Após o encaminhamento, a família não compareceu a primeira sessão com a psicóloga indicada. Em contato telefônico, a mãe referiu que estavam “*desistindo do tratamento, já que seu filho*

tinha ficado muito incomodado e desconfiado com o fato de ter assinado o termo de autorização para utilização dos dados para estudo e pesquisa”(sic).

Nesse momento, acredito ser interessante retomar, historicamente, o desenvolvimento das entrevistas iniciais dentro do contexto psicanalítico. A psicanálise, ao longo dos anos, apoiou-se no sistema nosológico psiquiátrico para realizar suas entrevistas iniciais diagnósticas. A entrevista inicial psicanalítica é uma conquista relativamente tardia e desenvolveu-se em estabelecimentos policlínicos. A partir dos anos 30, pode-se reconhecer as influências do pensamento psicodinâmico sobre a entrevista inicial psiquiátrica. A “entrevista dinâmica” orienta-se segundo três metas: 1) estabelecer uma relação entre dois estranhos, um dos quais é um profissional e o outro, um ser humano em sofrimento psíquico; 2) avaliação psicossocial e 3) reforçar, sempre que adequado, o desejo do paciente de empreender um tratamento e planificar, com ele, os passos seguintes.

A “entrevista estrutural” de Kernberg é um bom exemplo da “segunda geração” na história da entrevista inicial psiquiátrica psicanaliticamente orientada, sucedendo a “entrevista dinâmica”. Kernberg (citado por Thomä & Kächele, 1992) procura trazer a história do adoecimento pessoal do paciente e seu funcionamento psíquico geral para uma relação direta com a interação do paciente com o entrevistador. O retorno permanente aos problemas e sintomas do paciente permite precisar, por um lado, o estado psicopatológico e, por outro, considerar a interação terapeuta-paciente sob um olhar psicanalítico, fazendo-se interpretações no aqui-e-agora e interpretações transferenciais.

Na América Latina, em contrapartida, a teoria e a prática da primeira entrevista desenvolveram-se no intercâmbio entre as instituições universitárias e hospitalares e os grupos psicanalíticos. J. Bleger (1971) elaborou a teoria da primeira entrevista, que preferiu chamar de “entrevista psicológica”, como um conceito mais amplo que engloba tanto a entrevista psiquiátrica quanto a psicanalítica. O modelo da Clínica Tavistock acentua a relação terapêutica no aqui-e-agora, isto é, a unidade funcional da transferência e contratransferência presentes nas entrevistas iniciais. Este modelo foi introduzido no final dos anos 50, onde se mostrou enormemente produtivo, pelo fato de, já desde o começo do diálogo, fixar a idéia do terapeuta sobre os processos atuais de intercâmbio entre este e o paciente.

Nos últimos anos, têm diminuído as esperanças de sermos capazes de identificar e diagnosticar adequadamente no momento da entrevista inicial. A variabilidade dos padrões conflitivos psicodinâmicos e sua conexão bem mais frouxa com o quadro clínico, no sentido

da “inespecificidade” relativizaram os componentes diagnósticos da entrevista inicial (Thomä & Kächele, 1992).

Os Aspectos Terapêuticos

A introdução do modelo Tavistock modificou a concepção de entrevista inicial, pois com ele a psicanálise foi incorporada à entrevista inicial como modelo terapêutico e o diagnóstico subordinou-se à terapia. Talvez seja mais prudente afirmar que as funções terapêuticas e diagnósticas da primeira entrevista passaram a ser consideradas no mesmo plano. Thomä & Kächele (1992, p198) referem que:

“o paciente deve experimentar na entrevista inicial o que um tratamento pode chegar a significar pra ele; isto com certeza já é, em si, uma experiência terapêutica. Entretanto, ver a entrevista inicial como um modelo da terapia é uma pretensão que não pode ser satisfeita”.

A entrevista inicial deve ser conduzida de tal maneira que o paciente possa, com base em sua experiência na primeira entrevista, ele mesmo decidir se deseja submeter-se a um tratamento psicoterápico e se é capaz de superar os inevitáveis problemas associados a sua realização. Este esquema libera o paciente de seu papel passivo, no qual o entrevistador tem o poder de decisão, não incluindo a participação do paciente. Balint (1962, citado por Thomä & Kächele, 1992) sugere algumas recomendações concernentes às condições necessárias para uma entrevista exitosa.

