

**FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

VINÍCIUS RENATO THOMÉ FERREIRA

**PSICOTERAPIA E BIOÉTICA: A AUTONOMIA NO
PROCESSO PSICOTERÁPICO NA PSICANÁLISE E NA
PSICOLOGIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

**Porto Alegre
2008**

VINÍCIUS RENATO THOMÉ FERREIRA

**PSICOTERAPIA E BIOÉTICA: A AUTONOMIA NO PROCESSO
PSICOTERÁPICO NA PSICANÁLISE E NA PSICOLOGIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Gabriel José Chittó Gauer

Porto Alegre
2008

VINÍCIUS RENATO THOMÉ FERREIRA

**PSICOTERAPIA E BIOÉTICA: A AUTONOMIA NO PROCESSO
PSICOTERÁPICO NA PSICANÁLISE E NA PSICOLOGIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia.

Data da defesa: 19 de maio de 2008

Orientador: Prof. Dr. Gabriel José Chittó Gauer

Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto

Profa. Dra. Irani Argimon

Profa. Dra. Salete Oro Boff

F383p Ferreira, Vinícius Renato Thomé

Psicoterapia e bioética : a autonomia no processo psicoterápico na psicanálise e na psicologia cognitivo-comportamental / Vinícius Renato Thomé Ferreira. – 2008.

133 f. ; 30 cm.

Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

Orientador: Prof. Dr. Gabriel José Chittó Gauer.

1. Psicoterapia. 2. Bioética. 3. Psicoterapia cognitivo-comportamental. I. Gauer, Gabriel José Chittó, orientador. II. Título.

Bibliotecária responsável Schirlei T. da Silva Vaz - CRB 10/1364

Agradeço minha esposa Michele, meus pais e meu irmão, que sempre me incentivaram nesta seara.

Agradeço ao meu orientador, professor doutor Gabriel José Chittó Gauer pelo apoio e compreensão, especialmente nos momentos onde estive mais distante das atividades do grupo de pesquisa.

Deixo aqui um agradecimento especial para a professora Marisa Campio Müller, que acompanhou o nascimento deste projeto. Muito obrigado pelo teu apoio durante esta trajetória, que se iniciou no mestrado e aqui finaliza.

Aos meus amigos.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, pelos grandes ensinamentos de vida proporcionados.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, por sua atenção e principalmente pelo seu carinho nesta jornada.

A CAPES, pela bolsa concedida.

Psicoterapia e Bioética: Autonomia no Processo Psicoterápico na Psicanálise e na Psicologia
Cognitivo-Comportamental

Resumo

A bioética como área recente de estudos, tem se preocupado com as questões da vida e da saúde, especialmente a humana. As discussões nesta temática abordam temas relacionados com a biotecnologia, e são ainda escassos ainda estudos que a relacionem com a psicoterapia. Contudo, a bioética tem uma inserção importante neste campo, se admitirmos que a psicoterapia trata-se de uma intervenção que visa a promoção da saúde e que possui características e questões éticas específicas. Com esse objetivo, através de entrevistas semi-dirigidas com três psicoterapeutas orientados pela teoria psicanalítica e três psicoterapeutas orientados pela psicologia cognitivo-comportamental, foi investigado como compreendem o conceito bioético de autonomia no atendimento clínico psicológico. Através das entrevistas realizadas verificou-se que os participantes apresentaram a autonomia como fundamental no processo psicoterápico, embora esta autonomia pareça ser invisível, subjacente à prática clínica. Mesmo havendo elementos comuns na vertente psicanalítica e na cognitivo-comportamental (como o reconhecimento da autonomia do paciente, e que esta é conquistada através do processo psicoterápico), há diferenças importantes na prática e manifestação desta autonomia que são derivadas do modelo teórico adotado;. Na psicanálise as informações sobre a psicoterapia são fornecidas se o paciente questiona, e na terapia cognitivo-comportamental as informações sobre o processo psicoterápico são fornecidas mesmo que os pacientes não perguntem. Para a psicanálise, o questionar do paciente sobre o processo é integrado ao processo analítico, auxiliando a construir o entendimento da dinâmica psíquica; na psicologia cognitivo-comportamental, a compreensão objetiva do andamento da psicoterapia também é terapêutica, constituindo-se num elemento que ajudará o paciente na adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Psicoterapia; Bioética; Autonomia; Psicanálise; Psicoterapia Cognitivo-Comportamental.

Psychotherapy and Bioethics: Autonomy in Psychoanalytic and Cognitive-Behavioral Psychotherapy Process

Abstract

Bioethics as a new subject area is related to many themes and the health care is one between them. Bioethics is concerned about the recent advances in the biotechnology; however, little has been researched regarding ethics aspects of psychotherapeutic process. Most of bioethical discussions have been treated about biotechnology, but there are almost any research relating it with psychotherapy. Bioethics has a great importance for psychology if we consider that psychotherapy is a practice with therapeutic purpose. Six clinical psychotherapists were interviewed, three oriented by psychoanalysis and three cognitive-behavioral psychology professionals, with the purpose of knowing what they understand about the bioethical concept of autonomy in psychotherapy. The interviews had a semi-structured frame, allowing asking for more comprehensive answers. Autonomy was considered a main goal of psychotherapy although sometimes it appears invisible. Psychoanalysis and Cognitive-Behavioral Therapy have common points concerning autonomy (i.e., patient autonomy is recognized as important factor in psychotherapy, and it is aimed as a process effect), but there are differences due the theoretical model. These differences modify the understanding and practice of autonomy in psychotherapy: in Psychoanalysis any patient question about psychotherapy process is linked with his/her analysis and mental structure, helping self-understanding and interpretations. In Cognitive-Behavioral Therapy, professionals informs patient about some aspects of psychotherapy, like aims, procedures and time, and these information helps him/her to improve therapeutic alliance.

Key-words: Psychotherapy; Bioethics; Autonomy; Psychoanalysis; Cognitive-Behavioral Therapy.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1. A APLICABILIDADE DA BIOÉTICA NO CONTEXTO DA PSICOTERAPIA	13
1.1 A BIOÉTICA COMO ÉTICA APLICADA	14
1.2 O PRINCIPALISMO NA BIOÉTICA	17
1.3 A PSICOTERAPIA	18
1.4 CARACTERÍSTICAS DA PSICOTERAPIA	20
1.5 AS GRANDES FORÇAS DA PSICOLOGIA: PSICANÁLISE, BEHAVIORISMO E HUMANISMO.....	22
1.6 TEORIA PSICANALÍTICA	22
1.7 O BEHAVIORISMO	24
1.8 A VERTENTE HUMANISTA	25
1.9 CONSIDERAÇÕES FINAIS: A APLICABILIDADE DA BIOÉTICA NO CONTEXTO DA PSICOTERAPIA	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
CAPÍTULO 2. O PRINCÍPIO DA AUTONOMIA NA PRÁTICA PSICANALÍTICA.....	33
2.1. MÉTODO: A INVESTIGAÇÃO DAS PERCEPÇÕES SOBRE A AUTONOMIA NA PRÁTICA PSICANALÍTICA	35
2.1.1 PARTICIPANTES	35
2.1.2 INSTRUMENTO	35
2.1.3 PROCEDIMENTOS	36
2.2. ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES: A AUTONOMIA NA PRÁTICA PSICANALÍTICA.....	37
2.2.1 O CONCEITO DE AUTONOMIA	37
2.2.2 A AUTONOMIA DO PACIENTE NA ANÁLISE.....	39
2.2.3 A AUTONOMIA DO PROFISSIONAL	42
2.2.4 O DIREITO DE INFORMAÇÃO DO PACIENTE QUANTO À ANÁLISE	46
2.2.5 O DIREITO DO PACIENTE QUANTO A UMA SEGUNDA OPINIÃO	49
2.2.6 DIREITOS DO PACIENTE REFERENTES AO TÉRMINO DA ANÁLISE.....	51
2.2.7 ABANDONO DA ANÁLISE.....	56
2.3. DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES.....	57
2.4. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A AUTONOMIA E A ANÁLISE.....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
CAPÍTULO 3. O PRINCÍPIO DA AUTONOMIA NA PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.....	65
3.1. MÉTODO: A INVESTIGAÇÃO DAS PERCEPÇÕES SOBRE A AUTONOMIA NA PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.....	67
3.1.1 PARTICIPANTES	67
3.1.2 INSTRUMENTO	68
3.1.3 PROCEDIMENTOS	69
3.2. ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES: A AUTONOMIA NA PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.....	70
3.2.1 O CONCEITO DE AUTONOMIA	70
3.2.2 A AUTONOMIA DO PACIENTE NA PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL	71
3.2.3 AUTONOMIA DO PROFISSIONAL	74
3.2.4 DIREITO DE INFORMAÇÃO DO PACIENTE QUANTO À PSICOTERAPIA.....	76
3.2.5 DIREITO DE INFORMAÇÃO DO PACIENTE QUANTO A UMA SEGUNDA OPINIÃO	79
3.2.6 DIREITOS DO PACIENTE REFERENTES AO TÉRMINO DA PSICOTERAPIA.....	81
3.2.7 ABANDONO DO TRATAMENTO	85
3.3. DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES.....	86
3.4. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A AUTONOMIA E A PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.....	88

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
CONSIDERAÇÕES FINAIS: A AUTONOMIA NA PSICANÁLISE E NA PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL	92
ANEXO 1 – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-DIRIGIDA.....	94
ANEXO 2 – TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS DOS PARTICIPANTES	95
ENTREVISTADA: PSICANALISTA 1 (PA1).....	95
ENTREVISTADA: PSICANALISTA 2 (PA2).....	102
ENTREVISTADA: PSICANALISTA 3 (PA3).....	107
ENTREVISTADA: PSICÓLOGA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL 1 (PC1)	115
ENTREVISTADO: PSICÓLOGO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL 2 (PC2)	122
ENTREVISTADA: PSICÓLOGA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL 3 (PC3)	128
ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	132
ANEXO 4 – CÓPIA DA CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP – PUCRS	133

Introdução

O campo da psicoterapia se constitui de um conjunto heterogêneo de teorias e práticas, todas objetivando o fim último de proporcionar melhoras para o estado mental do paciente. Originada em vários campos, foi-se configurando uma prática que perpassa a medicina e as ciências humanas, de forma que lança mão de diversas teorias para fornecer instrumentais para a modificação do comportamento.

Nascidas em momentos históricos e em contextos sociais distintos, as teorias psicológicas que embasam a psicoterapia muitas vezes podem ser compreendidas como “línguas” diversas, pois cada uma delas possui uma estrutura distinta, ora mais próximas ora mais distantes, o que torna difícil a tarefa de compará-las. Além desta dificuldade epistemológica, acontece também que muitas vezes os adeptos destas teorias parecem ter receio de comparar as teorias, seja porque acabam se especializando, restringindo seu foco de análise, seja porque isso ameaçaria uma pureza conceitual e mesmo relações de poder dentro de institutos e centros de formação.

Paralelo a isso, observa-se que é no século XX que se constituem para os pacientes vários direitos em relação ao seu tratamento: direito à informação, direito de escolha, e mesmo, em alguns países, o direito a escolher morrer desde que determinadas condições sejam satisfeitas. A bioética trata destas questões por tocar no campo da vida, e por extensão no atendimento à saúde humana. Nascida de questões diretamente relacionadas com a biotecnologia, como, por exemplo, a escolha do sexo dos filhos, paulatinamente estendeu-se por outras áreas, e hoje alcança todos os campos que tratam do atendimento à saúde.

Dentre os direitos dos pacientes, como aponta a bioética, está o direito à informação sobre o tratamento, sobre as intervenções utilizadas e sobre o que acontecerá se o paciente se submeter ao processo indicado. Se isto é relativamente claro no campo da medicina, na psicoterapia ainda há muito a ser feito. Uma das razões para tal é a escassez de informação que, via de regra, as pessoas possuem sobre a psicoterapia. Muito baseada em estereótipos, a imagem da psicoterapia oscila bastante entre o desconhecimento e o desdém. Pode-se dizer que somente quem se submeteu a um processo psicoterápico bem-sucedido é quem compreende o que é e o que pode fazer uma psicoterapia, e o público em geral a desconhece. Portanto, a psicoterapia ainda se coloca como uma prática elitista e distanciada da maior parte da população, mesmo que avanços importantes já tenham sido feitos.

A psicoterapia como prática pertencente à promoção da saúde humana também se torna objeto de reflexão da bioética. Se as discussões estão relativamente adiantadas sobre questões como eutanásia e manipulação genética humana, ainda são iniciais as reflexões sobre os direitos que possuem os pacientes que realizam psicoterapia. Se as diferentes escolas psicológicas nascem em momentos distintos e em culturas distintas, conseqüentemente suas práticas são distintas. Como equacionar essas diferenças com direitos que devem ser universais para os pacientes, como por exemplo o direito a saber quanto tempo deverá ou poderá durar o tratamento psicoterápico?

Desta forma, pode-se afirmar que as relações entre psicoterapia e bioética necessitam de aproximações, e um dos propósitos desta tese de doutorado é discutir a psicoterapia no contexto dos direitos dos pacientes. Para tanto, comparou-se o entendimento de psicanalistas e de profissionais orientados pela psicologia cognitivo-comportamental sobre o conceito de autonomia, realizando uma reflexão baseada em pressupostos da bioética. O foco específico foi investigar como a autonomia é considerada pelos entrevistados, de forma que o problema pode ser formulado assim: de que forma psicanalistas e psicólogos orientados pela psicologia cognitivo-comportamental compreendem a autonomia dos pacientes na psicoterapia?

Optou-se por analisar o conceito de autonomia por ser uma discussão que, em nosso entendimento, está muito relacionada com a prática da psicoterapia. Os sintomas relacionados com sofrimento mental usualmente restringem comportamentos e escolhas dos pacientes, às vezes mesmo os deixando alienados em suas escolhas. Igualmente, um dos principais objetivos da psicoterapia é permitir que o paciente possa atingir graus mais elaborados de autonomia em seus comportamentos e nas decisões de sua vida. Além disso, a autonomia foi extensamente trabalhada pela vertente bioética do principialismo, cujos principais expoentes são James Childress e Tom Beauchamps, e se constitui num dos pilares conceituais da bioética.

Foram entrevistados seis participantes, sendo que três deles são psicanalistas e três são psicólogos que trabalham pelo referencial da psicologia cognitivo-comportamental. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS sob número CEP 06/03172 (Anexo 4), sendo preservados os direitos fundamentais dos entrevistados, especialmente no que tange à preservação de sua identidade, tendo sido totalmente suprimidas quaisquer formas de identificação. O roteiro da entrevista foi semi-estruturado, com questões que permitiram flexibilidade para abordar outras temáticas complementares às falas dos entrevistados. Após a gravação e transcrição das entrevistas, que duraram aproximadamente 40 minutos cada uma,

procedeu-se a análise qualitativa das informações, construindo as seguintes categorias: o conceito de autonomia, a autonomia do paciente no processo (analítico ou pela psicologia cognitivo-comportamental), a autonomia do profissional, o direito de informação do paciente quanto à psicoterapia, o direito do paciente quanto à uma segunda opinião, os direitos do paciente referentes ao término da psicoterapia e o abandono do tratamento. A análise de cada teoria constitui um capítulo distinto.

A presente tese está dividida da seguinte forma: o primeiro capítulo, intitulado “A aplicabilidade da bioética no contexto da psicoterapia” tem cunho teórico, problematizando relações entre a psicoterapia e a bioética e apontando a autonomia como uma questão legítima de discussão para ambos os campos. O capítulo seguinte, “O princípio da autonomia na prática psicanalítica” apresenta a visão dos psicanalistas entrevistados sobre a autonomia na análise, apontando suas percepções sobre os direitos do paciente em relação ao tratamento. No terceiro capítulo, “O princípio da autonomia da psicoterapia cognitivo-comportamental”, é apresentado o entendimento que os profissionais entrevistados orientados pela psicologia cognitivo-comportamental possuem sobre a autonomia na psicoterapia. Nas considerações finais, são discutidos os principais achados, comparadas as visões dos profissionais psicanalistas e cognitivo-comportamentais e realizando aportes com a visão bioética da autonomia.

Os capítulos apresentam simultaneamente a discussão dos tópicos apontados pelos entrevistados e um excerto de suas falas, buscando constituir um entendimento orgânico entre a análise e as percepções dos participantes e a análise propriamente dita. Esta estrutura seria justificada por considerarmos que enriqueceria o trabalho, aproximando o leitor dos dados apresentados pelos investigados. Também se optou por apresentar a metodologia utilizada em cada capítulo para preservar o padrão de redação de artigo científico, proporcionando autonomia aos capítulos mas preservando uma inter-dependência do texto.

Capítulo 1. A aplicabilidade da bioética no contexto da psicoterapia

A bioética tem ocupado um papel importante na análise de como os avanços científicos têm afetado a vida em geral, e à vida humana em particular. Essas conquistas tecnológicas produziram grandes benefícios para os seres humanos, embora ciência e benefício não sejam sinônimos, pois é fundamentalmente a *utilização* dos conhecimentos que produzirá benefícios ou prejuízos para as populações humanas (Chodoff, 2003). Desta forma, além das questões de cunho técnico, é fundamental a reflexão sobre as *possibilidades* e os *efeitos* da aplicação destas tecnologias. Portanto, temas como organismos geneticamente modificados, impactos ambientais, difusão de conhecimentos sobre biotecnologia, transplantes de órgãos, aborto e suicídio assistido têm sido alguns de seus temas centrais.

Embora o campo principal de reflexão da bioética tenha a biotecnologia e o biodireito como tônicas dominantes, o estudo das relações estabelecidas entre profissionais da saúde e os atendidos são também importantes objetos de reflexão. Com o aumento gradual da conscientização por parte dos pacientes em relação aos seus direitos, que passaram a exigir mais em relação aos serviços de saúde, problemas como a comunicação de quadros terminais, a capacidade de entendimento do paciente e da família e o consentimento esclarecido para procedimentos de risco passaram a ser considerados pela bioética.

O psicólogo está diretamente implicado nas questões da bioética, seja por seu objeto de trabalho, seja por sua participação crescente em comitês de ética em pesquisa em universidades, faculdades, centros de pesquisa e hospitais. Essa participação tem colocado-o em confronto com dilemas referentes à vida, exigindo um aprimoramento técnico e filosófico constante. Além disso, alguns desafios exigem a reflexão dos profissionais psi dentro do próprio campo de trabalho: por exemplo, no caso da psicoterapia, a relação estabelecida entre paciente e terapeuta possui por objetivo a minimização do sofrimento psíquico e um aumento da qualidade de vida; esta relação exige reflexões constantes do psicólogo sobre os impactos de seu trabalho no campo da saúde, visto que não há uma forma única de a psicologia compreender e intervir sobre o comportamento humano.

No trabalho do psicoterapeuta (psicólogo, psiquiatra ou psicanalista), coloca-se em ação um conjunto teórico e técnico que possui por objetivo algum tipo de modificação do comportamento apresentado pelo paciente até então, pois se houve a busca por atendimento é porque, em algum grau, há sofrimento do paciente ou seus familiares. Nesse atendimento é necessário respeitar o paciente em seus direitos fundamentais, suas potencialidades e limitações: isso faz com que o questionamento sobre quais são as repercussões éticas das

técnicas psicoterápicas e os reflexos de cunho de caráter bioético nestas intervenções tenha extrema relevância. Torna-se, portanto, pertinente uma reflexão bioética acerca da atividade da psicoterapia.

A natureza e a diversidade do arsenal teórico-técnico na psicologia e psiquiatria é outro fator que exige posicionamentos claros em suas intervenções. O código de ética profissional do psicólogo, por exemplo (Conselho Federal de Psicologia, 2005), preconiza como direitos fundamentais dos pacientes ter atendimento de acordo com suas necessidades e sigilo profissional. Embora estas temáticas por si sós já sejam plenas de dilemas éticos, existem outras de primeira grandeza que devem ser consideradas pelo psicoterapeuta: *como lidar eticamente com um conjunto tão heterogêneo de teorias sobre o comportamento humano no atendimento psicoterápico? E: se cada teoria preconiza um conjunto específico de teorias e técnicas, como adequar direitos fundamentais dos pacientes a esta diversidade?*

Este capítulo discute relações entre a bioética e a psicoterapia. Apresenta inicialmente um esquema conceitual da bioética, em suas múltiplas faces, demonstrando que o campo é bastante heterogêneo. Em seguida, discute a psicoterapia em seus fundamentos e propósitos, e finalmente, busca relacionar possíveis contribuições da bioética para a clínica psicológica *lato senso*.

1.1 A bioética como ética aplicada

A bioética está intimamente relacionada com o pensamento sobre a ética e a moral, sendo um de seus ramos aplicados. De acordo com Clotet e Feijó (2005), os problemas com os quais tratam a ética e a moral dizem respeito ao comportamento recíproco dos seres humanos, a partir de normas consideradas mais apropriadas ou dignas de cumprimento para uma boa relação. Na medida em que os homens se defrontam com problemas em suas relações interpessoais, que lhe exigem a tomada de decisões e solicitam justificativas para estes atos, algum nível de comportamento moral está sendo considerado (o que não quer dizer que, ao fim, os atos sejam *bons* ou *adequados*).

Clotet (2003b) argumenta que a ética aplicada é um ramo da filosofia prática que objetiva analisar as condutas humanas por meio de regras, valores, motivos e sentimentos, e lança mão de várias escolas na análise dos problemas concretos com os quais se depara. Uma decisão de um caso analisado bioeticamente deverá ser pautada e fundamentada em argumentos claramente identificados e justificados, mas isso não significa que se deverá utilizar unicamente ou preferencialmente uma escola ou outra para esta justificação. Em parte

isto ocorre em função das críticas que cada escola ética recebeu de outras, e que apontaram limitações importantes. Ainda, a complexidade inerente aos problemas bioéticos exige mais de uma possibilidade de análise. Contudo, em qualquer análise bioética, é fundamental que os pressupostos das reflexões sejam claramente explicitados, o que auxiliará no reconhecimento das linhas de argumentação construídas; significa, como refere Silva (2004), perguntar *em que* tal ação ou juízo está fundamentado, e este *em que* está sustentado em diferentes escolas éticas.

Enquanto a moral diz respeito a situações concretas, vividas, e que exigem um posicionamento, a ética, por sua vez, seria da ordem de uma esfera geral, teórica, e que parte de fundamentos para estabelecer um determinado raciocínio sobre o agir humano (Cenci, 2000). Por exemplo, é um problema moral (da ordem do vivido, das relações reais) o dilema entre cumprir ou não uma promessa para um amigo, mesmo que se perceba que esse cumprimento traga prejuízos (Vázquez, 2005). Um problema ético, por sua vez, diz respeito ao conceito de lealdade, que transcende o caso concreto acima, partindo de definições que exigem um posicionamento teórico baseado numa linha de raciocínio que justificará este conceito. Em suma, pode-se dizer que a moral diz respeito aos costumes e conceitos de uma determinada cultura, enquanto a ética buscaria qual a melhor maneira de agirmos em uma situação, a partir de princípios.

As escolas éticas surgem ao longo do tempo e das sociedades no sentido de propor reflexões sobre o agir humano. Cada uma dela parte de pressupostos diferentes, considerados como marcos reguladores das relações entre os homens, ora compartilhando, ora divergindo elementos comuns de fundamentação. Esta heterogeneidade matiza a reflexão ética com várias possibilidades de análise, que dependerá tanto dos postulados de partida quanto do caso concreto apresentado. Dentre diversas escolas que fundamentam a ética, encontramos o pragmatismo, a teoria emotivista, o intuicionismo e o vitalismo. Claro está que existem diversos outros posicionamentos, mas estes representam alguns dos mais influentes, e que marcam a bioética de forma importante.

O pragmatismo tem suas origens no pensamento anglo-saxão. Como meta central, esta escola busca estudar questões práticas e reais, identificando a verdade com o que é útil para auxiliar a melhorar as condições de vida: o *resultado* é a medida de uma ação, e este resultado é o que justificaria plenamente os meios utilizados. A teoria emotivista postula que juízos morais são geradores de estados emocionais. Esse estado emocional gerado seria o parâmetro que fundamenta se um comportamento é ou não ético. Se toda moral pressupõe um juízo de valor que é fundamento do comportamento, na teoria emotivista o que direciona esse juízo é o

sentimento despertado por determinada situação, ou seja, se uma ação desperta bons sentimentos, esta ação é boa. O intuicionismo, por sua vez, refere que os juízos morais carregam propriedades subjetivas que dizem o que é verdadeiro ou falso, bom ou ruim. A bondade, por exemplo, seria uma característica não observável empiricamente, mas é algo indefinível e auto-evidente; a captação destas propriedades ocorreria através de uma maneira imediata, ou seja, pelo meio da *intuição*. Isso quer dizer que o princípio “ajuda teu amigo” é bom porque se intui, abstraindo-se quaisquer tentativas de definição, que isso é bom por si só, e, portanto, não necessitaria ser demonstrado. A escola ética do vitalismo defende enfaticamente a sacralidade da *vida*. Seu valor é inestimável e superior a quaisquer outros que possam existir. Assim, a vida, e especialmente a vida humana, deve ser intocável, é um fim em si mesma, e por isso deve ser o objeto da reflexão ética (Silva, 2004; Valls, 2004; Vázquez, 2005).

A bioética congrega as contribuições das escolas éticas visando aplicá-las a problemas relativos à vida humana, e no sentido estrito nas questões pertinentes à saúde. Nesse mister, ela é uma área do conhecimento que utiliza a contribuição de várias escolas éticas sobre o problema específico da vida, e por isso é uma *ética aplicada*. De acordo com Clotet (2003a), a origem do termo *bioética* é devida a Van Rensselaer Potter na década de 1970. Potter, oncologista, preocupou-se com os efeitos da biotecnologia sobre a qualidade de vida. Tal era a importância desta área de conhecimentos dada por ele que a considerava como a ciência capaz de garantir a sobrevivência do planeta, tema discutido em sua obra seminal *Bioethics: bridge to the future*, publicada em 1971.

Uma das correntes mais influentes na análise de questões pertinentes à bioética é o principialismo. O nascimento desta perspectiva estaria, de acordo com Dall’Agnol (2004), nos esforços de uma comissão do Congresso dos Estados Unidos, estabelecida em 1974, que tinha por finalidade identificar os princípios básicos que deveriam ser observados quando da experimentação com seres humanos. O motivador destes esforços foram escândalos ocorridos na década de 70, como o caso Tuskegee, onde pacientes negros não eram tratados de sífilis simplesmente para analisar o progresso natural da doença, e como o caso de idosos judeus infectados experimentalmente com células cancerígenas. Estas situações reavivaram os horrores cometidos nos campos de concentração, e a partir disso em 1974 foi criada a comissão que, em 1978, publicou o *Relatório Belmont*. O relatório apresentava três princípios capazes de justificar elementos mínimos em pesquisas com seres humanos: o respeito pelas pessoas, a beneficência e a justiça, se tornando um referencial presente em todas as discussões posteriores da bioética.

1.2 O princípalismo na bioética

O princípalismo foi proposto na obra seminal de Tom Beauchamp e James Childress *Principles of biomedical ethics*, editada em 1979, e propõe quatro pilares orientadores (princípios) para a tomada de decisões em questões referentes à vida e à saúde humana, como uma variação dos elementos do Relatório Belmont (Segre, 2002; Clotet, 2003b; Clotet e Feijó, 2005):

1. Autonomia: reconhecimento de que os pacientes possuem a capacidade de decidir o que é melhor para si, tendo domínio sobre sua vida. Isso impediria de forma importante a tomada de decisões arbitrárias por parte do profissional, o que caracteriza uma posição paternalista;
2. Beneficência: o paciente deve receber a maior parte possível dos efeitos positivos e vantagens do tratamento dispensado;
3. Não-maleficência: evitação ao máximo dos efeitos danosos adversos do tratamento ministrado ao paciente, e que devem ser, tanto quanto possível, considerados antes da intervenção;
4. Justiça: adequada distribuição de conhecimentos e acesso aos meios promotores da saúde.

Pode-se dizer que o princípalismo é uma aplicação de princípios éticos em questões referentes à saúde. O princípalismo considera que os elementos apontados acima seriam aplicáveis, de forma ideal, como argumentos de decisão em questões éticas. Contudo, o fato de estarem apresentados na ordem acima não significa uma ordem hierárquica, mesmo que alguns bioeticistas coloquem a autonomia realmente como o princípio mais importante. Estes princípios são sobrepostos e não-hierárquicos, devendo, na medida do possível, ser considerados simultaneamente quando de um dilema bioético (Dall’Agnol, 2004; Clotet e Feijó, 2005). Isto se chama propriedade *prima facie* dos princípios, ou seja, um deles tem tanta prioridade quanto os demais na reflexão e na tomada de decisões.

Embora o princípalismo seja uma das mais importantes abordagens dos problemas éticos, não significa que as outras escolas éticas estejam excluídas das discussões de casos onde há a necessidade de um juízo bioético. Considerar as contribuições das diversas escolas éticas acaba sendo a opção usual por comitês de ética em pesquisa e na avaliação de situações clínicas. Nem sempre a utilização das contribuições de uma escola dá conta de apresentar uma solução satisfatória para uma situação, pois em alguns momentos, de acordo com o caso concreto, a autonomia do paciente pode e deve ser altamente considerada, enquanto que em

outros casos, uma decisão por parte do profissional é exigida sob o risco de causar mais danos para o paciente se ela não for tomada com agilidade (Bellino, 1997).

Apresentados em linhas gerais os fundamentos e o objeto de reflexão da bioética, passamos agora a problematizar o campo da psicoterapia.

1.3 A psicoterapia

Uma das principais atividades do psicólogo é o atendimento clínico. A psicologia clínica é mais ampla do que a atividade de psicoterapia, pois nesta atividade estão incluídas a psicoterapia e a avaliação psicológica.

De acordo com a resolução 10, de 20 de dezembro de 2000 do Conselho Federal de Psicologia (2000, p. 1), a psicoterapia é definida como

prática do psicólogo por se constituir, técnica e conceitualmente, um processo científico de compreensão, análise e intervenção que se realiza através da aplicação sistematizada e controlada de métodos e técnicas psicológicas reconhecidos pela ciência, pela prática e pela ética profissional, promovendo a saúde mental e propiciando condições para o enfrentamento de conflitos e/ou transtornos psíquicos de indivíduos ou grupos.

Embora explicitado na resolução como prática do psicólogo, a prática da psicoterapia não está restrita a este profissional, visto que psiquiatras e psicanalistas sem graduação em psicologia também a praticam. A psicoterapia é, minimamente, um conjunto de intervenções verbais e não-verbais, baseado em teorias científicas sobre o comportamento humano, que possui por objetivo eliminar ou diminuir o sofrimento mental e/ou físico decorrentes de comportamentos mal-adaptados ou disfuncionais. Cordioli (1998a) assinala que as possibilidades de trabalho definidos no espectro da psicoterapia são muito diversificados, pois há inúmeras técnicas e modelos explicativos sobre por que se origina o sofrimento mental e como agir para reduzi-lo.

Contudo, o esforço para a compreensão sobre o que faz com que alguém tenha um comportamento “normal” ou, principalmente, o que gera os comportamentos “anormais” em termos de uma determinada cultura e momento histórico sempre esteve presente nas reflexões filosóficas e científicas sobre o comportamento humano. Na modernidade, as teorias da personalidade foram as principais impulsionadoras da psicoterapia. Nascidas ora num cenário acadêmico (caso do behaviorismo), ora fora da universidade (caso da psicanálise), estas teorizações lançaram as bases da psicoterapia contemporânea. Com a instauração da

metodologia de investigação das ciências naturais no campo do comportamento humano, representados especialmente pelos esforços de Wundt em 1879, a psicologia e conseqüentemente a psicoterapia passam a ser objetos de interesse científico (Goodwin, 2005).

O nascimento da psicologia foi um movimento pleno de turbulências, cujas ondas são sentidas ainda hoje nas teorias e na prática profissional do psicólogo. Embora nos últimos anos se possam observar aberturas para a aproximação das abordagens teóricas, e o movimento para a integração da psicologia da *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* (2006) é uma das principais representantes destes esforços, as distintas linhas teóricas ainda separam a teoria e a prática da psicoterapia e a psicopatologia. Isso se deve ao fato de as diferentes correntes psicoterápicas terem nascido em momentos históricos e culturas distintas, tanto quanto se apóiam em visões de homem e de mundo também diferenciadas.

Com a demarcação do campo da psicologia, graças aos esforços dos acadêmicos e dos clínicos interessados na personalidade, a psicoterapia começa a existir pela prática de médicos e filósofos que se tornaram os primeiros pesquisadores-cientistas do comportamento humano. Antes do nascimento da psicologia como ciência, a religião se ocupava de compreender, controlar e modificar o comportamento. No ocidente, a grande influência da Igreja Católica sobre o pensamento e a moral fazia com que as pessoas tivessem seus comportamentos orientados pela teologia. Uma das formas pelas quais se deu este controle sobre o comportamento foi através do sacramento da confissão, onde o fiel contava seus pecados ao sacerdote que lhe ministrava uma penitência para que pudesse alcançar o perdão (Penna, 1991). Através da confissão dos pecados, podia-se alcançar a misericórdia divina, mas o comportamento e o desejo pecaminoso deveriam ser ativamente combatidos.

O nascimento da psicologia como ciência tem por objetivo afastar o estudo do comportamento do campo religioso e da filosofia, e a pesquisa sobre o comportamento passa a ser bastante orientado pelos métodos das ciências naturais. A psicoterapia torna-se um campo de exercício dos conhecimentos científicos produzidos pela psicologia, na área específica da intervenção sobre o sofrimento mental e o comportamento patológico, que possui uma dupla função:

1. Representar uma prática onde o conhecimento psicológico é exercido como um mecanismo de compreensão e combate das doenças mentais; e
2. Atualizar este conhecimento através da coleta de novas informações sobre as psicopatologias, obtidas através de pesquisas.

Essa visão cientificista da psicologia, entretanto, não é hegemônica no campo da psicoterapia. Críticos dentro e fora da psicologia têm apontado as limitações do pensamento científico e sugerido propostas diferenciadas para a investigação e o tratamento do sofrimento mental, abarcando um sem-número de variáveis que influenciam o comportamento humano.

1.4 Características da psicoterapia

A psicoterapia é uma atividade única. Depende de uma relação humana particular que possui características que a diferenciam de outras formas de relacionamento, como por exemplo, a amizade e o coleguismo profissional. Campo derivado da medicina e da psicologia, a psicoterapia constitui-se área distinta de investigação e intervenção (Holmes, 2003).

De certa forma é arriscado, ou inadequado, de falar em psicoterapia no singular. A existência das diversas escolas teóricas na psicologia faz com que cada uma delas apresente uma modalidade de terapia, mais ou menos próxima ou distante conceitualmente de outros modelos. Cordioli (1998a), ao citar um estudo de Karasu publicado em 1986, menciona que na literatura já foram identificados mais de 400 tipos diferentes de psicoterapias. O quadro apresentado é altamente heterogêneo, pois se há modelos de psicoterapia que são similares, embasados na mesma teoria e com pequenas diferenças conceituais e técnicas, há outros modelos que são radicalmente divergentes, como por exemplo o behaviorismo e o humanismo.

Os modelos de psicoterapia apresentam variações significativas de finalidade, duração, frequência das sessões e técnicas. Também possuem modalidades diferentes de atendimento, contemplando situações e contextos específicos, podendo ser também definida em função da clientela atendida (psicoterapia infantil e terapia familiar, por exemplo). Há, contudo, quem defenda a existência elementos comuns nas psicoterapias, como apoio, aceitação do paciente por parte do terapeuta, a geração de um clima de confiança para a manifestação de emoções, técnicas específicas para facilitar este processo e uma teoria que fundamenta estes procedimentos (Cordioli, 1998a).

Apesar de prática reconhecida no campo da saúde, a psicoterapia ainda intriga, pois ainda há muitas lacunas teóricas sobre como ela age para proporcionar a melhora dos sintomas (Cordioli, 1998b). A existência de diversas teorias sobre os motivadores do comportamento humano, ao mesmo tempo em que fertiliza o campo com idéias inovadoras, gera uma complexidade difícil de lidar, muitas vezes afastando os profissionais de uma

linguagem compartilhada em virtude de conceitos conflitantes e visões muito diferenciadas de homem e de mundo. Somada a isso está a dificuldade na realização de pesquisas em psicoterapia visando identificar os efeitos das intervenções clínicas sobre o comportamento, pois o número de variáveis implicadas no processo psicoterápico é enorme.

Essas questões geraram vários problemas de pesquisa: há psicoterapias mais eficazes para determinados quadros psicopatológicos? A psicoterapia, para funcionar, depende de fatores específicos de cada modelo ou haveria fatores gerais que são determinantes a todos os tipos? Em termos conceituais, é problemático postular um modelo de psicoterapia a-teórico, pois, no momento em que se postula que elementos pertencentes a qualquer relação humana podem ter efeitos psicoterápicos, isso já é uma teoria. Nesta busca de elementos comuns surgiu uma teoria dos fatores inespecíficos; como reação, os partidários das diversas teorias sobre o comportamento humano constituíram a teoria da especificidade.

A teoria dos fatores inespecíficos argumenta que há componentes universais nas relações humanas, de forma independente da orientação teórica, que são plenamente capazes de gerar as mudanças desejadas. Não seria necessário fundamentar estes fatores em alguma conceituação, pois elas poderiam acontecer naturalmente. Nos anos 50, Eysenck chegou a propor que mesmo o acaso poderia gerar tantas mudanças significativas no comportamento de uma pessoa quanto àquelas proporcionadas pela psicoterapia (Cordioli, 1998b). Isso traz problemas sérios para a psicoterapia, pois tornaria, em grande medida, inúteis as formulações teóricas, e geraria a chamada equivalência paralisante, que nivela a (in)eficácia das psicoterapias.

Defensores da teoria da especificidade, por sua vez, apostam que as técnicas utilizadas, específicas de cada quadro teórico, são as principais geradoras das mudanças (Cordioli, 1998b). Na perspectiva psicanalítica, não é possível conceber uma mudança sem a compreensão proporcionada pela associação livre e a interpretação do analista. Na teoria comportamental, a modificação das contingências e dos reforços é algo central na mudança dos comportamentos, na medida em que alteram a probabilidade de um comportamento ocorrer no futuro; a identificação objetiva do comportamento e sua alteração são elementos de mudança do comportamento. Na vertente humanista, sem uma posição empática por parte do terapeuta não haveria condições de a terapia proporcionar um clima humano de aceitação incondicional. Estas técnicas são altamente valorizadas por suas respectivas teorias, e podemos dizer que, ao retirá-las, estas teorias perdem sua funcionalidade.

Uma solução possível ao dilema fatores específicos *versus* inespecíficos é apontar que quaisquer formulações teóricas possuem três elementos comuns, e nesse sentido, não-

específicos: uma experiência afetiva, que permite a expressão de sentimentos bloqueados ou não conhecidos; um aprimoramento de habilidades cognitivas, pois a observação do próprio comportamento e dos conteúdos mentais contribui para a modificação de padrões de pensamento e comportamento; e um sistema de regulação do comportamento, onde há controle e modificação de padrões comportamentais (Cordioli, 1998b). Portanto, seria diferente falar de elementos *comuns* às psicoterapias e *fatores inespecíficos*: estes últimos podem ser compreendidos no sentido lato, ou seja, pertencentes a qualquer relação humana (o que parece trazer mais problemas do que contribuições para o campo da psicoterapia), enquanto que os fatores comuns referem-se a um exercício de “comparação” entre as teorias (o que parece resolver o dilema). Ao apontar elementos compartilhados, as teorias poderiam, ao mesmo tempo, manter sua identidade e continuar aprimorando suas técnicas e formulações teóricas, pois as diferentes teorias acentuam mais ou menos alguns destes três elementos (a psicanálise parece favorecer a investigação do inconsciente; o comportamentalismo, o controle do comportamento manifesto, e o humanismo a busca de auto-realização).