A *recomendação 1* refere-se à importância de uma preparação adequada para a conversação, particularmente ao que diz respeito às diferenças de expectativas sociais dos pacientes.

A *recomendação 2* consiste em criar e manter uma atmosfera apropriada para que o paciente possa abrir-se o suficiente, de modo que o terapeuta seja capaz de entendê-lo. Esta é uma prova da capacidade do terapeuta de uma ativa empatia para ajustar-se a cada novo paciente.

A *recomendação 3* sugere que as afirmações sobre o paciente devem sempre incluir informações sobre os parâmetros situacionais criados pelo entrevistador, que atuaram como “estímulos” sobre o paciente.

A *recomendação 4* refere-se ao plano concreto da entrevista, que já deve ter definido o que acontecerá após a realização da entrevista: 1) desenvolvimento de uma relação terapêutica devido à continuidade do tratamento; 2) interrupção da relação, seja porque se incluirá o paciente em uma lista de espera ou porque será encaminhado a um colega.

A clínica interdisciplinar apresenta um planejamento das entrevistas iniciais bem delimitado, no qual o terapeuta tem conhecimento prévio de que, após aquele único encontro, sua relação com o paciente será interrompida. Assim, o paciente é encaminhado para profissionais da equipe interdisciplinar, de acordo com a indicação feita na entrevista. Em alguns casos e situações específicas, o paciente é encaminhado para uma lista de espera, quando, no momento da entrevista, não há profissionais disponíveis para atender a demanda clínica do paciente em questão.

A *recomendação 5* está relacionada à determinação, por parte do terapeuta, do número fixo de entrevistas iniciais a serem realizadas, evitando realizar uma quantidade indeterminada de sessões, que pode representar seu próprio grau de insegurança pessoal. Na

Nesta clínica de psicoterapias, sugere-se que o terapeuta realize apenas uma entrevista inicial. No entanto, há situações clínicas que demandam um número maior de entrevistas. Cito, como exemplo, o caso de uma senhora, que compareceu à entrevista bastante ansiosa, apresentando sintomas depressivos moderados (choro excessivo, ansiedade, medo da morte, dificuldade pra sair de casa, etc). Neste caso, a terapeuta contratou, previamente, com a paciente o número de entrevistas iniciais que seriam realizadas (três), com o objetivo de podermos avaliar sua real motivação para iniciar tratamento em grupoterapia. Balint propõe ainda que o analista deve ser capaz de reagir de modo diferenciado frente aos diferentes pacientes e que não deve deixar-se restringir por estereotípias tais como a compreensão tradicional da contratransferência (*recomendação 6*).

Processo Decisório: A Questão da Indicação e Contra-Indicação

Nos últimos anos, foi ficando progressivamente mais claro que, embora a entrevista inicial seja suficiente para uma apreciação subjetiva, o estabelecimento mais diferenciado de indicações requer a consideração de fatores adicionais. A indicação não pode deter-se na mera impressão subjetiva da adequação de um paciente para a terapia. Segundo Freud, a análise foi criada para “*os doentes portadores de uma duradoura incapacidade para a existência*”. Dessa forma, deduz-se que este método não tem necessariamente êxito em todos os casos

graves e, por essa razão, é de interesse para o paciente e o analista avaliar previamente a utilidade do método em cada caso particular. Tyson e Sandler (1974, citado por Thomä & Kächele, 1992) sublinham que se deslocou a ênfase dos critérios diagnósticos para os critérios de “aptidão” à análise. Com isso, retirou-se o fundamento de qualquer discussão acerca da indicação orientada nosologicamente. Dessa forma, estabelece-se um consenso de que se deveria permitir a uma maior número de pacientes o acesso ao procedimento psicanalítico. Zimmerman (1999) refere que o conceito de *acessibilidade*, proposto por B. Joseph em 1975, não valoriza o grau de patologia manifesta. Assim, cabe acrescentar, a impressão do analista deve ser mais o de um “diagnóstico psicanalítico” do que o de um diagnóstico unicamente clínico, muito embora este último também seja levado em consideração. O critério de “acessibilidade” atenta principalmente para a disponibilidade e a capacidade de o paciente permitir um acesso ao seu inconsciente.

Thomä & Kächele (1992, p203) referem que “a motivação, a orientação pessoal do paciente, sua curiosidade terapêutica, sua capacidade de utilizar relações objetais são fatores que, entre outros, desempenham um papel, decisivo na atual discussão em torno das indicações de análise”. A arte da entrevista inicial revela-se onde é necessário despertar o interesse por uma terapia urgentemente necessária em pessoas cheias de dúvidas (Thomä & Kächele, 1992). Nestes casos, em que o paciente apresenta uma motivação ilegítima para um tratamento analítico, o analista nunca deve perder de vista a probabilidade de que possa tratar-se da única maneira que aquele encontrou para, cautelosamente, abrir as portas para uma análise.

Recordo-me de uma entrevista inicial realizada com um homem de 36 anos, solteiro, que aqui chamarei de Flávio. Neste caso, foram realizadas duas entrevistas iniciais a pedido da irmã do paciente, que preferiu conversar com a terapeuta inicialmente, sem a presença de Flávio. Ela refere que o irmão foi diagnosticado como esquizofrênico e que sua mãe também apresenta esse diagnóstico, tendo passado por diversas internações psiquiátricas, principalmente durante a infância dos filhos. O pai morreu em 2002 e a mãe, atualmente, mora em uma clínica geriátrica. Segundo a irmã, Flávio não estuda, nem trabalha. Com 20 anos, passou no vestibular e frequentou a faculdade durante alguns semestres, sem nunca ter conseguido se formar. Flávio nunca trabalhou. Atualmente, mora sozinho e tem dificuldades para manter a organização de sua casa, já que não sabe cozinhar, não lava a louça nem suas roupas, fica muitos dias sem tomar banho. A irmã refere que Flávio tem muitas limitações cognitivas, tendo dificuldades para comunicar-se, pois sua compreensão verbal encontra-se

prejudicada. Ao final da primeira entrevista, questionei-me sobre a indicação de tratamento que pudesse estar mais adequada às necessidades emocionais e cognitivas de Flávio. No entanto, preferi não antecipar minha indicação, aguardando sua vinda na segunda entrevista agendada. Flávio mostrou-se bastante resistente e pouco motivado, afirmando que não precisava de ajuda, pois se considerava uma pessoa normal. Percebe-se que a auto-crítica do paciente encontra-se afetada. Além disso, Flávio apresentou dificuldades para compreender a terapeuta durante a entrevista, demonstrando pouca capacidade simbólica.

Diante da avaliação feita durante as entrevistas iniciais, o tratamento psicoterápico foi contra-indicado para Flávio devido as suas limitações cognitivas e sua precária capacidade de simbolização. Dessa forma, indicou-se avaliação psiquiátrica e acompanhamento terapêutico (AT) para o paciente.

Ansiedade presente na Entrevista Inicial

Uma situação nova e desconhecida, na qual possivelmente sentir-se-á avaliado e da qual pode depender em boa parte seu futuro, tem necessariamente de provocar ansiedade no entrevistado. Por iguais motivos, embora certamente não tão decisivos, o entrevistador também chega ao encontro com uma quantidade não desprezível de angústia. Podemos também pensar que a entrevista inicial é o local – o desaguadouro – de angústias que vem sendo reprimidas, atuadas ou expressas no funcionamento psíquico do paciente. Dessa forma, infere-se que o alto nível de angústia, apresentado pelo paciente, justifica a marcação de hora para a realização da entrevista inicial. Depende em grande medida da habilidade do entrevistador que a ansiedade na entrevista mantenha-se em um limite aceitável. Uma dificuldade especial da ansiedade na entrevista é que o entrevistador não deve recorrer a procedimentos que a evitem, como o apoio ou a sugestão, e tampouco pode resolvê-la com o instrumento da interpretação (Etchegoyen, 2004). Uma participação digna e moderada, que corresponda ao montante de angústia do entrevistado, será a melhor maneira de motivá-lo e também de modular sua ansiedade.