1.5 As grandes forças da psicologia: psicanálise, behaviorismo e humanismo

Mesmo havendo um volume tão grande de modelos de psicoterapia, pode-se dizer que estes modelos são derivados de um número restrito de teorias psicológicas. As teorias que mais influenciaram o cenário da psicologia ocidental foram a psicanálise, o behaviorismo e o humanismo. Além de apresentarem uma visão distinta de homem, elas propõem métodos e técnicas psicoterápicas que diferenciam substancialmente entre si.

1.6 Teoria psicanalítica

A psicanálise foi formulada por Sigmund Freud e teria um aspecto tríplice: é um método investigativo, um método de psicoterapia e uma teoria sobre o comportamento humano normal e patológico (Laplanche e Pontalis, 1992).

Estudando a histeria, transtorno muito comum na época, Freud identificou que havia elementos não conscientes na vida dos pacientes que estavam relacionados com os sintomas. Em associação com Josef Breuer escreveu *Estudos sobre a Histeria* (Freud e Breuer, 1895/1996), onde propõem o método catártico para a eliminação dos sintomas histéricos. Posteriormente divergiram teoricamente, pois Freud defendia que havia um componente sexual presente na histeria; assim, passou a elaborar, a partir de seu tratamento de pacientes

históricos, uma teorização que posteriormente chamou de “psicanálise”, pois tinha como proposta uma análise dos elementos psíquicos conscientes e não-conscientes.

No método proposto por Freud o paciente deve dizer tudo o que lhe vêm à mente, sem nada esconder (Freud, 1912b/1996). Mantendo uma atenção uniformemente flutuante, o analista busca relações entre o relato do paciente e eventos infantis que estariam na origem dos traumas emocionais. Observou também que, embora dissesse para seus pacientes que deveriam falar tudo o que lhe ocorresse, nem sempre isso acontecia, pois era comum que os pensamentos possuíssem algum elemento que gerava inibição ou ansiedade no paciente (Freud, 1923/1996). A isto, chamou de resistência (Laplanche e Pontalis, 1992, Goodwin, 2005).

Freud observou que a relação estabelecida entre analista e paciente possuía uma tonalidade emocional intensa. À medida que o paciente relatava seus pensamentos para o analista, tecia uma relação com ele que muitas vezes revivia eventos emocionalmente intensos, sendo estes amorosos e/ou agressivos. A partir da análise destes conteúdos emocionais, ou seja, da transferência, era possível compreender os conflitos inconscientes do paciente, que eram estabelecidos especialmente na relação com as figuras parentais (Freud, 1910/1996; 1912a/1996).

Atendendo seus pacientes e através de sua auto-análise, Freud concluiu que os sonhos eram fontes importantes de informações a respeito de pensamentos inconscientes. Mais do que atos isolados da vida mental ou produtores de “refugos mentais”, originados de pensamentos ocorridos durante o dia, os sonhos eram indicativos do que ocorria na vida mental mas não eram compreensíveis para a consciência. Isto ocorreria porque os sonhos apresentam os conteúdos mentais através de uma espécie de “disfarce” que ao mesmo tempo que impedia também denunciava o conhecimento direto de conteúdos de natureza sexual e agressiva (Freud, 1900/1996).

A psicanálise é ainda uma teoria do desenvolvimento humano. Freud postulou etapas desenvolvimentais que constituiriam zonas erógenas diferenciadas: a fase oral (boca como zona erógena), anal (os esfíncteres), fálica (genitais) e latência (onde se daria a resolução do complexo de Édipo). Após isso, a vida adulta consistiria numa etapa final, onde a sexualidade dita “normal” poderia ser adequadamente satisfeita (Hall, Lindzey & Campbell, 2000).

A terapia psicanalítica consiste na busca dos elementos recalçados, ou seja, excluídos da consciência, e que estão no cerne do sintoma. É a partir do auto-conhecimento, proporcionado pela associação livre, pela análise da transferência e pelas interpretações do terapeuta que o paciente tem condições de conhecer os conteúdos inconscientes que

direcionam seu comportamento. Na medida em que conhece estes conteúdos tem condições de ter mais liberdade de ação em sua vida (Cloninger, 1999).

1.7 O behaviorismo

A insatisfação de vários teóricos com as explicações introspeccionistas do comportamento humano, bastante presente no início do século XX, fez com que buscassem um enfoque mais objetivo na psicologia. A preocupação com a construção de uma ciência psicológica, nos moldes das ciências naturais, motivou a elaboração de um conjunto de idéias baseadas largamente no positivismo de Auguste Comte (Goodwin, 2005). Assim, o behaviorismo nasce de uma necessidade de compreender objetivamente o comportamento manifesto, sem a necessidade da introspecção, e com a possibilidade de matematização destes comportamentos para posterior controle e generalização.

O behaviorismo postula a grande influência do meio e das experiências como elementos determinantes do comportamento. Cloninger (1999) sintetiza o behaviorismo em cinco pontos:

1. Alguém é o que faz: somos nossos comportamentos;
2. O comportamento é determinado pelo meio ambiente;
3. As modificações no ambiente alteram o comportamento individual;
4. As mudanças de comportamento podem ocorrer ao longo de toda a vida; e
5. Os elementos que influenciam o comportamento de uma pessoa não necessariamente modificarão o comportamento de outros.

Para o behaviorismo, o conceito de *personalidade* só tem validade enquanto conjunto de funções que permitem ao organismo se relacionar com o meio, não sendo objeto de investigação sua estrutura ou “conteúdos internos”. Assim, o que seria para outras abordagens fenômenos como a experiência subjetiva, para o behaviorismo o que importa é o que é observável (Cloninger, 1999; Baum, 2006).

O behaviorismo, nascido com a contribuição de John B. Watson e consolidada na vertente radical onde B. F. Skinner é o representante mais conhecido, busca uma investigação científica do comportamento humano. Neste caso, os métodos de investigação são semelhantes aos utilizados nas ciências naturais: experimentação, observação e matematização. Assim, estados inacessíveis à observação direta (eventos privados) não poderiam ser objeto de investigação do comportamento (Cloninger, 1999; Baum, 2006).

A aprendizagem é um conceito central no behaviorismo. Ela explica tanto o comportamento adaptado quanto o patológico. Se o processo de adaptação do organismo com o meio ambiente se dá de forma satisfatória é porque os reforços deste comportamento foram eficazes e produziram a resposta esperada. Assim, para o behaviorismo de Skinner, o grande elemento que determina a frequência do comportamento é a efetividade do reforço (conseqüências do comportamento): este modelo é chamado de comportamento operante (Cloninger, 1999; Hall, Lindzey & Campbell, 2000).

Novos comportamentos são aprendidos, modificados ou eliminados a partir dos princípios da generalização, discriminação, punição e extinção. A generalização e a discriminação dizem respeito à forma como lidamos com os estímulos do ambiente e as respostas dadas a estes estímulos: podemos generalizar a luz vermelha como indicativa de “pare” nos semáforos, e discriminar símbolos masculinos e femininos como indicativos dos banheiros de homens e de mulheres. Já a punição e a extinção visam, respectivamente, diminuir e eliminar comportamentos indesejáveis (Cloninger, 1999; Hall, Lindzey & Campbell, 2000; Baum, 2006).

A psicoterapia de orientação behaviorista consiste na alteração dos padrões aprendidos de comportamento pela modificação dos reforços (ou seja, as conseqüências dos comportamentos), seja pelos tipos ou esquemas de reforçamento. A identificação dos elementos ambientais que reforçam o comportamento patológico seria um primeiro passo da terapia. Após, deve-se objetivar a modificação propriamente dita do comportamento pelo controle de variáveis ambientais, especialmente pela retirada dos reforços relacionados com os comportamentos patológicos (gerando extinção), com a utilização de reforços negativos, ou, eventualmente, de punição. Os comportamentos desejáveis, por sua vez, deverão ser reforçados para que seja maior a probabilidade de sua ocorrência no futuro.

1.8 A vertente humanista

Hall, Lindzey e Campbell (2000) referem que a psicologia humanista é a representante de um esforço teórico e prático para unificar a personalidade humana. A visão atomizada e fragmentária de ser humano, cujo ápice está nas influências de Descartes e do associacionismo, foi duramente criticada por psicólogos que defendiam que a personalidade só poderia ser adequadamente compreendida se vista como um *todo organísmico*. Isso significa que só há sentido compreender o comportamento humano como uma totalidade.

A teoria organísmica embasa o pensamento e a prática dos psicólogos humanistas do século XX (Hall, Lindzey e Campbell, 2000). Ela postula que:

1. A personalidade deve ser compreendida como possuidora de *unidade, consistência e coerência*. Essa organização é inerente ao organismo, e a fragmentação, em qualquer nível, é indicativa de patologia e sofrimento;

2. É possível compreender as partes constituintes da totalidade do organismo, mas jamais se devem abstrair as partes da relação com o todo organizado. A parte é considerada a partir de sua associação com o organismo total. Só se compreende o funcionamento da totalidade vendo-se o todo, e não se pode encontrar nas partes os princípios que regem o comportamento global do organismo;

3. Existe um motivador global do comportamento, chamado de *auto-realização* ou *auto-atualização*. Ele sintetiza o esforço humano para realizar as potencialidades latentes, e este movimento é o que dá o sentido e propósito para a vida;

4. As potencialidades inerentes do organismo devem ser livremente desenvolvidas. Embora esta perspectiva considere as influências do meio sobre a pessoa, o meio não pode obrigar o organismo a se comportar de uma forma que vá contra a sua natureza. Contudo, se isto acontecer, pode se originar a patologia: se a pessoa for deixada para se desenvolver com suas próprias potencialidades, necessariamente a personalidade se tornará saudável, caso contrário o ambiente bloqueará o desenvolvimento sadio da personalidade;

5. Haveria um interesse maior por esta abordagem por parte de psicólogos clínicos, visto que ela forneceria um estudo compreensivo e integrativo da pessoa, e não uma análise exaustiva sobre uma função psíquica isolada.

Dentre os defensores desta perspectiva, estão dois psicólogos que influenciaram muito a psicologia humanista: Abraham Maslow e Carl R. Rogers. As idéias destes pesquisadores são, talvez, as mais conhecidas e as que representam o eixo central da psicologia humanista.

Maslow criticava duramente a visão pessimista da psicologia, que se focalizava mais na patologia mental do que nos potenciais de crescimento. A terapia é um caminho que deve permitir ao paciente uma reconexão com o seu processo saudável de desenvolvimento. O processo terapêutico deve orientar-se pelos insights dos clientes e não pelos do terapeuta, pois o foco do tratamento é, sempre, a visão do cliente e não a do terapeuta (Cloninger, 1999).

Para que uma pessoa possa se desenvolver de forma funcional até o nível de auto-realização, teria que haver a satisfação de certas necessidades básicas. Se estas necessidades (fisiológicas, de segurança, de reconhecimento social e de estima) não forem adequadamente satisfeitas, a pessoa não teria condições de se realizar plenamente como ser humano, e

conseqüentemente poderia desenvolver uma psicopatologia. Assim como Maslow, Rogers se preocupava com os aspectos de crescimento da pessoa. Através de um relacionamento interpessoal intenso entre terapeuta e paciente é possível auxiliar o crescimento pessoal e a libertação das condições que impedem a felicidade e a auto-realização (Cloninger, 1999; Hall, Lindzey e Campbell, 2000).

A terapia centrada no cliente de Rogers se baseia no pressuposto de que quando os clientes (diferente do termo paciente, cliente é indicativo de que o beneficiado pelo processo participa ativamente, não “passivamente” – paciente), percebem uma consideração positiva incondicional por parte do terapeuta, eles então se sentem acolhidos e, em condições ótimas para falar sobre coisas que lhes são desagradáveis e dolorosas. O terapeuta, para permitir este clima de confiança, deve desenvolver um sentimento de empatia pela pessoa do paciente (Hall, Lindzey e Campbell, 2000).

A empatia, que pode ser definida como uma postura de aceitação o outro como ele é, com a capacidade de o terapeuta se colocar no lugar do cliente, é um conceito-chave no humanismo. É a partir da “compreensão emocional” por parte do terapeuta que o cliente pode ser compreendido em suas vivências e sentimentos. Essa aceitação é o catalisador da aceitação positiva incondicional, considerado o elemento gerador da mudança. Quando o cliente se sente aceito em sua individualidade, como uma totalidade indissolúvel, é que ele tem condições de resgatar sua dignidade e humanidade, e assim estar curado (Cloninger, 1999).

Outro conceito central na teoria de Rogers é o de congruência. Se o organismo necessita de liberdade para se desenvolver de forma sadia, e o meio ambiente (família, amigos, comunidade, etc.) favorece esta liberdade, então se pode dizer que há uma congruência entre o organismo e suas experiências. Contudo, se as experiências pelas quais o indivíduo passa não estão de acordo com suas vivências internas, então esta experiência gera ansiedade e conseqüentemente indica a incongruência. Quanto mais corresponderem as experiências externas e as percepções do *self*, mais congruente é o indivíduo e, conseqüentemente, mais maduro e ajustado. A terapia, através da empatia do terapeuta em relação ao paciente, deve favorecer um clima de confiança para que se explorem os elementos que inibem a congruência e os elimine (Hall, Lindzey e Campbell, 2000).

A terapia, para Rogers, é não diretiva e centrada no cliente. Isso significa que o terapeuta deve ser capaz de acompanhar o paciente onde ele for, auxiliando-o a encontrar seus sentimentos, numa postura de aceitação positiva incondicional: isso significa que, mais do que tudo, o terapeuta deve se preocupar em ver o paciente como um indivíduo único,

independente do que tenha feito em sua vida, e merecedor de respeito e aceitação incondicional. É fundamental que neste processo o terapeuta não se oculte atrás de uma fachada, e seja o mais empático e afetivo possível. Se o terapeuta agir assim, sentimentos novos vêm à tona para o paciente, e esta exploração permitirá que se reconstruam os aspectos de auto-atualização do *self* do paciente que foram prejudicados pelas interações com o meio ambiente nocivo (Hall, Lindzey e Campbell, 2000).

1.9 Considerações finais: a aplicabilidade da bioética no contexto da psicoterapia

As diferentes visões de homem e de mundo das correntes psicológicas (das quais sinteticamente abordamos três) produziram várias práticas psicoterápicas, ora mais próximas, ora mais distantes. As intervenções e os pressupostos teóricos visam o mesmo objetivo – o alívio do sofrimento e a mudança de comportamento – mas com técnicas diferentes: na psicanálise, a mudança de comportamento é obtida através da análise das resistências que impedem a manifestação direta do inconsciente; no behaviorismo, com a mudança dos esquemas de reforços; e no humanismo através da busca da auto-realização como ser humano. Contudo, se essas intervenções possuem como objetivo a modificação do comportamento para uma melhora da qualidade de vida e da saúde das pessoas, o profissional não pode se furtar à reflexão bioética em virtude de dois fatores: as influências epistemológicas da teoria utilizada pelo psicoterapeuta, e as potencialidades e limitações cognitivas, emocionais e comportamentais dos pacientes. Esses dois fatores exigem do profissional um contínuo movimento de ajuste entre a teoria, que postula um mundo ideal, e a relação com o paciente, que está calcada no mundo real. E a bioética pode ser um mecanismo que permite efetuar essa interface entre o ideal e o real.

As teorias psicológicas são prescritivas e normativas. Isso significa que elas postulam uma dimensão ideal, mesmo que tenham sido construídas a partir de relações reais de pesquisa, em laboratório ou no *setting* clínico. O que uma teoria apresenta é uma situação-modelo, onde está descrita a psicopatologia e os mecanismos de intervenção para a promoção da saúde mental; mas como situação-modelo, ela possui em certa medida um *status* atemporal. Uma teoria é um modelo explicativo, que pretende ser aplicável à maioria dos, senão todos, seres humanos, e o terapeuta é o porta-voz e executor desta visão de homem e de mundo propalada pela teoria.

A formação profissional visa capacitá-lo com um repertório teórico-prático para utilizar com segurança determinada teoria, produzindo efeitos benéficos sobre a vida do

paciente. Assim, as teorias psicológicas estão permeadas por uma reflexão também *ética*: ela diz o que é o *desejável* e o *indesejável* na psicoterapia, ou seja, a minimização do sofrimento do paciente, o aprimoramento da qualidade de vida e a condução adequada do processo psicoterápico. É sutil a diferença, portanto, entre o aspecto *técnico* (conjunto de instrumentos, procedimentos, intervenções, etc.) e o aspecto *ético* (como utilizar esse repertório) de uma teoria psicológica. Mas ela, com certeza, existe e impregna o profissional durante a sua formação. As diferenças teóricas acentuam posturas mais autônomas (como parece ser o caso do humanismo) ou mais paternalistas (como parece ser o caso da psicanálise, quando proíbe a tomada de decisões importantes, por parte do terapeuta, na vida do paciente durante o processo de análise), portanto sendo perfeitamente compatíveis com a análise principialista. É possível, portanto, tecer aproximações e enlaces conceituais entre a bioética e a psicoterapia.

O paciente, por sua vez, existe num mundo real e tem problemáticas reais, e espera-se que o psicoterapeuta, com seu trabalho, possa auxiliá-lo nestas dificuldades. Isso faz com que o profissional tenha que lidar com situações *temporais*, em muitos casos bastante distantes do mundo ideal da teoria. Cada paciente, com suas peculiaridades (nível intelectual, capacidade de suportar frustrações, capacidade de *insight*, etc.), exige movimentos diferentes do profissional, e é isto que faz com que dois pacientes que tenham o mesmo diagnóstico (por exemplo, depressão) não tenham o mesmo *pathos* (sofrimento). Há, sem dúvida, elementos comuns entre pacientes que possuem o mesmo diagnóstico, mas também é claro que não será possível utilizar *as mesmas intervenções, no mesmo tempo e com o mesmo sentido* para estes pacientes, pois a relação *real* estabelecida com o terapeuta é diferente.

Ao profissional cabe fazer dialogar a dimensão ideal-teórica-atemporal com o real-relacional-temporal, e as contribuições da bioética são imprescindíveis nesta ponte. Refletir sobre a autonomia do paciente, ou seja, sobre o que ele pode ou não *compreender* e também *fazer* com a intervenção realizada é uma tarefa de quem possui a teoria; o que desejo, como profissional, produzir com minha intervenção? O que o paciente compreenderá disso que lhe digo? Como isso alterará seu comportamento e sua vida? Qual o momento de abordar uma questão central na vida do paciente, que talvez ele sequer a considere desta forma? O sofrimento que lhe produz ao dizer isso é *maior* ou *menor*, mais ou menos *funcional* que o sofrimento produzido pelo sintoma? Como equacionar beneficência ou não-maleficência nesta intervenção (relação custo-benefício da intervenção)? Quando o profissional pensa nisso, mais do que avaliando o comportamento do paciente a partir de um referencial teórico, está *simultaneamente fazendo um juízo bioético sobre os efeitos de seu trabalho sobre a vida e a saúde de seu paciente*. A teoria é revivida na mente do psicoterapeuta e na relação com este,

pois através das relações reais ela (teoria) pode deixar o mundo das idéias e servir para alguma coisa. Essa “alguma coisa” somente tem sentido a partir do momento em que é pensada técnica e eticamente, pois de outra forma nada mais é do que um conjunto de ferramentas deixado sobre uma bancada: ética e técnica são inseparáveis (Holmes, 2003). Assim, é somente a reflexão ética sobre as teorias e técnicas psicológicas – que assim passa a assumir uma dimensão bioética – o que humaniza o trabalho do psicoterapeuta.

Referências bibliográficas

- Baum, William M. (2006). Compreender o behaviorismo: comportamento, cultura e evolução. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- Bellino, Francesco (1997). Fundamentos da bioética: aspectos antropológicos, ontológicos e morais. Bauru: EDUSC.
- Cenci, Angelo (2000). O que é ética? Elementos em torno de uma ética geral. Passo Fundo: Angelo Cenci.
- Chodoff, Paul (2003). Misuse and abuse of psychiatry: an overview. In Bloch, Sydney, Chodoff, Paul & Green, Stephen A. Psychiatric Ethics. 3 ed. Oxford: Oxford University Press. Cap. 4, p. 49-66.
- Cloninger, Susan (1999). Teorias da personalidade. São Paulo: Martins Fontes.
- Clotet, Joaquim (2003a). Por que bioética? In _____. Bioética: uma aproximação. Porto Alegre: EDIPUCRS. Cap. 1, p. 15-26.
- Clotet, Joaquim (2003b). A bioética: uma ética aplicada em destaque. In _____. Bioética: uma aproximação. Porto Alegre: EDIPUCRS. Cap. 2, p. 27-48.
- Clotet, Joaquim, Feijó, Anamaria G. S. (2005). Bioética: uma visão panorâmica. Em Clotet, Joaquim, Feijó, Anamaria G. S., Oliveira, Marília G. Bioética: uma visão panorâmica. Porto Alegre: EDIPUCRS. Cap. 1, p. 9-20.
- Conselho Federal de Psicologia (2000). Resolução CFP 10/2000: especifica a psicoterapia como prática do psicólogo. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Conselho Federal de Psicologia. Código de Ética Profissional do Psicólogo. Disponível em: <http://www.pol.org.br/legislacao/pdf/cod_etica_novo.pdf>. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2005.
- Cordioli, Aristides V. (1998a). As psicoterapias mais comuns e suas indicações. In: _____ (Org.). Psicoterapias: Abordagens atuais. 2 ed. Porto Alegre: Artmed. Cap. 1, p. 19-34.
- Cordioli, Aristides V. (1998b). Como atuam as psicoterapias. In: _____ (Org.). Psicoterapias: Abordagens atuais. 2 ed. Porto Alegre: Artmed. Cap. 2, p. 35-45.
- Dall'Agnol, Darlei (2004). Bioética: princípios morais e aplicações. Rio de Janeiro: DP&A.
- Freud, Sigmund; Breuer, Josef. (1895/1996). Estudos sobre a Histeria. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. V. II.
- Freud, Sigmund (1900/1996). A Interpretação dos sonhos (primeira parte). Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. V. IV.
- Freud, S. (1910/1996). Cinco lições de psicanálise. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago. V. XI, p. 21-66.
- Freud, S. (1912a/1996). A dinâmica da transferência. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago. V. XII, p. 109-119.
- Freud, Sigmund. (1912b/1996). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. V. XII, p. 123-133.

- Freud, S. (1923/1996). Uma breve descrição da psicanálise. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. V. XIX, p. 215-234.
- Goodwin, C. James (2005). História da psicologia moderna. São Paulo: Cultrix.
- Hall, Calvin S., Lindzey, Gardner & Campbell, John B. (2000). Teorias da personalidade. 4 ed. Porto Alegre: Artmed.
- Holmes, Jeremy (2003). Ethical aspects of the psychotherapies. In Bloch, Sydney, Chodoff, Paul & Green, Stephen A. Psychiatric Ethics. 3 ed. Oxford: Oxford University Press. Cap. 4, p. 225-243.
- Laplanche, Jean & Pontalis, J. B. (1992). Vocabulário da psicanálise. São Paulo: Martins Fontes.
- Penna, Antonio Gomes (1991). História das idéias psicológicas. 2 ed. Rio de Janeiro: Imago.
- Segre, M. (2002). Considerações críticas sobre os princípios da bioética. In Segre, M., Cohen, C. (Eds.). Bioética. (p. 35-40). 3 ed. São Paulo: USP. cap. 3.
- Silva, Márcio Bolda da. (2004). Bioética e a questão da justificação moral. Porto Alegre: Edipucrs.
- Society for the Exploring of Psychotherapy Integration (2006). Disponível em: <<http://www.cyberpsych.org/sepi/mission.htm>>. Capturado em: 9 set. 2006.
- Valls, Álvaro L. M (2004). Da ética à bioética. Rio de Janeiro: Vozes.
- Vázquez, Adolfo Sánchez (2005). Ética. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Capítulo 2. O princípio da autonomia na prática psicanalítica

A teoria psicanalítica é uma das teorias mais influentes da psicologia, orientando o pensamento e a prática profissional de milhares de psiquiatras e psicólogos ao redor do mundo. Sua influência se estende além do estudo da psicopatologia e como método de psicoterapia, contribuindo também para explicar fenômenos sociais, as artes e a literatura.

Haja vista esta influência cabe perguntar sobre as relações entre a psicanálise e a bioética. Sendo uma proposta de intervenção psicológica sobre o comportamento humano, a prática psicanalítica pode ser analisada sob o prisma do pensamento bioético, visto que a bioética estuda, *stricto sensu*, as práticas produzidas no atendimento à saúde como um todo, e a saúde mental, por extensão.

A proposta deste artigo é propor uma aproximação entre a bioética e a psicanálise. A bioética ser um campo em franca expansão, e sua presença relativamente curta como campo do conhecimento ainda não permitiu aportes consolidados na psicologia; o que vem sendo abordado entre bioética e psicoterapia diz respeito ao problema da transgressão de limites (principalmente sexuais), consentimento informado, negligência e dano, perda de confiança, imperícia e a influência de vieses ideológicos na apresentação de dados de pesquisa (Casilla, 2004), mas há pouca produção no campo específico da relação paciente-terapeuta na psicoterapia.

Como questão central deste trabalho, interrogou-se como psicanalistas consideram o princípio da autonomia no contexto da psicoterapia. A autonomia ocupa um lugar importante no pensamento bioético (Segre, 2002; Clotet, 2003b), e analisar como os profissionais da saúde mental compreendem este conceito e o relacionam com sua prática deverá favorecer um aprimoramento teórico e técnico para a psicologia.

Nesse propósito, foram entrevistadas três psicanalistas e suas falas foram analisadas qualitativamente, e relacionadas com o referencial teórico central da psicanálise, o pensamento freudiano. Alguns excertos das falas das entrevistadas são apresentados na análise das informações. Certos trechos são longos, mas julgou-se conveniente manter este formato de apresentação para preservar a coerência do pensamento das entrevistadas.

Sinteticamente, de acordo com Laplanche e Pontalis (1992), a psicanálise é:

1. Um método de investigação que busca evidenciar um significado inconsciente de palavras, ações e produções imaginárias de um sujeito, baseado essencialmente nas associações livres realizadas por este sujeito, que seriam a garantia da interpretação dos significados inconscientes;

2. Um método de psicoterapia que parte da investigação acima descrita para compreender e modificar o comportamento; e

3. Uma teoria psicológica e psicopatológica originada da sistematização dos dados obtidos pela investigação e pelo tratamento.

O início da teoria psicanalítica deu-se na última década do século XIX, quando Freud atendia pacientes com histeria. Ele praticava com estes pacientes as mesmas técnicas utilizadas por outros médicos, tais como a hidroterapia, hipnose e viagens de repouso. Devido a várias razões, optou por abandonar a hipnose e acabou desenvolvendo o método da associação livre (Goodwin, 2005). Neste método, os pacientes deveriam obedecer somente um princípio: falar sobre tudo e qualquer conteúdo que lhe viesse à mente (Laplanche e Pontalis, 1992). As dificuldades originadas desta técnica, como por exemplo a recusa a falar sobre os conteúdos que apareciam, visto que muitas vezes eles eram de natureza sexual ou agressiva, foram chamadas de resistência. Estes conteúdos chamaram a atenção de Freud, que neles identificava um indício de que algo importante estava sendo oculto (Goodwin, 2005).

Considerados por muitos teóricos como sub-produtos do pensamento, quase um “refugio” da vida mental, os sonhos alcançaram um lugar sem par na psicanálise. A obra seminal *A interpretação dos Sonhos* publicada por Freud em 1900 (Freud 1900/1996) considera-os como indicadores dos conflitos vivenciados pelos pacientes. Através de sua auto-análise e da análise dos sonhos dos pacientes, os sonhos para Freud possuem conexões com a vida de vigília, não sendo dissociados desta, e ainda capazes de fornecer material importante para a análise. Os sonhos oferecem este material numa forma distorcida, simbólica, e um entendimento eficaz destes símbolos pelas associações realizadas pelos pacientes se constituiria em elemento esclarecedor do inconsciente.

Pela análise dos pacientes e pela auto-análise, Freud (1923/1996; 1926/1996) observou que a sexualidade está presente desde sempre. É pelo inter-jogo de forças entre o desejo e as proibições sociais que a subjetividade é constituída. Os desejos não deixam de existir por terem sido recalçados, mas passam a ter uma existência inconsciente e a partir desta instância psíquica influenciam o comportamento, de forma mais ou menos sintomática. É função da psicanálise conhecer quais são estes desejos e quais as forças que os mantêm recalçados; ao conhecer estes dispositivos, a energia emocional bloqueada passa a ser liberada e destinada a propósitos de vida que são mais conscientes.

Freud postulou fases para o desenvolvimento psicosssexual (1905/1996) e os relacionou com os transtornos mentais e o desenvolvimento normal. Como método terapêutico, visa a investigação dos conteúdos recalçados no inconsciente; a partir do

conhecimento destes elementos e sua integração com os elementos conscientes é possível a dissolução das barreiras constituídas pela neurose. Além disso, relacionou sua teoria com diversos campos do conhecimento, como a sociologia (1921/1996), a religião (1927/1996; 1939/1996), a antropologia (1913/1996) e as artes (1907/1996; 1914/1996), de sorte que a psicanálise transcende a psicologia, sendo uma teoria ampla sobre o comportamento humano.

2.1. Método: a investigação das percepções sobre a autonomia na prática psicanalítica

2.1.1 Participantes

Para investigar como psicanalistas entendem o princípio da autonomia na análise, foram entrevistados três participantes, segundo a distribuição abaixo:

Tabela 1. Psicólogos clínicos participantes da pesquisa

	Psicanalista 1 (PA1)	Psicanalista 2 (PA2)	Psicanalista 3 (PA3)
Idade	44	45	38
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino
Graduação	Psicologia	Medicina	Psicologia
Graduada há	22 anos	29 anos	17 anos
Pós-graduada (lato sensu) há	20 anos	22 anos	12 anos
Área da pós-graduação	Psicoterapia do adolescente	Psiquiatria	Terapia Familiar Sistêmica
Formação em psicanálise há	2 anos	10 anos	2 anos
Mestrado	Psicologia	Comunicação social	Não possui
Doutorado	Não possui	Em andamento	Não possui

O critério de escolha dos participantes levou em conta que tivessem uma formação em psicanálise há, pelo menos, dois anos e que trabalhassem como psicanalistas. Considerou-se dois anos como um período satisfatório, que permitiria que o profissional já pudesse ter uma experiência mínima na clínica psicanalítica.

2.1.2 Instrumento

Foi realizada uma entrevista semi-dirigida com as participantes (Marconi e Lakatos, 2002; Gil, 1999) com 15 questões pré-formuladas. A opção metodológica por este instrumento deveu-se ao intento de construir um entendimento amplo e profundo acerca do problema da pesquisa, que é como estes profissionais referem a autonomia dos pacientes na psicoterapia. Este instrumento é adequado para o tema como o proposto, visto que possibilitou ao pesquisador uma maior flexibilidade na ordem das perguntas presentes no roteiro pré-formulado e permitiu abertura para propor outras não previamente elencadas para aprofundar temas pouco esclarecidos pelos participantes (Marconi e Lakatos, 2002; Gil, 1999).

2.1.3 Procedimentos

Os entrevistados convidados a participar da entrevista trabalham no estado do Rio Grande do Sul, sendo que este critério de escolha dos participantes foi intencional, baseando-se principalmente na proximidade geográfica.

Os participantes foram convidados a contribuir com essa investigação a partir de sugestões de colegas do pesquisador. A partir da sugestão dos nomes de psicanalistas, o pesquisador entrou em contato com os entrevistados, explicando a proposta da pesquisa e os convidou para participar da investigação. O pesquisador entrou em contato e foi marcada a data da entrevista, que ocorreram no consultório (PA1), numa instituição (PA2) e na residência (PA3), respectivamente.

Antes da entrevista, o pesquisador novamente apresentou a proposta da investigação, explicou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e respondeu às dúvidas das entrevistadas. Foi assegurado aos participantes da pesquisa o anonimato e a liberdade de sair da investigação a qualquer momento da pesquisa, concretizado através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após, deu-se início a entrevista. As entrevistas foram gravadas em audiotape e posteriormente transcritas, e tiveram a duração de, aproximadamente, 40 minutos.

Após o levantamento das informações obtidas com os participantes pela entrevista semi-dirigida, foi feita a análise das informações, no sentido de propor um quadro compreensivo de suas percepções acerca da autonomia segundo a proposta de González Rey (2002). Para este autor, a investigação qualitativa detém-se sobre objetos complexos, e para fins dessa tese consideramos que as percepções acerca da autonomia na psicoterapia são consideradas como objetos complexos por abrangerem um sem-número de influências (vivências dos participantes, formação profissional, processo psicoterápico, background

cultural e familiar, etc.). A proposta de análise de González Rey (2002) objetiva considerar essa complexidade em toda sua riqueza e diversidade, propósito que se objetiva alcançar com a presente investigação.

González Rey (2002) não estipula um formato rígido para a análise dos materiais qualitativos. As categorias de discussão não foram dadas *a priori*, mas nasceram como um produto das informações obtidas dos participantes e refletidas pelo pesquisador. Após uma leitura do material como um todo, as falas transcritas foram divididas em unidades temáticas, e apontaram como estes profissionais compreendem a autonomia no processo psicoterápico.

2.2. Análise das informações: a autonomia na prática psicanalítica

As categorias organizadas a partir da análise das entrevistas foram: o conceito de autonomia; a autonomia do paciente na psicoterapia; a autonomia do profissional; o direito de informação do paciente quanto à psicoterapia; o direito de informação do paciente quanto a uma segunda opinião; direitos dos pacientes referentes ao término da psicoterapia e o abandono do tratamento. A análise consiste da apresentação de falas dos participantes e um contraponto teórico deste posicionamento, relacionando-as com o pensamento freudiano e com o referencial da bioética.

Fez-se a opção de comparar os relatos das entrevistadas com a psicanálise freudiana neste trabalho visto que Freud é o ponto de partida da psicanálise. Como teoria do comportamento humano, a psicanálise é bastante ampla, com várias ramificações mais ou menos próximas (como o pensamento de Melanie Klein, Jacques Lacan e Donald Winnicott, para citar apenas algumas); assim, optou-se utilizar os escritos de Freud sobre a técnica como o referencial teórico central da discussão.

2.2.1 O conceito de autonomia

Para as psicanalistas, a autonomia, lato senso, tem relação com a liberdade, opções, responsabilidade, direitos e deveres, tanto para o paciente quanto para o terapeuta.

PA1: Cumprir com o meu próprio desejo levando em conta o direito do outro [...] poder cumprir com os meus desejos, tomando em conta direitos meus, obrigações minhas, e direitos e obrigações do outro.

PA2: Autonomia eu posso relacionar com a possibilidade de uma pessoa decidir a respeito da sua vida, das suas coisas com um mínimo de interferência possível. Eu acho que alguma interferência sempre terá. A capacidade de autonomia é uma conquista, quando ela acha o que é melhor para a sua vida.

PA3: Autonomia é uma pessoa ter liberdade e independência para conseguir pensar coisas, fazer escolhas, tomar decisões, ter posições diante de situações onde, na medida em que vai fazendo isso, está indo de acordo com as idéias, com o desejo e o pensamento dela, que seja coerente com ela e que consiga defender isso nos diversos âmbitos da vida. Essa liberdade, independência.

A autonomia é fundamental na psicoterapia. Ela permite ao paciente e ao terapeuta uma liberdade de ação que é necessária no processo, haja vista a complexidade das relações humanas. Tanto o paciente deve ter autonomia para conduzir o processo quanto o profissional para realizar as intervenções necessárias. Isso significa que uma teoria não pode ser colocada numa ordem superior de prioridade, mas sim que o paciente é o fim último do processo.

PA1: Se eu tenho um tratamento que domestica, que ideologiza o paciente aí não tem mais uma autonomia, aí não existe mais essa relação com a autonomia. Agora se meu paciente, independente das coisas que eu como pessoa acredito, evolui, se desenvolve, vai atrás do próprio desejo, bom, aí eu tenho uma relação íntima do método com a autonomia. Pelo menos eu penso, a resposta seria: deveria existir [autonomia] pra que [a terapia] se constitua um tratamento de verdade.

PA2: A psicoterapia especialmente de orientação psicanalítica tem por finalidade conseguir a maior autonomia possível para o paciente, conhecendo as determinações inconscientes que muitas vezes impedem que ele escolha o que é melhor para ele. [...] o objetivo é que o paciente se conheça o melhor possível para poder conviver melhor e pra ter conhecimento daqueles aspectos inconscientes que estão impedindo que ele tenha liberdade de decidir por si próprio.

PA3: Eu penso que existe toda a relação. Essas duas [a autonomia do profissional e do paciente] estão diretamente ligadas, porque tu tens que num processo de psicoterapia, psicanálise, o objetivo é esse, de buscar autonomia da pessoa, na vida dela. Por alguma razão no momento em que ela busca a psicoterapia tem alguma coisa que a prende, que mantém ela de uma forma submissa [...] Então penso que ela vai buscar resolver isso, isso é a busca de autonomia, dessa independência, e é através do processo terapêutico que ela vai conseguir isso. Elas estão diretamente ligadas. [...] eu acho que basicamente a autonomia deve existir, só repetindo, neste espaço diferenciado de todos os outros que a pessoa tem na vida dela e que tem que ter liberdade das duas partes para dizer coisas, claro, adequadas, mas dizer, duro ou não, uma parte tem que poder dizer e a outra parte tem que poder ouvir e é isso que vai levar a um amadurecimento, porque eu acho que autonomia é isso, amadurecimento, a pessoa cuidar da vida dela de uma

forma melhor, independente, eu vejo isso. O espaço terapêutico tem que levar a autonomia, promover a autonomia.

Entretanto, a autonomia parece ser um elemento invisível na psicoterapia. Foi mencionado que, no âmbito profissional, a autonomia deve estar presente e a serviço do paciente e do profissional. Se isto não acontece, por exemplo, quando a teoria é posta acima do paciente, este conseqüentemente tem sua autonomia tolhida. O profissional deve levar em conta os desejos do paciente e ter uma sustentação teórica e uma análise pessoal consistente, senão o processo torna-se inadequado. A autonomia de ambos deve ser compatível, mútua.

PA1: A linha teórica só serve pra me sustentar, e não como religião, porque aí a autonomia se perde. [...] ela tem que estar a serviço da clínica, da minha prática clínica, a serviço do meu paciente.

PA2: Eu nunca tinha pensado nisso [sobre a autonomia], fiquei pensando... às vezes quando a gente está em análise, muitas vezes a gente sente raiva, tem que ter autonomia para analisar isso... que nem na formação, precisamos ter autonomia para mudar de grupo de formação... e essa autonomia é muito importante pra mim, para expressar os sentimentos, isso dá bastante autonomia, o terapeuta não pode ter uma postura “eu sou perfeito”.

Se o processo psicoterápico “domestica” o paciente, isso não é desejável e é responsabilidade do profissional evitar este tipo de situação. Ela pode acontecer por não ter ocorrido uma formação adequada ou por dificuldades pessoais que deveriam ter sido abordadas na análise pessoal.

PA1: Um terapeuta ou analista que se mantêm excessivamente posta [sic] numa figura idealizada e não sai disso, e não trabalha isso com seu paciente, o efeito disso é escravizante, e é exatamente o oposto da autonomia [...] é muito mais pela questão do profissional de falhas, de dificuldades pessoais do profissional do que propriamente por questões teóricas e metodológicas [...] existem psicanalistas, existem psicoterapeutas que, independente de suas linhas teóricas por falhas pessoais, por dificuldades pessoais, podem romper com a relação, com o método e com a autonomia do paciente.