Durante o desenvolvimento da entrevista, também sobrevêm momentos de angústia, crises de angústia que podem informar-nos especificamente sobre as áreas perturbadas na estrutura mental do entrevistado. Recordo-me, neste momento, da entrevista inicial de uma mulher de meia-idade, casada, com um filho pequeno. Ela busca tratamento psiquiátrico para tratar seus sintomas fóbicos decorrentes da Síndrome do Pânico, doença que lhe acompanha a

mais de 20 anos. Atualmente, a paciente apresenta graves limitações em função do quadro fóbico, como, por exemplo, impossibilidade para trabalhar, dificuldade de permanecer sozinha em sua casa e, também, de sair de casa desacompanhada. Tornou-se evidente a ansiedade da paciente, que falava compulsivamente, sem pausas. Além disso, sua agitação corporal - balançava constantemente as pernas - também delatava a predominância de seu quadro ansiosênico.

Quanto maior for o montante de ansiedade do entrevistado, maior será sua tendência a “descarregar-se” na entrevista, transformando-a em uma psicoterapia brevíssima, com um alívio enganoso. Neste sentido, a entrevista inicial impossibilita o início do tratamento indicado ao paciente, já que ele não retorna à instituição. Lembro-me aqui de uma entrevista realizada com uma adolescente, de 13 anos, que aqui chamarei de Maria Clara. Ela veio à entrevista inicial acompanhada pelos pais, que solicitaram a autorização da filha, pois desejavam participar da entrevista. Maria Clara está sendo vítima de *bullying* em seu ambiente escolar. Esta palavra em inglês é usada com o sentido de zoar, gozar, tyrannizar, ameaçar, intimidar, humilhar, isolar, perseguir, ignorar, ofender, bater, ferir, discriminar e colocar apelidos maldosos. Trata-se, na verdade, de um distúrbio que se caracteriza por agressões físicas e morais repetitivas, levando a vítima ao isolamento, à queda do rendimento escolar, a alterações emocionais e à depressão. A entrevista estendeu-se além do habitual, chegando a ter uma hora e meia de duração. Maria Clara pouco falou durante a entrevista. No entanto, seus pais falaram compulsivamente, descarregando suas angústias e indignações a respeito da violência sofrida pela filha no contexto escolar. Posteriormente, a família não iniciou o tratamento psicoterápico, sugerindo que pode ter ocorrido o escoamento, pelo menos parcial, das ansiedades familiares.

Às vezes, o alívio proporcionado pela entrevista inicial não deve ser considerado enganoso, já que pode mobilizar uma típica evasão para a saúde. Neste sentido, a entrevista inicial auxilia o paciente a ter alguns *insights* a respeito de sua história, atenuando conflitos específicos do seu atual momento de vida.

Os testes e questionários que precedem a primeira entrevista, geralmente realizados nas instituições, conduzem a uma situação de estresse para o paciente e criam nele expectativas compreensíveis, de modo que chega tenso à entrevista inicial, comumente esperando do analista mais do que este se encontra em condições de oferecer. É indispensável discutir precocemente com o paciente o tema das distintas expectativas que surgem das diferentes situações nas instituições (Thomä & Kächele, 1992). Na clínica interdisciplinar, o

paciente preenche um questionário antes de começar a entrevista inicial. Este questionário solicita alguns dados de identificação (nome, idade, sexo, estado civil, data de nascimento, naturalidade, nomes do pai e da mãe, nome do esposo(a) – se houver), escolaridade, endereço residencial, endereço comercial e pessoas que moram na casa.

No verso deste questionário, existe um Termo de Autorização, que esclarece ao paciente que esta instituição visa o ensino, o atendimento e a pesquisa. Dessa forma, o paciente pode decidir se autoriza ou não a utilização de seus dados referentes ao atendimento clínico. Este documento proporciona o aparecimento de fantasias paranóides em alguns pacientes, que se sentem ameaçados diante da possibilidade de que suas identidades possam ser descobertas e expostas no âmbito institucional. Anteriormente, foi citada uma situação em que o paciente viu-se acuado, quando percebeu que havia assinado um documento em que autorizava o uso de seus dados para possíveis pesquisas e estudos.

Transferência e Contratransferência

A temática da transferência deve ser considerada complexa e inexata. A transferência é uma relação de objeto peculiar de raiz infantil, de natureza inconsciente (processo primário) e, portanto, irracional, que confunde o passado com o presente, o que lhe confere seu caráter de resposta inadequada, desajustada, inapropriada (Etchegoyen, 2004). A transferência enquanto fenômeno do sistema ICS, pertence à realidade psíquica, à fantasia, e não à realidade fática. Em 1895, em *Estudos sobre a Histeria*, Freud empregou pela primeira vez o termo transferência (Zimerman, 1999). Neste momento, a transferência foi vista como o principal obstáculo à terapia. A primeira descoberta foi a de uma resistência à recordação e à aproximação de conflitos inconscientes (como resistência do paciente a associar). A transferência atualiza os conflitos na relação e qualquer obstáculo a esse processo passou a chamar-se resistência transferencial. O caso *Dora*, publicado por Freud em 1905, pode ser considerado um marco na técnica psicanalítica. Neste trabalho, Freud descreveu como tomou conhecimento da importância decisiva da transferência através de seu fracasso em perceber e manejar a transferência em um de seus pacientes (Greenson, 1981). Isso provocou uma interrupção prematura do tratamento e um fracasso terapêutico. Em 1909, no historial do *Homem dos Ratos*, Freud faz a primeira referência da transferência como um agente terapêutico (Zimerman, 1999). Dessa forma, a transferência passa a ser vista como um dos seus mais poderosos instrumentos.

A transferência constitui-se espontaneamente em todas as relações humanas, da mesma forma que na relação do paciente com o médico; em toda parte, ela é o verdadeiro veículo da influência terapêutica, e atua tanto mais fortemente quanto menos se suspeita de sua presença. A psicanálise não a produz, ela apenas a revela à consciência e apodera-se dela para direcionar os processos psíquicos aos objetivos desejados. (Freud, 1910, p 62)

Freud refere, em seu artigo *Sobre o Início do Tratamento* (1913), que o estabelecimento da transferência no paciente somente ocorre após o surgimento de um *rappor*t entre analista e paciente. Em outras palavras, a transferência passa a existir a partir do momento em que o paciente encontra-se vinculado ao seu analista. Ainda neste artigo, Freud faz uma importante recomendação sobre ao uso da transferência no processo analítico.

“Enquanto as comunicações e idéias do paciente fluírem sem qualquer obstrução, o tema da transferência deve ficar intocável. Deve-se esperar até que a transferência tenha-se tornado uma resistência” (Freud, 1913, p 154).

Dessa forma, pode-se dizer que Freud não considerava a possibilidade de que a transferência pudesse ser estabelecida nos momentos iniciais do tratamento, pois ainda não há uma ligação, um vínculo entre paciente e analista. Não se pode concluir um assunto tão fundamental sem incluir uma rápida descrição de alguns avanços controvertidos (Greenson, 1981). A escola de Melanie Klein apresenta uma importante contribuição ao tema da transferência, discutindo-o de forma divergente à teoria freudiana. Em 1952, Klein escreve seu único artigo sobre o tema da transferência. Sua concepção de transferência é rica, sustentando a idéia de que:

“a transferência origina-se dos mesmos processos que, nos estágios mais iniciais, determinam as relações de objeto. Dessa forma, na análise temos de voltar repetidamente às flutuações entre objetos amados e odiados, externos e internos, que dominam o início da infância” (Klein, 1952, p 76).

Na teoria kleiniana, o ponto crucial do processo terapêutico é a interpretação do significado inconsciente dos fenômenos transferenciais. O relacionamento do paciente com seu analista vem quase todo da fantasia inconsciente. Os fenômenos transferenciais são vistos, basicamente, como projeções e introjeções da maioria dos objetos bons e ruins da infância. Embora essas introjeções primitivas surjam numa fase pré-verbal, os kleinianos esperam que seus pacientes compreendam o significado dessas atividades primitivas desde o começo da análise (Greenson, 1981). Thomä & Kächele (1992, p185) referem que a:

“transferência, contratransferência e resistência originam-se antes do primeiro encontro entre paciente e terapeuta, e as expectativas influenciam o pensamento onírico já antes da primeira entrevista”.