2.2.2 A autonomia do paciente na análise

O paciente tem autonomia durante uma análise, e isso se manifesta quando o profissional o auxilia a descobrir os próprios desejos. O sintoma surge, de acordo com a

psicanálise, quando o desejo é travado pelo conflito (Freud, 1910/1996), e o papel da análise é auxiliar o paciente a descobrir este desejo para aí buscar sua autonomia.

Cada transtorno exige intervenções diferenciadas do analista, porque há características peculiares em cada um deles. Entretanto, a meta final do tratamento é oportunizar espaços maiores de autonomia do paciente. Mesmo que haja um comprometimento grave de personalidade, ainda assim é possível auxiliar o paciente na conquista de um comportamento mais autônomo.

PA1: Mesmo em casos mais sérios, por exemplo, com pacientes adolescentes, com falhas mais severas, uma psicopatia, um traço enfim, que precisa de uma intervenção não-clássica, de uma intervenção [no sentido de] ajudar o paciente a construir limites, que muitas vezes a gente diz: “não, isto tu não podes fazer”, não é aconselhamento... por exemplo, eu não vou te pagar hoje no dia combinado, o dia combinado é esse, se tu não vais me pagar vamos ver o porquê. Não é “eu vou te obrigar a pagar”, mas vamos ver o porquê. Isso eu não vou perder de vista, isto é ensinar limites. Mesmo com estes [quadros, pacientes] tu acabas construindo uma autonomia, a autonomia está sempre lá.

PA2: Eu acho que [a autonomia] acontece, em graus diferentes, conforme as possibilidades de ego do paciente, a autonomia vai variar muito. Se um paciente com fobia consegue sair na rua sozinho e ir no shopping é uma conquista, na fobia social, que não saía de casa há três anos é uma conquista. Essa autonomia conquistada para a terapia é de enorme valor. E têm outras que não, que são mais subjetivas, por exemplo, eu paciente poder decidir uma coisa por mim e não porque o meu pai achava isso... que eu posso contrariá-lo sem que eu possa me sentir culpado. A outra coisa é quando o paciente pode decidir quanto tempo vai durar a consulta, se ele vai tomar remédio ou não, isso são coisas momentâneas. Se o paciente está no meio de uma sessão e diz “eu vou embora”, eu digo sim, ele pode fazer isso, não vou amarrar ele na cadeira, mas vamos falar sobre isso na próxima sessão... pra deixar claro que ele não rompeu tendo essa atitude que contraria a combinação de trabalho, agora eu estraguei tudo, até eu digo claramente, “eu continuo aqui, tu não fizeste nada de irreversível”. Isso é outro tipo de autonomia. E com a medicação, eu não trabalho muito, mais é com o tratamento psicanalítico, [...] eu tenho que não dá pra alguém ser obrigado a fazer alguma coisa, a não ser que seja uma auto-obrigação, tipo com o pai, mãe... ele vai me colocar na mesma posição, o terapeuta vai ter que estar muito atento a isso: por exemplo, quando eu proponho para o paciente uma mudança no horário da sessão, e ele diz “ah, faz como tu quiseres”, o terapeuta tem que ficar atento a isso, porque por trás dessa aceitação tem raiva, crítica, mágoas que o paciente quer falar mas não consegue.

PA3: Eu acho que eles [pacientes] têm essa autonomia. Uma que eles têm autonomia de vir buscar o tratamento, eles têm autonomia de escolher o terapeuta, chegaram ali porque quiseram. Já teve um caso que me procurou porque a mulher quis, mas eu não levei adiante o tratamento, eu disse que teria o maior prazer em ajudá-lo se ele viesse por conta dele. A pessoa tem autonomia para desistir a hora que ela quer, e uma coisa que eu tomo muito

cuidado é de não ficar insistindo em interpretações da resistência da pessoa, que tranca, mostrando que a pessoa está querendo parar por isso... a gente já sabe que a pessoa vêm pro tratamento resistente e a resistência existe do começo ao final do tratamento, e é esse o nosso trabalho. Se é isso que vai fazer ou não a pessoa ir embora, mas eu não fico apontando, interpretando isso de uma forma assim, até muito dura porque acho que isso agride o paciente, não ajuda, até acho que reforça a resistência. Quando faço alguma interpretação para o paciente e ele não aceita, eu não insisto, acho que isso é uma questão de autonomia dele, eu posso ter me enganado de interpretação, e ele diz que não, ou ele pode não estar pronto para ouvir aquilo, que foi uma interpretação fora do tempo, então também ele está certo em não aceitar, e, bom, pode ser uma coisa muito dolorosa para ele ouvir e reconhecer. Então acho que isso também é autonomia. (pausa) Mas eu acho que aparece também nos tratamentos um certo medo nos pacientes, não sei se medo, submissão ou constrangimento, uma inibição no sentido de ele poder dizer tudo o que ele quer: “Ah, o que tu vais dizer se eu disser, não fica brava com o que eu disser”, de falar coisas que ele queira, e o paciente tem que ter a sua autonomia, falar tudo o que ele quer, o que ele pensa, não está contente. E quando acontece esse constrangimento, eu acho que não é que eu tiro a autonomia dele, eu acho que é porque ali ele está mostrando a neurose dele, então aparece a submissão dele à neurose, às figuras infantis da história dele, submissão à educação dele. Acho que aparece isso. Então essas coisas eu vou sempre cuidando, sentindo pra que eu não imponha nada no sentido de reforçar que o paciente tenha que ficar submisso a mim e sempre garantindo espaços para ele, ou dizer coisas, ou ir embora à hora que ele quiser, eu não fico repreendendo o paciente, se ele falta demais, às vezes a gente vê situações onde o paciente fica infantilizado, e esse é um cuidado meu, de não infantilizá-lo, mas justamente ir para o caminho contrário, de crescer, ter a autonomia dele e de fortalecer diante dessa educação que hoje gera conseqüências. Então acho que os pacientes têm autonomia.

Os pacientes podem não ter autonomia se, devido ao quadro ou ao período de análise, for necessário um tempo para que desenvolvam uma “aderência” ao tratamento, e nesse sentido esteja num grau elevado de dependência daquilo que o profissional lhe disser. Nesta situação peculiar, o psicanalista poderia prescrever comportamentos para tranquilizar o paciente, de forma que ele possa retornar depois para a sessão e falar sobre isso.

Contudo, existe um fator mais delicado relativo à ausência de autonomia do paciente. Pode ocorrer um “conluio neurótico” entre o paciente e o analista por questões inconscientes. Este conluio limitaria a autonomia do paciente e do analista no andamento do tratamento, e se deveria fundamentalmente, segundo as entrevistadas, por falhas na formação teórica ou na análise pessoal do profissional.

PA1: Num processo inicial de tratamento [...] onde ele está precisando grudar na figura do analista [...] pode, inicialmente, representar uma falta de autonomia. Por exemplo, um paciente num processo inicial, eu estou frisando, é um processo inicial, porque a idéia é o analista poder ajudar pra que isso se resolva, mas num processo inicial, às vezes pode sim o analista

ter que atender dez vezes o telefone numa semana, o seu paciente fora do horário, precisando que o analista diga alguma coisa para poder acalmar a angústia. Isso num processo inicial ou numa situação de crise intensa, num acidente, nesses acidentes graves da vida, que pode acontecer, que fragiliza mais, que põe o paciente numa posição mais regressiva, menos autônoma. Aí eu acho que ele pode, sim, buscar. Eu acho que o nosso papel em contrapartida é poder entender esse momento, poder avaliar o momento e ajudar que o paciente compreenda também.

PA2: [Pergunta: O paciente pode não ter autonomia?] Nesse sentido inconsciente que eu já falei, sim. Conscientemente, que o paciente tenha que se submeter à vontade do terapeuta, acho que pode estar presente. Acho que tudo pode. A doença, a neurose vai estar presente, pode haver um conluio, e isso é inconsciente, ele pode estar submetido ao narcisismo, onipotência do terapeuta, eu sempre tenho uma certa tendência a, pra não dizer culpar, responsabilizar mais o terapeuta do que o paciente, acho que o paciente tem o direito de tudo, ele está ali como doente, é como você dizer pra uma pessoa com pneumonia: “a partir de hoje tu não tem mais febre”, dizer: “a partir de hoje tu não me seduz mais”, não, se ele está ali é para tratar isso. Se o terapeuta se deixa seduzir é problema do terapeuta... Até a identificação projetiva, tem gente que diz: o paciente colocou dentro de mim coisas que... só um pouco, vamos devagar com o andor, ele não colocou nada, tu tinhas alguma coisa dentro de ti que foi acionada pelo jeito do paciente, ninguém coloca nada, se fosse assim, o terapeuta colocava um monte de coisa boa dentro do paciente (ri). Não é assim. Eu acho nesse sentido pode haver um conluio neurótico onde os dois dizem que estão tratando mas há uma combinação ali de não mexer naquilo, de não falar do que é difícil, o paciente elogiando o terapeuta e ele se achando o máximo, e o paciente se sente super feliz porque achou um pai super legal, e paga o que o cara quer... Acho que esse conluio é inconsciente, mas pode ser também consciente, porque mau-caráter existe em todo o lugar. Porque a formação psicológica não vacina contra nada. Nós deveríamos ser melhores, mas não somos.

PA3: Eu acho que pode [o paciente não ter autonomia] por duas razões, pode ter outras, mas falo de duas: uma que o terapeuta mantém esse paciente dependente dele, submisso, ali, infantilizado, uma relação que não é produtiva, atende muito mais uma coisa não resolvida do terapeuta do que do paciente. E acho que a gente ouve isso, está no coletivo, amigos falam, pessoas falam, pacientes contam: “Ah, porque fulano de tal não podia fazer nada sem ligar para o terapeuta dele” que mostra que tem uma dependência e que alguma coisa está errada ali, você não consegue tomar uma decisão sem passar pela sessão, tem alguma coisa aí do terapeuta que não está ajudando o paciente, ou é uma limitação teórica do terapeuta, ou é uma limitação de análise do terapeuta, que não se tratou o suficiente, mas acho que pode haver uma perda dessa autonomia sim. Uma por questão de atuação do terapeuta, e outra por um trabalho pouco profundo, o terapeuta não conseguiu tratar aquilo que devia ser tratado mesmo, e aí sem querer, por ignorância, no sentido real mesmo da palavra, não por maldade, mas por limitação, acaba mantendo um estado de dependência, de falta de autonomia.

2.2.3 A autonomia do profissional

O profissional também deve ter autonomia na psicoterapia. A autonomia existe quando ele age de forma livre, com seu jeito próprio e pessoal de dialogar com o paciente. É necessário que o profissional reconheça e explore o seu estilo, que pode ser mais ou menos aberto, mais ou menos rígido, mais ou menos criativo em relação às técnicas, linhas, modelos teóricos, seu supervisor e até mesmo do grupo onde fez sua formação, para que se sinta à vontade para falar para o paciente o que é necessário a partir da orientação teórica fundamentada.

A técnica da teoria deve orientar o profissional nas suas intervenções, no esforço de compreender e auxiliar o paciente nas suas dificuldades. Mas quando essa preocupação com a técnica sobrepõe a preocupação com o paciente, com suas problemáticas reais, pode haver um tolhimento da autonomia do profissional. Uma forma de evitar isso é manter um olhar crítico, que lhe abra a possibilidade de rever, principalmente, os aspectos teóricos, pois afinal o paciente é o fim último da terapia.

PA1: Então eu posso ser uma analista mais silenciosa, eu posso ser uma analista que quando fala, fala de um jeito mais seco, ou fala de um jeito mais [...] polido [...] Então eu acho que tem autonomia sim, o meu jeito de conduzir, agora, de novo, o meu jeito não significa fazer as coisas de acordo só com a minha cabeça. Significa fazer com o meu jeito ético, o meu jeito... e aí entra a análise pessoal pra isso, né [...] O meu jeito tem que estar calcado numa saúde emocional né, numa postura adequada, é aí que vale o meu jeito, porque daqui a pouco eu vou dar o nome pro meu jeito sair seduzindo um paciente [...] aí não é mais o meu jeito, aí tem alguma dificuldade pessoal minha que está [prejudicando o processo terapêutico].

PA2: Conscientemente, uma autonomia consciente, eu acho que tem bastante. Inconscientemente eu acho que não. Se ele está vinculado rigidamente a uma teoria ou a um orientador, supervisor... dentro daquele grupo que ele pertence, aí ele vai ter pouca autonomia, inconscientemente falando. Mas conscientemente falando ele tem um bom grau de autonomia na medida em que ele pode transformar o que ele aprendeu, o que ele acredita, a técnica com o paciente, discutir coisas como valor, férias, faltas, agora, subjetivamente... assim, no início da vida profissional a gente está num emaranhado de teorias e manuais de trabalho... o terapeuta mais experiente está mais livre... quando eu estava no começo eu estava sempre atrás de um termo maravilhoso que era “interpretação mutativa”, eu sempre estava atrás de uma interpretação que fosse mutativa... eu não sei se alguma vez na minha vida eu fiz alguma interpretação mutativa, nos meus 30 anos de trabalho, mas “eu não posso fazer isso, eu tenho que fazer aquilo”, mas era aquela coisa teórica, “eu não posso rir”, então a gente fica muito preso a modelos que a gente aprendeu que são engessados, então até se soltar um pouco disso, é por isso que eu gosto do Bion, ele diz que a gente tem que estudar muito a teoria, e eu acho que a gente tem que ler tudo, romance também, ver filmes, porque eu acho que a psicanálise é aprendida de uma forma muito mais ampla do que só lendo livros sobre psicanálise, e quando você entra na consulta, você esquece tudo, o Bion fala: sem memória, sem

lembranças, sem desejo... ele quando ia começar uma palestra dizia eu estou louco para saber o que eu vou falar hoje, pra ver o que o meu inconsciente vai captar das pessoas que estão no público, então com o paciente ele fazia isso... com o paciente, você faz coisas que nunca faria, por exemplo, abraçar o paciente, às vezes é plenamente adequado, é atuação? Não é atuação. Então esse tipo de liberdade, que tu estás chamando de autonomia, a gente conquista com o tempo, com a experiência, com esse aprendizado prático da vida, porque quando a gente começa é geralmente muito amarrado, muito preso, e eu acho que lá pelas tantas tem que ser assim mesmo, começar se achando muito livre não é tão bom.

PA3: Se ele [analista] sente que contratransferencialmente alguma coisa não bate bem, não se sente à vontade, pode não atender, ele pode interromper o tratamento também quando achar necessário por situações que venham a se criar durante o percurso... às vezes até como forma de proteger o paciente, isso eu já fiz, eu tive que impor uma situação para o paciente, e foi muito produtivo no sentido de o paciente se dar conta de um mecanismo masoquista muito grande, que colocava em ação e me paralisava e me colocava como expectadora daquilo e eu sem poder fazer nada, e tive que fazer algo em ato para ele sentir, e depois ele voltou, retomou. Então acho que sim, o terapeuta também tem autonomia e ele tem que se guardar, se garantir a autonomia de dizer tudo o que ele entende que é adequado e vai ajudar esse paciente, ele não pode ficar constrangido, inibido em dizer uma coisa dura para o paciente, para não o magoar ou por pena do paciente, ou enfim, ele tem que ter o espaço terapêutico, que é diferente de qualquer outro, é um espaço onde a gente vai pra falar coisas extremamente duras e sofridas, e não para falar de amenidades. Então assim como acho que é uma autonomia e uma obrigação do terapeuta dizer coisas, claro, que também considerando o momento, não vai agredir, mas também autonomia do paciente em dizer coisas, ele tem autonomia de ouvir essas coisas difíceis porque é isso que vai resolver essas questões que ele está ali para resolver, senão vira uma conversa de comadres. Então acho que as duas partes têm que ter garantidas essa autonomia de dizer tudo e poder escutar tudo, o terapeuta também tem às vezes escutar coisas que ele não gosta, que ele não tem direito, que falhou, e acho que tem que esse espaço garantir a autonomia.

O profissional não ter autonomia seria um problema tão sério quanto o paciente não ter. Dois indicativos citados nas entrevistas de falta de autonomia para o profissional seriam as dificuldades pessoais do analista, que comprometeriam o tratamento, e a influência de fatores externos ao tratamento, mas intimamente relacionados a ele, como a formação profissional e a aceitação dos pares. Isso aconteceria quando a influência de entidades de formação profissional às quais o profissional estudou e se aprofundou teoricamente na teoria estão mais preocupadas com aspectos ideológicos do que com o bem-estar do paciente, pois isso poderia impedir movimentos autônomos dos profissionais. Da mesma forma, limitações objetivas como os convênios interferem na autonomia do paciente e do profissional. Esses são fatores extra-terapia que dizem respeito diretamente à prática profissional.

PA1: Então, é mais ou menos assim: “tu és do nosso grupo, tu não podes dar uma palestra lá no [outro grupo]” sabe? Ou: “tu não podes pensar diferente de nós”. Acho que isso é um exemplo... de novo: dificuldade pessoal do analista, que tem que ser visto num outro momento [na análise pessoal].

PA2: Inconscientemente pode não haver autonomia, e conscientemente pode haver situações, por exemplo, uma pessoa com três ou quatro pacientes, e cobra 80 reais, e o paciente diz “acho que vou parar”, e aquela pressão de estar cobrando tão pouco, tem a família com necessidades, começa a negociar, 70 [reais], 65 [reais], essa situação social deixa um pouco sem autonomia; pode haver grupos tão rígidos em termos teóricos que a pessoa não se sinta à vontade de não seguir ao pé da letra as coisas que acontecem naquele grupo... então pode acontecer isso de não ter autonomia. [...] [E: Quando tu falas do grupo, tu te referes a...?] O grupo, sociedade, instituto, universidade, que muitas vezes tem uma coisa rígida assim que todo mundo tem que trabalhar muito igual, muito parecido, que todos têm que falar as mesmas coisas, e isso forma aquela coisa do poder das instituições e que a gente nega exatamente porque não está muito bem resolvido a relação com aquele pai e mãe... a gente vê nas instituições que o chefe tem uns três ou quatro em volta onde raramente alguém discorda, porque daqui a pouco eu quero estar no lugar dele, quero receber convites, quero sair na foto, quero sair no jornal da instituição com o presidente, o diretor, essas coisas podem tirar um pouco da autonomia, mas eu faço essa ressalva que muitas vezes é inconsciente. O Michel Foucault tem um livro pequeno sobre o poder nas instituições, e ele fala que numa instituição se alguém fala, ele fala de algum lugar. E você vê nas reuniões das instituições que tem um que fala e ninguém dá bola, mas se outro fala é o maior silêncio, porque aquele ali está imbuído de alguma coisa, ele fala de algum lugar que é importante, e o que ele fala deve ser seguido. Ele fala do poder, e o poder da instituição é muito forte. Ela é como um olho, como Deus antigamente, olhando tudo o que as pessoas estão fazendo. Você está dando uma aula você não fala alguma coisa porque você fala alguma coisa que alguém vai ficar sabendo e que pode não gostar, e tira a autonomia da gente.

PA3: Olha... pode sim. Eu acho, essa questão dos convênios, dos planos de saúde pode ter alguma situação, não tenho nada claro, nenhum caso que conheça, mas pode-se ficar restrito ao que o convênio manda ou diz que tem que ser, alguma situação assim, e outra situação é justamente o oposto do convênio, que é quando o paciente paga particular e paga bem. Já vi situações de terapeuta se adaptar muito à situação do paciente para não perder o paciente. Acho que isso é uma perda de autonomia. Isso não tem como não achar que esse contexto vai interferir na posição do terapeuta no que ele vai dizer ou deixar de dizer, enfim, uma situação que eu penso assim com exagero, de um terapeuta mudar sua condição de vida em função do paciente que tomou o centro da vida do terapeuta porque era um paciente muito interessante, particular e tal. Então acho que isso são duas situações: o convênio e particular, onde o paciente pode impor as regras, e aí acho que não é tratamento, se perdeu tudo, é uma distorção grave. Uma outra forma de perda de autonomia... quem sabe quando o terapeuta pode se identificar com algum aspecto inconsciente do seu paciente, uma situação que esse paciente esteja vivendo, ou independente da situação, mas o tipo de problema que o levou a buscar ajuda, ou a própria história do paciente, uma questão contratransferência, o terapeuta pode se identificar, ter coisas muito parecidas, história parecida, pais parecidos e aí ele pode se perder, não conseguir guardar a distância necessária.

2.2.4 O direito de informação do paciente quanto à análise

A bioética reconhece que todo paciente tem o direito fundamental de saber como será conduzido o seu atendimento (Clotet, 2003a; Clotet e Feijó, 2005; Segre, 2002). Esse direito é reconhecido pelas psicanalistas entrevistadas, e é abordado idiossincrasicamente pela psicanálise.

Muitos pacientes que chegam para análise, devido à sua história de vida e sintomas, perguntam sobre como o processo será conduzido, e à medida que a profissional identifica a necessidade de responder, isto é respondido. Geralmente, pacientes que já tenham feito análise anteriormente ou se possuem alguma formação teórica (pacientes estudantes de psicologia) não perguntam sobre a psicoterapia. Como regra geral, essas informações são contextualizadas para a construção de um entendimento: por que o paciente deseja saber isso? A serviço de qual desejo esta informação está trabalhando? Em suma, a informação sobre a psicoterapia possui um valor para a própria análise pessoal, e isso deve ser investigado como parte do tratamento.

PA1: Porque às vezes a pergunta não é nem pra querer saber do método propriamente, mas está calcado em outras questões, e eu vou indo por outras questões. Mas se eu percebo que não responder objetivamente pode trazer empecilhos na evolução deste tratamento eu respondo, sim. Esclareço, a gente não nasce sabendo se tratar né (risos) [...] Digamos que tu me encaminhes alguém, é mais fácil pra pessoa perguntar pra ti como eu trabalho do que pra mim. Quando ela chega até aqui, ela já sabe mais ou menos a linha, não há uma preocupação. Isso acontece de não perguntarem, porque já sabem ou porque não se interessam. [...] Não significa que essas pessoas vão ser menos ajudadas porque não sabem a linha teórica, não é nada disso, mas são pessoas que na verdade, independente da linha teórica, se elas se sentem ajudadas de verdade, isso não importa muito que linha teórica você vai usar.

PA2: A partir da minha experiência quem não se tratou ainda pergunta. Como é que funciona, como é a frequência, alguns perguntam até: “qual é a tua especialidade, se junguiana, kleiniana, como é que tu trabalha, nós vamos ficar aqui sentados, tem que deitar no divã?”, a maioria pergunta. Alguns podem não perguntar na primeira ou segunda sessão, mas vai chegar uma hora que ele vai perguntar. [...] Eu acho que é um tipo de direito que o paciente te pergunte como qualquer outro profissional que ele procura. Muitas vezes ele vem sabendo por encaminhamento, e eu até considero uma atitude bastante saudável porque o paciente se sente no direito de perguntar “Onde é que eu estou entrando? O que que eu vou fazer?” Como qualquer outro profissional né. Quer saber onde aquela pessoa trabalhou, então acho que é uma coisa saudável. Eu me preocupo mais quando a pessoa aceita

passivamente, porque pode mostrar que ela não confia o suficiente para expor, não tem uma auto-estima suficiente para perguntar pro profissional sobre sua forma de trabalho, o que é uma coisa saudável, se não for exagerada. [...] [Os pacientes] perguntam mais como funciona a técnica de trabalho. Mas o conteúdo muito menos. Às vezes depois de um ano ele pergunta se tu é freudiana, mas não perguntam, especialmente se a pessoa está se sentindo ajudada. Porque não interessa muito a linha teórica que ela usa mais, mesmo porque a gente não trabalha puramente com uma linha, isso é muito empobrecedor. O ideal é a gente poder lançar mão de vários conceitos, esquecer esses conceitos e entrar na consulta e atender aquela pessoa, não importa se é Lacan, Bion, não tem muita importância...

PA3: Interessante essa pergunta, porque isso acontece... alguns pacientes perguntam sim, e não sei se é por uma falta de conhecimento, porque querendo ou não todo mundo sabe, já ouviu falar, já fez, então tem uma idéia. Pode ser que seja por um certo receio de entrar no desconhecido, dar início a alguma coisa que vai ter que ir lá e se expor totalmente, então quem sabe fazer essa pergunta pode ter um sentido de alguma garantia, do terapeuta dar alguma garantia: “ó, não vai acontecer nada que tu não queira, nada de agressivo ou perigoso, estou aqui pra te ajudar nesse sentido”, quem sabe até num sentido de acalmar a pessoa. [...] Respondo as coisas de uma forma simples, direta, bem de acordo como funciona mesmo, o tempo de duração, que é uma coisa que a gente não tem como definir o tempo de tratamento, a gente inicia e não sabe quando vai parar, mas que a pessoa é livre para parar ou falar das suas questões que desejar, tirar suas dúvidas, o número de sessões, frequência, valores, então tudo isso falamos detalhadamente de forma simples e sempre peço se a pessoa concorda. Se ela acha que está disposta a experimentar, e isso significa que ela é livre para parar a qualquer momento do processo. Com isso eu não estou dizendo que não estou percebendo o modo como ela está funcionando, os medos, que outras coisas inconscientes da formação dela já começam a aparecer aí, mas deixo aparecer, não fico interpretando, assinalando, até porque é o início, a pessoa tem que se sentir acolhida, bem recebida e bem instalada pra que comece a trazer as coisas do jeito dela, falar do jeito dela e depois de muito tempo daí sim que eu posso fazer as ligações, interpretar que medo é esse, ou que resistência é essa. Mas a princípio eu esqueço toda essa segunda parte, falo coisas simples, diretas e recebo bem a pessoa para fazer a experiência dela. Quem sabe por aí já seja uma forma de autonomia ou de respeitar esse espaço pra que a pessoa exerça sua autonomia. Eu acho que eu posso dizer de mim assim que eu não imponho condições para os pacientes: “ah, ou são três vezes ou não é nenhuma; ou vem assim ou não atendo”. Tem situações extremas onde a gente tem que ter essa posição até para o bem do paciente, mas pro meu jeito, quem sabe, eu nunca faço isso, vou trabalhando essas questões, o paciente vai chegando, vai se mostrando, e aí ele vai sentindo o que é o processo, vai se soltando e aí ele vai vendo, vai entendendo o porque que a gente precisa de mais sessões, com o tempo ele vai entendendo o porque, e aí a gente fala: “bom, tu estás vendo que tu precisas mais, porque tu não estás podendo aceitar isso?” E aí vai indo o trabalho. Mas a princípio eu não, eu acho que isso é uma forma de eu respeitar a autonomia do paciente sem eu ser muito dura na neurose dele, naquilo que dói, naquilo que ele vem tratar.

A metodologia de trabalho e o objeto de estudo da psicanálise, que é o inconsciente do paciente, recomenda que as informações sejam somente as essenciais. Dar informações excessivas sobre o que poderia estar por trás do conflito do paciente pode ser contraproducente na análise. É preciso deixar bem claras as demandas do profissional e as do paciente sobre as informações solicitadas, abstendo-se de uma possível contaminação do processo. De outro lado, perguntar sobre o tratamento pode ser também uma forma de satisfazer a curiosidade sobre o profissional, sobre sua forma de trabalho e sua abordagem teórica, para os que conhecem um pouco.

PA1: Se eu tenho um ponto, então, se meu objeto é o inconsciente, eu na verdade, se eu explicar sem o paciente me perguntar eu estou partindo de uma demanda que é minha, e não da dele. Então, de acordo com a minha sustentação teórica e do meu objeto de intervenção, que é o inconsciente do paciente, que é a demanda [dele], não tem porque eu responder uma coisa que ele não está perguntando. Porque aí eu vou atender a uma demanda que é minha, e não dele, eu perco de vista o meu objeto, que é ele, o inconsciente dele [...] Isso tem a ver com a autonomia do paciente também. À medida que eu estou introduzindo uma coisa que é importante pra mim e o paciente não me diz que é importante pra ele, eu estou rompendo com a autonomia dele. Então, pra preservar a autonomia dele é que eu me mantenho abstinente, e isso não tem a ver com rigidez, como há muito tempo se entende, “ah, a psicanálise é rígida”, não, a psicanálise obedece a um rigor, e o rigor diz: “bom, escuta, se o outro é o mais importante, que é ele que importa, não vás tu oferecer coisas que o outro não pediu”. Se o outro pede, então vai ver porque que pede, aí sim.

PA2: Se a pessoa não pergunta, eu explico de forma bem geral, assim: “olha, nós vamos fazer uma vez por semana, ou duas, você senta ali, eu aqui”, se for análise eu explico a função do divã, que não se preocupe em ter um questionário ou diário para relatar, até normalmente no contrato a gente tem que explicar, sobre os horários, se ela não vier vai ter que pagar a consulta, ela pergunta tudo o que ela tem vontade de perguntar.

PA3: Eu acho que um pouco os pacientes também têm uma cultura de leituras, reportagens, conhecem alguém que se trata, que ouvem falar em psicanálise, em terapia cognitiva, então tem uma cultura meio difusa assim. Que de psicólogo, médico e de louco todo mundo tem um pouco (risos), então acho que é um pouco desse conhecimento, que conhecem alguém que se tratou e teve um bom resultado, ou ao contrário, teve um resultado ruim, acho que isso pode contribuir. Mas não acho que seja assim tão decisivo, acho que pode ser uma tentativa de eles descobrirem um pouco o profissional, quem é essa pessoa, como é o jeito de ela trabalhar, se é isso mesmo, que diferença é essa entre analista..., análise e psicoterapia, que está muito no imaginário, uma coisa idealizada, de idéias distorcidas que eles têm, que, enfim... então eu acho que é uma forma que eles têm de se situar, de ir chegando, pra não ficarem soltos. [E o que você responde quando eles perguntam sobre a linha teórica?] Se... eu sinto um pouco assim, se a pessoa quer, se ela pergunta ou não está muito interessada, ou é mais pra iniciar a conversa, deixo ela falar mais e vou dizendo que a gente está ali pra falar das

coisas dela. E se é uma pessoa que quer mais informações, objetivas, uma coisa mais controlada, eu dou todas as informações, também como te falei, da minha formação, o que é psicanálise, essa coisa de quatro sessões, divã, porque o divã, porque sentada, porque deitada. Aí explico que ela pode escolher, que quando a pessoa está deitada está mais à vontade para soltar a imaginação, o pensamento, pra ela divagar mais, pra ela poder se escutar mais, coisas que se ela está sentada me olhando, o olhar dela está preocupada com o meu olhar, a minha reação, se eu faço uma expressão mesmo sem querer ela vai estar achando alguma coisa, e essas coisas vão inibindo o pensamento solto, a associação livre, uso expressões bem simples sabe, não fico usando coisas muito intelectuais, termos técnicos, não é o meu estilo, e aí digo que ela é livre para escolher se ela quer o divã ou não, mas que ela pode fazer a experiência, nunca imponho o divã. Ainda, porque o número maior de sessões, eu vou explicando que a psicanálise, que não existe muita diferença entre psicoterapia e psicanálise, a referência teórica é a mesma, a gente vai investigar a história das pessoas, conhecer como ela foi constituída através das relações com pai, com mãe, quem cuidou dela e porque ela está sofrendo hoje, porque ela tem um problema hoje, se isso tem relação e qual é essa relação com o histórico, isso se faz nas duas abordagens. Psicanálise porque, porque oferece o divã, por essa coisa da pessoa ficar mais voltada para ela, de porque tantas sessões, porque quanto mais a gente se vê mais a gente vai conseguir falar, mais vai aprofundar, e também mais a gente vai conseguir dar conta de angústias e raivas que estão muito escondidas e pode atrapalhar a vida dela. E tem pessoas que entendem mas têm limitações financeiras, outras é angústia mesmo de ir pro divã, se entregar na mão do outro. [Você explica para o paciente o que é uma psicoterapia mesmo que ele não pergunte?] Não. [Porque não?] (pausa) Nunca parei pra pensar nisso... se ele não perguntou é porque isso de alguma forma ele não está inquieto com isso, e acho que não precisa dizer, porque ele vai fazer a experiência do que é. Ele já vai vivenciar o que é uma psicoterapia. Então em pouco tempo ele já vai sentir, e se vier a pergunta então você responde. Eu tomar a iniciativa de explicar parte de uma demanda minha, e acho que tenho que ficar mais disponível para identificar porque veio e o que não veio, o que não quer falar, o que nunca falou, porque já tem a idéia dele? Acho que é isso. Fiquei pensando se devia dizer sempre...

2.2.5 O direito do paciente quanto a uma segunda opinião

Procurar uma segunda opinião é uma possibilidade para ver outras linhas e outros profissionais. Neste caso, é fundamental respeitar o trabalho do profissional anterior, é uma questão ética. No mesmo sentido, acontecendo de o profissional receber um paciente que já se tratou com outros colegas, deve-se manter uma postura séria em relação ao diagnóstico e ao trabalho realizado previamente.

O quadro específico do paciente também é um elemento que deve ser considerado numa segunda opinião e em tratamentos posteriores. A compreensão das razões que levaram o paciente a buscar uma segunda opinião deve ser alcançada, pois esta busca, na visão da teoria, pode ser abordada de diferentes maneiras e ter diferentes significações.

PA1: Eu não sei o que eu ia achar [se ele procurar outro profissional para uma segunda opinião], ele que ia me dizer o que ele está querendo me dizer com isso. Porque não quer dizer que ele tenha que ter fé no tratamento, aliás, eu costumo dizer para os pacientes que aqui é o único lugar que eles podem não ter fé e funcionar mesmo assim, agora, pra milagre precisa ter fé, isso aqui [como] não é milagroso, então ele pode seguir não acreditando que não tem problema, questionando, não tem problema, não é isso que vai impedir que dê certo. Agora, o que pode impedir que dê certo é se ele não me falar tudo o que ele pensa. Então, se o paciente me dissesse: “Eu fui consultar a opinião de outra pessoa”, eu em princípio iria querer saber o que se passou com ele, o que ele está querendo me dizer, eu ia ter que conversar com ele sobre isso. Alguma coisa ele está querendo me dizer com isso. Agora, falando de outra forma, o paciente que está sempre procurando uma segunda opinião, um familiar, ele está sempre testando o que tu dizes. Eu acho que pode, ele está no direito dele, desde que a gente possa falar sobre isso, desde que eu possa entender o que ele está querendo me dizer com isso, se ele realmente não está podendo seguir aqui comigo por alguma razão, alguma desconfiança, o que é que está passando pela cabeça dele. Eu tomaria isso como qualquer outra situação.

PA2: Eu acho que é uma coisa que tem que ser falada. Se não é falado, é uma relação que não está boa. Se o paciente te diz assim: “Acho que a terapia não está evoluindo, acho que eu tenho que me tratar com outro tipo de terapia, com outra pessoa, gostaria um homem, mais velho, mais moço, etc.”, se ele consegue me dizer isso, é um ótimo sinal. O paciente tem um grau de confiança importante. Se o terapeuta não é tão narcisista, é a postura correta a de concordar, que bom que o paciente está falando, tu quer que eu indique alguma pessoa, você vai lá, conversa, vê como você se sente... se o paciente se sente pressionado, ele não vai dizer. Se tu diz: “Ah, vai”, confirma pro paciente fantasias de que não é gostado [sic], de que ele é ruim. E eu acho que nem todos pacientes e terapeutas têm que dar certo como dupla. E perguntar: “Você está vindo aqui, [então] tenho que saber como você está se sentindo, se está indo com a minha cara”, tem que ter afinidade. O que às vezes acontece comigo é que tem pacientes que diz a mesma coisa pra bom e pra ruim, por exemplo, me dizer que eu falo muito ou falo pouco, um gostando e outro não gostando que eu faça isso.

PA3: Bom, pra começo de conversa, ele tem direito de procurar quantos profissionais ele quiser, e isso é mais comum do que a gente pensa. O paciente em tratamento ir buscar outro sem o terapeuta saber. E tem até situações onde um paciente ficou um ano com dois, e um sabendo, até tratar de desvincular... e... uma possibilidade é que ele se sinta inseguro, não confie, pode ser que não confie no terapeuta, mas isso pode ser um sintoma dele, de não confiar muita coisa na vida dele. Pode ser uma forma de ele não se vincular a ninguém, não entrar em tratamento, ficar pipocando, ficar só no alívio das angústias e não entrar a fundo, pode ser que realmente este tratamento não esteja atendendo às necessidades dele, que então ele vá buscar outras opiniões, até como uma forma de testar o pensamento dele, de ver se ele tem razão de estar sentindo isso, ou se ele está equivocando, ou se realmente a coisa não está andando neste tratamento e aí ele quer buscar outro, e às vezes isto se confirma, é muito freqüente isso. Então eu não vejo, é uma questão séria para ser entendida e ver o que aconteceu de ambas as partes pra isso acontecer, tanto do terapeuta quanto do paciente, a história do

paciente que pode fazer ele sempre estar indo buscar outras coisas, outro emprego, outro marido, outra mulher, nunca está boa uma coisa, sempre buscando, de não poder se instalar e poder criar um lugar próprio para ele, mas também podem ser coisas próprias do terapeuta, de não estar dando apoio, de a dupla não estar bem, e aí eu acho que tem que ir mesmo. Indo mais longe pode até ter casos de uma certa perversão, mas eu não sei de casos, não cogito isso.

2.2.6 Direitos do paciente referentes ao término da análise

O término do tratamento não é uma decisão unilateral, mas deve ser tomada em conjunto entre profissional e paciente. Devem ser analisadas questões relativas à resistência ao tratamento e se o paciente realmente demonstra uma capacidade maior de tomar suas decisões de forma mais madura.

Igualmente, esta finalização é um processo que demanda um período de luto sobre o tratamento e sobre a relação. Este luto levará em conta como o processo foi conduzido. Mesmo que se diga que uma psicanálise nunca teria fim, haja vista que os conflitos sempre emergem, quando o paciente começa a mostrar um interesse em outros campos de sua vida, de forma tranqüila e não como a manifestação de resistências como uma “fuga para a saúde”, ele estaria em condições de terminar a análise. Compara-se neste ponto o estado atual do paciente com as demandas do início do tratamento, e se for observado que houve melhoras, a indicação para o término do processo é favorável.

PA1: Essa é uma pergunta difícil de se responder porque, primeiro, nunca é uma parte só que participa dessa decisão. Nunca é só o paciente e nunca é só o analista. Então, o término do tratamento, de um modo geral, se o início, se o objetivo é poder fazer com que esse sujeito reconquiste a própria autonomia possa cumprir com o próprio desejo, em tese, quando ele estiver fazendo isso, de um modo ampliado na sua vida, está pronto pra ir embora.

PA2: Eu sempre acho que a decisão pela alta deve ser uma coisa em comum, não pode ser unilateral, nem o paciente achar que tem que ter alta, nem só eu achar. Se um dos dois começa a manifestar mais do que o outro, o paciente começa a não vir tantas vezes pode ser uma resistência, uma fuga pra saúde, então essas coisas devem ser examinadas, e se você percebe que o paciente tem mais autonomia, está vivendo de uma forma mais ampla, pessoalmente, profissionalmente, está vivendo de uma forma mais livre, está com menor sofrimento, são vários critérios que o paciente vai trazendo e que o terapeuta vai percebendo. Até que um dia se diga: “Olha, quem sabe você não precisa vir mais... você conseguiu isso, aquilo”, e você pergunta, e ele: “Ah não, que horror, você não quer mais me atender”, mas você não se assusta com aquilo, porque como tudo na vida tem um tempo, tem um luto... eu já tive uma paciente que ficou comigo 17 anos, ela começou uma vez por semana, depois duas, depois entrou em análise. Mas você diz: “Que horror, 17 anos de terapia com uma pessoa”, mas eu tinha consciência de que essa pessoa

era tão sozinha, com tanta falta de objetos internalizados que eu não podia abandoná-la. Eu era a família que ela podia ter, a pessoa com quem ela podia conversar, aí quando ela conseguiu aumentar o círculo de relacionamentos ela conseguiu ter alta. Mas 17 anos.. será que ela não ia melhorar sozinha? Se bem que eu acho que perguntar isso é sacanagem, porque não terá como responder... como pai e mãe, será que se eu tivesse feito desse jeito meu filho não seria assim? Não sei.

PA3: Pois é... essa é difícil. Se a gente for pensar de tratamento, ou o que tem pra resolver, de conflitos, nunca se terminaria, mas deixando isso de lado, pra mim o aspecto principal para encerrar o tratamento é a vontade do paciente. Se ele não quer mais, ou se não está gostando, se não é aquilo que ele queria, ou acha que já está bom ou porque quer dar um tempo, tem *n* motivos, já aconteceu várias vezes isso comigo. Ou porque o paciente está apertado de dinheiro, ou porque ele quer dar um tempo e depois quem sabe retornar, férias, quer viajar, eu sempre respeito essa vontade do paciente mas dou uma trabalhada nisso. É falta de dinheiro mesmo? Que tempo é esse? Porque agora não quer mais o tratamento, porque não antes mas agora, tem a ver com coisas que a gente está mexendo? Então esse critério do desejo do paciente eu respeito, mas eu não faço isso cegamente, tem coisas por trás disso. E eu dou uma analisada com o paciente, trabalhada, e se mesmo assim ele insistir, reconhecendo que ele possa estar querendo evitar alguma coisa, se ele manter a posição é lógico que vou respeitar, nunca obrigo nada. O que vou te dizer... se a pessoa está melhor em relação à demanda inicia dela de tratamento, ver os pontos mais difíceis da vida dela, que ela tinha mais dificuldades e ela está conseguindo manejar melhor com isso, enfim, de forma mais adulta, independente manejar essas questões, avaliar angústias, níveis de angústia, se ela está mais inteira, mais agregada, ou se tem um angústia muito desestruturante, os componentes agressivos dela, as voracidades, porque isso tem um efeito muito deslocado, muito longe na vida da pessoa que ela não se dá conta que ela estraga coisas fora na vida dela por uma projeção de fantasias vorazes e destrutivas. Então, que ela consiga se conhecer mais nesse ponto, manejar melhor, entender as origens disso, pra que então não destrua a vida dela, que ela não se sabote. Então tudo isso é falado quando vem esse assunto de interromper o tratamento. Alta até agora eu não dei nenhuma, né, e tem pessoas que se tratam há alguns anos já pararam, já voltaram, por 6 meses, por um ano, e assim vai. Mas... então eu falo todos esses aspectos, eu faço uma revisão: “Tu veio aqui, assim, com essa queixa, nós trabalhamos isso e isso, agora você consegue manejar melhor aqui e aqui mas falta ver isso, tu tens que estar atento a isso, de minha parte você não teria indicação de alta mas a tua vontade é respeitada, se quiser parar um tempo e voltar, mas tu sabes que tem isso e isso para analisar”. E sabe que também eu não vejo um tratamento psicoterápico como profilático. Eu acho interessante até que o paciente faça paradas, isso a gente vê muito com crianças e adolescentes, vem um tempo, resolveu o problema lá que angustiava mais, a aula, a nota baixa, não sei o que, aí pára. A gente sabe que teria mais coisa pra tratar, mas naquele momento eu até posso dizer, mostrar, mas naquele momento parece que não entra muito, parece que eles não ouvem, e também eu não posso forçar ficar tratando para evitar problemas futuros. Eu não acho que seja profilático, quem sabe em algumas situações sim, mas em alguns casos não vejo. Então a pessoa tem que parar mesmo o tratamento, tem que ir viver, fazer as experiências, e depois que as coisas voltarem, ela volta. Então acho que nesse sentido os meus pacientes têm muita autonomia, espaço, sabe, eu não seguro paciente, eu trabalho mas sempre respeitando isso, até porque já vi

casos torturantes de analistas que seguram o paciente em nome de tratar coisas inconscientes, mas aí eu fico pensando até que ponto é demanda do paciente ou do analista. Então estou sempre no meio termo, sempre tentando achar a medida das coisas.

Os pacientes estariam em condições de ter alta quando começam a enfrentar as situações de uma forma que haja menos sintomas e com menos compulsão à repetição. Podem compreender o passado e evitam um futuro com sofrimento demasiado. Essa conquista é reconhecida quando os sintomas começam a desaparecer, mesmo que esse não seja o foco do tratamento, e quando o paciente simultaneamente a isso começa a falar em fazer outras coisas, inclusive com o dinheiro pago na terapia. Se esta melhora é verbalizada pelo paciente, isto dá bons indícios para o fim do tratamento.

PA1: Quando ele [paciente] estiver fazendo isso [cumprindo com o próprio desejo], de um modo ampliado na sua vida, está pronto pra ir embora [...] ele começa a querer fazer outras coisas, começa até querer destinar o dinheiro dele para outras coisas (risos).

PA2: O paciente começa a dizer que não tem mais tanta necessidade de discutir contigo as decisões dele, ele se sente menos culpado e assustado para romper com valores antigos... a capacidade de ressignificar algumas coisas que aconteceram na vida do paciente, aquela ferida narcísica dentro dele, o ódio do pai, ódio da vida, ele dá um novo significado para aquilo internamente: “Agora eu percebo que o meu pai não sabia como fazer diferente”, e a gente trabalha também a capacidade de perdão, a gente começa a perdoar essas pessoas, e ele começa a se perdoar. E muitas vezes ela vê muito claramente: “Eu estou me sentindo mais seguro, mais feliz, com menos ansiedade”, coisas bem concretas que você percebe e o paciente também percebe.

PA3: Olha, uma coisa que eu noto comigo é que eles melhoram. Eles se sentem bem, melhores. Deslancham na vida e daí eles param [a análise]. Claro, o que trouxe eles era o problema, se ele está resolvido, eles não sentem mais a necessidade de ficar. Então acho que está bem né, por ora, se neste momento está resolvido, está bem. Deixa ver se tem outra situação... uma situação de uma criança que eu atendi, ela ficou um ano exatamente em tratamento, e a mãe tirou ela porque estava muito bem. Mas também depois conversando com a mãe ela me disse: “Ah, que engraçado, eu tinha medo que tu ias deixar minha filha dependente de ti e eu notei que não, ela está bem em casa, está alegre, não fica, ah, quero voltar pra terapia, está bem”. É pra isso que serve uma terapia, pra deixar uma pessoa bem, livre e independente, não pra deixar o paciente grudado nele. E aí ela confessou que há um ano atrás ela tinha medo de que eu ia roubar a filha dela, torná-la dependente de mim. E tanto é que se passou um ano, ano e meio, e ela voltou pra trazer a filha dela num outro momento, e aí se continua vendo as coisas que já estávamos vendo mas dentro de um novo contexto um novo ambiente. Então achei que isso foi positivo, a mãe confiou em mim, viu que eu não ia roubar a filha dela, todos aí, mãe e pai, têm autonomia de ir e vir. E acho que é isso... alguns é financeiro, realmente financeiro, nesse sentido eu me

coloco à disposição de combinar com o paciente, de ver todas as possibilidades para que eles consigam manter o tratamento, baixo o preço, se ele tem que ficar devendo dois ou três fica e paga depois, isso tem efeito no tratamento, então tem que combinar isso também, ficar atento a isso. Às vezes fica realmente inviável, então tem um limite e eu respeito o limite, não vou ficar querendo manter o tratamento que não tem como manter [...] tive dois casos [...] que não foram ditos pelo paciente, mas eu concluo que eles não gostaram do meu jeito de trabalhar, e aí pararam de uma forma muito estranha, não falando tudo, não falando, não combinando a parada, uma pessoa muito brava, muito chateada, mas sem dizer, eu concluí pelo todo que não quiseram meu jeito de trabalhar, então está bem né.

Quando o paciente pergunta sobre o fim da análise, este questionamento deve ser compreendido à luz do processo que vem sendo conduzido até então. Geralmente os pacientes perguntam sobre o término do tratamento em duas situações: no início, especialmente se são pacientes preocupados com a terapia, e se são pacientes resistentes. Perguntar sobre o fim do tratamento tem múltiplos sentidos: medo da dependência da relação, tentativa de controlar o processo, receio do que a relação terapêutica poderá trazer de desconhecido,

PA1: Se a pergunta é muito insistente [sobre o fim do tratamento], eu trato de dizer: “Escuta, quanto tempo tu achas que tu vais ter que ficar?”, e o paciente normalmente se dá conta que não poderia dizer, em todo caso eu digo sim, se for uma coisa de ansiedade muito forte eu digo: “Olha, certamente tu não vais ficar além do tempo que tu precisas, não vou te segurar além do tempo que tu necessitas”. Isso pela minha experiência tem sido o suficiente.

PA2: [...] Perguntam quando você está combinando: “Quanto tempo vai levar este tratamento?” É uma fantasia muitas vezes de ficar dependente do terapeuta pro resto da vida, deseja saber dessa fantasia, se vai ficar preso dentro da relação, eles perguntam, quanto tempo vou ficar aqui? Posso ficar até o fim do ano, etc... eu costumo dizer que quando ele quiser ir embora ele pode ir. Então é esse tipo mais no sentido de dizer: “Eu estou com medo” e “Eu posso ir embora quando eu quiser”. E você se dá conta de que o paciente te outorga poder... então não tem porque na maior parte das coisas da nossa vida a gente tem um limite... mas a gente tem essa flexibilidade de demarcar esse limite. É uma necessidade nossa de ter momentos de passagem, porque tudo é transitório na vida... que nem um casamento... pode ser um ano, pode ser 30... que nem o Freud disse, vamos caminhando... vamos ver a velocidade que você caminha, e vamos caminhar na tua velocidade. Um ano, meio ano... vamos vendo...

PA3: Perguntam, bastante [O que perguntam?] (pausa) Pois é, porque eu acho que pode ser por esta coisa, que eles estão entrando numa coisa que não sabem o que vai ser, tem gente que acha que vai durar três meses, então a gente também não tem uma idéia bem clara disso, mas pode ser pelo medo de ficar aprisionado na relação, de não conseguir sair da relação. Eu acho que uma forma de a pessoa ter referenciais ali, do que vai acontecer, em cima disso aí eu acho que ela se acalma, e aí eu sempre digo claramente: “Não sei o tempo que vai durar o tratamento, que a gente tem o tempo de

começar, mas de terminar não tenho data, não posso te dar uma previsão três meses, seis meses, não trabalho assim”, e bom, se ele pode aceitar assim né [...] Eles perguntam: “Vai demorar? Quanto tempo vou precisar vir? Uns três meses está bom?” E tem uns que ficam dizendo isso durante o tratamento, vindo: “Ah, mas eu estou aqui já há um ano, vai precisar muito tempo ainda?” Eu digo não sei, estamos andando. E diante disso então eu vou respondendo que eu não trabalho com prazos, que eu não tenho como dizer que as mudanças na vida dele vão acontecer em três meses, seis meses, um ano, porque isso vai depender de uma série de fatores, principalmente do nosso ritmo de trabalho, se a gente vai se acertar no jeito de falar, de trabalhar, se ele vai poder confiar em mim e dizer tudo o que ele pensa, o que passa pela cabeça, que quanto mais ele me disser coisas mais eu vou poder estar entendendo e ajudando ele, mais a coisa vai render, se a gente fizer uma sessão é um ritmo de tratamento, se fizermos duas ou quatro é outro ritmo, então depende também do que é possível, e que todas essas variáveis vão interferir no tempo do tratamento. Também outras questões são os conflitos que ele tem reprimidos, inconscientes, que é por isso que ele está ali, quanto mais difícil for pra gente mexer nisso, mais resistência tiver, mais tempo a gente vai levar, então é uma série de variáveis que a gente não tem como cronometrar e é impossível, isso a gente esquece, a gente inicia e não sabe quando pára, mas sabendo que você pode parar a hora que você quiser.

Há vários posicionamentos sobre o término do tratamento. Pode-se fazer um final definitivo, pode-se espaçar sessões ou pode-se também deixar o final “em aberto”, considerando a possibilidade de o paciente retornar no futuro. Isso depende em parte do estilo de trabalho do profissional tanto quanto das condições objetivas e subjetivas do paciente. Considerando, obviamente, as demandas do paciente pelo tratamento.

PA1: Eu sei que existem alguns colegas que em processo de alta, interrupção, espaçam o número de sessões, eu nunca entendi isso. Não há porque mudar, sabe, eu comparo muito com a história do antibiótico, se tu tens uma prescrição de tomar o antibiótico de oito em oito horas: no final do frasco tu não vais espaçar, tu vais de oito em oito horas até o fim, terminou, terminou.

PA2: Que nem eu te falei, há por ambos os lados uma percepção, e um vai mencionar isso, e independente de quem seja, se espera um tempo para que a idéia de separação seja elaborada pelos dois. Geralmente o término brusco gera contratransferência.. o paciente não consegue se separar, ou brigar... tem que ter combinações, o paciente pergunta “Posso voltar”?...

PA3: Olha... já teve de várias formas, assim [o fim do tratamento]. A pessoa pode chegar hoje e me dizer: “Não venho mais”, aí eu tento naquela sessão fazer um fechamento, um entendimento do que aconteceu, assim, meio de surpresa né, então a gente tenta fazer esse resumo ali e ver porque ela está querendo terminar, tem pessoas que querem parar por um motivo ou outro, seja dinheiro, seja uma mudança, e aí eu peço um tempo, “Ó, você acha que a gente pode mais um mês pra ir fechando algumas questões, avaliando melhor”, tem pessoas que me dão esse mês, dois meses... deixa eu ver... tem tratamentos com a gente sabendo que vai terminar em dois anos, por exemplo, que a pessoa vai ser transferida, a gente já sabe do fim, isso está

sempre presente no tratamento, a gente sempre fala do fim, no início e na metade a gente está falando do fim, então tem várias situações, umas que eu consigo um tempo maior pra trabalhar o fim, mas assim, um mês, dois meses, nada de muito puxado, e às vezes coisa súbita, de uma semana pra outra, na hora a pessoa diz que não vem mais [...] Teve uma situação de uma pessoa que estava muito atrapalhada, mas também precisando de emprego, e ela conseguiu esse emprego, e ela não tinha mais horário para vir, sabe que horário assim, ela tinha [horário às] 19 horas, mas daí ela não quis dispor e aí parou subitamente, porque ela não podia mais vir nos horários que ela vinha. Claro, ela tinha que fazer um sacrifíciozinho, vir sábado de manhã, uma noite, mas ela também tinha alguma coisa com aulas à noite. Dava aulas, então ficava realmente bem corrido, pra todo mundo fica bem corrido. Então vai de a gente priorizar e ver o quanto a gente está sofrendo pra se sujeitar a conciliar horários e manter o tratamento, então essa também parou subitamente, quando ela conseguiu emprego já me ligou dizendo que não tinha horário e ela veio para encerrar.

Seria possível também sessões eventuais fora da análise propriamente dita, conforme mencionado. A finalidade destas sessões seria proporcionar uma espécie de “apoio” no acompanhamento das mudanças estabelecidas.

PA1: O que costuma acontecer é assim, mas não é porque o método é assim, às vezes o paciente sai, tem alta e eventualmente ele entra em contato, às vezes volta para uma sessão pra ver uma situação, uma sessão, duas, mas ele não está retomando o tratamento, eles costumam dizer: “Vim fazer uma revisão” (risos), sei lá que nome se dá pra isso, mas eu acho que é, de novo, cada caso é um caso: ou é a necessidade de se certificar de que eu vou estar aqui caso ele necessite, ou é realmente uma situação de vida que deu um atrapalho e precisou voltar, mas isso não significa necessariamente que ele tenha que retomar o tratamento.

2.2.7 Abandono da análise

Os pacientes podem terminar o tratamento sem comunicar ao profissional, e isto não acontece por responsabilidade única e exclusiva do paciente. A análise é uma relação, e ambas as partes possuem um grau de compromisso. Ao mesmo tempo em que o tratamento mexe com os sentimentos do paciente, agindo sobre sua estrutura de personalidade e fazendo-o se defrontar com eventos de sua vida que são dolorosos, o profissional também pode apresentar um ponto cego e não conseguir, portanto, auxiliar de forma eficaz (a contratransferência). Se o que ocorre é uma atuação, isso não é um movimento de autonomia, mas de patologia do paciente ou de carência técnica/pessoal do analista. Isso seria uma das

razões para o abandono do tratamento. Neste caso, a melhor conduta é chamar o paciente e investigar o que o levou a este desfecho.

PA1: Eu trato de procurar nas sessões anteriores onde é que foi que eu falhei, algum furo eu dei, mesmo que tenha sido uma atuação do paciente, nunca é só dele, senão fica uma coisa que fere a autonomia, tudo lá e cá, nada? Então eu trato, assim como quando um paciente falta uma sessão, eu trato de ver.

PA2: A psicoterapia não foi boa, não criou um vínculo de confiança, alguma coisa não estava funcionando. Acho uma pena porque fecha às vezes uma possibilidade de resolver um conflito importante, um medo de trabalhar uma separação, quebras de relacionamento, acho que foi uma coisa que não funcionou bem.

PA3: Olha, isso é uma coisa importante de ver, porque primeira coisa que eu pensaria é: “O que eu deixei de ver no tratamento que não foi trabalhado? Que estava acontecendo que me escapou?” Ou até o contrário: “O que a gente tocou mesmo que ele fugiu?” Esse é um ponto. Outra coisa, que eu fico pensando em cima de um caso que aconteceu, que um funcionamento da pessoa é muito narcisista, de que a pessoa está nela e ela não está ligada em manter as coisas no contexto, do dia a dia, da vida, que fazer ou não fazer é a mesma coisa, escrever no próprio corpo ou escrever no papel é a mesma coisa, não é a mesma coisa, o papel é você sair de ti e ir para o mundo, diferente do teu espaço, o teu corpo é tu, é o auto-erótico, então eu pensaria nessa linha, nesses aspectos narcisistas indiferenciados da pessoa que não foram trabalhados o suficiente, tanto é que ele fez isso, mas que ela não consegue estabelecer um vínculo adequado, de chegar no tratamento e dizer: “Eu não quero mais por isso e isso, não estou gostando, não tenho tempo, não quero mais”, mas não, ela não cuida do que é dela. Uma porque fica muito voltada para dentro, outro porque o externo está solto mesmo, os outros tem que cuidar dela. Nesse ponto, a relação com a autonomia... esse tipo de interrupção eu não vejo como manifestação de autonomia do paciente, eu vejo como uma repetição da neurose dele, do modo de funcionamento e é isso que traz problemas para a vida dele, então isso, claro, a gente fica impotente diante de um paciente que age assim, mas eu não entendo isso como autonomia. Até porque ele não dá chance para nada, para conversar, pra escutar o outro, não, ele encaminha as coisas única e exclusivamente de acordo com esse *modus operandi*, o que ele pensa e faz e exclui o outro, acho que isso é uma dependência justamente.

2.3. Discussão das informações

Embora citada como fundamental no trabalho psicanalítico, a autonomia parece ser um conceito invisível, subjacente ao pensamento do analista e à prática psicanalítica. Tanto o paciente quanto o analista precisam ter autonomia: o primeiro, para optar por ingressar na análise, e o segundo para poder conduzir a análise e auxiliar o paciente. Embora o problema

investigado refira-se à autonomia do paciente, é impossível dissociá-la da autonomia do profissional, pois uma é a contrapartida da outra.

No que diz respeito ao tratamento, a análise visa à dissolução das resistências do paciente, de forma que a energia destinada ao conflito possa ser destinada para situações mais saudáveis e propósitos conscientes, coisa parcialmente limitada ou não permitida pela neurose (Freud, 1910a/1996; 1917a/1996). É na medida em que o paciente conhece seu inconsciente que ele possui condições de lutar contra a neurose e dissolver seus efeitos sobre seu comportamento, e conseqüentemente atingir graus maiores de autonomia em sua vida. Portanto, a autonomia pode ser entendida ao mesmo tempo como um “subproduto” e um objetivo do auto-conhecimento permitido pela análise. Em relação à bioética, o sentido assumido pela autonomia na psicoterapia, neste caso na modalidade de análise, vai além do direito de exercer suas escolhas (Pessini & Barchifontaine, 1996; Bellino, 1997): também representa a busca pelo *amadurecimento* emocional, por modalidades mais satisfatórias e menos sintomáticas de lidar com o mundo. Essa parece ser a principal autonomia referida pelas entrevistadas.

No início do tratamento pode acontecer que o paciente passe por um período de dependência do psicanalista e da análise, conforme mencionado pelas entrevistadas. Isto ocorreria devido aos movimentos de aproximação e distanciamento emocional do paciente com o analista, e demonstra elementos transferenciais da relação (Freud, 1910a/1996). O caso de permitir que o paciente ligue mais vezes, como mencionado pela PA1 pode se encaixar naquilo que Freud (1919/1996) refere: vez por outra o analista é obrigado a assumir a posição de mentor do paciente, desde que essa posição seja transitória e responda a uma necessidade bem específica e momentânea, como uma situação de crise ou ao fortalecimento do vínculo entre eles. Nesse sentido, pode ser esperado um movimento de aproximação maior do paciente com o analista que reduza o espaço de autonomia em favor do vínculo terapêutico, para que futuramente possa se constituir o processo analítico. O paternalismo, nesse contexto, pode ser considerável aceitável por estar inserido num contexto maior de beneficência do paciente, pois a médio e longo prazo seria perfeitamente justificado (Casilla, 2004).

A patologia apresentada pelo paciente também é elemento que interfere em sua autonomia. As reflexões sobre a bioética já apontam neste sentido no que diz respeito, por exemplo, nas decisões sobre o paciente realizar ou não determinado procedimento (Jonsen, 1996; Segre, 2002; Pessini & Barchifontaine, 2006). Os diferentes transtornos mentais exigem abordagens diferenciadas pelo analista, ora num sentido de permitir mais liberdade do paciente, ora em uma direção mais paternalista, em quadros mais severos, sempre no sentido

de preservar o paciente de comportamentos que seriam mais danosos (não-maleficência). Isso exige uma adaptação da técnica psicanalítica, de acordo com o juízo clínico do profissional, pela realização de movimentos mais cerceadores de liberdade do paciente (paternalistas) ou autônomos, e já previsto por Freud em vista de seus atendimentos (Freud, 1919/1996). Portanto, parece haver a possibilidade de “oscilações” entre posições mais paternalistas e mais autônomas na análise, em função do tempo da análise, de eventos circunstanciais, do quadro apresentado pelo paciente e pelas questões transferenciais, como já apontado de forma precisa por Casilla (2004).

As psicanalistas referiram que os pacientes possuem autonomia durante a análise, para buscar o tratamento, para se manter nele e para finalizá-lo. No artigo *Sobre o início do tratamento*, Freud (1913a/1996) aponta que o paciente tem liberdade para sair quando lhe aprouver, visto que não é possível para o profissional prever o fim do tratamento (Freud, 1937a/1996). Contudo, se esta saída ocorre num tempo demasiadamente curto de análise, isso pode ser mais prejudicial do que benéfico, por suscitar elementos do conflito que posteriormente ficarão sem serem abordados. Portanto, é o juízo do analista a partir da relação transferencial construída que irá caracterizar esta saída do tratamento como devida a resistências ou como movimento autônomo por parte do paciente. Obviamente o paciente tem liberdade (autonomia) para sair do tratamento quando lhe aprouver; mas uma saída precoce não é indicativa de que o tratamento foi bem-sucedido e lhe permitiu uma maior maturidade (autonomia) em sua vida.

Um elemento que pode prejudicar a autonomia do paciente e do analista é a ocorrência, por atuação, de um “pacto pelo não-tratamento”: por razões inconscientes de ambos, ocorre um “conluio” (como referido pela PA2). Este comportamento seria um grande limitador da autonomia, especialmente do paciente, pois não estaria a serviço do tratamento, e a responsabilidade por evitar este comportamento é do analista, visto que é ele quem possui o conhecimento da técnica. Freud (1910a/1996; 1910b/1996) ressaltou que a formação teórica e a análise pessoal são os elementos mínimos indispensáveis para que o trabalho do analista tenha condições de ser realizado. Uma das causas deste “pacto” seria uma interpretação insatisfatória da teoria psicanalítica pelo profissional, limitando diretamente a autonomia do psicanalista e indiretamente a autonomia do paciente. A teoria deve embasar o trabalho do analista que está a serviço do paciente. Uma formação teórica insuficiente, uma análise pessoal insatisfatória e influências subjetivas referentes à relação com o supervisor do analista ou grupo de formação apareceram como fenômenos que podem interferir negativamente em seu trabalho.

O direito do paciente à informação sobre o tratamento é reconhecido pelas psicanalistas. Contudo, o tipo de informação e a forma como é fornecida ao paciente tem implicações terapêuticas. De acordo com Freud (1910a/1996; 1912a/1996), as perguntas do paciente possuem relações com seus conflitos inconscientes, e conseqüentemente podem e devem ser compreendidos à luz destes elementos. Portanto, perguntas sobre “Quanto tempo o tratamento vai durar?”, “Como é sua forma de trabalho?” “O que eu devo fazer?” e “O que vai acontecer durante o tratamento?” estariam a serviço da dinâmica inconsciente do paciente. Entretanto, Freud (1913a/1996) preconiza que não é desejável travar discussões teóricas com os pacientes, pois isto poderia gerar atitudes transferenciais precoces que atrapalhariam o tratamento. Portanto, as duas saídas apontadas pelas entrevistadas dizem respeito a indagar o paciente sobre porque razão ele pergunta sobre o tratamento, ou responder diretamente se estas perguntas forem exageradamente arraigadas e impedirem o tratamento. Geralmente os pacientes perguntam no início do tratamento sobre este, como será e sua duração. Apesar de ser um direito do paciente, estas questões poderiam ter cunho resistencial (Freud, 1913a/1996), sendo indicativo de temores sobre o processo terapêutico, medo da dependência e mesmo um esforço para controlar o processo. A bioética considera que é direito do paciente ter informações sobre o tratamento, e devem ser realizadas de forma clara e simples (Segre, 2002; Valls, 2004; Dall’Agnol, 2004). A solução da questão entre as informações que o paciente tem direito de ter e a preservação da análise (dimensão técnica) parece ser esta: o paciente tem direito a estas informações, desde que seja seu desejo *e que* estas informações não comprometam a análise. Assim, preserva-se o direito do paciente e o tratamento pode ter continuidade sem contaminação por parte do analista do material inconsciente do paciente.

Pode-se supor que as psicanalistas entrevistadas consideram a questão do direito do paciente sobre uma segunda opinião de forma semelhante como tratado acima. É reconhecido como legítima sua busca por outro profissional para uma segunda opinião; entretanto, isso também deve ser contextualizado na terapia se trazido pelo paciente. É possível que esta busca seja movida pela curiosidade do paciente pelo processo que está sendo conduzido, mas também pode ter suas origens num contexto resistencial/transferencial (Freud, 1910a/1996; 1910b/1996; 1912a/1916), devendo ser compreendidas a partir da relação estabelecida com o analista e da dinâmica do conflito do paciente.

Em relação ao término da análise, idealmente esta decisão seria tomada em conjunto entre paciente e analista. Cabe a ambos avaliar se o paciente está melhor com o tratamento, e os parâmetros sobre “melhor” parecem ser derivados da transferência e da relação terapêutica constituída, pois indagar-se sobre quais parâmetros são aqueles indicativos de melhoria para o

paciente é função da psicologia clínica (Guareschi, 2003): para as psicanalistas são levados em conta critérios de ordem objetiva e subjetiva. O discurso do paciente se “transforma”, aparentando elementos de maior maturidade emocional, abordando questões que antes não abordava e abordando antigas de forma mais elaborada; e subjetivamente gera sentimentos (contratransferenciais) diferentes no analista. É a conjunção destes dois fatores que forneceria os principais parâmetros para o processo de alta. Para Freud (1937/1996), seria necessário que minimamente o paciente não esteja mais sofrendo com seus sintomas e superado suas inibições para começar a cogitar pelo fim do tratamento; ainda, o analista deve considerar o material tornado consciente, que muita coisa da vida do paciente foi explicada e não há muito temor em considerar que possa haver uma repetição do processo psicopatológico. Não havendo isso, seria preferível falar de uma análise incompleta, e não inacabada.

O fim do tratamento foi referido através de duas possibilidades: de forma definitiva ou gradual, ambos com a possibilidade de retorno do paciente no futuro. No primeiro caso, se constituiria uma nova análise; no segundo, uma retomada do tratamento. De qualquer forma, a melhor condução para o término do tratamento deve ser constituída por um período para a análise desta situação, preparando paciente e analista para o fim do processo. Freud (1937a/1996) argumenta que uma análise termina, pelo aspecto formal, quando paciente e analista deixam de realizar as sessões, e para isto é necessário que minimamente o paciente não esteja mais sofrendo com seus sintomas e superado suas inibições.

O abandono do tratamento pode ocorrer devido a fatores do paciente, do analista e da relação estabelecida entre eles. Ora pode acontecer que o paciente não possui interesse ou teme se defrontar com os aspectos inconscientes, ora o analista, via sentimentos contratransferenciais (carências técnicas ou pessoais), não consegue abordar adequadamente o conflito do paciente (como apontado por Freud, 1910b/1996; 1910c/1996). A conduta adequada, havendo abandono, seria chamar novamente o paciente para uma sessão no sentido de compreender o que aconteceu para que este abandono tenha ocorrido. Se o paciente sai do tratamento sem comunicar isto ao analista, é possível que isto tenha ocorrido porque o profissional não teve condições de compreender as razões que levaram o paciente a tomar esta decisão. A decisão consensual ocorre quando analista e paciente começam a perceber melhoras dos sintomas e está com mais autonomia nas decisões de sua vida. Portanto, pode haver autonomia quando um paciente abandona o tratamento, mas essa autonomia existe como sinônimo de liberdade para fazê-lo e não necessariamente como sinônimo de maturidade emocional.

2.4. Considerações finais: a autonomia e a análise

A autonomia é um fator importante na análise, conforme referido pelas participantes da pesquisa. Contudo, parece ser uma idéia subjacente ao processo terapêutico: *pressupõe-se* que a análise vem ao encontro de uma maior autonomia para o paciente tomar suas decisões, e *pressupõe-se* que o profissional tenha uma autonomia mínima, via formação (análise pessoal e formação teórica) para que esta meta seja alcançada. Talvez pelo fato de as reflexões da bioética no campo da psicoterapia estar num momento inicial a discussão sobre a autonomia do paciente não esteja tão presente no discurso das psicanalistas.

Pode-se postular uma relação íntima entre a autonomia buscada pelo paciente e a autonomia que o analista deve ter para poder tratá-lo de forma adequada. Desta forma, pelo fato de a análise ser constituída por uma relação entre duas pessoas que suscita emoções em ambas as partes, é possível compreender que se uma das partes, por qualquer razão, não se sente autônoma para dizer algo para a outra, o processo analítico está emperrado. Se esta dificuldade vem do paciente, isto pode ser compreendido como resistência, esperado no tratamento; se ocorre por parte do analista, a contratransferência gerada pode comprometer o tratamento se não for adequadamente entendida.

Os direitos do paciente, levantados pela bioética, são reconhecidos pelas analistas, tais como o direito à informação, o direito a uma segunda opinião, o direito a abandonar o tratamento e o direito a encerrar o tratamento. Contudo, estes movimentos são como que “costurados” na análise, visto que seriam indicativos da dinâmica inconsciente do paciente e/ou da relação constituída entre este e o analista. Se o sentido final da análise é compreender as motivações inconscientes do paciente, é na medida em que este paciente fala e age que pode ser compreendido. Portanto, o exercício de seus direitos também fala por sua dinâmica intrapsíquica.

Referências bibliográficas

- CASILLA, Gustavo Figueroa C. (2004). Bioética y psicoterapia. ¿Cuáles supuestos Morales actúan cuando ejecutamos un acto psicoterapêutico? Revista Médica de Chile, v. 132, p. 243-252.
- CLOTET, Joaquim (2003a). Por que bioética? In _____. Bioética: uma aproximação. Porto Alegre: EDIPUCRS. Cap. 1, p. 15-26.
- CLOTET, Joaquim (2003b). A bioética: uma ética aplicada em destaque. In _____. Bioética: uma aproximação. Porto Alegre: EDIPUCRS. Cap. 2, p. 27-48.
- CLOTET, Joaquim, Feijó, Anamaria G. S. (2005). Bioética: uma visão panorâmica. Em Clotet, Joaquim, Feijó, Anamaria G. S., Oliveira, Marília G. Bioética: uma visão panorâmica. Porto Alegre: EDIPUCRS. Cap. 1, p. 9-20.
- FREUD, S. (1905/1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago. V. VII, p. 117-228.
- FREUD, S. (1907/1996). Delírios e sonhos da Gradiva de Jensen. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago. V. IX, p. 19-93.
- FREUD, S. (1910a/1996). Cinco lições de psicanálise. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago. V. XI, p. 21-66.
- FREUD, S. (1910b/1996). As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago. V. XI, p. 143-156.
- FREUD, S. (1910c/1996). Psicanálise “silvestre”. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago. V. XI, p. 231-239.
- FREUD, S. (1912a/1996). A dinâmica da transferência. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago. V. XII, p. 109-119.
- FREUD, S. (1912b/1996). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago. V. XII, p. 123-133.
- FREUD, S. (1913a/1996). Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago. V. XII, p. 139-158.
- FREUD, S. (1913b/1996). Totem e tabu. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago. V. XIII, p. 11-164.
- FREUD, S. (1914/1996). O Moisés de Michelangelo. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago. V. XIII, p. 213-242.
- FREUD, S. (1917a/1996). Conferência XXVIII: O tratamento analítico. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago. V. XVI, p. 433-463.
- FREUD, S. (1919/1996). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago. V. XVII, p. 173-181.

- FREUD, S. (1921/1996). Psicologia de/ grupo e análise do ego. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago. V. XVIII, p. 77-154.
- FREUD, S. (1923/1996). Uma breve descrição da psicanálise. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago. V. XIX, p. 215-234.
- FREUD, S. (1926/1996). Psicanálise. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago. V. XX, p. 253-259.
- FREUD, S. (1927/1996). O futuro de uma ilusão. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago. V. XXI, p. 11-64.
- FREUD, S. (1937a/1996). Análise terminável e interminável. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago. V. XX, p. 187-207.
- FREUD, S. (1937b/1996). Construções em análise. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago. V. XXIII, p. 275-287.
- FREUD, S. (1938/1996). Esboço de psicanálise: parte II: o trabalho prático: a técnica da psicanálise. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago. V. XX, cap. VI, p. 187-207.
- FREUD, S. (1939/1996). Moisés e o monoteísmo. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago. V. XXIII, p. 13-150.
- GIL, A. C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GONZÁLEZ REY, F. L. Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
- JONSEN, Albert R. O Nascimento da bioética. In: PESSINI, Léo & BARCHIFONTAINE, Christian de P. de. (1996). Problemas Atuais de Bioética. 3 ed. rev. ampl. São Paulo: Loyola. Cap. 1, p. 15-42
- GUARESCHI, Pedrinho A. (2003) Ética e paradigmas. In: PLONER, Kátia S. et al. (Org.). Ética e paradigmas na psicologia social. Porto Alegre: Abrapsosul. Cap. 1, p. 17-33.
- MARCONI, M. A., LAKATOS, E. M. (2002). Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 5 ed. São Paulo: Atlas.
- SEGRE, M. (2002). Considerações críticas sobre os princípios da bioética. In SEGRE, M., COHEN, C. (Eds.). Bioética. (p. 35-40). 3 ed. São Paulo: USP. cap. 3.
- PESSINI, Léo & BARCHIFONTAINE, Christian de P. de. Princípios e conceitos fundamentais da bioética. In: _____. (1996). Problemas Atuais de Bioética. 3 ed. rev. ampl. São Paulo: Loyola. Cap. 2, p. 43-58.

Capítulo 3. O princípio da autonomia na psicoterapia cognitivo-comportamental

A psicologia cognitivo-comportamental é uma das correntes psicológicas que tem apresentado um crescimento constante nos últimos anos, atraindo a atenção de um número cada vez maior de profissionais. Contudo, é difícil constituir uma definição sobre o que seja a terapia de orientação cognitivo-comportamental, pois com os avanços do campo vários profissionais inseriram seus interesses e reflexões sobre o campo, gerando um número considerável de modelos (Dobson & Dozois, 2006).

Diz-se “cognitivo-comportamental” porque esta vertente se constitui de um conjunto de contribuições oriundos do behaviorismo (*behavior*, no inglês, significa comportamento) e da psicologia cognitiva. O behaviorismo postula a grande influência do meio e das experiências como elementos determinantes do comportamento, e a psicologia cognitiva postula a importância da mediação cognitiva na regulação comportamental (Schultz & Schultz, 1998).

Para Cloninger (1999) o behaviorismo possui por postulados que o comportamento é determinado pelo meio ambiente, que as modificações no ambiente alteram o comportamento individual, que as mudanças de comportamento podem ocorrer ao longo de toda a vida, e que os elementos que influenciam o comportamento de uma pessoa não necessariamente modificarão o comportamento de outros. Essa teoria busca uma investigação científica do comportamento humano atendo-se ao comportamento observável. B. F. Skinner, o grande nome do behaviorismo, seguiu a tradição empirista norte-americana e utilizou em suas investigações os métodos das ciências naturais: experimentação, observação e matematização.

A aplicação dos postulados behavioristas na psicoterapia objetiva a alteração dos padrões aprendidos de comportamento pela modificação dos reforços (ou seja, as conseqüências dos comportamentos), seja pelos tipos ou esquemas de reforçamento. A identificação dos elementos ambientais que reforçam o comportamento patológico seria um primeiro passo da terapia. Após, deve-se objetivar a modificação propriamente dita do comportamento pelo controle de variáveis ambientais, especialmente pela retirada dos reforços relacionados com os comportamentos patológicos (gerando extinção operante), com a utilização de reforços negativos, ou, eventualmente, de punição. Os comportamentos desejáveis, por sua vez, deverão ser reforçados para que seja maior a probabilidade de sua ocorrência no futuro (Cloninger, 1999; Hall, Lindzey & Campbell, 2000; Baum, 2006).

A psicologia cognitiva, por sua vez, teve início em meados de 1960 com os estudos de Aaron Beck sobre a depressão. Nestes estudos, Beck tencionava identificar os pressupostos

freudianos da depressão como o resultado de um sentimento de raiva dirigida contra o ego. Observou, contudo, que os pacientes possuíam uma tendência negativa no processamento cognitivo da informação, desenvolvendo uma visão pessimista de si mesmo, dos outros e do mundo. Contudo, as bases teóricas da psicologia cognitiva são oriundas de várias abordagens, como a fenomenologia, a teoria estrutural e a psicanálise (Beck, 1997; Dattilio & Freeman, 1998; Beck & Alford, 2000; Falcone, 2001). As terapias cognitivas constituem uma família com muitas ramificações: terapia cognitiva de Beck, terapia racional emotiva de Ellis, terapia comportamental cognitiva, terapias construtivistas, terapia cognitiva analítica, terapia comportamental dialética e a reabilitação cognitiva, dentre várias (Lotufo Neto, Savoia & Scazufca, 2001).

Vários teóricos da psicologia cognitiva migraram do behaviorismo em virtude de uma insatisfação com esta teoria. Não considerar uma dimensão “mental” como elemento gerador do comportamento levantava muitas dificuldades teóricas na explicação sobre o comportamento humano. Além disso, o behaviorismo não explicava de forma satisfatória fenômenos como o comportamento verbal e a abstração para a resolução de problemas complexos (Cloninger, 1999; Hall, Lindzey & Campbell, 2000).