O entrevistado reproduz na entrevista conflitos e pautas do passado que assumem uma vigência atual, uma realidade psicológica imediata e concreta, em que o entrevistador fica investido de um papel que não lhe corresponde estritamente (Etchegoyen, 2004). Por meio dessas “transferências”, podemos obter uma informação preciosa sobre a estrutura mental do sujeito e o tipo de sua relação com o próximo. O entrevistador, por sua vez, não responde a todos esses fenômenos de forma lógica, mas também de forma irracional e inconsciente, o que constitui sua contratransferência. Isso pode perturbar sua objetividade. No entanto, se o entrevistador consegue perceber o efeito que o entrevistado opera sobre ele, ficará mais fácil recuperar sua objetividade e também chegar a um conhecimento profundo e seguro de seu entrevistado. Desse modo, percebe-se que a utilização da contratransferência pode tornar-se um instrumento técnico extremamente útil na entrevista e que ela não é de fácil manejo e requer preparação, experiência e equilíbrio.

Lembro-me aqui de uma entrevista inicial realizada com uma jovem de 25 anos, casada, sem filhos, que chamarei de Carla. A paciente buscava tratamento psicoterápico, pois seu casamento estava em crise e ela encontrava-se demasiadamente ansiosa, sem ânimo e muito sensibilizada diante da ameaça da separação. Além disso, seu pai havia falecido há aproximadamente 4 meses. Refere ter saído da casa dos pais ainda muito jovem (16 anos), pois engravidou do namorado. Com a gravidez, o casal decidiu morar juntos. Assim, Carla mudou-se para a casa dos pais do namorado. Ela afirma ter sofrido um aborto espontâneo. Após 5 anos de relacionamento, o casal separou-se. Em seguida, Carla conheceu outra pessoa, com quem morou durante 3 anos, quando se separou novamente. Atualmente, Carla está casada há 2 anos. Ela conheceu o atual marido em seu antigo local de trabalho, onde eram colegas. Ele era casado e, na época, tinha um filho de 2 anos. Carla refere que “não gosta da idéia de se relacionar com homens casados, mas que acabou acontecendo”(sic). Em seguida, ele separou-se da esposa e foi morar com Carla. Durante a entrevista, Carla chorou bastante e falou compulsivamente. Afirmou, inúmeras vezes, sentir-se carente, pois o atual “marido não lhe dá atenção suficiente, dedicando-se quase que integralmente ao filho”(sic), que costuma passar os finais de semana na casa do casal. Carla refere sentir-se rejeitada e colocada em segundo plano. Ao final da entrevista, refere que não devia ter marcado a entrevista inicial, já que não tem dinheiro para pagar o tratamento psicoterápico. Neste momento, identifiquei intensos sentimentos de irritabilidade, certamente de origem contratransferencial, evocados pelo discurso e posicionamento da paciente. Talvez a paciente apresenta-se dessa forma, tentando impressionar mal à terapeuta, pois é portadora de uma baixa auto-estima, com um

forte temor de rejeição. Por isso, precisa testar se ela será aceita, mesmo sendo portadora daquilo que ela julga ter de feio e mau.

No desenvolvimento desta entrevista, percebe-se o aparecimento da transferência, já que a paciente reproduz conflitos infantis que ficam atualizados na relação terapêutica. Assim, o terapeuta fica investido de um papel que não lhe corresponde concretamente. Neste caso, a terapeuta assume o papel daquele que castiga, impõe limites e rejeita a paciente. Carla não prossegue o tratamento psicoterápico devido a dificuldades financeiras. Pode-se pensar que os objetos internos da paciente, neste caso, foram forçados, por identificação projetiva, para “dentro” da pessoa da terapeuta. Assim, são projetados sentimentos de abandono na terapeuta, estabelecendo-se a falta, o vazio. Há também, neste caso, a hipótese de que a paciente pode ter utilizado a entrevista inicial como um espaço em potencial para descarregar suas angústias, medos, insatisfações, o que justificaria sua posterior desistência do tratamento psicoterápico.

Considerações Finais

Este trabalho procurou destacar o lugar da psicanálise na contemporaneidade, partindo-se de uma perspectiva institucional. Assim, nas páginas anteriores, tentei apresentar alguns questionamentos teórico-clínicos a respeito de um conceito de grande significância dentro do contexto psicanalítico: as entrevistas iniciais. A inserção da psicanálise em um ambiente institucional - clínica de atendimento interdisciplinar – evocou o desenvolvimento de novas formas de pensar e atuar as entrevistas iniciais. Dessa forma, surgiram readaptações deste conceito na prática clínica.

A pesquisa, realizada nesta clínica, indicou alto índice (27,45%) de desistência do tratamento após a realização da entrevista inicial. Esta grande evasão de pacientes provoca estranhamento e suscita questionamentos quanto ao manejo técnico aplicado nas entrevistas iniciais:

“O que está ocorrendo? Será que as entrevistas iniciais estão pouco acolhedoras? Os aspectos diagnósticos estão predominando no desenvolvimento das entrevistas? Os entrevistadores estão apresentando-se de forma inadequada: excesso de informalismo ou excesso de rigidez e hermetismo?”.

Estas questões precisam ser repensadas e discutidas dentro deste contexto, com o propósito de que algumas mudanças sejam instauradas no corpo teórico e técnico das entrevistas iniciais no âmbito institucional. Dessa forma, introduzo a leitura da obra

winnicottiana a respeito do desenvolvimento das entrevistas iniciais, com o propósito de tentar compreender o alto índice de desistências do tratamento após a realização das entrevistas iniciais, nesta clínica. Winnicott (1984) refere que as *consultas terapêuticas*, ou a exploração integral das primeiras entrevistas psicológicas, representam uma nova possibilidade de avaliação, intervenção e ajuda psicológica, em que o encontro analítico se respalda basicamente numa *comunicação significativa* entre os membros do encontro. Tal possibilidade surge exatamente pelo caráter peculiar que marca o momento de pedido de ajuda do paciente, que espera encontrar, na comunicação com o terapeuta, o objeto necessitado para a superação de sua dificuldade e, conseqüentemente, a retomada de seu processo de amadurecimento.

Na teoria winnicottiana, as entrevistas iniciais devem ter um caráter de brevidade (variando aproximadamente de uma a três sessões) dentro do trabalho terapêutico. Uma primeira implicação dessa concepção é a necessidade de o analista reconhecer ao longo do(s) encontro(s) qual é a problemática que o paciente anseia tratar. Qual é a necessidade mais premente que o paciente anseia por comunicar?

Winnicott (1984) refere que as entrevistas iniciais adquirem fundamental importância, caracterizando-se como um espaço de acolhimento ao paciente, que anseia sentir-se seguro e compreendido em suas angústias e dificuldades emocionais. Este encontro analítico deve proporcionar ao paciente a livre expressão de seu sofrimento psíquico, facilitando a comunicação entre terapeuta e paciente. A partir dessa conceituação, podemos pensar que o grande desafio, quanto à realização das entrevistas iniciais, está relacionado ao fato de possibilitar ao paciente um espaço de acolhimento e bem-estar, que seja capaz de reconhecer quais são suas necessidades e prioridades de tratamento.

Referências bibliográficas

1. Birman, J. Mal-Estar na Atualidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
2. Dacorso, S. T. M. Psicanálise e Psicanalista: Intervenções e Questionamentos. Estudos de Psicanálise, Rio de Janeiro, n.28, p 123-128, setembro de 2005.
3. Etchegoyen, R. H. Fundamentos da Técnica Psicanalítica. Tradução de Francisco Frank Settineri. 2. ed. ampliada. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.
4. Freud, S. (1910). Cinco Lições de Psicanálise. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
5. _____ (1913). Sobre o Início do Tratamento (Novas Recomendações sobre a Técnica da Psicanálise I), v. XII.

6. Greenson, R. R. A Técnica e a Prática da Psicanálise. Tradução de Marina Camargo Celidonio. Rio de Janeiro: Imago, 1981.
7. Klein, M. Inveja e Gratidão e outros trabalhos (1946 – 1963). Tradução de Liana Pinto Chaves (coordenadora). Rio de Janeiro: Imago Ed., 1991.
8. Morin, E. Introdução ao Pensamento Complexo. Tradução de Dulce Matos. 3ª edição. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.
9. Thöma, H. & Kächele, H. Teoria e Prática da Psicanálise. Volume 1. – Fundamentos Teóricos. Tradução de Alceu Edir Fillman. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
10. Winnicott, D.W. Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1984.
11. Zimerman, D. E. Fundamentos Psicanalíticos: teoria, técnica e clínica - uma abordagem didática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

Gratidão pelas sugestões de modelos teóricos à Angela Girardi e à Glaci Faingluz.