Pode-se dizer que as terapias que são definidas como cognitivo-comportamentais buscam simultaneamente modificações cognitivas e de comportamento, de forma diferente das terapias cognitivas (que visam alterar a cognição, obtendo a mudança de comportamento como consequência destas) e das comportamentais (que visam a modificação do comportamento sem a mediação de processos cognitivos) (Falcone, 2001; Cordás, 2003; Sudak, 2008).

De acordo com Dobson & Dozois (2006), todos os modelos de terapia cognitivo-comportamental compartilham três premissas básicas:

1. A cognição afeta o comportamento;
2. A cognição pode ser monitorada e alterada; e
3. A mudança comportamental desejada pode ser efetuada por meio da mudança cognitiva.

Vários modelos terapêuticos estão dentro dos parâmetros do behaviorismo e do cognitivismo (Beck & Alford, 2000; Dobson & Dozois, 2006). Elas compartilham que há a ocorrência de processos ditos “encobertos”, que podem ser chamados de pensamentos ou cognições, que mediam as mudanças cognitivas e de comportamento. Estes modelos utilizam mais ou menos o conceito de cognição de forma que parece existir um *continuum* entre modelos que utilizam mais ou menos a mediação cognitiva, e outros que enfatizam mais os

aspectos de mudança de comportamento (modelos mais comportamentais). Na medida em que mudanças de comportamento são produzidas por mecanismos originados desta mediação cognitiva, pode-se dizer que o modelo de tratamento é cognitivo-comportamental.

Vários modelos explicativos foram desenvolvidos, sempre levando em conta mediações cognitivas na base dos transtornos de comportamento e no processo psicoterápico. Para citar dois exemplos, George Kelly desenvolveu um modelo de terapia onde elaborações e crenças pessoais estavam no centro da manutenção e na mudança do comportamento. Albert Ellis desenvolveu a terapia racional-emotiva, reconhecendo que padrões de raciocínio e de sentimentos estão na origem dos transtornos mentais, e que as crenças que mantêm esses padrões são crenças irracionais (Dattilio & Freeman, 1998; Roso & Abreu, 2003).

Pode-se inferir que o modelo cognitivo-comportamental propõe, a partir destes postulados, uma modalidade peculiar de relação terapêutica na resolução dos sintomas, diferenciada, por exemplo, do modelo psicanalítico. Nesse sentido, elementos como a autonomia do paciente passam pelo “crivo” da teoria, possuindo um entendimento próprio e sinérgico com esta. Portanto, propõe-se fazer, neste estudo, uma análise de como terapeutas orientados pela psicologia cognitivo-comportamental compreendem o conceito bioético de autonomia no processo psicoterápico. Inicialmente são levantadas as opiniões de três profissionais orientados pela psicologia cognitivo-comportamental e em seguida suas falas são analisadas qualitativamente a partir da literatura cognitivo-comportamental e da bioética.

3.1. Método: a investigação das percepções sobre a autonomia na psicoterapia cognitivo-comportamental

3.1.1 Participantes

Para investigar como psicólogos clínicos orientados por referenciais cognitivo-comportamentais entendem o princípio da autonomia no processo psicoterápico, foram entrevistados três participantes, segundo a distribuição abaixo:

Tabela 1. Psicólogos clínicos participantes da pesquisa

	Psicóloga Cognitivo-Comportamental 1 (PC1)	Psicólogo Cognitivo-Comportamental 2 (PC2)	Psicóloga Cognitivo-Comportamental 3 (PC3)
Idade	43	32	37
Sexo	Feminino	Masculino	Feminino
Graduação	Psicologia	Psicologia	Psicologia
Graduado há	10 anos	5 anos	10 anos
Pós-graduado (lato senso) há	5 anos	Não possui (ingressou direto no mestrado)	2 anos
Área da pós-graduação	Terapias cognitivas	Psicologia cognitivo-comportamental (mestrado)	Psicologia cognitivo-comportamental
Possui experiência na teoria há	4 anos	5 anos	5 anos
Mestrado	Psicologia	Psicologia	Não possui
Doutorado	Em andamento	Em andamento	Não possui

O critério de escolha dos participantes levou em conta que tivessem uma experiência em psicologia cognitivo-comportamental pelo menos de dois anos e que trabalhassem como psicólogos clínicos. Considerou-se dois anos como um período satisfatório, que permitiria que o profissional já pudesse ter uma experiência mínima na prática da teoria.

3.1.2 Instrumento

Foi realizada uma entrevista semi-dirigida com psicólogos clínicos orientados pela psicologia cognitivo-comportamental, visando construir um entendimento amplo e profundo acerca do problema da pesquisa (Gil, 1999; Marconi & Lakatos, 2002;). A opção metodológica por este instrumento deve-se ao intento de construir um entendimento amplo e profundo acerca do problema da pesquisa, que é como estes profissionais referem a autonomia dos pacientes na psicoterapia. Este molde de entrevista possibilitou ao pesquisador uma maior flexibilidade na ordem das perguntas presentes no roteiro, realizar outras não previamente formuladas, e aprofundar temas pouco explorados pelos participantes (Marconi e Lakatos, 2002; Gil, 1999). Um tema como o proposto está perfeitamente adequado para este instrumento, visto que permitirá ao pesquisador seguir o roteiro pré-formulado, ao mesmo tempo em que pode elaborar outras questões com o andamento da entrevista, para esclarecer

eventuais pontos obscuros nas falas dos participantes ou para aprofundar alguma explicação relevante.

3.1.3 Procedimentos

Os entrevistados convidados a participar da entrevista trabalham no estado do Rio Grande do Sul, sendo que este critério de escolha dos participantes foi intencional, baseando-se principalmente na proximidade geográfica.

Os participantes foram convidados a contribuir com essa investigação a partir de sugestões de colegas do pesquisador. A partir da sugestão dos nomes de psicólogos cognitivo-comportamentais, o pesquisador entrou em contato com os entrevistados, explicando a proposta da pesquisa e os convidou para participar da investigação. O pesquisador entrou em contato e foi marcada a data da entrevista, que ocorreram na residência (PC1), e no consultório dos profissionais (PC2 e PC3), respectivamente.

Antes da entrevista, o pesquisador novamente apresentou a proposta da investigação, explicou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e respondeu às dúvidas das entrevistadas. Foi assegurado aos participantes da pesquisa o anonimato e a liberdade de sair da investigação a qualquer momento da pesquisa, concretizado através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após, deu-se início a entrevista. As entrevistas foram gravadas em audiotape e posteriormente transcritas, e tiveram a duração de, aproximadamente, 40 minutos.

Após o levantamento das informações obtidas com os participantes pela entrevista semi-dirigida, foi feita a análise das informações, no sentido de propor um quadro compreensivo de suas percepções acerca da autonomia segundo a proposta de González Rey (2002). Para este autor, a investigação qualitativa detém-se sobre objetos complexos, e para fins dessa tese consideramos que as percepções acerca da autonomia na psicoterapia são consideradas como objetos complexos por abrangerem um sem-número de influências (vivências dos participantes, formação profissional, processo psicoterápico, background cultural e familiar, etc.). A proposta de análise de González Rey (2002) objetiva considerar essa complexidade em toda sua riqueza e diversidade, propósito que se objetiva alcançar com a presente investigação.

González Rey (2002) não estipula um formato rígido para a análise dos materiais qualitativos. As categorias de discussão não foram dadas *a priori*, mas nasceram como um produto das informações obtidas dos participantes e refletidas pelo pesquisador. Após uma

leitura do material como um todo, as falas transcritas foram divididas em unidades temáticas, e apontaram como estes profissionais compreendem a autonomia no processo psicoterápico.

3.2. Análise das informações: a autonomia na psicoterapia cognitivo-comportamental

Após o levantamento das informações obtidas com os participantes pela entrevista semi-dirigida, foi feita a análise das informações, no sentido de propor um quadro compreensivo de suas percepções acerca da autonomia segundo a proposta de González Rey (2002). Para este autor, a investigação qualitativa detém-se sobre objetos complexos, e para fins dessa tese consideramos que as percepções acerca da autonomia na psicoterapia são consideradas como objetos complexos por abrangerem um sem-número de influências (vivências dos participantes, formação profissional, processo psicoterápico, background cultural e familiar, etc.). A proposta de análise de González Rey (2002) objetiva considerar essa complexidade em toda sua riqueza e diversidade, propósito que se objetiva alcançar com a presente investigação.

González Rey (2002) não estipula um formato rígido para a análise dos materiais qualitativos. As categorias de discussão não foram dadas *a priori*, mas nasceram como um produto das informações obtidas dos participantes e refletidas pelo pesquisador. Após uma leitura do material como um todo, as falas transcritas foram divididas em unidades temáticas, e apontaram como estes profissionais compreendem a autonomia no processo psicoterápico.

3.2.1 O conceito de autonomia

Os entrevistados referiram que, em seu entendimento, a autonomia é um conceito amplo e tem relação com a liberdade, opções, responsabilidade, direitos e deveres, tanto para o paciente quanto para o terapeuta. Seria uma condição mínima de auto-gerenciamento da pessoa, com liberdade em função das contingências do ambiente. Não há como ignorar as influências do contexto, mas estas são relativizadas ao se considerar que há autonomia no comportamento de uma pessoa.

PC1: Seria então a pessoa ter, na verdade, uma certa liberdade, uma certa responsabilidade em resolver as suas próprias coisas.

PC2: Autonomia parece um conceito bem amplo, [...] para mim, que autonomia é a capacidade de a pessoa poder se auto-gerir, sem necessariamente estar dependendo da aprovação, ou de obter recursos dos

outros, de poder, [...] a autonomia é um nível mínimo desta capacidade de a pessoa se auto-gerir.

3.2.2 A autonomia do paciente na psicoterapia cognitivo-comportamental

A autonomia foi referida como um elemento importante na psicoterapia, apesar de parecer nem sempre estar presente na reflexão dos profissionais. Sua importância está em permitir ao paciente e ao terapeuta uma liberdade de ação que é necessária na psicoterapia, haja vista a complexidade das relações humanas. Tanto o paciente deve ter autonomia para conduzir o processo, optando por fazer ou não tarefas pré-determinadas, quanto o profissional para realizar as intervenções necessárias. Isso significa que o paciente é o fim último do processo.

PC1: Eu nunca tinha parado para pensar no conceito de autonomia dentro do foco, do trabalho com o paciente, como ele vê a sua autonomia, como eu vejo meu paciente, como eu me vejo, o que é mais difícil a gente olhar pra gente mesmo, é mais fácil ver o paciente, a auto-eficácia, mas é a minha autonomia. Achei que você me fez pensar.

PC1: [Na psicoterapia] o paciente é auxiliado a desenvolver a sua própria habilidade de cuidar de si próprio, de saber resolver os seus próprios problemas da melhor maneira possível.

PC3: Eu acho que sim, porque o paciente tem que ter autonomia, principalmente na cognitiva, se ele quer fazer ou não determinada tarefa, ele tem autonomia para fazer determinada atividade, tema de casa. Tem autonomia também para dizer “Eu não quero trabalhar por aqui, mas pelo outro lado”... A autonomia do paciente é potencializada pela psicoterapia, sendo esse seria um objetivo central, e ele seria alcançado quando o paciente aumenta sua auto-eficácia. Ao auxiliar o paciente a desenvolver mecanismos de análise da realidade que sejam mais eficientes, a autonomia é potencializada. [...] Assim, os sintomas seriam combatidos através de uma forma diferenciada de perceber e reagir aos estímulos ambientais, sendo que o paciente é agente altamente ativo no processo.

As intervenções visam potencializar os recursos de reflexão do paciente, no sentido de uma maior autonomia nas decisões que tem em relação à sua vida. À medida que ele consegue fazer este movimento, tem aprimorada sua autonomia na tomada de decisões e comportamento. E isso deve ser estendido ao contexto fora da terapia, permitindo que esse potencial seja duradouro e ocorra sem a presença do terapeuta. Esta habilidade depende principalmente, das características pessoais do paciente, dos sintomas envolvidos e do contexto. Portanto, o paciente tem papel ativo na conquista de mais autonomia para sua vida.

PC1: Nunca se dão respostas prontas ou se interpreta, muito pelo contrário, se joga para o paciente, se estimula a autonomia nesse sentido: “Bom, que outras possibilidades você teria de reagir frente à situação que não essa que você acabou de me dizer e que não teve bons resultados?”. Então, você está estimulando a autonomia dele, não está dizendo qual seria a melhor, ele vai pensar [...] Inclusive uma coisa que eu estimo muito na sessão é que existe toda uma relação terapeuta-paciente. Lá fora, na sua vida, é estimulado que a pessoa tenha auto-eficácia, que resolva os seus problemas, ou seja, lá fora, eu costumo brincar, você mesmo será o teu próprio psicoterapeuta, tu vais aprender a pensar nesse problema e resolver o que tu vais fazer acerca dele. E isso é muito importante, é muito rico, porque eles vêm: “Eu pensei que eu podia fazer assim, assim, aí eu vi que assim ia dar tal resultado e eu não ia gostar, e eu resolvi agir assim” “Então vamos analisar os resultados, o que você achou da forma como você reagiu, como foi?”, então está estimulando ele a pensar, é autonomia, não estou dando respostas prontas, estou estimulando que ele desenvolva isso.

PC2: [Para você, o paciente tem autonomia durante o processo psicoterápico?] Tem, tem. Tem muitas questões de personalidade de alguns pacientes também, alguns têm por si próprios mais autonomia e dizem: “Olha, essa semana aconteceu tal coisa e eu fiz tal e tal coisa”, já fez, e a gente avalia o que ele fez, tem outros pacientes que te ligam durante a semana, “Olha, aconteceu tal e tal coisa e eu não sei o que fazer, o que tu achas que eu tenho que fazer?”, ou então “Eu quero antecipar a minha consulta de segunda pra quinta porque eu quero discutir uma coisa que aconteceu essa semana”, então tem características de cada um. Acho que é papel da terapia num primeiro momento acolher o paciente como ele é na vida, e depois ajudar ele a desenvolver essa autonomia. Alguns vão demorar mais tempo, outros vão demorar menos tempo, sem dúvida, esse é o processo que está presente.

PC3: Eu acho que sim, porque o paciente tem que ter autonomia [...] Se o paciente não atuar junto, se não tiver uma certa autonomia a terapia não anda. Se ele não fizer algumas coisas por conta, muita coisa do processo não anda, e a gente vê muito isso pelos temas de casa. Se a gente escolhe um tema de casa e ele não faz, tem vários fatores, ou aquele tema de casa não foi bem escolhido, ou porque o paciente tem outras questões que não está desenvolvendo na terapia para conseguir evoluir.

Sempre há algum nível de autonomia na psicoterapia. Identificar ausência de autonomia por parte do paciente é indicativo de algo grave acontecendo, e possivelmente está relacionado com a psicopatologia apresentada. Se esta ausência de autonomia é identificada, deve ser compreendida e sua conquista se constituir numa das metas do tratamento.

PC2: Num processo psicoterápico um paciente não ter nada, nada de autonomia, isso já reflete uma característica de personalidade da pessoa. [Por exemplo] Uma senhora com transtorno de personalidade dependente, que teve um funcionamento dependente a vida toda dela, dependia dos pais, depois casou e dependia do marido, o marido morreu, agora é com os filhos

e eles mandam ela fazer terapia. Então, quer dizer, é possível que alguém chegue assim na terapia sem nada de autonomia pelo seu histórico de vida, e aí eu acredito que a ausência de autonomia dessa pessoa deve se tornar uma meta de tratamento. Ela chegou aqui sem autonomia e nossa meta é tentar desenvolver pelo menos algum nível de autonomia na vida dessa pessoa. Então não ter nada de autonomia eu vejo que é mais uma coisa para tratar, é problema também, porque não é o esperado, porque algum nível de autonomia espera-se que tenha.

PC3: Se for algum paciente que não tem muitos recursos... mas eu acho que sempre tem algum nível [de autonomia]. [...] Se a patologia estiver muito grave, eu acho que nessas horas não tem muita autonomia, ansiedade muito alta, depressão severa, nessa hora ele não vai conseguir ter autonomia.

A psicoterapia é um processo dinâmico, que apresenta características diferentes à medida que vai acontecendo. Foi referido que, no início da terapia, é comum que o paciente tenha mais necessidade de intervenções do profissional, caracterizando um período de dependência maior. Isto configuraria uma assimetria na relação terapêutica, que aos poucos vai se dissolvendo na medida em que o paciente vai conquistando mais autonomia para lidar com suas problemáticas.

PC2: A gente [...] observa no trabalho psicoterápico uma certa dependência, num primeiro momento, do paciente em relação ao terapeuta, e isso, com o passar do tempo, do andamento, essa dependência vai diminuindo e a gente vai observando uma autonomia maior [...] com o passar do tempo a gente vai desenvolvendo essa autonomia e quando ela acha que tem uma autonomia plena, se dá a alta, já está conseguindo levar a coisa sozinho.

PC2: Acho que é bem característico na psicoterapia a gente observar uma relação assimétrica, e com o passar do tempo, à medida que o terapeuta vai ajudando o paciente a trabalhar suas dificuldades e os objetivos que fizeram ele buscar a terapia, essa assimetria vai diminuindo até que chega uma hora que fica uma relação de igual para igual e aí é alta. Quando a gente vai buscar ajuda com alguém de certa forma a gente está assumindo: “Eu não consegui me virar sozinho, então eu preciso do outro”, então quando eu vou buscar a ajuda com outro é normal que se desenvolva certa dependência [...] tu não vais buscar ajuda com alguém que tu pensas que não pode mais do que tu. [...] Só que à medida que a coisa começa a andar, que a pessoa começa a trabalhar as suas dificuldades, essa assimetria vai diminuindo, e na hora da alta: “Olha, estamos assumindo aqui, na dupla terapeuta-paciente, que eu estou bem, que eu estou legal, e que assim que eu precisar eu volto a te procurar de novo, mas no momento já foi trabalhada a dificuldade inicial”, assimetria neste sentido. [...] Então acho muito importante que o paciente veja força no terapeuta. Uma força que ele não está conseguindo ter naquele momento sozinho então vai buscar no outro. Assimétrica nesse sentido, ele pode mais que eu, eu saio de lá me sentindo ajudado, me faz bem quando eu vou lá porque eu melhoro.

PC3: Sim, porque no início ele [terapeuta] tem que ser diretivo [...] eu acho que no início o terapeuta é quem tem mais autonomia, mas com o tempo o

objetivo é transferir esta autonomia do terapeuta para o paciente, acho que esse é o processo, primeiro o terapeuta tem autonomia e gradativamente vai repassando para o paciente, à medida que a terapia vai se desenvolvendo. Ele vai obtendo recursos e vai tendo mais autonomia do meio para o final [do tratamento].

3.2.3 Autonomia do profissional

O profissional também deve ter autonomia na psicoterapia. A autonomia existe quando ele age de forma livre, com seu jeito próprio e pessoal de dialogar com o paciente. É necessário que o profissional reconheça e explore o seu estilo, que pode ser mais ou menos aberto, mais ou menos rígido, mais ou menos criativo em relação às técnicas, linhas ou modelos teóricos, para que se sinta à vontade para falar para o paciente o que é necessário a partir da orientação teórica fundamentada. Também necessita de autonomia para questionar com o paciente os sintomas que o levaram ao tratamento, visando constituir um plano adequado de tratamento.

PC1: Talvez alguns terapeutas sejam mais flexíveis e dêem mais autonomia ao [seu paciente], outros não, são mais rígidos e dão menos autonomia [...] embora muitos pacientes sejam extremamente dependentes [...] Não é a minha forma de resolver que eu vou impor [ao paciente], vou junto com ele construir essa forma de resolver que seja importante para ele, mais eficaz para ele. Então é algo construído, na forma como eu trabalho, a autonomia é constantemente trabalhada, diariamente, todas as sessões. [...] Existem características próprias, um estilo pessoal do terapeuta, e ele [terapeuta] acaba também adaptando a técnica também ao seu estilo pessoal, então não pode ser a técnica pela técnica. Tem uma autonomia sim, tanto que os psicoterapeutas podem ter liberdade de escolher que linhas podem seguir, e mesmo numa linha, como na cognitivo-comportamental, existe um modelo, existe uma técnica, mas existem estilos diferentes de psicoterapeutas, isso é fundamental para que uma psicoterapia seja bem-sucedida. [...] Existem psicoterapeutas que são mais autônomos de uma certa forma, mais criativos dentro do *setting* terapêutico, e outros psicoterapeutas são mais rígidos, então isso também está diretamente relacionado com a autonomia.

PC2: O tratamento [...] de um paciente não é igual ao tratamento de outro. Mesmo pensando, ah, um paciente com depressão sentou na poltrona aqui e foi tratado com automonitoramento, ou fez um RPD [registro de pensamentos disfuncionais] para uma situação que aconteceu, vai embora, sai o paciente das 9 [horas], entra o paciente das 10 [horas], está deprimido também e também vai usar o automonitoramento? E isso é diferente. Então nisso o terapeuta tem autonomia para criar a técnica para prescrever tarefas de casa diferentes, pra poder falar mais ou falar menos dependendo do perfil do paciente, mais diretivo ou menos diretivo, dependendo do que o paciente traz [...] a gente sabe que a terapia cognitiva é baseada em metas. As metas

são construídas pelo paciente e pelo terapeuta no início do tratamento. Então eu acho que a gente pensar que o terapeuta não tem autonomia nenhuma eu teria que ficar aqui sentado esperando o paciente chegar e dizer: “A minha meta para o tratamento é *isso*”, e nós vamos fazer isso porque ele quis fazer isso. E na verdade, muitas vezes a meta dele é fazer isso, e o terapeuta pode sugerir, tem autonomia para isso. Vou dar um exemplo: o paciente chega aqui e diz: “Estou tendo dificuldade de ter relações sexuais com a minha esposa, estou com libido baixa, estou com dificuldade para ter ereção, então essa é a minha meta, porque soube que a terapia cognitiva é boa para tratar disfunções sexuais, meu urologista mandou eu vir aqui para fazer o tratamento”. Acho que o paciente tem liberdade para trazer isso, mas a minha obrigação como profissional é de dizer: “Olha, eu acho que tudo que está acontecendo é uma dificuldade decorrente do teu uso de álcool, você está bebendo muito, e isso acaba atrapalhando por isso e isso”, [...] eu acho que uma das nossas metas é diminuir o consumo de álcool e até pensar em parar, quer dizer, isso não foi trazido pelo paciente como uma meta, mas é algo que o terapeuta pode tornar uma meta do tratamento e trabalhar para que isso ocorra.

Se o profissional não tiver autonomia, o processo não será bem conduzido, vindo em prejuízo de ambos, especialmente ao paciente. Os elementos mencionados pelos entrevistados que podem prejudicar a autonomia do paciente foram: diagnóstico, intensidade dos sintomas e questões ambientais (nível econômico, por exemplo, que dificulta o acesso aos recursos de saúde). Da parte do profissional, uma carência de conhecimentos técnicos limita a autonomia na condução do processo de forma bem importante, e nesse ponto a formação e a supervisão dos casos é um elemento norteador da prática do profissional.

PC2: O profissional pode ter mais ou menos autonomia dependendo do caso, dependendo das limitações do paciente, vamos pensar assim, [...] numa realidade onde o paciente não tenha condições de consultar, dinheiro para a passagem, não tem acesso à medicação, ou que tem uma série de limitações na vida, às vezes o terapeuta fica meio que de mãos amarradas. O paciente na avaliação multiaxial o paciente tem a maioria dos seus problemas concentrados no Eixo IV [do DSM-IV-TR], estressores psicossociais, muitas vezes o terapeuta acaba ficando sem autonomia não pelo processo psicoterápico em si, mas pela situação de vida que o paciente tem. Então, é possível que não tenha autonomia? Nada de autonomia acho difícil, mas ele pode ter mais ou menos autonomia dentro do tratamento, acho que é mais uma linha contínua do que uma questão categórica.

PC3: Se ele [terapeuta] não tiver [autonomia], não vai ter como em alguns momentos dirigir a sessão. Como é uma... interligação onde um vai trabalhando com o outro, os dois na realidade vão tendo autonomia no processo. Como é colaborativa tem que ser conjunta. [Se o terapeuta não tiver autonomia durante o processo, isso se deveria a quê, na tua opinião?] Até uma falha do terapeuta. [Que tipo de falha?] Não conhecer a linha, não ter domínio na condução, da técnica.

3.2.4 Direito de informação do paciente quanto à psicoterapia

De acordo com os entrevistados, alguns pacientes que buscam atendimento chegam já possuindo algum conhecimento sabendo da psicologia cognitivo-comportamental e de alguns pressupostos teóricos, seja por leituras em jornais e revistas ou por informações de profissionais que encaminharam, e alguns pacientes buscam-na julgando que esta será a linha que vai lhe ajudar mais.

Mesmo que os pacientes não peçam informações sobre a terapia, os profissionais explicam pressupostos teóricos para o paciente, pois isto é referido como fundamental para o tratamento: informam sobre o que é psicoterapia, como o processo será conduzido e o diagnóstico do quadro, de acordo com a capacidade de compreensão, as dúvidas dos pacientes e quanto tempo vai durar o tratamento, configurando-se esta fase psicoeducativa como uma das etapas do tratamento. Não explicar estes elementos iria contra os fundamentos desta teoria.

Entretanto, é bem mais comum que os pacientes não façam perguntas sobre a psicoterapia. Isso se deveria, conforme os profissionais, ao preconceito que ainda ronda a psicologia clínica e à falta de informação. Pacientes que se trataram em outras linhas psicoterápicas onde não haveria explicação detalhada do processo geralmente não perguntam sobre o processo também. Portanto, outro objetivo do esclarecimento sobre o processo psicoterápico é quebrar alguns tabus.

PC1: Eu informo, eu sempre me apresento, o meu nome é [...], na primeira sessão, sou psicóloga, toda aquela coisa assim, de o paciente falar, vai contar um pouco da história dele, e eu digo: “Bom, eu queria te colocar a linha que eu trabalho, na linha tal”, muitos já vêm assim: “Eu vim te procurar porque eu sei que você trabalha na linha cognitivo-comportamental e o fulano X me encaminhou pra ti porque eu tenho X transtorno”, então muitos já vêm sabendo. [...] Na verdade, na linha em que eu trabalho, as primeiras sessões são sessões psicoeducativas, então se trabalha muito nas primeiras sessões que tipo de psicoterapia é, isso é informado ao paciente nas primeiras sessões, primeira e segunda sessões basicamente trabalham o que o paciente tem, sessões de avaliação, qual é o diagnóstico, se trabalham os conceitos, como se vai trabalhar aquele diagnóstico e também o que é a psicoterapia, o que ela vai oferecer, o que é a psicoterapia cognitivo-comportamental. Então todos os meus pacientes sabem a linha que eu sigo e o que é isto, até a expressão cognitivo-comportamental, o que significa isso. Então são os nossos pensamentos que na verdade desencadeiam todos os nossos comportamentos, sentimentos e emoções, estão todos interligados. Os pacientes sabem, eles dão uma aula, na verdade. Eu explico o tipo de psicoterapia e que existem outros tipos que seguem outra linha, a minha é

essa. Faz parte do pacote, vamos dizer assim, dar essa informação, mesmo não perguntada.

PC2: A gente tem uma cultura aqui no sul, muito da psicanálise, então os pacientes, não raro a gente recebe aqui na clínica muitos pacientes que já passaram por outros terapeutas, de outras orientações, e esses que já passaram por outras de um modo geral não perguntam porque não é dada essa resposta em outras abordagens, agora na terapia cognitiva em especial existe um caráter psicoeducativo muito importante. Se o paciente não pergunta o próprio terapeuta introduz isso. Então quando o paciente pergunta obviamente será respondido, e se não pergunta essa resposta também é importante vir porque tranquiliza eu saber o que esperar do tratamento, como é que isso vai acontecer, ter uma idéia cronológica: “É pro resto da vida? É por quanto tempo?” E tal. Não que eu vá dizer: “Será em 12 sessões”, não precisa estipular o número de sessões, mas a gente poder dar uma idéia: “Olha, a gente está trabalhando, isso é relativamente breve, vai depender do teu rendimento aqui dentro, teu comprometimento, vai ser assim e assado, a freqüência vai ser assim, nas sessões a gente vai ter uma estrutura, vamos trabalhar tópicos iniciais, vamos ver ao longo da sessão, vai ter tema de casa”, eu acho que o paciente sai compreendendo o tratamento isso já é terapêutico, entender o que esperar do tratamento. Então, a pergunta era mais do paciente em relação ao terapeuta, se o paciente pergunta... os que têm experiência com outras abordagens eu noto é que raramente perguntam. Alguns perguntam: “Olha, já fiz essa, já me tratei com o doutor Fulano, a doutora Fulana e agora eu vim tentar aqui. O que tem de diferente?” Alguns pacientes até trazem isso: “Ah, eu vi ali na frente [do consultório] terapia cognitiva, o que é terapia cognitiva? O que é cognitivo-comportamental?”. Então algumas vezes perguntam, mas quando os pacientes não perguntam, na abordagem cognitiva, é papel do terapeuta elucidar essas dúvidas e deixar claro o processo psicoterápico, não “Ah, não perguntou, não falo nada”. Não serve, vai contra a teoria.

PC2: [...] Dependendo do nível de dúvidas que o paciente tenha é mais ou menos aprofundado, mas eu acho que é importante que o paciente... Não é algo que culturalmente, que a gente tem de saber o que é psicoterapia, tem muita gente que nunca fez e que tem uma idéia de psicoterapia que é distorcida, tratamento para loucos, ou então de filmes que a gente vê que tem um cara lá deitado no divã falando lá coisas da mãe dele, tem outras práticas, fica só resmungando e anotando, a pessoa chega com várias fantasias sobre o que é terapia, e eu acho que essas fantasias podem atrapalhar se a gente não deixar a coisa mais explícita. [...] a terapia cognitiva está muito na mídia, cada vez mais em voga, fulano de tal se tratou, ou reportagem sobre transtorno tal, e o tratamento de escolha é antidepressivo, sei lá, e terapia cognitivo-comportamental, então tem muito na mídia que tem divulgado a terapia cognitiva, então os pacientes têm uma certa curiosidade de saber “Eu já fiz a terapia, mas aquela convencional”, como se existisse a convencional e essa que é a inovadora. Na verdade existem mais de 400 linhas de psicoterapia diferentes, mas a idéia do público leigo é que tem duas, a convencional e a outra. Então, perguntam, e eu acho que isso é um reflexo claro da divulgação que isso está tendo na mídia. [E o que você costuma responder para as pessoas?] Que é um processo diferente de outras abordagens, porque preconiza uma série de questões e pressupostos básicos da psicoterapia cognitiva, que é a cognição, explico o que é a cognição adaptando à linguagem do paciente, com mais ou menos escolaridade, mais velho ou mais jovem, que é uma linha psicoterápica onde a cognição, os

nossos pensamentos afetam a nossa emoção e os pensamentos, a cognição pode ser alterada e monitorada, que é o que vai ser feito no tratamento, porque alterando essa cognição a gente consegue alterar as emoções e os pensamentos também. Com os três pressupostos básicos da terapia cognitiva acho que dá pra ter uma noção de porque essa teoria é diferente. Ela parte do pressuposto de que a gente não sofre pelo problema em si, a gente sofre pela representação mental que eu faço daquela situação. E aí, dependendo do paciente, “Isso é novo?” e aí você até pode entrar com questões até mais aprofundadas se for o caso, mas eu acho que o mais importante é tornar para o paciente algo que ele possa ter acesso a essa informação que ele está querendo saber né, nem mais nem menos. Tem paciente que quer saber “De onde veio isso? Dos Estados Unidos? É nova essa idéia?” “Não, a filosofia explica isso já, Epícteto há um século antes de Cristo já falava nisso, que a gente sofre pela opinião que a gente extrai das coisas, não é algo novo, mas foi adaptado agora a pouco para a psicoterapia...” então, mais ou menos informação vai depender do quanto o paciente se sentir interessado por isso.

PC3: [...] Os pacientes não sabem bem o que é psicoterapia, então vão entrando no processo sem questionar, outros pacientes perguntam quanto tempo, como que vai ser, a pergunta que mais me fazem é o tempo de duração. Mas como que é, dificilmente eles perguntam, talvez, mas é que no início, no final da primeira sessão eu explico como é que vai funcionar a terapia, de repente é por isso que eles não fazem esse tipo de pergunta. Eu explico o funcionamento, que é colaborativo, que ele vai ter que fazer parte do processo, então por isso que não estão perguntando. [E por que você acha que eles não perguntam sobre a terapia?] Acho que até pela desinformação, que não sabem o que vai ocorrer dentro do processo. Até pelo preconceito, para alguns é até difícil de vir ao consultório. [Os pacientes costumam perguntar sobre a linha teórica com a qual você trabalha?] Não. Eu que falo no que eu estou trabalhando, explico qual é a linha, que é diretiva, quais os passos, mais ou menos por cima assim, eu que falo no final da sessão né. [E por que você acha que eles não perguntam sobre a linha?] Porque mesmo antes, dificilmente as pessoas, antes quando eu não estava na terapia cognitiva, nem antes eles perguntavam. Até pelo desconhecimento de que tem psicanálise, terapia cognitiva, que tem a breve, eles não sabem a diferenciação, então eles nem perguntam. Um que outro, as pessoas mais informadas sim, mas dá pra contar que são bem poucas as pessoas. [...] Eu desenho sobre a situação, que não é a situação que nos incomoda, mas a forma como a gente interpreta a situação, que isso vai interferir na nossa emoção e conseqüentemente no nosso comportamento. Daí eu dou um exemplo, de um amigo que passa pela gente na rua e não cumprimenta. Então a primeira interpretação [possível]: “Eu fiz alguma coisa errada, vai me deixar triste mas eu vou lá saber o que aconteceu”. A segunda interpretação é pensar “Quem ele pensa que ele é? e vai me dar raiva”, até perder o amigo, e a terceira interpretação é que “Ele não me viu”, se ele não me viu a emoção fica inalterada, eu faço essa interligação e mostro pra ele que a gente pode ter mais de uma interpretação e que a gente vai trabalhar mais em cima disso, do pensamento pra como lidar melhor com as situações, que as situações ruins sempre acontecem, explico isso, que é colaborativo, que os dois vão trabalhar juntos, que tem tema de casa, que a terapia continua em casa, que ela tem uma continuidade e com o tempo ele vai se tornar o próprio terapeuta.

PC3: [Perguntam] quanto tempo vai durar ainda, sobre a recaída, “Depois do término, e se eu recair?”, a gente trabalha a prevenção da recaída, eles ficam

um pouco inseguros, “E se o pânico voltar, como é que eu vou lidar?” A gente mostra que primeiro a gente vai dar recursos para ele poder enfrentar e quando estiver sozinho ter todos os recursos à mão. [No caso de eles perguntarem, o que geralmente você responde para eles?] Depende. Eles perguntam mais a questão da recaída, quanto tempo não. E quando envolve a questão financeira, daí sim. Quando eles começam a ficar meio apertados e quando começam a não dar mais conta, “Quanto tempo vai demorar?” em função da questão financeira. Mais nesse sentido hoje em dia.

3.2.5 Direito de informação do paciente quanto a uma segunda opinião

De acordo com os entrevistados, a busca por uma segunda opinião pode acontecer durante a psicoterapia. Isso não deve necessariamente preocupar o profissional, visto que é um direito do paciente. Em alguns casos, esta busca por uma segunda opinião ocorre porque o paciente está em dúvida ou descontente com o diagnóstico ou com a condução do tratamento. O que deve haver entre ambos é abertura para falar sobre esta busca por uma segunda opinião, e relacioná-la ao contexto da psicoterapia. Contudo, não pode haver tratamento simultâneo, a não ser que os modelos sejam diferentes (por exemplo, realizar terapia individual e terapia de casal).

PC1: Olha, eu acho que o paciente tem todo o direito. Na verdade, assim como ele tem o direito de saber o que tem, o diagnóstico e o prognóstico, o tempo de psicoterapia, ele tem todo o direito, sim, de buscar. É claro que ele não vai poder seguir com duas psicoterapias paralelas, é complicado, mas já houve casos em que eu trabalhava um paciente individual e eu encaminhei esse paciente para fazer uma psicoterapia de casal para outro colega e seguiram paralelas, ok, e as duas não se chocaram em nenhum momento, mas aí são dois enfoques diferentes. [Se o paciente procura uma segunda opinião, então...] Acho que é um direito dele, inclusive de mudar até de linha de tratamento. Se ele está vendo que a linha que ele escolheu não está ajudando, se não houve, como posso dizer, uma “empatia” com seu psicoterapeuta... mas certamente no dia a dia é complicado lidar com isso, porque isso também entra que nós, profissionais, desenvolvamos uma coisa super importante, que é a nossa ética profissional. Comigo nunca aconteceu de uma pessoa vir me procurar para uma segunda opinião, já aconteceu de alguém vir assim: “Eu fazia psicoterapia numa linha X, parei, e eu estou vindo aqui porque eu quero buscar uma nova forma de tratamento, Fulano me encaminhou”, aí sim, mas nunca aconteceu. Por isso que essa questão ética sim, precisamos cuidar muito da questão ética. Até se pode questionar um diagnóstico, mas sempre respeitando o colega, isso é fundamental, seja ele psicólogo, psiquiatra, neurologista, clínico geral. Porque o diagnóstico hoje tem uma linha muito tênue que separa um do outro, o diagnóstico diferencial é muito complicado, eu posso achar que o paciente X tem bipolaridade, e outro pode achar que ele é *borderline*, por algum comportamento que acabou aparecendo no decorrer do outro atendimento, e a gente sabe que os transtornos são assim, ou a pessoa pode ter mais de um

transtorno. Então o diagnóstico pode ter uma diferenciação das patologias de uma forma muito... tênue, e eu posso optar por um diagnóstico e o meu colega, por outro. [E quando você fala em ética em relação ao colega, você pensa no quê?] Eu penso que, basicamente, a gente tem que ter uma postura de respeito frente ao colega, se ele deu um diagnóstico X é porque ele realmente achou que era aquele diagnóstico, não é porque ele, digamos, não saiba, seja um mau profissional, não, dentro da avaliação dele ele achou que era aquele diagnóstico, mas daqui um pouco eu vi, com o meu olhar, uma outra situação que às vezes o paciente nem tenha trazido no outro profissional porque nem sempre o paciente relata a mesma queixa para um e para outro. [...] O paciente nos desperta alguma coisa? Sim, o famoso conceito de contra-transferência, sim, nós temos que usar essa contra-transferência a favor do tratamento, e se esse paciente nos desperta muita coisa ruim vai ser muito complicado porque nós não vamos conseguir ajudar o paciente porque o nosso sentimento está ali, sim, está dentro do tratamento.

PC2: Eu acho que o bom profissional não pode se assustar com isso [de o paciente buscar uma segunda opinião]. Porque se o cara confia no tratamento que está sendo feito eu acho que não tem o porquê de se incomodar com essa situação que pode ocorrer. [...] É muito comum em outras especialidades da saúde, porque que na psicologia, ou na psicoterapia, isso seria diferente? Acho que à medida que isso acontece, se está se fazendo um bom trabalho, não vejo o porquê de se incomodar. E não acho que isso seja raro de acontecer, acho que é raro de acontecer é ter liberdade na relação do paciente assumir isso, que está descontente com alguma coisa, que está em dúvida com determinado procedimento, com determinado diagnóstico e tal, muitas vezes a relação por se estruturar de uma maneira que já está ruim, já tem problemas, uma relação psicoterápica está baseada na palavra, e se o paciente não se sente à vontade para falar sobre as coisas que estão incomodando ali dentro é sinal que tem alguma coisa torta na relação que tem que ser trabalhada. [...] “Olha, eu fiquei um pouco inseguro quando você falou que eu tinha transtorno bipolar, andei lendo na internet, acho que não fecha com as coisas que acontecem comigo e eu gostaria de marcar consulta com outra pessoa para ter uma segunda opinião e tal, acho que não tem o porquê de o terapeuta se sentir melindrado com isso”, “Olha, eu posso te dar outro nome para ti avaliar essa situação, a gente não precisa interromper o nosso tratamento necessariamente, eu posso entrar em contato com essa pessoa”, eu acho que tem que ter uma relação franca, aberta, daqui a pouco é “Eu gosto do tratamento, me senti ajudado, mas fiquei em dúvida, queria isso aqui especificamente para tirar a dúvida com outro”, bom... não vejo problema nisso. É importante quando a gente fala em relacionamento humano que a gente não deixe de levar em consideração a variável do outro, o terapeuta é humano, como qualquer outra pessoa e que tem vulnerabilidade. Então pode se sentir muito ultrajado, “Como assim que ele não está acreditando no que eu estou dizendo?”, então acho que num caso assim que o terapeuta se incomoda tanto, acho que seria prudente por parte do terapeuta buscar tratamento para ele, buscar trabalhar isso nele, porque é mais do que esperado que isso ocorra em algum momento. Porque que o paciente tem que acreditar que eu sou o dono da verdade? Não quer dizer que eu seja bom ou ruim, que eu esteja ajudando ou não esteja, mas acho importante ter clareza que isso pode acontecer e faz parte do processo.

PC3: Olha, não me aconteceu. O que eu diria... (pausa). Aconteceu de vir de outras linhas e querer uma segunda opinião, não é uma segunda opinião, mas fazer tratamento conjunto. Eu digo que não, que não tem como, que são

linhas diferentes e não tem como fazer dois métodos, daí eu me recuso. Que eu saiba o contrário não chegou a vir assim. [V: E na tua opinião, se uma pessoa buscasse uma segunda opinião, isso aconteceria por quê? O que levaria uma pessoa a buscar uma segunda opinião por exemplo?] De repente não está satisfeita com o processo, de repente, pode, porque nem todo o paciente vai se adequar a cada linha. Pode não se enquadrar no processo, pode não estar seguro com o terapeuta.

O quadro específico do paciente também é um elemento que deve ser considerado numa segunda opinião e em tratamentos posteriores.

PC1: E tem aquele paciente que pula de profissional em profissional, e o paciente que tem transtorno [de personalidade] *borderline* é um, então ele já chega dizendo: “Eu já passei por um, dois, três, quatro, cinco, ninguém resolveu, então estou aqui porque sei que você trabalha na linha tal, e eu tenho certeza que você vai me ajudar”, você não pode se colocar essa capa de Deus e ficar dizendo: “Bom, agora eu vou resolver o problema dessa pessoa” porque não é assim, provavelmente você não vai resolver o problema dessa pessoa também, provavelmente você vai ser mais um na lista daquela pessoa. Ou pode ser que você tenha sorte e que de uma forma ou de outra você consiga formar um vínculo terapêutico, que é uma coisa fundamental. Talvez o outro terapeuta não tenha conseguido criar este vínculo mais forte com o paciente, de novo, não por incapacidade, por não saber, porque vínculo é assim, às vezes existe uma empatia e às vezes não.

No mesmo sentido, acontecendo de o profissional receber um paciente que já se tratou com outros colegas, deve-se manter uma postura séria em relação ao diagnóstico e ao trabalho realizado previamente.

PC1: Porque o diagnóstico hoje tem uma linha muito tênue que separa um do outro, o diagnóstico diferencial é muito complicado, eu posso achar que o paciente X é bipolar, e outro pode achar que ele é *borderline*, por algum comportamento que acabou aparecendo no decorrer do outro atendimento, e a gente sabe que os transtornos são assim, ou a pessoa pode ter mais de um transtorno. Então o diagnóstico pode ter uma diferenciação das patologias de uma forma muito... tênue, e eu posso optar por um diagnóstico e o meu colega, por outro [...] Se ele deu um diagnóstico X é porque ele realmente achou que era aquele diagnóstico, não é porque ele, digamos, não saiba, seja um mau profissional, não, dentro da avaliação dele ele achou que era aquele diagnóstico, mas daqui um pouco eu vi, com o meu olhar, uma outra situação que às vezes o paciente nem tenha trazido no outro profissional porque nem sempre o paciente relata a mesma queixa para um e para outro.

3.2.6 Direitos do paciente referentes ao término da psicoterapia

O término do tratamento não é uma decisão unilateral, mas deve, idealmente, ser tomada em conjunto entre profissional e paciente. No caso do paciente, o principal critério de término do tratamento é a redução ou ausência dos sintomas e do sofrimento que motivou a busca pela psicoterapia.

PC1: Para os pacientes é assim: não está mais tendo os sintomas? Então acho que pode parar. Esse é o critério. [Eles verbalizam alguma coisa para você?] Verbalizam: “Ah, eu acho que estou bem, acho que não estou sentindo tanta ansiedade, dá pra gente parar”. Então vamos fazer uma combinação pra que esse término não seja uma coisa estanque. [...] Então, se não é interesse do paciente continuar, se eu não consigo trazer um foco e está ok, então dá para concordar com o paciente e fazer o término gradual.

PC2: Eu acho que isso é conversado ao longo de todo o tratamento, não é “Hoje eu queria agendar o término, quando vai ser”, não me lembro de isso ter acontecido alguma vez, geralmente isso é conversado ao longo de todo o processo, quando é que vai terminar, até o paciente dando na hora do feedback: “Acho que está ajudando, acho que é por aí mesmo, acho que daqui a pouco a gente já pode falar em alta”, isso é conversado ao longo de todo o tratamento sem que haja melindres da parte do terapeuta: “Ah, ele vai me abandonar, então não está gostando”, não, quando se começa um tratamento já sei que isso vai terminar um dia. Porque às vezes há a tendência, o paciente chegou pra mim, foi encaminhado, vou tratar e agora ele é meu para sempre, não, é um processo que vai acontecer e daqui a pouquinho ele vai ter alta, e se a gente sabe que isso vai acontecer é mais do que natural que a gente fale sobre isso, não precisa a gente agendar pra um dia falar sobre isso, eu acho que é comum o paciente falar sobre o término do tratamento assim como é comum o terapeuta falar, ao longo de todo o processo. Não precisamos precipitar as coisas e abortar etapas do tratamento, mas também não precisa negar que esse fato vai existir, esse fato vai acabar acontecendo. Alguns casos mais rápido, outros mais demoradamente, em outros nem acontece, tem que ter um acompanhamento *full-time* dependendo do diagnóstico e dependendo do prognóstico. Mas a gente pode falar sobre isso. E acho que isso é dito, é bem comum ter isso presente no tratamento.

O processo de término da psicoterapia deve avaliar, por ambas as partes, o diagnóstico inicial, a condução do tratamento, os objetivos alcançados e se há motivação por parte do paciente para se manter em tratamento, revendo os progressos alcançados, fortalecendo essas conquistas e sua autonomia ou mesmo propondo outros focos para a psicoterapia. As metas são revistas desde a primeira sessão, e avaliados os progressos; após isso, se negocia a possibilidade ou a necessidade do término do tratamento.

PC1: Digamos, um paciente que tem pânico, a meta do paciente é não ter mais crises de pânico; a outra meta pode ser, se a crise estiver diminuindo, ir sozinho na escola, algo do gênero [...]. Quando essas metas conseguem ser alcançadas, se vai estabelecendo uma redução gradual na psicoterapia, ou seja, uma vez por semana, em alguns casos muito sérios se pode trabalhar

até duas vezes por semana, e quando essa meta está praticamente alcançada se coloca pra quinzenal [...] aí vem o trabalho de fazer quinzenalmente, depois uma vez ao mês, e daí se encerra, vai trabalhando a prevenção à recaída. [...] Se o paciente terminou a terapia, passou um mês ou dois e sente que precisa voltar e conversar, que seja um atendimento, não seja uma psicoterapia de novo, “Ó, aconteceram algumas situações que eu quero rever contigo”, tu estás dando um apoio, uma sessão extra, ajudando ele a se dar conta que está realmente auto-eficaz.

PC2: À medida que a gente começa a atingir as metas, começa a observar uma certa estabilidade do paciente, a terapia cognitiva é uma terapia estruturada, tanto as sessões são estruturadas quanto o tratamento é estruturado em sessões iniciais, intermediárias e finais. Existem critérios bem palpáveis que indicam se estamos nas sessões iniciais ainda, quando é que estamos nas sessões intermediárias e quando está na hora de encaminhar para as sessões finais. Então, ocorre esse processo na medida em que se observa esta estabilidade, se consegue atingir estas metas propostas lá no início ou ao longo do tratamento e então já começa o processo de trabalho em cima da prevenção da recaída nas sessões finais, espaçamento das sessões, um trabalho mais intenso na identificação de pródromos, sinais que denunciam que os sintomas estão voltando, porque muitos transtornos que a gente trabalha são cíclicos, então é possível que voltem, como é que o paciente vai lidar com isso sozinho, já colocamos a casa em ordem, daqui pra frente, como vai ser sozinho? Então eu acho que essa parte mais de trabalhar a autonomia do paciente é muito maior nas sessões finais, intermediárias e finais é que a gente tem mais ênfase sobre a questão da autonomia.

PC2: Geralmente quando se fala em alta, seja ela proposta pelo paciente ou proposta pelo terapeuta, raras vezes não há um consenso [o terapeuta diz]: “A gente estabeleceu tais e tais metas e a gente não alcançou ainda”. São muito claros os critérios de quando se chega à alta ou não. Não que não possam ocorrer abandonos ao longo do tratamento, daqui a pouco o paciente está no meio do tratamento e acha que não precisa mais por uma razão ou outra e acaba abandonando a terapia, isso acontece. Acredito que em psicoterapia cognitiva o índice de abandono seja menor, conversando com outros colegas, de outras linhas, a gente observa que o abandono na psicoterapia cognitiva se nota uma adesão maior ao tratamento. Até por ser um processo estruturado, porque eu sei em qual etapa do tratamento estou, sei mais ou menos quanto tempo vai, então torna o processo mais objetivo. Então, existe uma taxa de abandono, mas me parece que essa taxa é menor quando o tratamento é claro para o paciente e quando o paciente se sente ajudado. A terapia cognitiva tem a questão do resultado, aquela questão bem pragmática do tratamento que eu acho que isso segura muito o paciente. Então acho que a gente pode pensar por aí.

PC3: A gente trabalha os ganhos que ele teve durante a terapia, ressaltando todos os recursos que ele pode utilizar, a prevenção de recaída, o que ele pode fazer em determinadas situações se repetirem, pra ele conseguir dar a volta, e depois se trabalha o *follow-up*, de quinze em quinze dias, depois uma vez por mês, três meses, então...

Quando os pacientes passam a perceber que os sintomas diminuíram, conseguem enfrentar melhor as situações, questões focais são resolvidas ou que conseguem se comunicar melhor e refere maior bem-estar, seriam indicadores, para o paciente, para o fim do tratamento.

PC2: [...] Os *feedbacks* que os pacientes dão, a remoção de ciscos, ruídos na comunicação durante todo o tratamento, coisas que possam estar atrapalhando, então tudo isso tem que ser conversado

PC3: A estabilização do humor já está bom pra eles (ri), estabilizando o humor já chegaria. Outros critérios são conseguir enfrentar determinada situação, uma coisa bem focal: “Eu quero conseguir dirigir”, dirigiu, já está bom. Tem vários, um é a estabilização do humor, outro é uma questão focal, outros já têm que ir mais a fundo e trabalhar as crenças, então aí tem vários tipos de pacientes.

Como elementos indicativos centrais para o terapeuta para o fim do tratamento estão a redução dos sintomas, o alcance das metas estabelecidas e uma reestruturação cognitiva, manifestada por uma maior capacidade de avaliar adequadamente as situações e um gerenciamento mais satisfatório das emoções. Se apareceram questões relacionadas com o surgimento, a manutenção dos sintomas ou mesmo outros eventos traumáticos, o tratamento pode prosseguir, desde que isso seja negociado com o paciente. Não havendo outros pontos para serem tratados, a psicoterapia pode ser encerrada.

Uma estratégia utilizada no fim do tratamento é a possibilidade de sessões de acompanhamento (*follow-up*), agendando previamente para acompanhar a manutenção dos progressos do paciente. Portanto, não necessariamente há um rompimento brusco do tratamento, mesmo porque recidivas dos sintomas são possíveis.

PC2: Fundamentalmente, [o critério para o fim do tratamento é] atingir as metas estabelecidas. Se a meta estabelecida neste suposto caso que eu dei antes, do paciente que buscou tratamento porque estava tendo disfunção erétil, e a gente viu que uma meta seria melhorar o desempenho sexual, mas outra meta seria também regularizar ou diminuir o consumo de álcool, e vamos pensar que o cara esteja deprimido também, quer dizer, metas podemos ter tantas quantas forem necessárias. Daqui a pouco o cara pára de beber, melhora o humor, começa a investir mais no relacionamento, começa a melhorar, daqui a pouquinho está com o humor estável já há três, quatro, seis meses, está tendo uma vida sexual ativa, isso já não incomoda há algum tempo também, já está sem beber, neste período não surgiram novas metas, não perdeu o emprego, não morreu a mãe, não aconteceu mais nada, está estável o quadro e atingimos as metas iniciais, é algo que vai ser conversado na dupla paciente-terapeuta: “Olha, acho que aquilo que a gente tinha pensado como meta inicial a gente atingiu, não surgiram novas metas no

período aqui”, é um espaço para dizer: “Ah, eu queria trabalhar a minha insegurança com o meu chefe”, algo que não tinha nada a ver no início, bom, é uma nova meta, segue o tratamento. Agora, à medida que se estancarem todas as metas, ok, a gente pode começar o espaçamento das sessões, observar a estabilidade do paciente e a autonomia para poder se gerenciar sozinho neste período, depois tem aquelas sessões de encorajamento que o Beck fala, “Interrompemos o tratamento então, mas fica agendado pra daqui um mês, daqui quatro meses, uma consulta para a gente reavaliar a situação, qualquer coisa neste período você liga”. Te diria assim, que a alta na psicoterapia é um processo que acontece, não é assim, começa o tratamento hoje e em fevereiro vai ter alta, não, o processo vai acontecendo, não sabemos o que pode ocorrer neste período. Então os critérios, pra te dizer de maneira objetiva, é atingir as metas previamente estabelecidas.

PC3: Melhora do humor, ele conseguir recursos para enfrentar situações sem todo o sofrimento, conseguir desempenhar resolução de problemas, conseguir ter flexibilidade cognitiva, conseguir flexibilizar os pensamentos dele, e uma reestruturação cognitiva. Acho que isso é o principal. [Então na tua avaliação, quando o paciente faz isso...] Quando ele já consegue, ocorrendo a reestruturação cognitiva ali, quando ele já consegue, mudou a crença dele, que ele já consegue ver as situações de outra forma, e tiver com essa reestruturação cognitiva e uma boa resolução de problemas eu acho que dá já [...] Outros critérios são conseguir enfrentar determinada situação, uma coisa bem focal: “Eu quero conseguir dirigir”, dirigiu já está bom. Tem vários, um é a estabilização do humor, outro é uma questão focal, outros já têm que ir mais a fundo e trabalhar as crenças, então aí tem vários tipos de pacientes.

3.2.7 Abandono do tratamento

Os pacientes podem terminar o tratamento sem comunicar ao profissional, mas os entrevistados referiram que se isto acontece não é por responsabilidade única e exclusiva do paciente. Como a psicoterapia é uma relação, ambas as partes sempre possuem um grau de responsabilidade. Ao mesmo tempo em que o tratamento mexe com os sentimentos do paciente, fazendo-o se defrontar com eventos de sua vida que são dolorosos, o profissional também pode, eventualmente, apresentar um ponto cego e não conseguir, portanto, auxiliar de forma eficaz. Isso seria uma das razões para o abandono do tratamento pelo paciente. Neste caso, deve-se chamar o paciente e investigar o que o levou a este abandono.

PC1: Nem sempre a gente [como paciente] está pronto para ser trabalhado emocionalmente, às vezes a gente não quer, não está pronto para vir. Apesar daquela situação ser desencadeadora de uma série de problemas na sua vida, a pessoa não quer trabalhar isso, porque aquilo vai mexer, aquela situação vai desencadear outras situações que o paciente não está querendo dar conta.

PC2: Olha, quando acontece isso, vamos pensar assim, um paciente que tem consultas semanais, daqui a pouco falta uma semana, falta a segunda e você liga na terceira semana pra ver se aconteceu alguma coisa, o que houve e tal, e ele: “Não, não vou mais ir”. Geralmente quando acontece esse tipo de situação, não é algo comum de acontecer, mas aconteceu algumas vezes, eu sempre proponho que a gente faça mais uma para fazer o fechamento, não terminar a coisa assim: “Eu achei que eu tivesse te tratando ainda, desculpa”, não é assim que acontece: “Vamos marcar mais uma até para a gente poder conversar sobre os motivos que fizeram com que você não quisesse mais”. “Olha, está muito caro, não estou conseguindo pagar, aumentei a minha carga de trabalho, faculdade, não estou tendo horário para fazer terapia, vou dar um tempo, ou eu vou começar a me tratar em outra linha porque estou me sentindo mais ajudado”, enfim, a justificativa que for, mas acho importante que seja dito, senão já demonstra... um tratamento do nada, o terapeuta nem sonhava que o paciente ia abandonar e ele te abandona assim do nada, é sinal que a relação não estava sendo muito transparente, já estavam acontecendo coisas que o terapeuta não foi perspicaz o suficiente pra ver o que estava acontecendo e o paciente não conseguiu se sentir à vontade para falar sobre aquilo. Raras vezes um paciente está vinculado, está engajado, comprometido no tratamento, aquela questão do empirismo colaborativo da terapia cognitiva está ocorrendo e o paciente de uma semana para a outra ele decide interromper. Se ele decide interromper o tratamento ou ele interrompe no início, sessenta por cento dos pacientes abandonam entre terceira e quarta consulta, no início do tratamento eles já pulam fora, ou então depois que passa a fase crítica das cinco primeiras sessões, que o tratamento engrenou mesmo, pra ele decidir abandonar é algo que ele vai amadurecendo na cabeça dele, leva uma semana, outra, três, quatro, dois meses levando essa história e ele não conseguiu falar pro terapeuta em momento algum? Já não ia legal o tratamento. É um processo que acontece e que o terapeuta tem que ser hábil para poder perceber isso.

PC3: Eu ligaria, para ver o que aconteceu, entrar em contato e fazer uma sessão para ver o que aconteceu. [E por que razões você acha que isso poderia acontecer?] Depende... financeiro, ou de repente é porque não está contente com o processo, ou não era aquilo, uma vez me aconteceu, e a pessoa me disse que não era aquilo que ela imaginava que fosse, que não estava disposta a fazer o tema de casa, não estava disposta com todo o processo, porque eu explico bem no início todo o processo, como vai ser, o que vai ocorrer durante as sessões. Não estava disposta a se envolver tanto.

3.3. Discussão das informações

O conceito de autonomia foi referido como importante no processo psicoterápico, tanto no tocante ao paciente quanto ao profissional, estando de acordo com a reflexão bioética sobre o tema (Segre, 2002; Clotet, 2003a; Clotet, 2003b; Clotet & Feijó, 2005). A autonomia foi referida como sinônimo de auto-gerenciamento do comportamento em função das possibilidades cognitivas e do ambiente, e é na medida em que o paciente compreende as contingências de seu comportamento (Lipp, 1995; Beck & Alford, 2000; Goodwin, 2005;

Baum, 2006) e como se processam os pensamentos automáticos (Beck, 1999; Dattilio & Freeman, 1998) que ela pode vir a acontecer.

O paciente possui autonomia durante o processo, inclusive para não realizar as atividades propostas. Entretanto, se isso acontecer, deve-se analisar nas sessões o que ocorreu, pois pode ser que pensamentos automáticos disfuncionais e/ou esquemas cognitivos estejam atuando em algum nível, podendo estar relacionado com a psicopatologia apresentada (Beck, 1999; Dattilio & Freeman, 1998; Dobson & Dozois, 2006; Sudak, 2008). A terapia visa potencializar os recursos de reflexão do paciente, o que permitirá maior autonomia em suas decisões, pois sempre há algum nível de autonomia do paciente na psicoterapia (Beck, 1997; Beck & Alford, 2000).

A autonomia do profissional também deve ser respeitada durante o processo psicoterápico. É fundamental que reconheça e explore o seu estilo, que pode pender mais para um perfil behaviorista (Lipp, 1995; Cloninger, 1999; Hall, Lindzey & Campbell, 2000; Baum, 2006) ou cognitivista (Dattilio & Freeman, 1998; Beck, 1999; Beck & Alford, 2000; Falcone, 2001). Se o estilo de trabalho do terapeuta não for respeitado, seja para avaliar os sintomas do paciente, seja para propor metas de condução para o processo, este poderá ser grandemente prejudicado.

Foi referido também pelos profissionais que alguns pacientes já chegam ao consultório sabendo o que é a psicoterapia cognitivo-comportamental graças à mídia. Mas mesmo que os pacientes não perguntem, os profissionais explicam os pressupostos da psicoterapia cognitivo-comportamental, pois isso faz parte do processo terapêutico, de acordo com o nível de compreensão do paciente e conforme as dúvidas levantadas (Beck 1999; Beck & Alford 2000; Dobson & Dozois, 2006; Sudak 2008). Essa explicação faz parte do arsenal terapêutico da terapia cognitivo-comportamental, pois é a partir da compreensão e modificação dos processos de pensamento que a terapia se efetiva, e isso é mais bem realizado se o paciente compreende os objetivos da terapia como um todo e o que é feito para alcançar isso. Portanto, compreendê-la é mais um elemento que contribui para o sucesso do processo. Para a bioética, a informação sobre o tratamento é um direito fundamental do paciente (Segre, 2002; Clotet e Feijó, 2005), e na terapia cognitivo-comportamental essa informação é explícita, fornecida mesmo que o paciente não pergunte por ela e faz parte do tratamento.

É reconhecido pelos profissionais o direito do paciente à uma segunda opinião durante a psicoterapia. Se houver a busca por uma segunda opinião, idealmente isso deve ser falado abertamente entre ambos, bem como se devem compreender as razões pelas quais esse evento ocorreu, pois pode, eventualmente, ser indicativo de problemas no processo psicoterápico

(Beck, 1999). Portanto, pode ser indicativo tanto de que há, por parte do paciente, esse direito (Bellino, 1997; Segre, 2002; Dall’Agnol, 2004), quanto que algo pode não estar indo bem no processo conduzido atualmente, ou pode ser, ainda, indicador da psicopatologia do paciente.

O término da psicoterapia não é uma decisão unilateral. O principal indicativo para o fim do tratamento é a redução dos sintomas, que pode ser observado tanto pelo próprio paciente quanto pelo terapeuta (Dattilio & Freeman, 1998; Beck, 1999; Beck & Alford, 2000; Falcone, 2001; Sudak, 2008), embora não necessariamente haja concordância de ambos sobre isso. Não foi referida uma rigidez no aspecto tempo de duração do tratamento pelos profissionais entrevistados, sendo indicativo de flexibilidade e adaptação às necessidades apresentadas pelos pacientes.

Para proceder ao término da psicoterapia, é fundamental haver uma reavaliação do processo como um todo, comparando o estado do paciente no momento da busca com o momento atual; para o terapeuta, o principal indicativo é a redução dos sintomas e a manutenção de uma estabilidade de comportamento por parte do paciente; se necessário, são propostos novos focos de tratamento (Beck, 1999; Beck & Alford, 2000; Dobson & Dozois, 2006; Sudak, 2008). A conquista de autonomia é um dos indicativos importantes, representados por aumento do leque de opções na tomada de decisões (que pode estar prejudicado no comportamento patológico) e de comportamentos possíveis, bem como estabilidade emocional (Holmes, 2003; Chodoff, 2003).

O abandono do tratamento foi referido como algo que não é responsabilidade exclusiva do paciente. Pontos “cegos” do terapeuta, originados fundamentalmente na incompreensão dos sintomas do paciente ou no desencadeamento de reações emocionais que ativam esquemas cognitivos do terapeuta que não estão adequadamente compreendidos podem ser entendidos como elementos que contribuem para a desistência do tratamento.

3.4. Considerações finais: a autonomia e a psicoterapia cognitivo-comportamental

A autonomia foi considerada como um elemento fundamental na psicoterapia, embora não apareça no discurso dos profissionais orientados pela terapia cognitivo-comportamental de forma explícita. Parece permear a prática ora como um pressuposto teórico, ora como um princípio moral, intercambiando estes sentidos de forma intermitente.

Considerar que o paciente é agente ativo no processo psicoterápico na orientação cognitivo-comportamental é considerar os aspectos de autonomia, em grau elevado. Ao

conhecer como o processo irá transcorrer, suas etapas, as metas de tratamento e solicitar sua colaboração na execução das tarefas fora do *setting* terapêutico, o paciente torna-se agente ativo no processo. Se a patologia pode ser um elemento que restringe a autonomia (no sentido da liberdade de ação do paciente), o processo psicoterápico possui por objetivo partir para a conquista de graus maiores de autonomia (referida como auto-eficácia), permitindo que o paciente aumente o leque de opções pela ampliação da flexibilidade cognitiva na tomada de decisões.

Paciente e profissional devem ter autonomia na condução do processo: da parte do paciente, em aceitar o modelo de tratamento, em participar ativamente das tarefas e em se comprometer a realizá-las, e da parte do terapeuta em respeitar seu estilo de tratamento, que pode ser mais voltado para a orientação behaviorista ou para a cognitivista. Não respeitar estes espaços significa comprometer a terapia, que pode ocasionar, como referido, até mesmo o abandono do tratamento (Chodoff, 2003).

A autonomia é um elemento central nas psicoterapias de orientação cognitivo-comportamental. Sem ela, paciente e terapeuta ficam de “mãos amarradas”, e desta forma não é possível alcançar os objetivos propostos. Entretanto, parece haver uma necessidade maior de debater as questões bioéticas referentes à autonomia, em virtude de esta parecer estar “invisível” no pensamento dos profissionais. Julgamos que ela deve ser “trazida à luz” e debatida, pois isso aproximará a psicologia do campo da bioética.

Referências bibliográficas

- Baum, William M. (2006). Compreender o behaviorismo: comportamento, cultura e evolução. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- Beck, Aaron T. & Alford, Brad A. (2000). O poder integrador da terapia cognitiva. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, Judith. (1999) Terapia Cognitiva: teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- Bellino, Francesco (1997). Fundamentos da bioética: aspectos antropológicos, ontológicos e morais. Bauru: EDUSC.
- Chodoff, Paul (2003). Misuse and abuse of psychiatry: an overview. In Bloch, Sydney, Chodoff, Paul & Green, Stephen A. Psychiatric Ethics. 3 ed. Oxford: Oxford University Press. Cap. 4, p. 49-66.
- Cloninger, Susan (1999). Teorias da personalidade. São Paulo: Martins Fontes.
- Clotet, Joaquim (2003a). Por que bioética? In _____. Bioética: uma aproximação. Porto Alegre: EDIPUCRS. Cap. 1, p. 15-26.
- Clotet, Joaquim (2003b). A bioética: uma ética aplicada em destaque. In _____. Bioética: uma aproximação. Porto Alegre: EDIPUCRS. Cap. 2, p. 27-48.
- Clotet, Joaquim & Feijó, Anamaria G. S. (2005). Bioética: uma visão panorâmica. Em Clotet, Joaquim, Feijó, Anamaria G. S., Oliveira, Marília G. Bioética: uma visão panorâmica. Porto Alegre: EDIPUCRS. Cap. 1, p. 9-20.
- Cordás, Táki A. (2003). Prefácio. In: Abreu, C. N. & Roso, M. (Orgs.). Psicoterapias cognitiva e construtivista: novas fronteiras da prática clínica. Porto Alegre: Artmed, p. 11-12.
- Dall'Agnol, Darlei (2004). Bioética: princípios morais e aplicações. Rio de Janeiro: DP&A.
- Dobson, Keith S. & Dozois, David J. A. (2006). Fundamentos históricos e filosóficos das terapias cognitivo-comportamentais. In Dobson, Keith S. Manual de Terapias Cognitivo-comportamentais. Porto Alegre: Artes Médicas. Cap. 1, p. 17-43.
- Falcone, E. (2001). Psicoterapia cognitiva. In: Rangé, B. Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2001. Cap. 3, p. 49-61.
- Gil, A. C. (1999). Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 5 ed. São Paulo: Atlas.
- Goodwin, C. James (2005). História da psicologia moderna. São Paulo: Cultrix.
- González Rey, F. L. (2002). Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Hall, Calvin S., Lindzey, Gardner & Campbell, John B. (2000). Teorias da personalidade. 4 ed. Porto Alegre: Artmed.
- Holmes, Jeremy (2003). Ethical aspects of the psychotherapies. In Bloch, Sydney, Chodoff, Paul & Green, Stephen A. Psychiatric Ethics. 3 ed. Oxford: Oxford University Press. Cap. 4, p. 225-243.
- Lipp, Marilda Novaes. (1995). Ética e psicologia comportamental. Rangé, Bernard. (Org.). Psicoterapia comportamento e cognitiva: Pesquisa, prática, aplicações e problemas. São Paulo: Editorial Psy II, p. 109-118.

- Marconi, M. A., Lakatos, E. M. (2002). Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 5 ed. São Paulo: Atlas.
- Dattilio, Frank M. & Freeman, Arthur. (1998). Introdução à terapia cognitiva. In: _____. (Orgs.). Compreendendo a terapia cognitiva. São Paulo: Editorial Psy II. Cap. 1, p. 19-28.
- Lotufo Neto, F., Savoia M. & Scazufca M. (2001). Editorial. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 28, n. 6. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/28_6/artigos/editorial.htm>. Capturado em: 10/10/2007.
- Roso, M & Abreu, C. N. (2003). Introdução. In: _____. (Orgs.). Psicoterapias cognitiva e construtivista: novas fronteiras da prática clínica. Porto Alegre: Artmed, p. 13-17.
- Segre, M. (2002). Considerações críticas sobre os princípios da bioética. In SEGRE, M., COHEN, C. (Eds.). Bioética. (p. 35-40). 3 ed. São Paulo: USP. cap. 3.
- Sudak, Donna M. (2008). Terapia cognitivo-comportamental na prática. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- Schultz, Duane P. & Schultz, S. P. (1998). História da Psicologia Moderna. 7 ed. rev. ampl. São Paulo: Cultrix.

Considerações finais: a autonomia na psicanálise e na psicoterapia cognitivo-comportamental

A psicologia ainda tem muito a conquistar em sua árdua tarefa de ajudar os seres humanos. No caso específico da psicoterapia, duas tarefas são primordiais: a primeira, ampliar seu campo de atuação, especialmente pela divulgação do que é e o que ela pode fazer pelas pessoas, e a segunda é aprimorar-se enquanto ciência e arte do tratamento de transtornos mentais. Em relação à primeira, é exigido dos profissionais psi um comprometimento maior na disseminação dos benefícios da psicoterapia para o público leigo. No tocante à segunda, é fundamental que os profissionais repensem profundamente suas práticas, indo além de seus castelos teóricos. Esse foi um dos objetivos desta tese.

Comparar as visões de profissionais orientados pelo referencial psicanalítico e pela psicologia cognitivo-comportamental foi um duplo desafio. Por um lado, exigiu uma investigação em profundidade em duas teorias distintas, com visões diferenciadas de homem e de mundo; por outro, exigiu um esforço epistemológico de identificar as diferenças e semelhanças entre elas. Em relação ao primeiro desafio, tempo e esforço foram os principais antídotos. Em relação ao segundo, o esforço foi consideravelmente maior, pois exigiu uma mudança de paradigma, no sentido de pensar uma prática além das definições teóricas.

Ao analisar as falas dos entrevistados, observou-se que alguns elementos são compartilhados no discurso dos profissionais. Mencionaram que é comum que o paciente tenha curiosidade sobre o tratamento, que no início deste podem ter necessidade de mais contato com o profissional, podendo caracterizar uma etapa mais “paternalista” do tratamento, e que com o passar do tempo há um aumento gradual da autonomia do paciente até o término do processo. Além disso, ressaltaram que o profissional também necessita ter autonomia, adequando sua bagagem teórica e sua experiência conforme as necessidades do paciente. Ficar preso a referenciais teóricos sem respeitar o estilo de trabalho próprio pode ser elemento que atrapalha a psicoterapia tolhendo a autonomia do profissional para adequar-se ao paciente. As problemáticas humanas são complexas, e não podem ser formatadas a modelos pré-estabelecidos de forma rígida. Claro está que uma ciência deve buscar elementos comuns, mas no caso de uma ciência humana, as diferenças também devem ser respeitadas. Neste ponto, as diferenças referem-se tanto entre os pacientes (mesmo que tenham a mesma patologia), quanto ao *estilo* de trabalho. Nenhum profissional trabalha bem preso a um

estereótipo. Aqui a autonomia, em relação à teoria, em relação à supervisão, em relação ao grupo de pares, faz a diferença.

Existe outro elemento que julgamos ser importante explicitar, pois esteve subjacente à construção desta tese. Psicanálise e psicologia cognitivo-comportamental são duas teorias distintas, mas em nosso entendimento, observamos que muitas vezes “distinto” é um eufemismo: o que parece haver entre os profissionais orientados por estes referenciais seria melhor qualificado de “disputa”. Quem ganha com isso? Quem ganha defendendo que sua teoria e prática é melhor que a outra, como comumente observamos dos profissionais? Quais parâmetros podem ser utilizados, de forma confiável, para tal mister? Essas perguntas estiveram subjacentes à realização desta tese doutoral. A proposta foi utilizar a bioética como “fiel” da balança na comparação das práticas destes profissionais, e podemos dizer que, felizmente, há muito pontos em comum. O que difere substancialmente a prática psicanalítica e cognitivo-comportamental é, justamente, a referência teórica, que exige posturas diferenciadas dos profissionais para alcançar o que as teorias propõem.

Apesar da distinção teórica, um ponto fundamental parece aproximar a prática dos profissionais: *a preocupação com o aumento da autonomia do paciente*. Essa é uma preocupação central dos entrevistados, apesar de estar invisível em sua prática. Uma possível explicação desta invisibilidade talvez seja a novidade da bioética no campo da psicoterapia, e contamos que, dentro de alguns anos, os profissionais formados por nossas universidades e faculdades já tenham estas reflexões mais presentes.

A bioética como campo de reflexão sobre os valores e práticas profissionais tem muito a contribuir com a psicoterapia. Cada vez mais se exige, num mundo pós-moderno, *clareza de referenciais*, pois a pluralidade de práticas é uma realidade. É só no momento que o profissional assume um compromisso *ético* com o paciente e tem clareza de seus pressupostos ônticos, que seu trabalho poderá efetivamente auxiliar.

Anexo 1 – Roteiro da entrevista semi-dirigida

Autonomia

1. O que é autonomia para você?
2. Existem, na sua opinião, relações entre autonomia e psicoterapia? Explique.

Início do tratamento

3. A partir da sua experiência clínica, os pacientes costumam perguntar no início do tratamento sobre a psicoterapia, o que ela é e como é feita? Porque você acha que isso acontece? Em caso afirmativo, o que perguntam? E o que você responde/faz?
4. Os pacientes costumam perguntar sobre a linha teórica com a qual você trabalha? Porque você acha que isso acontece? Em caso afirmativo, o que perguntam? E o que você responde/faz?
5. Você explica para o paciente o que é uma psicoterapia, mesmo que ele não pergunte? Se sim, o que você diz?

Durante o tratamento:

6. Para você, o paciente tem autonomia durante o processo psicoterápico? Como isto se manifesta?
7. Para você, o profissional tem autonomia durante o processo psicoterápico? Como isto se manifesta?
8. Para você, pode não haver autonomia para o paciente na psicoterapia? Em que situações isto poderia acontecer?
9. Para você, pode não haver autonomia para o profissional na psicoterapia? Em que situações isto poderia acontecer?

Término do tratamento:

10. Quais critérios são utilizados por você para o fim do tratamento?
11. Quais critérios são utilizados pelos pacientes, segundo o seu julgamento, para o fim do tratamento?
12. Os pacientes costumam perguntar, durante o tratamento, sobre o término deste? Porque você acha que isso acontece? Em caso afirmativo, o que perguntam? E o que você responde/faz?
13. Como é conduzido o término do tratamento?

Autonomia no processo psicoterápico

14. O que você diria de uma situação onde um paciente que, estando em psicoterapia, buscasse uma segunda opinião sobre seu tratamento psicoterápico?
15. O que você diria de uma situação onde um paciente que, estando em psicoterapia, terminasse o tratamento sem comunicar este término?

Anexo 2 – Transcrição das entrevistas dos participantes

Entrevistada: Psicanalista 1 (PA1)

Data: 30/10/2006

Duração: 38 min.

V: O que é autonomia para você?

PA1: Tu queres que eu defina tanto como profissional (no sentido geral)... Autonomia é eu poder cumprir com o meu próprio desejo levando em conta o direito do outro. Pra mim esse é o conceito máximo de autonomia. Aí acho também que vai ao encontro do conceito de ética. Então autonomia pra mim é exatamente isso, é eu poder cumprir com os meus desejos, tomando em conta direitos meus, obrigações minhas, e direitos e obrigações do outro. Essa pra mim é a noção de autonomia. Profissionalmente, V., como é que eu trabalho com essa questão... embora eu tenha uma linha teórica que me sustenta, a linha teórica só serve pra me sustentar, e não como religião, porque aí a autonomia se perde. Então, a minha linha teórica, embora bem definida, bem sustentada, ela tem que estar a serviço da clínica, da minha prática clínica, a serviço do meu paciente. Se ela não estiver sustentando aquilo que, sustentando no sentido de poder auxiliar no tratamento desta pessoa, ela perde autonomia. Quer dizer, acima de tudo eu tenho que estar com um olhar crítico, clínico em cima do meu trabalho, né, ou seja, exercitando a minha autonomia, pra que eu possa daí, se necessário, revisar inclusive pressupostos teóricos. A serviço do bem-estar do paciente. E aí entra a questão do paciente: a serviço da autonomia do paciente. Porque, na verdade, como eu percebo o paciente neste processo, esta técnica, este trabalho, essa estrutura clínica sustentada por uma teoria que vai nortear uma prática né, ela tem que estar a serviço de ajudar para que o paciente também possa cumprir com o seu desejo, com seus anseios, e que também esse satisfazer os seus desejos não seja o princípio do prazer, que tome em conta o outro, que preserve as relações de alteridade. A minha clínica, a minha técnica, a minha teoria também tem q estar a serviço de promover isso no paciente, que ele possa cada vez mais conquistar a própria autonomia, o direito de pensar com a própria cabeça, o direito de fazer escolhas tomando em conta seus desejos, as suas necessidades e também tomando em conta o outro sempre, a relação com o outro, autonomia pra mim, tanto do ponto de vista do profissional assim como do ponto de vista do paciente eu acho que leva em conta necessidades e desejos, mas com uma sustentação: do meu lado teórica e pessoal, pessoal a que me refiro é análise e etc. né, e do lado do paciente também uma autonomia no sentido de respeito a ele, respeito aos próprios desejos, de um tratamento livre de ranços ideológicos ou religiosos, preconceituosos, que o paciente possa realmente procurar através do auxílio do tratamento, que ele possa procurar o melhor para ele. Isso me parece que é autonomia. Que ele cada vez possa ir e vir com satisfação própria.

V: Farei as questões, mas talvez algumas delas repitam o que você falou tá? Se você julgar que já falou sobre a questão, a gente pode passar para a próxima. Existem, em sua opinião, relações entre autonomia e psicoterapia?

PA1: Existe, eu acho que existe sim. Eu penso que se uma psicoterapia, independente da linha teórica possa estar sustentada, sustentada por uma linha e desde que comprometida com a saúde do paciente eu acho que existe uma relação íntima. Pelo menos deveria existir né V., se não existe é que é um problema (risos). Se eu tenho um tratamento que domestica, que ideologiza o paciente aí não tem mais uma autonomia, aí não existe mais essa relação com a autonomia. Agora se meu paciente, independente das coisas q eu como pessoa acredito, evolui, se desenvolve, vai atrás do próprio desejo, bom, aí eu tenho uma relação íntima do método com a autonomia. Pelo menos eu penso, a resposta seria: deveria existir pra que se constitua um tratamento de verdade.

V: Quando você fala em “deveria”, você julga que em alguns momentos isso não existe?

PA1: Eu acho que sim, que em alguns momentos, que em algumas... posturas, mas isso não se deve à teoria, se deve mais ao profissional, eu acho que pode ferir, sim, com a autonomia, pode lesar. Um

exemplo disso: um terapeuta ou analista que se mantêm excessivamente posta numa figura idealizada e não sai disso, e não trabalha isso com seu paciente, o efeito disso é escravizante, e é exatamente o oposto da autonomia. Esse é um exemplo que me ocorre agora. Existem inúmeros. Existe, é muito mais pela questão do profissional de falhas, de dificuldades pessoais do profissional do que propriamente por questões teóricas e metodológicas. Com isso eu quero te dizer o seguinte, V., embora eu trabalhe com a psicanálise porque eu acredito nesta sustentação teórica, eu quero te dizer, existem psicanalistas, existem psicoterapeutas que, independente de suas linhas teóricas por falhas pessoais, por dificuldades pessoais, podem romper com a relação, com o método e com a autonomia do paciente.

V: A partir da sua experiência clínica, os pacientes costumam perguntar no início do tratamento sobre a psicoterapia, no caso sobre a análise, o que é e como ela é feita?

PA1: Alguns sim. Dependendo de como vêm encaminhados, de que jeito. Um paciente que já vem de uma análise anterior, vem para uma re-análise como a gente chama, um novo momento de análise, ele dificilmente pergunta, porque ele já conhece mais ou menos o método. Até mesmo um paciente que já tenha uma informação teórica, estudante [de psicologia], às vezes ele não pergunta porque ele já sabe, agora, é sempre importante salientar o seguinte, por mais que se saiba alguma coisa anterior, cada experiência é uma experiência nova, eu posso estar vindo de uma análise anterior, mas é um outro momento da minha vida, não é porque só o analista é diferente, o analista pode ser diferente, mas o método tem que sustentá-lo da mesma forma. Quer dizer, é todo um momento de vida diferente, eu estou num momento da minha história diferente né. Então normalmente não perguntam mas, sim, aqueles que nunca tiveram nenhum tipo de tratamento, que vêm, até pela história pessoal, assustados, todos vêm de uma certa forma preocupados, inseguros, senão não viriam, né, esses perguntam, sim. Perguntam, e à medida que eu vou vendo da real necessidade de eu responder eu vou respondendo sim, porque às vezes a pergunta não é nem pra querer saber do método propriamente, mas está calcado em outras questões, e eu vou indo por outras questões. Mas se eu percebo que não responder objetivamente pode trazer empecilhos na evolução deste tratamento eu respondo, sim. Esclareço, a gente não nasce sabendo se tratar né (risos).

V: Os pacientes costumam perguntar com que linha teórica você trabalha?

PA1: De novo, a resposta é parecida. Normalmente quando um paciente vem encaminhado ele já sabe com que linha a gente trabalha. Ele já vem identificado, “É isso que eu quero, eu estou querendo ir mais fundo, eu estou querendo ficar mais no comportamento”, então ele se direciona, mais ou menos. Olha, eu vou te dizer, isso acontece com a maioria, porque se for pensar assim, quem é que não vem com indicação nenhuma? É um por cento. Que escutou o nome, isso quase não existe, assim, pra mim. Não tenho tido experiências de alguém que pegou o meu nome no guia telefônico, nunca me aconteceu. Já me aconteceu uma vez de uma pessoa, em 20 anos de clínica, entrar aqui no saguão, olhar o meu nome lá embaixo e vir, mas não se manteve em tratamento, não havia uma demanda suficiente para sustentar um tratamento. Então, voltando à pergunta, é muito raro, é muito raro, é mais fácil as pessoas perguntarem, digamos que tu me encaminhes alguém, é mais fácil pra pessoa perguntar pra ti como eu trabalho do que pra mim. Quando ela chega até aqui, ela já sabe mais ou menos a linha, não há uma preocupação.

V: Porque você acha que isso acontece?

PA1: Isso de não perguntar? Acho que por isso, porque já sabem previamente ou porque não se interessam. Acho que já sabem previamente, né, e aqueles que não se interessam, que até existe, que não querem saber se é psicanálise, se é psicoterapia, não estão nem se importando muito com isso. Não significa que essas pessoas vão ser menos ajudadas porque não sabem a linha teórica, não é nada disso, mas são pessoas que na verdade, independente da linha teórica, se elas se sentem ajudadas de verdade, isso não importa muito que linha teórica você vai usar. Agora, aí quero fazer uma ressalva, não importa muito a linha teórica que você vai usar, isso não autoriza o profissional a fazer um poutporri, ou seja, a usar todas as linhas. Eu sei que tem profissionais que trabalham assim, profissionais que se dizem mais ecléticos, eu acho que isso faz uma grande confusão teórica. Até porque eu acho que a teoria tem que estar como eu te disse antes, a serviço da clínica, e não o contrário, então eu não posso ficar fazendo “experiência” com o paciente, tem que ter uma visão clínica pra ver que se aquilo

não está servindo mais, então vamos ver onde é que está a falha. Agora, não é porque isso aqui não serve mais que então eu pego um pouquinho de Freud, um pouquinho de Melanie Klein, um pouquinho de... aí dá uma bagunça (risos). Até porque os pressupostos teóricos são diferentes. eles partem de uma linha, e até um objeto diferente.

V: Você explica para o paciente o que é uma psicoterapia, ou no caso, uma análise, mesmo que ele não pergunte?

PA1: Não. Se não perguntam, eu não explico.

V: Por quais razões?

PA1: Bom, aí é tem a ver com o método, tem a ver com o objeto e o método. Aqui em psicanálise, V., qual é o meu objeto, é a investigação psicanalítica. Qual é o objeto, o inconsciente. O inconsciente constituído ou não constituído por falhas. Então não existe mais aquela história de que, bom, a psicanálise só trabalha com neurose, a psicanálise de Freud só trabalhava com neurose, que é essa que deita no divã, que é o paciente mais estruturado, mas hoje a gente trabalha com psicanalistas contemporâneos e que têm toda uma linha teórica que aponta para o que eles chamam de intervenção analítica, que é justamente onde esse inconsciente, onde esse aparelho psíquico teve falha de estruturação, ou ainda não terminou de se constituir, como no caso de crianças, bom, aí a gente entra com uma proposta de construção e não de desconstrução do objeto porque o objeto ainda não está constituído, como é que a gente vai desconstruir? Ali a gente está no campo ou das crianças ou de patologias mais severas que não a neurose. Só me repete a pergunta...

V: Por que você não explica...?

PA1: Tá. Se eu tenho um ponto, então, se meu objeto é o inconsciente, eu na verdade, se eu explicar sem o paciente me perguntar eu estou partindo de uma demanda que é minha, e não da dele. Então, de acordo com a minha sustentação teórica e do meu objeto de intervenção, que é o inconsciente do paciente, que é a demanda do paciente, não tem porque eu responder uma coisa que ele não está perguntando. Porque aí eu vou estar atendendo uma demanda que é minha, e não dele, eu perco de vista o meu objeto, que é ele, o inconsciente dele. A mesma resposta serve assim: se o paciente não te dá a mão, tu ofereces a tua? Não. Se ele oferecer a dele, tudo bem, mas se ele não me cumprimentar, porque eu vou querer ser uma coisa que ele não pediu? Eu vou atrás é da demanda dele, da necessidade dele. Isso tem a ver com a autonomia do paciente também. À medida que eu estou introduzindo uma coisa que é importante pra mim e o paciente não me diz que é importante pra ele, eu estou rompendo com a autonomia dele. Então, pra preservar a autonomia dele é que eu me mantenho abstinente, isso não tem a ver com rigidez, como há muito tempo se entende, ah, a psicanálise é rígida, não, a psicanálise obedece a um rigor, e o rigor diz: bom, escuta, se o outro é o mais importante, que é ele que importa, não vás tu oferecer coisas que o outro não pediu. Se o outro pede, então vai ver porque que pede, aí sim. Não sei se ficou claro... (Sim, ficou)

V: Para você, o paciente tem autonomia durante o processo analítico?

PA1: Sim. Pelo menos eu trabalho para isso.

V: Como isso se manifesta?

PA1: Se manifesta na medida em que eu posso ajudá-lo a primeiro, descobrir o próprio desejo, porque normalmente o desejo tá travado pelo conflito, ele não está podendo aparecer pelo clft. Então, descobrir o que que é que me impede de fazer aquilo que me faz bem, aquilo que vai me dar prazer, aquilo que vai me deixar feliz, não feliz do tipo ratinho de laboratório, não, aquilo que vai me impedir de viver bem, com a minha família, com os meus, descobrir isso é procurar um caminho de autonomia, que eu possa crescer e me desenvolver. Acho que sim. Mesmo em casos mais sérios, por exemplo, com pacientes adolescentes, com falhas mais severas, uma psicopatia, um traço... enfim, que precisa de uma intervenção não-clássica, de uma intervenção de muito mais a nível de ajudar o paciente a construir limites, que muitas vezes a gente diz: “Não, isto tu não podes fazer”, não é aconselhamento... por exemplo, eu não vou te pagar hoje no dia combinado, o dia combinado é esse, se tu não vais me pagar vamos ver o porquê. Não é “Eu vou te obrigar a pagar”, mas vamos ver o porquê. Isso eu não

vou perder de vista, isto é ensinar limites. Mesmo com estes tu acabas construindo uma autonomia, a autonomia está sempre lá.

V: Para você, o profissional tem autonomia durante o processo?

PA1: Durante o processo, sim.

V: Como isso se manifesta?

PA1: Hm... Apesar de eu estar sustentada por uma teoria que me auxilia a trabalhar metodologicamente com um objeto, eu tenho um jeito de trabalhar. O meu jeito pessoal, V., de trabalhar. Isso não quer dizer que vai interferir coisas da minha vida pessoal, mas o meu jeito pessoal é o meu jeito pessoal. Então eu posso ser uma analista mais silenciosa, eu posso ser uma analista que quando fala, fala de um jeito mais seco, ou fala de um jeito mais... como dizer (polido?) Polido, isso, um analista pode ser firme e extremamente afetivo ao mesmo tempo né. O afeto não se mede pela melosidade das palavras. Então eu acho que tem autonomia sim, o meu jeito de conduzir, agora, de novo, o meu jeito não significa fazer as coisas de acordo só com a minha cabeça. Significa fazer com o meu jeito ético, o meu jeito... e aí entra a análise pessoal pra isso, né V. O meu jeito tem que estar calcado numa saúde emocional né, numa postura adequada, é aí que vale o meu jeito, porque daqui a pouco eu vou dar o nome pro meu jeito sair seduzindo um paciente, não, perai, aí não é mais o meu jeito, aí tem alguma dificuldade pessoal minha que está atravessando.

V: Para você, pode não haver autonomia para o paciente durante o processo?

PA1: Eu acho que pode, acho que pode. Por exemplo, num processo inicial de tratamento, onde ele está precisando, pacientes mais graves né, onde ele está precisando grudar na figura do analista, porque do contrário ele não vai conseguir se manter. Este grude inicial pode, inicialmente, representar uma falta de autonomia. Por exemplo, um paciente num processo inicial, eu estou frisando, é um processo inicial, porque a idéia é o analista poder ajudar pra que isso se resolva, mas num processo inicial, às vezes pode sim o analista ter que atender dez vezes o telefone numa semana, o seu paciente fora do horário, precisando que o analista diga alguma coisa para poder acalmar a angústia. Isso num processo inicial ou numa situação de crise intensa, num acidente, nesses acidentes graves da vida, que pode acontecer, que fragiliza mais, que põe o paciente numa posição mais regressiva, menos autônoma. Aí eu acho que ele pode, sim, buscar. Eu acho que o nosso papel em contrapartida é poder entender esse momento, poder avaliar o momento e ajudar que o paciente compreenda também. Porque não pode ser um patrimônio só nosso a compreensão, tem que ser compartilhado justamente para fomentar a autonomia.

V: Para você, pode não haver autonomia para o profissional durante o processo?

PA1: Pode. Só que aí a questão é mais séria, né. Eu estou imaginando um tipo de falta de autonomia, de novo é aquela dificuldade pessoal do analista, e que tu reparas, a dificuldade pessoal do paciente pode acontecer, ele é paciente e ele está aí pra resolver isso mesmo, agora, a nossa não pode ser compartilhada com o paciente, tem que ser compartilhada noutro momento, não ali, com a pessoa que vem nos buscar para ajudar, né. Então eu acho que pode sim, por exemplo, tu fazes parte de uma instituição, isso acontece muito, que muito mais preocupada com a autonomia está preocupada com uma coisa religiosa, ideológica, sabes, daqui a pouco tu começa a trabalhar de uma maneira meio ideologizada, sabe, meio “no cabresto” dessa instituição, isso rompe com a tua autonomia, isso te impede, assim, de circular por outras instituições, tá ferindo a autonomia do trabalho. Então, é mais ou menos assim: “Tu és do nosso grupo, tu não podes dar uma palestra lá no outro” sabe? Ou: “Tu não podes pensar diferente de nós”. Acho que isso é um exemplo... de novo: dificuldade pessoal do analista, que tem que ser visto num outro momento.

V: Então, na tua avaliação, este tipo de fenômeno pode interferir no processo psicoterápico.

PA1: Pode, sim.

V: Quais critérios são utilizados por você para o fim do tratamento?

PA1: (Pausa) Cada caso é um caso né... (Pausa) Essa é uma pergunta difícil de te responder porque, primeiro, nunca é uma parte só que participa dessa decisão. Nunca é só o paciente e nunca é só o

analista. Então, o término do tratamento, de um modo geral, se o início, se o objetivo é poder fazer com que esse sujeito reconquiste a própria autonomia possa cumprir com o próprio desejo, em tese, quando ele estiver fazendo isso, de um modo ampliado na sua vida, tá pronto pra ir embora.

V: E como isso é reconhecido?

PA1: É visível. É visível a melhoria, a qualidade de vida começa a melhorar, os sintomas começam a desaparecer, embora a gente não trabalhe só em esbatimento de sintomas isso acaba acontecendo, a gente se reconhece mais inteiro, e ele começa a querer fazer outras coisas, começa até querer destinar o dinheiro dele para outras coisas (risos).

V: E na tua experiência, isso é verbalizado por ele, é percebido por ti...?

PA1: As duas coisas andam juntas, porque V., é aquela história: se o paciente quer uma alta, vamos chamar alta, tá, sem que o analista não tenha percebido nada, no mínimo tem alguma coisa errada aí, tem um hiato aí. E aí bom, aí cabe examinar, os dois juntos tem que examinar, o que está se passando? O analista está cego, não está vendo e aí é problema dele, ou o paciente está atuando? E aí o analista tem que ver e poder alertar. Então pode acontecer de não ver, e aí tem problema sério né. Porque normalmente acontece mais ou menos em sintonia. Porque se o analista está afinado e não escuta, ele começa a escutar o paciente verdadeiramente se beneficiando mais na vida. Ele começa a escutar eles. O paciente começa a trazer muito mais sucessos pra compartilhar do que necessariamente dores, não quer dizer que ele vai deixar de sentir dor, de maneira alguma. Mas ele começa a mostrar, e não se trata de mostrar pro analista, ele começa a mostrar na vida dele, que ele tá lidando diferente com as coisas, que ele está podendo passar por situações semelhantes, mas lidando, enfrentando de um modo diferente. Bom, e o analista tem que mostrar isso se o paciente não notar, que às vezes o paciente diz, traz uma situação, e ele agiu diferente, ele reagiu diferente e não percebeu, tá na hora de o analista dizer: “Opa, aqui tem uma mudança”, que a gente chama de neogênese: “Opa, a situação pode ser a mesma, mas tu não és mais o mesmo”.

V: Quais critérios são utilizados pelos pacientes, segundo o seu julgamento, para o fim do tratamento?

PA1: Eu acho que isso, bem-estar, poder enfrentar dificuldades e ficar mais inteiro, não precisar fazer sintomas em caso de neuróticos, poder se defrontar com situações, com adversidades da vida e poder ficar inteiro, evitar compulsão à repetição, quando a gente recebe, por exemplo, pais, mães que tiveram uma história muito sofrida, e daqui a pouco vem para tratamento justamente porque estão prestes a repetir tudo isso com os próprios filhos. Pais e mães que podem fazer uma história diferente, construir uma história diferente para os seus filhos. Isso... tu não vais mudar o teu passado, mas a partir de compreender o que se passou lá eu posso evitar um futuro tão devastador quanto.

V: Os pacientes costumam perguntar, durante o tratamento, sobre o término deste?

PA1: Alguns sim. Mas é mais comum, pela minha experiência, tá V., não sei se é assim com todos, é muito mais comum os pacientes perguntarem em duas situações, pra mim tem sido mais assim: ou na situação inicial, de início de tratamento, com pacientes muito assustados, que querem saber quanto tempo vão ficar aqui, muito desconfiados, com muito medo da entrega, e tão logo conseguem se entregar essa preocupação se vai. E outro, pacientes com uma caminhada mais longa e que estão num período de resistência interna, de dor intensa, aqueles momentos do tratamento que são mais difíceis, “Quando é que eu vou sair daqui”, né. Bom, o curioso é assim, que à medida que tu fores avançando com os teus pacientes, eu acho que eu trato de mostrar sempre, ao invés de repetir, porque eu não tenho como dizer quanto tempo vai precisar, principalmente em situação de início de tratamento, eu trato de dizer, se a pergunta é muito insistente, eu trato de dizer: “Escuta, quanto tempo tu achas q tu vais ter que ficar?”, e o paciente normalmente se dá conta que não poderia dizer, em todo caso eu digo sim, se for uma coisa de ansiedade muito forte eu digo: “Olha, certamente tu não vais ficar além do tempo que tu precisas, não vou te segurar além do tempo que tu necessitas”. Isso pela minha experiência tem sido o suficiente.

V: Como é conduzido o término do tratamento?

PA1: Em termos de quê?

V: Lato senso... em geral

PA1: O término é um processo que às vezes demora seis meses, vem vindo, vem vindo, bom, agora tá, o que o paciente está querendo, o que ele quer resolver, não é o que o analista quer, o que ele quer resolver? A não ser em casos graves, em que você não pode deixar que ele decida sozinho, ou que ele veja sozinho, ele está ali justamente pra que tu possas ajudá-lo, né... daqui a pouco o paciente tá se drogando muito e tá dizendo: “Eu to bem”, “Ah, tá, ele tá dizendo que está bem”, não, perafá né.

V: Isso depende do quadro, então.

PA1: Do quadro psicopatológico, claro. Não posso dizer que a regra é quando o paciente diz que está bem, mas escuta, um maníaco pode dizer que está bem e está se suicidando, então tu tens que ter todo o quadro presente, né, tens que ter toda a história do paciente na mão ali, sabendo detalhadamente o que está se passando, se isso é movimento de cura, se é um movimento de bem-estar ou se é um movimento de competição (?). Isso tu tens que ter condições de avaliar. Bem, quando você me fez essa pergunta me veio uma coisa na cabeça: eu sei que existem alguns colegas que em processo de alta, interrupção, espaçam o número de sessões, eu nunca entendi isso. Não há porque mudar, sabe, eu comparo muito com a história do antibiótico, se tu tens uma prescrição de tomar o antibiótico de 8 em 8 horas: no final do frasco tu não vais espaçar, tu vais de 8 em 8 horas até o fim, terminou, terminou. O que costuma acontecer é assim, mas não é porque o método é assim, às vezes o paciente sai, tem alta e eventualmente ele entra em contato, às vezes volta para uma sessão pra ver uma situação, uma sessão, duas, mas ele não está retomando o tratamento, eles costumam dizer: “Vim fazer uma revisão” (risos) sei lá que nome se dá pra isso, mas eu acho que é de novo, cada caso é um caso, ou é a necessidade de se certificar de que eu vou estar aqui caso ele necessite, ou é realmente uma situação de vida que deu um atrapalho e precisou voltar, mas isso não significa necessariamente que ele tenha que retomar o tratamento, cada caso é um caso. Isso acontece, mas eu não tenho por hábito isso, de ir espaçando as sessões, não tem porquê. Se é uma vez por semana, não vou baixar para quinzenal, se é três, vão ser três, e assim.

V: O que você diria de uma situação onde um paciente que, estando no processo, buscasse uma segunda opinião sobre seu tratamento?

PA1: Depende em que fase, em que altura do tratamento... você diz uma segunda opinião profissional? (V: Sim, ele está fazendo tratamento e procura uma segunda opinião) Eu não sei o que eu ia achar, ele que ia me dizer o que ele está querendo me dizer com isso. Porque não quer dizer que ele tenha que ter fé no tratamento, aliás eu costumo dizer para os pacientes que aqui é o único lugar que eles podem não ter fé e funcionar mesmo assim, agora, pra milagre precisa ter fé, isso aqui como não é milagroso, então ele pode seguir não acreditando que não tem problema, questionando, não tem problema, não é isso que vai impedir que dê certo. Agora, o que pode impedir que dê certo é se ele não me falar tudo o que ele pensa. Então, se o paciente me dissesse: “Eu fui consultar a opinião de outra pessoa”, eu em princípio iria querer saber o que se passou com ele, o que ele está querendo me dizer, eu ia ter que conversar com ele sobre isso. Alguma coisa ele está querendo me dizer com isso. Agora, falando de outra forma, o paciente que está sempre procurando uma segunda opinião, um familiar, ele está sempre testando o que tu dizes. Eu acho que pode, ele está no direito dele, desde que a gente possa falar sobre isso, desde que eu possa entender o que ele está querendo me dizer com isso, se ele realmente não está podendo seguir aqui comigo por alguma razão, alguma desconfiança, o que é que está passando pela cabeça dele. Eu tomaria isso como qualquer outra situação.

V: O que você diria de uma situação onde o paciente que, estando em processo analítico, terminasse o tratamento sem comunicar este término?

PA1: O que eu diria disso? Olha, V., já me aconteceu isso, me aconteceu duas vezes isso. Eu chamo o paciente para conversar. Um caso não voltou pra conversar. Eu trato de procurar nas sessões anteriores onde é que foi que eu falhei, algum furo eu dei, mesmo que tenha sido uma atuação do paciente, nunca é só dele, senão fica uma coisa que fere a autonomia, tudo lá e cá, nada? Então eu trato, assim como quando um paciente falta uma sessão, eu trato de ver, opa... o que está se passando? Vou olhar nos meus alfarrábios o que foi que aconteceu (risos) na sessão anterior, né. Eu chamo pra conversar, e normalmente o paciente volta e a gente acaba, independente de a gente continuar o tratamento eu mostro a necessidade de ter claro o que se passou. Ele não é obrigado a continuar, mas que a gente possa terminar bem, você sabe que o que tudo que fica mal-resolvido engasga né. Acontece muito

mais como uma coisa de resiliência né, “Bom, eu vou me embora antes que eu me quebre, antes que alguma coisa pior aconteça comigo”, e aí também é uma coisa que deve ser cuidado pelo analista que devia ter visto, que o paciente estava muito fragilizado e que tu tinhas que pegar mais leve, por isso eu digo, nunca a falha é só lá.

V: Tem mais algum comentário que você gostaria de fazer a respeito da autonomia?

PA1: Eu acho que de uma certa forma, tudo o que eu imagino sobre autonomia neste momento foi dito, tudo o que eu considero importante. Bom, V., eu acho que trabalho nenhum funciona se não tiver autonomia, desde que a autonomia seja entendida como essa coisa de tomar em conta os meus sentimentos, os meus desejos, da minha relação com o outro, de alteridade, ou seja, de eu poder reconhecer o valor do outro. Se não for assim não há trabalho nenhum, nem de psicanalista, nem de professor, de lugar nenhum.

V: Obrigado.

Entrevistada: Psicanalista 2 (PA2)

Data: 9/5/2007

Duração: 40 minutos

V: O que é autonomia para você?

PA2: Em que sentido? Do paciente, do médico..?

V: No sentido literal.

PA2: Autonomia, eu posso relacionar com a possibilidade de uma pessoa decidir a respeito da sua vida, das suas coisas com um mínimo de interferência possível. Eu acho que alguma interferência sempre terá. A capacidade de autonomia é uma conquista, quando ela acha o que é melhor para a sua vida.

V: Existem em sua opinião relações entre a autonomia e a psicoterapia?

PA2: Eu acho que existem. A psicoterapia especialmente de orientação psicanalítica tem por finalidade conseguir a maior autonomia possível pro paciente. Conhecendo as determinações inconscientes que muitas vezes impedem que ele escolha o que é melhor para ele. Na psicoterapia de orientação psicanalítica o objetivo é que o paciente se conheça o melhor possível para poder conviver melhor e pra ter conhecimento daqueles aspectos inconscientes que estão impedindo que ele tenha liberdade de decidir por si próprio.

V: A partir da sua experiência clínica, os pacientes costumam perguntar no início do tratamento sobre a psicoterapia, o que ela é e como é feita? Porque você acha que isso acontece? Em caso afirmativo, o que perguntam? E o que você responde/faz?

PA2: Sim, a partir da minha experiência quem não se tratou ainda pergunta. Como é que funciona, como é a frequência, alguns perguntam até qual é a tua especialidade, se junguiana, kleiniana, como é que tu trabalha, nós vamos ficar aqui sentados, tem que deitar no divã, a maioria pergunta. Alguns podem não perguntar na primeira ou segunda sessão, mas vai chegar uma hora que ele vai perguntar.

V: E porque isso acontece?

PA2: Eu acho que é um tipo de direito que o paciente te pergunte como qualquer outro profissional que ele procura. Muitas vezes ele vem sabendo por encaminhamento, e eu até considero uma atitude bastante saudável porque o paciente se sente no direito de perguntar onde é que eu estou entrando? O que eu vou fazer? Como qualquer outro profissional né. Quer saber onde aquela pessoa trabalhou, então acho que é uma coisa saudável. Eu me preocupo mais quando a pessoa aceita passivamente, porque pode mostrar que ela não confia o suficiente para expor, não tem uma auto-estima suficiente para perguntar pro profissional sobre sua forma de trabalho, o que é uma coisa saudável, se não for exagerada.

V: Os pacientes costumam perguntar sobre a linha teórica com a qual você trabalha? Porque você acha que isso acontece?

PA2: Menos, bem menos. Eles perguntam mais como funciona a técnica de trabalho. Mas o conteúdo muito menos. Às vezes depois de um ano ele pergunta se tu és freudiana, mas não perguntam, especialmente se a pessoa está se sentindo ajudada. Porque não interessa muito a linha teórica que ela usa mais, mesmo porque a gente não trabalha puramente com uma linha, isso é muito empobrecedor. O ideal é a gente poder lançar mão de vários conceitos, esquecer esses conceitos e entrar na consulta e atender aquela pessoa, não importa se é Lacan, Bion, não tem muita importância...

V: Você explica para o paciente o que é uma psicoterapia, mesmo que ele não pergunte? Se sim, o que você diz?

PA2: Sim, se a pessoa não pergunta eu explico de forma bem geral, assim: olha, nós vamos fazer uma vez por semana, ou duas, você senta ali, eu aqui, se for análise eu explico a função do divã, que não se

preocupe em ter um questionário ou diário para relatar, até normalmente no contrato a gente tem que explicar, sobre os horários, se ela não vier vai ter que pagar a consulta, ela pergunta tudo o q ela tem vontade de perguntar.

V: Para você, o paciente tem autonomia durante o processo psicoterápico? Como isto se manifesta?

PA2: Autonomia você diz nesta combinação do contrato?

V: No sentido amplo.

PA2: Eu acho que isso acontece, em graus diferentes, conforme as possibilidades de ego do paciente, a autonomia vai variar muito. Se um paciente com fobia consegue sair na rua sozinho e ir no shopping é uma conquista, na fobia social, que não saía de casa há 3 anos é uma conquista. Essa autonomia conquistada para a terapia é de enorme valor. E tem outras que não, que são mais subjetivas, por exemplo, eu [como paciente] poder decidir uma coisa por mim e não porque o meu pai achava isso... que eu posso contrariá-lo sem que eu possa me sentir culpado. A outra coisa é quando o paciente pode decidir quanto tempo vai durar a consulta, se ele vai tomar remédio ou não, isso são coisas momentâneas. Se o paciente está no meio de uma sessão, e diz eu vou embora, eu digo sim, ele pode fazer isso, não vou amarrar ele na cadeira, mas vamos falar sobre isso na próxima sessão... pra deixar claro que ele não rompeu tendo essa atitude que contraria a combinação de trabalho, agora eu estraguei tudo, até eu digo claramente, eu continuo aqui, tu não fizeste nada de irreversível. Isso é outro tipo de autonomia. E com a medicação, eu não trabalho muito, mais é com o tratamento psicanalítico, mas quando eu trabalho com a medicação o paciente tem bastante autonomia na medida em que eu converso bastante sobre a medicação que eu vou usar com o paciente, caso ele não se sinta bem ou tenha resistência, a gente conversa... eu tenho que não dá pra alguém ser obrigado a fazer alguma coisa, a não ser que seja uma auto-obrigação, tipo com o pai, mãe... ele vai me colocar na mesma posição, o terapeuta vai ter que estar muito atento a isso: por exemplo, quando eu proponho para o paciente uma mudança no horário da sessão, e ele diz ah, faz como tu quiseres, o terapeuta tem que ficar atento a isso, porque por trás dessa aceitação tem raiva, crítica, mágoas que o paciente quer falar mas não consegue.

V: Para você, o profissional tem autonomia durante o processo psicoterápico? Como isto se manifesta?

PA2: Conscientemente, uma autonomia consciente, eu acho que tem bastante. Inconscientemente eu acho que não. Se ele está vinculado rigidamente a uma teoria ou a um orientador, supervisor... dentro daquele grupo que ele pertence, aí ele vai ter pouca autonomia inconscientemente falando. Mas conscientemente falando ele tem um bom grau de autonomia na medida em que ele pode transformar o que ele aprendeu, o que ele acredita, a técnica com o paciente, discutir coisas como valor, férias, faltas, agora, subjetivamente... assim, no início da vida profissional a gente está num emaranhado de teorias e manuais de trabalho... o terapeuta mais experiente está mais livre... quando eu estava no começo eu estava sempre atrás de um termo maravilhoso que era “interpretação mutativa”, eu sempre estava atrás de uma interpretação que fosse mutativa... eu não sei se alguma vez na minha vida eu fiz alguma interpretação mutativa, nos meus 30 anos de trabalho, mas eu não posso fazer isso, eu tenho que fazer aquilo, mas era aquela coisa teórica, eu não posso rir, então a gente fica muito preso a modelos que a gente aprendeu que são engessados, então até se soltar um pouco disso, e por isso que eu gosto do Bion, ele diz que a gente tem que estudar muito a teoria, e eu acho que a gente tem que ler tudo, romance também, ver filmes, porque eu acho que a psicanálise é aprendida de uma forma muito mais ampla do que só lendo livros sobre psicanálise, e quando você entra na consulta, você esquece tudo, o Bion fala sem memória, sem lembranças, sem desejo... ele quando ia começar uma palestra dizia eu estou louco para saber o que eu vou falar hoje, pra ver o que o meu inconsciente vai captar das pessoas que estão no público, então com o paciente ele fazia isso... com o paciente, você faz coisas que nunca faria, por exemplo, abraçar o paciente, às vezes é plenamente adequado, é atuação? Não é atuação. Então esse tipo de liberdade, que tu estás chamando de autonomia, a gente conquista com o tempo, com a experiência, com esse aprendizado prático da vida, porque quando a gente começa é geralmente muito amarrado, muito preso, e eu acho que lá pelas tantas tem que ser assim mesmo, começar se achando muito livre não é tão bom.

V: Para você, pode não haver autonomia para o paciente na psicoterapia? Em que situações isto poderia acontecer?

PA2: Nesse sentido inconsciente que eu já falei, sim. Conscientemente, que o paciente tenha que se submeter à vontade do terapeuta, acho que pode estar presente. Acho que tudo pode. A doença, a neurose vai estar presente, pode haver um conluio, e isso é inconsciente, ele pode estar submetido ao narcisismo, onipotência do terapeuta, eu sempre tenho uma certa tendência a, pra não dizer culpar, responsabilizar mais o terapeuta do que o paciente, acho que o paciente tem o direito de tudo, ele está ali como doente, é como você dizer pra uma pessoa com pneumonia: a partir de hoje tu não tem mais febre, dizer: a partir de hoje tu não seduz mais, não, se ele está ali é para tratar isso. Se o terapeuta se deixa seduzir é problema do terapeuta... Até a identificação projetiva, tem gente que diz: o paciente colocou dentro de mim coisas que... só um pouco, vamos devagar com o andar, ele não colocou nada, tu tinhas alguma coisa dentro de ti que foi acionada pelo jeito do paciente, ninguém coloca nada, se fosse assim, o terapeuta colocava um monte de coisa boa dentro do paciente (ri). Não é assim. Eu acho nesse sentido pode haver um conluio neurótico onde os dois dizem que estão tratando mas há uma combinação ali de não mexer naquilo, de não falar do que é difícil, o paciente elogiando o terapeuta e ele se achando o máximo, e o paciente se sente superfeliz porque achou um pai super legal, e paga o que o cara quer... acho que esse conluio é inconsciente, mas pode ser também consciente, porque maus-caracteres existem em todo o lugar. Porque a formação psicológica não vacina contra nada. Nós deveríamos ser melhores, mas não somos.

V: Para você, pode não haver autonomia para o profissional na psicoterapia? Em que situações isto poderia acontecer?

PA2: Na mesma situação que eu já falei, inconscientemente pode não haver autonomia, e conscientemente pode haver situações, por exemplo, uma pessoa com 3 ou 4 pacientes, e cobra 80 reais, e o paciente diz, acho que vou parar, e aquela pressão de estar cobrando tão pouco, tem a família com necessidades, começa a negociar, 70, 65, essa situação social deixa um pouco sem autonomia; pode haver grupos tão rígidos em termos teóricos que a pessoa não se sinta à vontade de não seguir ao pé da letra as coisas que acontecem naquele grupo... então pode acontecer isso de não ter autonomia. Outra coisa, receitar um remédio que é caro, que o paciente não pode comprar, tu perdes a tua autonomia, ele não pode comprar. Então vou ter que te dar um outro meia-boca, assim, que não é tão bom...

V: Quando tu falas do grupo, tu te referes a...?

PA2: O grupo, sociedade, instituto, universidade, que muitas vezes tem uma coisa rígida assim que todo mundo tem que trabalhar muito igual, muito parecido, que todos tem que falar as mesmas coisas, e isso forma aquela coisa do poder das instituições e que a gente nega exatamente porque não está muito bem resolvido a relação com aquele pai e mãe... a gente vê nas instituições que o chefe tem uns 3 ou 4 em volta onde raramente alguém discorda, porque daqui a pouco eu quero estar no lugar dele, quero receber convites, quero sair na foto, quero sair no jornal da instituição com o presidente, o diretor, essas coisas podem tirar um pouco da autonomia, mas eu faço essa ressalva que muitas vezes é inconsciente. O Michel Foucault tem um livro pequeno sobre o poder nas instituições, e ele fala que numa instituição se alguém fala, ele fala de algum lugar. E você vê nas reuniões das instituições que tem um que fala e ninguém dá bola, mas se outro fala é o maior silêncio, porque aquele ali tá imbuído de alguma coisa, ele fala de algum lugar que é importante, e o que ele fala deve ser seguido. Ele fala do poder, e o poder da instituição é muito forte. Ela é como um olho, como Deus antigamente, olhando tudo o que as pessoas estão fazendo. Você está dando uma aula você não fala alguma coisa porque você fala alguma coisa que alguém vai ficar sabendo e que pode não gostar, e tira a autonomia da gente.

V: Quais critérios são utilizados por você para o fim do tratamento?

PA2: Eu sempre acho que a decisão pela alta deve ser uma coisa em comum, não pode ser unilateral, nem o paciente achar que tem que ter alta, nem só eu achar. Se um dos dois começa a manifestar mais do que o outro, o paciente começa a não vir tantas vezes pode ser uma resistência, uma fuga pra saúde, então essas coisas devem ser examinadas, e se você percebe que o paciente tem mais autonomia, está

vivendo de uma forma mais ampla, pessoalmente, profissionalmente, tá vivendo de uma forma mais livre, está com menor sofrimento, são vários critérios que o paciente vai trazendo e que o terapeuta vai percebendo. Até que um dia se diga: olha, quem sabe você não precisa vir mais... eu consegui isso, consegui aquilo, e você pergunta, e ele: ah não, que horror, você não quer mais me atender, mas você não se assusta com aquilo, porque como tudo na vida tem um tempo, tem um luto... eu já tive uma paciente que ficou comigo 17 anos, ela começou 1 vez por semana, depois 2, depois entrou em análise. Mas você diz: que horror, 17 anos de terapia com uma pessoa, mas eu tinha consciência de que essa pessoa era tão sozinha, com tanta falta de objetos internalizados que eu não podia abandoná-la. Eu era a família que ela podia ter, a pessoa com quem ela podia conversar, aí quando ela conseguiu aumentar o círculo de relacionamentos ela conseguiu ter alta. Mas 17 anos.. será que ela não ia melhorar sozinha? Se bem que e acho isso sacanagem, porque não terá como responder... como pai e mãe, será que se eu tivesse feito desse jeito meu filho não seria assim? Não sei. No início da minha vida profissional, a gente faz o que é possível, trocar medicação, cognitivo-comportamental... não sei.

V: Quais critérios são utilizados pelos pacientes, segundo o seu julgamento, para o fim do tratamento?

PA2: O paciente começa a dizer que não tem mais tanta necessidade de discutir contigo as decisões dele, ele se sente menos culpado e assustado para romper com valores antigos... a capacidade de resignificar algumas coisas que aconteceram na vida do paciente, aquela ferida narcisística dentro dele, o ódio do pai, ódio da vida, ele dá um novo significado para aquilo internamente: agora eu percebo que o meu pai não sabia como fazer diferente, e a gente trabalha também a capacidade de perdão, a gente começa a perdoar essas pessoas, e ele começa a se perdoar. E muitas vezes ela vê muito claramente, eu estou me sentindo mais seguro, mais feliz, com menos ansiedade, coisas bem concretas que você percebe e o paciente também percebe.

V: Os pacientes costumam perguntar, durante o tratamento, sobre o término deste? Porque você acha que isso acontece? Em caso afirmativo, o que perguntam? E o que você responde/faz?

PA2: Costumam. Perguntam quando você está combinando, quanto tempo vai levar este tratamento? É uma fantasia muitas vezes de ficar dependente do terapeuta pro resto da vida, deseja saber dessa fantasia, se vai ficar preso dentro da relação, eles perguntam, quanto tempo vou ficar aqui? Posso ficar até o fim do ano, etc... eu costumo dizer que quando ele quiser ir embora ele pode ir. Então é esse tipo mais no sentido de dizer eu estou com medo e se eu posso ir embora quando eu quiser. E você se dá conta de que o paciente te outorga poder... então não tem porque na maior parte das coisas da nossa vida a gente tem um limite... mas a gente tem essa flexibilidade de demarcar esse limite. É uma necessidade nossa de ter momentos de passagem, porque tudo é transitório na vida... que nem um casamento... pode ser um ano, pode ser 30... que nem o Freud disse, vamos caminhando... vamos ver a velocidade que você caminha, e vamos caminhar na tua velocidade. Um ano, meio ano.. vamos vendo...

V: Como é conduzido o término do tratamento?

PA2: Que nem eu te falei, há por ambos os lados uma percepção, e um vai mencionar isso, e independente de quem seja, se espera um tempo para que a idéia de separação seja elaborada pelos dois. Geralmente o término brusco gera contratransferência.. o paciente não consegue se separar, ou brigar... tem que ter combinações, o paciente pergunta, posso voltar...

V: O que você diria de uma situação onde um paciente que, estando em psicoterapia, buscasse uma segunda opinião sobre seu tratamento psicoterápico?

PA2: Eu acho que é uma coisa que tem que ser falada. Se não é falado, é uma relação que não está boa. Se o paciente te diz assim: acho que a terapia não está evoluindo, acho que eu tenho que me tratar com outro tipo de terapia, com outra pessoa, gostaria um homem, mais velho, mais moço, se ele consegue me dizer isso, é um ótimo sinal. O paciente tem um grau de confiança importante. Se o terapeuta não é tão narcisista, é a postura correta a de concordar, que bom que o paciente está falando, tu quer que eu indique alguma pessoa, você vai lá, conversa, vê como você se sente... se o paciente se sente pressionado, ele não vai dizer. Se tu diz: ah, vai, confirma pro paciente fantasias de que não é gostado, de que ele é ruim. E eu acho que nem todos pacientes e terapeutas tem que dar certo como dupla. E perguntar: você está vindo aqui, tenho que saber como você está se sentindo, se está indo com

a minha cara, tem que ter afinidade. O que às vezes acontece comigo é que tem pacientes que diz a mesma coisa pra bom e pra ruim, por exemplo, me dizer que eu falo muito ou falo pouco, um gostando e outro não gostando que eu faça isso.

V: O que você diria de uma situação onde um paciente que, estando em psicoterapia, terminasse o tratamento sem comunicar este término?

PA2: A psicoterapia não foi boa, não criou um vínculo de confiança, alguma coisa não estava funcionando. Acho uma pena porque fecha às vezes uma possibilidade de resolver um conflito importante, um medo de trabalhar uma separação, quebras de relacionamento, acho que foi uma coisa que não funcionou bem.

V: Você teria mais alguma coisa para comentar sobre a autonomia na psicoterapia?

PA2: Não, até acho que foi bom, porque eu nunca tinha pensado nisso, fiquei pensando... às vezes quando a gente tá em análise, muitas vezes a gente sente raiva, tem que ter autonomia para analisar isso... que nem a formação, precisamos ter autonomia para mudar de grupo de formação... e essa autonomia é muito importante pra mim, para expressar os sentimentos, isso dá bastante autonomia, o terapeuta não pode ter uma postura, eu sou perfeito....

V: Então ok, agradeço a tua participação.

Entrevistada: Psicanalista 3 (PA3)

Data: 3/8/2007

Duração: aprox. 55 min

V: O que é autonomia para você?

PA3: (pausa) Autonomia é uma pessoa ter liberdade e independência para conseguir pensar coisas, fazer escolhas, tomar decisões, ter posições diante de situações onde, na medida em que vai fazendo isso, está indo de acordo com as idéias, com o desejo e o pensamento dela, que seja coerente com ela e que consiga defender isso nos diversos âmbitos da vida. Essa liberdade, independência.

V: Existem, na sua opinião, relações entre a autonomia e a psicoterapia?

PA3: Eu penso que existe toda a relação. Essas duas estão diretamente ligadas, porque tu tens que num processo de psicoterapia, psicanálise, o objetivo é esse, de buscar autonomia da pessoa, na vida dela. Por alguma razão no momento em que ela busca a psicoterapia tem alguma coisa que a prende, que mantém ela de uma forma submissa... podem ser coisas internas né, a própria neurose dela, ou que ela não consiga se expandir completamente em algum setor da vida dela. Então penso que ela vai buscar resolver isso, isso é a busca de autonomia, dessa independência, e é através do processo terapêutico que ela vai conseguir isso. Elas estão diretamente ligadas.

V: A partir da sua experiência clínica, os pacientes costumam perguntar no início do tratamento sobre a psicoterapia?

PA3: Alguns sim.

V: Porque você acha que isso acontece?

PA3: (pausa) Interessante essa pergunta, porque isso acontece... alguns pacientes perguntam sim, e não sei se é por uma falta de conhecimento, porque querendo ou não todo mundo sabe, já ouviu falar, já fez, então tem uma idéia. Pode ser que seja por um certo receio de entrar no desconhecido, dar início a alguma coisa que vai ter que ir lá e se expor totalmente, então quem sabe fazer essa pergunta pode ter um sentido de alguma garantia, do terapeuta dar alguma garantia, ó, não vai acontecer nada que tu não queira, nada de agressivo ou perigoso, estou aqui pra te ajudar nesse sentido, quem sabe até num sentido de acalmar a pessoa.

V: E o que você costuma responder quando te perguntam sobre isso?

PA3: Bem como é. Respondo as coisas de uma forma simples, direta, bem de acordo como funciona mesmo, o tempo de duração, que é uma coisa que a gente não tem como definir o tempo de tratamento, a gente inicia e não sabe quando vai parar, mas que a pessoa é livre para parar ou falar das suas questões que desejar, tirar suas dúvidas, o número de sessões, frequência, valores, então tudo isso falamos detalhadamente de forma simples e sempre peço se a pessoa concorda. Se ela acha que está disposta a experimentar, e isso significa que ela é livre para parar a qualquer momento do processo. Com isso eu não estou dizendo que não estou percebendo o modo como ela está funcionando, os medos, que outras coisas inconscientes da formação dela já começam a aparecer aí, mas deixo aparecer, não fico interpretando, assinalando, até porque é o início, a pessoa tem que se sentir acolhida, bem recebida e bem instalada pra que comece a trazer as coisas do jeito dela, falar do jeito dela e depois de muito tempo daí sim que eu posso fazer as ligações, interpretar que medo é esse, ou que resistência é essa. Mas a princípio eu esqueço toda essa segunda parte, falo coisas simples, diretas e recebo bem as pessoas para fazer a experiência dela. Quem sabe por aí já seja uma forma de autonomia ou de respeitar esse espaço pra que a pessoa exerça sua autonomia. Eu acho que eu posso dizer de mim assim que eu não imponho condições para os pacientes: Ah, ou são três vezes ou não é nenhuma; ou vem assim ou não atendo. Tem situações extremas onde a gente tem que ter essa posição até para o bem do paciente, mas pro meu jeito, quem sabe, eu nunca faço isso, vou trabalhando essas questões, o paciente vai chegando, vai se mostrando, e aí ele vai sentindo o que é o processo, vai se soltando e aí ele vai vendo, vai entendendo o porque que a gente precisa de mais sessões, com o tempo

ele vai entendendo o porque, e aí a gente fala: Bom, tu tá vendo que tu precisas mais, porque tu não estás podendo aceitar isso? E aí vai indo o trabalho. Mas a princípio eu não, eu acho que isso é uma forma de eu respeitar a autonomia do paciente sem eu ser muito dura na neurose dele, naquilo que dói, naquilo que ele vem tratar.

V: Porque você mencionou antes sobre... “ou são três sessões ou nenhuma, senão não dá”?

PA3: Tem situações às vezes né, que eu ouço falar bastante, estuda casos, em que a indicação é tantas sessões, três sessões, mas o paciente tá muito confuso, muito atrapalhado, resistente e vêm no máximo em duas, ou quer uma. Então aí vai da técnica, do estilo de cada terapeuta, cada analista, e tem gente que impõe né. E eu sinceramente fico questionando isso, até que ponto isso é um exercício de uma técnica mesmo, 3, 4 sessões, divã, e tem que ser assim, ou até que ponto isso passa por uma submissão do paciente sobre aquilo que o analista acha que é o certo. Porque às vezes a técnica pode ser usada pra atender a necessidade do analista, e não do paciente. Então isso é uma coisa eu estou sempre atenta comigo, porque eu não posso usar o paciente pra fazer aquilo que eu quero, mas é eu que tenho que dispor o melhor recurso para ele. Acho que isso é a base do porque eu fui estudar três coisas diferentes. Fiz a minha formação aqui, fui estudar sistêmica, cognitivo-comportamental e psicanálise, e lá pelas tantas, na escuta do paciente, na minha intervenção com o paciente eu me vejo fazendo coisas das três. Não digo que isso é um *pout-porri*, mas eu acho que eu tô muito atenta a escutar o paciente com suavidade, não impondo uma teoria pra ele. Eu sinceramente me surpreendo com os resultados, tenho pacientes que deslançam, que crescem, que vão em busca de sua independência, sabe.

V: Os pacientes costumam perguntar sobre a linha teórica com a qual você trabalha?

PA3: Alguns perguntam. Assim, alguns bem poucos.

V: Porque você acha que isso acontece?

PA3: Eu acho que um pouco os pacientes também têm uma cultura de leituras, reportagens, conhecem alguém que se trata, que ouvem falar em psicanálise, em terapia cognitiva, então tem uma cultura meio difusa assim. Que de psicólogo, médico e de louco todo mundo tem um pouco (risos), então acho que é um pouco desse conhecimento, que conhecem alguém que se tratou e teve um bom resultado, ou ao contrário, teve um resultado ruim, acho que isso pode contribuir. Mas não acho que seja assim tão decisivo, acho que pode ser uma tentativa de eles descobrirem um pouco o profissional, quem é essa pessoa, como é o jeito de ela trabalhar, se é isso mesmo, que diferença é essa entre analista..., análise e psicoterapia, que tá muito no imaginário, uma coisa idealizada, de idéias distorcidas que eles têm, que, enfim... então eu acho que é uma forma que eles têm de se situar, de ir chegando, pra não ficarem soltos.

V: E o que você responde quando eles perguntam sobre a linha teórica?

PA3: Se... eu sinto um pouco assim, se a pessoa quer, se ela pergunta ou não está muito interessada, ou é mais pra iniciar a conversa, deixo ela falar mais e vou dizendo que a gente tá ali pra falar das coisas dela. E se é uma pessoa que quer mais informações, objetivas, uma coisa mais controlada, eu dou todas as informações, também como te falei, da minha formação, o que é psicanálise, essa coisa de 4 sessões, divã, porque o divã, porque sentada, porque deitada. Aí explico que ela pode escolher, que quando a pessoa está deitada está mais à vontade para soltar a imaginação, o pensamento, pra ela divagar mais, pra ela poder se escutar mais, coisas que se ela está sentada me olhando, o olhar dela está preocupada com o meu olhar, a minha reação, se eu faço uma expressão mesmo sem querer ela vai estar achando alguma coisa, e essas coisas vão inibindo o pensamento solto, a associação livre, uso expressões bem simples sabe, não fico usando coisas muito intelectuais, termos técnicos, não é o meu estilo, e aí digo que ela é livre para escolher se ela quer o divã ou não, mas que ela pode fazer a experiência, nunca imponho o divã. Ainda, porque o número maior de sessões, eu vou explicando que a psicanálise, que não existe muita diferença entre psicoterapia e psicanálise, a referência teórica é a mesma, a gente vai investigar a história das pessoas, conhecer como ela foi constituída através das relações com pai, com mãe, quem cuidou dela e porque ela está sofrendo hoje, porque ela tem um problema hoje, se isso tem relação e qual é essa relação com o histórico, isso se faz nas duas abordagens. Psicanálise porque, porque oferece o divã, por essa coisa da pessoa ficar mais voltada

para ela, de porque tantas sessões, porque quanto mais a gente se vê mais a gente vai conseguir falar, mais vai aprofundar, e também mais a gente vai conseguir dar conta de angústias e raivas que estão muito escondidas e pode atrapalhar a vida dela. E tem pessoas que entendem mas têm limitações financeiras, outras é angústia mesmo de ir pro divã, se entregar na mão do outro.

V: Você explica para o paciente o que é uma psicoterapia mesmo que ele não pergunte?

PA3: Não.

V: Porque não?

PA3: (pausa) Nunca parei pra pensar nisso... se ele não perguntou é porque isso de alguma forma ele não está inquieto com isso, e acho que não precisa dizer, porque ele vai fazer a experiência do que é. Ele já vai vivenciar o que é uma psicoterapia. Então em pouco tempo ele já vai estar sentindo, e se vier a pergunta então você responde. Eu tomar a iniciativa de explicar parte de uma demanda minha, e acho que tenho que ficar mais disponível para identificar porque veio e o que não vêm, o que não quer falar, o que nunca falou, porque já tem a idéia dele? Acho que é isso. Fiquei pensando se devia dizer sempre...

V: Para você, o paciente tem autonomia durante o processo psicoterápico?

PA3: (pausa) Agora tu falas da autonomia nesse sentido... Olha... a gente sempre acha que está certa (ri), eu acho que eles têm essa autonomia. Uma que eles têm autonomia de vir buscar o tratamento, eles têm autonomia de escolher o terapeuta, chegaram ali porque quiseram. Já teve um caso que me procurou porque a mulher quis, mas eu não levei adiante o tratamento, eu disse que teria o maior prazer em ajudá-lo se ele viesse por conta dele. A pessoa tem autonomia para desistir a hora que ela quer, e uma coisa que eu tomo muito cuidado é de não ficar insistindo em interpretações da resistência da pessoa, que tranca, mostrando que a pessoa está querendo parar por isso... a gente já sabe que a pessoa vêm pro tratamento resistente e a resistência existe do começo ao final do tratamento, e é esse o nosso trabalho. Se é isso que vai fazer ou não a pessoa ir embora tem, mas eu não fico apontando, interpretando isso de uma forma assim, até muito dura porque acho que isso agride o paciente, não ajuda, até acho que reforça a resistência. Quando faço alguma interpretação para o paciente e ele não aceita, eu não insisto, acho que isso é uma autonomia dele, eu posso ter me enganado de interpretação, e ele diz que não, ou ele pode não estar pronto para ouvir aquilo, que foi uma interpretação fora do tempo, então também ele está certo em não aceitar, e, bom, pode ser uma coisa muito dolorosa para ele ouvir e reconhecer. Então acho que isso também é autonomia. (pausa) Mas eu acho que aparece também nos tratamentos um certo medo nos pacientes, não se se medo ou submissão ou constrangimento, uma inibição no sentido de ele poder dizer tudo o que ele quer: “Ah, o que tu vais dizer se eu disser, não fica brava com o que eu disser”, de falar coisas que ele queira, e o paciente tem que ter a sua autonomia, falar tudo o que ele quer, o que ele pensa, não está contente. E quando acontece esse constrangimento, eu acho que não é que eu tiro a autonomia dele, eu acho que é porque ali ele está mostrando a neurose dele, então aparece a submissão dele à neurose, às figuras infantis da história dele, submissão à educação dele. Acho que aparece isso. Então essas coisas eu vou sempre cuidando, sentindo pra que eu não imponha nada no sentido de reforçar que o paciente tenha que ficar submisso a mim e sempre garantindo espaços para ele, ou dizer coisas, ou ir embora a hora que ele quiser, eu não fico repreendendo o paciente, se ele falta demais, às vezes a gente vê situações onde o paciente fica infantilizado, e esse é um cuidado meu, de não infantilizá-lo, mas justamente ir para o caminho contrário, de crescer, ter a autonomia dele e de fortalecer diante dessa educação que hoje gera conseqüências. Então acho que os pacientes tem autonomia, os meus.

V: Para você, o profissional tem autonomia durante o processo psicoterápico?

PA3: Acho que tem também, tanto de receber o paciente, se ele sente que contratransferencialmente alguma coisa não bate bem, não se sente à vontade, pode não atender, ele pode interromper o tratamento também quando achar necessário por situações que venham a se criar durante o percurso... às vezes até como forma de proteger o paciente, isso eu já fiz, eu tive que impor uma situação para o paciente, e foi muito produtivo no sentido de o paciente se dar conta de um mecanismo masoquista muito grande, que colocava em ação e me paralisava e me colocava como expectadora daquilo e eu sem poder fazer nada, e tive que fazer algo em ato para ele sentir, e depois ele voltou, retomou. Então

acho que sim, o terapeuta também tem autonomia e ele tem que se guardar, se garantir a autonomia de dizer tudo o que ele entende que é adequado e vai ajudar esse paciente, ele não pode ficar constrangido, inibido em dizer uma coisa dura para o paciente, para não o magoar ou por pena do paciente, ou enfim, ele tem que ter o espaço terapêutico, que é diferente de qualquer outro, é um espaço onde a gente vai pra falar coisas extremamente duras e sofridas, e não para falar de amenidades. Então assim como acho que é uma autonomia e uma obrigação do terapeuta dizer coisas, claro, que também considerando o momento, não vai agredir, mas também autonomia do paciente em dizer coisas, ele tem autonomia de ouvir essas coisas difíceis porque é isso que vai resolver essas questões que ele está ali para resolver, senão vira uma conversa de comadres. Então acho que as duas partes têm que ter garantidas essa autonomia de dizer tudo e poder escutar tudo, o terapeuta também tem às vezes escutar coisas que ele não gosta, que ele não tem direito, que falhou, e acho que tem que esse espaço garantir a autonomia.

V: Para você pode não haver autonomia do paciente na psicoterapia?

PA3: Eu acho que pode... por duas razões, pode ter outras, mas falo de duas: uma que o terapeuta mantém esse paciente dependente dele, submisso, ali, infantilizado, uma relação que não é produtiva, atende muito mais uma coisa não resolvida do terapeuta do que do paciente. E acho que a gente ouve isso, está no coletivo, amigos falam, pessoas falam, pacientes contam: “Ah, porque fulano de tal não podia fazer nada sem ligar para o terapeuta dele” que mostra que tem uma dependência e que alguma coisa está errada ali, você não consegue tomar uma decisão sem passar pela sessão, tem alguma coisa aí do terapeuta que não está ajudando o paciente, ou é uma limitação teórica do terapeuta, ou é uma limitação de análise do terapeuta, que não se tratou o suficiente, mas acho que pode haver uma perda dessa autonomia sim. Uma por questão de atuação do terapeuta, e outra por um trabalho pouco profundo, o terapeuta não conseguiu tratar aquilo que devia ser tratado mesmo, e aí sem querer, por ignorância, no sentido real mesmo da palavra, não por maldade, mas por limitação, acaba mantendo um estado de dependência, de falta de autonomia.

V: Essas seriam as duas situações na tua opinião.

PA3: É, as que ocorrem, mas pode ter mais.

V: Para você, pode não haver autonomia para o profissional na psicoterapia?

PA3: (pausa) Olha... pode sim. Eu acho, essa questão dos convênios, dos planos de saúde pode ter alguma situação, não tenho nada claro, nenhum caso que conheça, mas pode-se ficar restrito ao que o convênio manda ou diz que tem que ser, alguma situação assim, e outra situação é justamente o oposto do convênio, que é quando o paciente paga particular e paga bem. Já vi situações de terapeuta se adaptar muito à situação do paciente para não perder o paciente. Acho que isso é uma perda de autonomia. Isso não tem como não achar que esse contexto vai interferir na posição do terapeuta no que ele vai dizer ou deixar de dizer, enfim, uma situação que eu penso assim com exagero, de um terapeuta mudar sua condição de vida em função do paciente que tomou o centro da vida do terapeuta porque era um paciente muito interessante, particular e tal. Então acho que isso são duas situações: o convênio e particular, onde o paciente pode impor as regras, e aí acho que não é tratamento, se perdeu tudo, é uma distorção grave. Uma outra forma de perda de autonomia... quem sabe quando o terapeuta pode se identificar com algum aspecto inconsciente do seu paciente, uma situação que esse paciente esteja vivendo, ou independente da situação, mas o tipo de problema que o levou a buscar ajuda, ou a própria história do paciente, uma questão contratransferência, o terapeuta pode se identificar, ter coisas muito parecidas, história parecida, pais parecidos e aí ele pode se perder, não conseguir guardar a distância necessária.

V: Quais critérios são utilizados por você para o fim do tratamento?

PA3: Pois é... essa é difícil. Se a gente for pensar de tratamento, ou o que tem pra resolver, de conflitos, nunca se terminaria, mas deixando isso de lado, pra mim o aspecto principal para encerrar o tratamento é a vontade do paciente. Se ele não quer mais, ou se não está gostando, se não é aquilo que ele queria, ou acha que já está bom ou porque quer dar um tempo, tem *n* motivos, já aconteceu várias vezes isso comigo. Ou porque o paciente está apertado de dinheiro, ou porque ele quer dar um tempo e depois quem sabe retornar, férias, quer viajar, eu sempre respeito essa vontade do paciente mas dou

uma trabalhada nisso. É falta de dinheiro mesmo? Que tempo é esse? Porque agora não quer mais o tratamento, porque não antes mas agora, tem a ver com coisas que a gente está mexendo? Então esse critério do desejo do paciente eu respeito, mas eu não faço isso cegamente, tem coisas por trás disso. E eu dou uma analisada com o paciente, trabalhada, e se mesmo assim ele insistir, reconhecendo que ele possa estar querendo evitar alguma coisa, se ele manter a posição é lógico que vou respeitar, nunca obrigo nada. O que vou te dizer... se a pessoa está melhor em relação à demanda inicia dela de tratamento, ver os pontos mais difíceis da vida dela, que ela tinha mais dificuldades e ela está conseguindo manejar melhor com isso, enfim, de forma mais adulta, independente manejar essas questões, avaliar angústias, níveis de angústia, se ela está mais inteira, mais agregada, ou se tem um angústia muito desestruturante, os componentes agressivos dela, as voracidades, porque isso tem um efeito muito deslocado, muito longe na vida da pessoa que ela não se dá conta que ela estraga coisas fora na vida dela por uma projeção de fantasias vorazes e destrutivas. Então, que ela consiga se conhecer mais nesse ponto, manejar melhor, entender as origens disso, pra que então não destrua a vida dela, que ela não se sabote. Então tudo isso é falado quando vem esse assunto de interromper o tratamento. Alta até agora eu não dei nenhuma, né, e tem pessoas que se tratam há alguns anos já pararam, já voltaram, por 6 meses, por um ano, e assim vai. Mas... então eu falo todos esses aspectos, eu faço uma revisão: “Tu vieste aqui, assim assim, com essa queixa, nós trabalhamos isso e isso, agora você consegue manejar melhor aqui e aqui mas falta ver isso, tu tens que estar atento a isso, de minha parte você não teria indicação de alta mas a tua vontade é respeitada, se quiser parar um tempo e voltar, mas tu sabes que tem isso e isso para analisar”. E sabe que também eu não vejo um tratamento psicoterápico como profilático. Eu acho interessante até que o paciente faça paradas, isso a gente vê muito com crianças e adolescentes, vem um tempo, resolveu o problema lá que angustiava mais, a aula, a nota baixa, não sei o que, aí para. A gente sabe que teria mais coisa pra tratar, mas naquele momento eu até posso dizer, mostrar, mas naquele momento parece que não entra muito, parece que eles não ouvem, e também eu não posso forçar ficar tratando para evitar problemas futuros. Eu não acho que seja profilático, quem sabe em algumas situações sim, mas em alguns casos não vejo. Então a pessoa tem que parar mesmo o tratamento, tem que ir viver, fazer as experiências, e depois que as coisas voltarem, ela volta. Então acho que nesse sentido os meus pacientes têm muita autonomia, espaço, sabe, eu não seguro paciente, eu trabalho mas sempre respeitando isso, até porque já vi casos torturantes de analistas que seguram o paciente em nome de tratar coisas inconscientes, mas aí eu fico pensando até que ponto é demanda do paciente ou do analista. Então estou sempre no meio termo, sempre tentando achar a medida das coisas.

V: Quais critérios são utilizados pelos pacientes, segundo o seu julgamento, para o fim do tratamento?

PA3: (pausa) Olha, uma coisa que eu noto comigo é que eles melhoram. Eles se sentem bem, melhores. Deslançam na vida e daí eles param. Claro, o que trouxe eles era o problema, se ele está resolvido, eles não sentem mais a necessidade de ficar. Então acho que está bem né, por ora, se neste momento está resolvido, está bem. Deixa ver se tem outra situação... uma situação de uma criança que eu atendi, ela ficou um ano exatamente em tratamento, e a mãe tirou ela porque estava muito bem. Mas também depois conversando com a mãe ela me disse: Ah, que engraçado, eu tinha medo que tu ias deixar minha filha dependente de ti e eu notei que não, ela está bem em casa, está alegre, não fica, ah, quero voltar pra terapia, está bem. É pra isso que serve uma terapia, pra deixar uma pessoa bem, livre e independente, não pra deixar o paciente grudado nele. E aí ela confessou que há um ano atrás ela tinha medo de que eu ia roubar a filha dela, torná-la dependente de mim. E tanto é que se passou um ano, ano e meio, e ela voltou pra trazer a filha dela num outro momento, e aí se continua vendo as coisas que já estávamos vendo mas dentro de um novo contexto um novo ambiente. Então achei que isso foi positivo, a mãe confiou em mim, viu que eu não ia roubar a filha dela, todos aí, mãe e pai, têm autonomia de ir e vir. E acho que é isso... alguns é financeiro, realmente financeiro, nesse sentido eu me coloco à disposição de combinar com o paciente, de ver todas as possibilidades para que eles consigam manter o tratamento, baixo o preço, se ele tem que ficar devendo 2 ou 3 meses fica e paga depois, isso tem efeito no tratamento, então tem que combinar isso também, ficar atento a isso. Às vezes fica realmente inviável, então tem um limite e eu respeito o limite, não vou ficar querendo manter o tratamento que não tem como manter, se encerra... tem várias situações que a pessoa mudou, porque foi estudar fora, terminou a faculdade, e nem todo mundo tem essa cultura que nós temos de ficar viajando, eu me trato em... há anos 2 dias por semana estou lá e viajar faz parte da minha vida,

não consigo não ficar em... 2 dias por semana. Mas nem todo mundo tem essa idéia, viajar 1 hora aqui no interior já é sacrifício... e... (pausa) eu acho que também tive 2 casos que eu me lembro assim, mas que não foram ditos pelo paciente, mas eu concluo que eles não gostaram do meu jeito de trabalhar, e aí pararam de uma forma muito estranha, não falando tudo, não falando, não combinando a parada, uma pessoa muito brava, muito chateada mas sem dizer, eu concluí pelo todo que não quiseram meu jeito de trabalhar, então está bem né. Acho que era isso.

V: Os pacientes costumam perguntar durante o tratamento sobre o término deste?

PA3: Perguntam, bastante (V: O que perguntam?) (pausa) Pois é, porque eu acho que pode ser por esta coisa, que eles estão entrando numa coisa que não sabem o que vai ser, tem gente que acha que vai durar três meses, então a gente também não tem uma idéia bem clara disso, mas pode ser pelo medo de ficar aprisionado na relação, de não conseguir sair da relação. Eu acho que uma forma de a pessoa ter referenciais ali, do que vai acontecer, em cima disso aí eu acho que ela se acalma, e aí eu sempre digo claramente, não sei o tempo que vai durar o tratamento, que a gente tem o tempo de começar, mas de terminar não tenho data, não posso te dar uma previsão 3 meses, 6 meses, não trabalho assim, e bom, se ele pode aceitar assim né...

V: Nesse caso, o que eles perguntam pra ti e o que você responde, sobre o fim do tratamento?

PA3: Eles perguntam: Vai demorar? Quanto tempo vou precisar vir? Uns três meses está bom? E tem uns que ficam dizendo isso durante o tratamento, vindo: Ah, mas eu estou aqui já há um ano, vai precisar muito tempo ainda? Eu digo não sei, estamos andando. E diante disso então eu vou respondendo né, que eu não trabalho com prazos, que eu não tenho como dizer que as mudanças na vida dele vão acontecer em 3 meses, 6 meses, um ano, porque isso vai depender de uma série de fatores, principalmente do nosso ritmo de trabalho, se a gente vai se acertar no jeito de falar, de trabalhar, se ele vai poder confiar em mim e dizer tudo o que ele pensa, o que passa pela cabeça, que quanto mais ele me disser coisas mais eu vou poder estar entendendo e ajudando ele, mais a coisa vai render, se a gente fizer uma sessão é um ritmo de tratamento, se fizermos duas ou quatro é outro ritmo, então depende também do que é possível, e que todas essas variáveis vão interferir no tempo do tratamento. Também outras questões são os conflitos que ele tem reprimidos, inconscientes, que é por isso que ele está ali, quanto mais difícil for pra gente mexer nisso, mais resistência tiver, mais tempo a gente vai levar, então é uma série de variáveis que a gente não tem como cronometrar e é impossível, isso a gente esquece, a gente inicia e não sabe quando pára, mas sabendo que você pode parar a hora que você quiser.

V: Como é conduzido o fim do tratamento?

PA3: Olha... já teve de várias formas, assim. A pessoa pode chegar hoje e me dizer: Não venho mais, aí eu tento naquela sessão fazer um fechamento, um entendimento do que aconteceu, assim, meio de surpresa né, então a gente tenta fazer esse resumo ali e ver porque ela está querendo terminar, tem pessoas que querem parar por um motivo ou outro, seja dinheiro, seja uma mudança, e aí eu peço um tempo, ó, você acha que a gente pode mais um mês pra ir fechando algumas questões, avaliando melhor, tem pessoas que me dão esse mês, dois meses... deixa eu ver... tem tratamentos com a gente sabendo que vai terminar em dois anos, por exemplo, que a pessoa vai ser transferida, a gente já sabe do fim, isso está sempre presente no tratamento, a gente sempre fala do fim, no início e na metade a gente está falando do fim, então tem várias situações, umas que eu consigo um tempo maior pra trabalhar o fim, mas assim, um mês, dois meses, nada de muito puxado, e às vezes coisa súbita, de uma semana pra outra, na hora a pessoa diz que não vem mais...

V: Isso depende de cada paciente, de cada situação...

PA3: É. Teve uma situação de uma pessoa que estava muito atrapalhada, mas também precisando de emprego, e ela conseguiu esse emprego, e ela não tinha mais horário para vir, sabe que horário assim, ela tinha tipo 19 horas, mas daí ela não quis dispor e aí parou subitamente, porque ela não podia mais vir nos horários que ela vinha. Claro, ela tinha que fazer um sacrifíciozinho né, vir sábado de manhã, uma noite, mas ela também tinha alguma coisa com aulas à noite. Dava aulas, então ficava realmente bem corrido, pra todo mundo fica bem corrido né. Então vai de a gente priorizar e ver o quanto a gente está sofrendo pra se sujeitar a conciliar horários e manter o tratamento né, então essa também parou

subitamente, quando ela conseguiu emprego já me ligou dizendo que não tinha horário e ela veio para encerrar. É, mais ou menos situações assim.

V: O que você diria de uma situação onde um paciente, estando em psicoterapia, buscasse uma segunda opinião sobre seu tratamento?

PA3: Um outro profissional para questionar o meu tratamento?

V: Sim.

PA3: Uma segunda opinião sobre o problema dele ou sobre o que eu estou tratando com ele?

V: Ambas situações. Como você veria cada uma delas?

PA3: Bom, pra começo de conversa, ele tem direito de procurar quantos profissionais ele quiser, e isso é mais comum do que a gente pensa. O paciente em tratamento ir buscar outro sem o terapeuta saber. E tem até situações onde um paciente ficou um ano com dois, e um sabendo, até tratar de desvincular... e... uma possibilidade é que ele se sinta inseguro, não confie, pode ser que não confie no terapeuta, mas isso pode ser um sintoma dele, de não confiar muita coisa na vida dele. Pode ser uma forma de ele não se vincular a ninguém, não entrar em tratamento, ficar pipocando, ficar só no alívio das angústias e não entrar a fundo, pode ser que realmente este tratamento não esteja atendendo às necessidades dele, que então ele vá buscar outras opiniões, até como uma forma de testar o pensamento dele, de ver se ele tem razão de estar sentindo isso, ou se ele está equivocado, ou se realmente a coisa não está andando neste tratamento e aí ele quer buscar outro, e às vezes isto se confirma, é muito freqüente isso. Então eu não vejo, é uma questão séria para ser entendida e ver o que aconteceu de ambas as partes pra isso acontecer, tanto do terapeuta quanto do paciente, a história do paciente que pode fazer ele sempre estar indo buscar outras coisas, outro emprego, outro marido, outra mulher, nunca está boa uma coisa, sempre buscando, de não poder se instalar e poder criar um lugar próprio para ele, mas também podem ser coisas próprias do terapeuta, de não estar dando apoio, de a dupla não estar bem, e aí eu acho que tem que ir mesmo. Indo mais longe pode até ter casos de uma certa perversão, mas eu não sei de casos, não cogito isso.

V: O que você diria de uma situação de um paciente que, estando em psicoterapia, terminasse o tratamento sem comunicar este término para você?

PA3: (pausa) Simplesmente não viesse mais, é isso?

V: Sim.

PA3: (pausa) Olha, isso é uma coisa importante de ver né, porque primeira coisa que eu pensaria é: o que eu deixei de ver no tratamento que não foi trabalhado? Que estava acontecendo que me escapou? Ou até o contrário: o que a gente tocou mesmo que ele fugiu? Esse é um ponto. Outra coisa, que eu fico pensando em cima de um caso que aconteceu, que um funcionamento da pessoa é muito narcisista, de que a pessoa está nela e ela não está ligada em manter as coisas no contexto, do dia a dia, da vida, que fazer ou não fazer é a mesma coisa, escrever no próprio corpo ou escrever no papel é a mesma coisa, não é a mesma coisa, o papel é você sair de ti e ir para o mundo, diferente do teu espaço, o teu corpo é tu, é o auto-erótico, então eu pensaria nessa linha, nesses aspectos narcisistas indiferenciados da pessoa que não foram trabalhados o suficiente, tanto é que ele fez isso, mas que ela não consegue estabelecer um vínculo adequado, de chegar no tratamento e dizer: eu não quero mais por isso e isso, não estou gostando, não tenho tempo, não quero mais, mas não, ela não cuida do que é dela. Uma porque fica muito voltada para dentro, outro porque o externo está solto mesmo, os outros tem que cuidar dela. Nesse ponto, a relação com a autonomia... esse tipo de interrupção eu não vejo como manifestação de autonomia do paciente, eu vejo como uma repetição da neurose dele, do modo de funcionamento e é isso que traz problemas para a vida dele, então isso, claro, a gente fica impotente diante de um paciente que age assim, mas eu não entendo isso como autonomia. Até porque ele não dá chance para nada, para conversar, pra escutar o outro, não, ele encaminha as coisas única e exclusivamente de acordo com esse modus operandi, o que ele pensa e faz e exclui o outro, acho que isso é uma dependência justamente.

V: Então ta, minhas perguntas eram essas... não sei se você queria fazer algum comentário ou observação...

PA3: Olha, eu acho que basicamente a autonomia deve existir, só repetindo, neste espaço diferenciado de todos os outros que a pessoa tem na vida dela e que tem que ter liberdade das duas partes para dizer coisas, claro, adequadas, mas dizer, duro ou não, uma parte tem que poder dizer e a outra parte tem que poder ouvir e é isso que vai levar a um amadurecimento, porque eu acho que autonomia é isso, amadurecimento, a pessoa cuidar da vida dela de uma forma melhor, independente, eu vejo isso. O espaço terapêutico tem que levar a autonomia, promover a autonomia.

Entrevistada: Psicóloga Cognitivo-Comportamental 1 (PC1)

Data: 4/11/2006

Duração: 40 min.

V: O que é autonomia para você?

PC1: A autonomia, ao meu ver... tanto para o paciente quanto para o terapeuta? (V: No sentido geral) Autonomia... seria então a pessoa ter, na verdade, uma certa liberdade, uma certa responsabilidade em resolver as suas próprias coisas. Fiquei associando à psicoterapia... seria algo nessa linha. Eu tenho autonomia, nesse caso eu teria realmente uma liberdade, um amplo leque de opções para reagir frente a diferentes situações, se eu tenho autonomia eu posso escolher e optar por uma decisão própria minha.

V: Existem, na sua opinião, relações entre a autonomia e a psicoterapia?

PC1: Certamente todas as relações, porque na linha em que eu trabalho, na linha cognitivo-comportamental um dos conceitos fundamentais da psicoterapia é a auto-eficácia. No momento em que eu estou podendo trabalhar com o paciente, e eu trabalho isso com ele na sessão, isso é dito para o paciente que esse é um dos conceitos fundamentais é a auto-eficácia, ou seja, ele vai ser orientado, auxiliado a desenvolver a sua própria habilidade de cuidar de si próprio, de saber resolver os seus próprios problemas da melhor maneira possível.

V: E como é que isso ocorre durante o processo psicoterápico?

PC1: Durante o processo psicoterápico no caso, o paciente vai ter estimulado a desenvolver tarefas em casa, a fazer situações de enfrentamento de ansiedade, por exemplo, no qual ele vai ter que pensar como eu vou reagir, existe um problema, frente àquele problema eu vou trabalhar a resolução, quais as diferentes possibilidades que eu tenho de reagir, de me comportar frente àquele problema específico, e aí eu vou ter uma autonomia para decidir se eu quero, se eu vou tentar a possibilidade X, sabendo que qualquer possibilidade vai ter N conseqüências. Isso é dar autonomia ao paciente. Então na verdade se está estimulando para que ele tenha autonomia, que ele saiba resolver sozinho as suas questões. Acho que está diretamente relacionado.

V: A partir da sua experiência clínica, os pacientes costumam perguntar no início do tratamento sobre a psicoterapia, o que ela é e como ela é feita?

PC1: Na verdade, na linha em que eu trabalho, as primeiras sessões são sessões psicoeducativas, então se trabalha muito nas primeiras sessões que tipo de psicoterapia, isso é informado ao paciente nas primeiras sessões, primeira e segunda sessão basicamente se trabalha o que o paciente tem, são sessões de avaliação, qual é o diagnóstico, se trabalham os conceitos, como se vai trabalhar aquele diagnóstico e também o que é a psicoterapia, o que ela vai oferecer, o que é a psicoterapia cognitivo-comportamental. Então todos os meus pacientes sabem a linha que eu sigo e o que é isto, até a expressão cognitivo-comportamental, o que significa isso. Então são os nossos pensamentos que na verdade desencadeiam todos os nossos comportamentos, sentimentos e emoções, estão todos interligados. Os pacientes sabem, eles dão uma aula, na verdade. Eu explico o tipo de psicoterapia e que existem outros tipos que seguem outra linha, a minha é essa. Faz parte do pacote, vamos dizer assim, dar essa informação, mesmo não perguntada.

V: Então eles espontaneamente costumam perguntar quando chegam pra ti?

PC1: Muitos perguntam, mas na verdade mesmo se não perguntarem, isso é uma informação que consta no processo da psicoterapia, isso é dado ao paciente, isso é de praxe. Então, a psicoeducação quanto o transtorno em si e quanto à psicoterapia, o que é uma psicoterapia, o estilo da psicoterapia, o que vai ser exigido do paciente ao longo da terapia, e aí das coisas que eles perguntam, sim: "Quanto tempo vai durar a psicoterapia?" isso normalmente eles perguntam muito, e eu especifico que é uma psicoterapia breve, eles perguntam: "O que é uma psicoterapia breve?" Breve poderia ser dito assim, não em pacotes de livro, de X sessões, mais fechado, mas eu coloco assim, se é breve se espera que

seja de 4 a 6 meses, em alguns casos mais sérios vai um ano, em casos muito sérios até pode ir um ano e meio, mas é uma psicoterapia breve se comparada com outros estilos, com outras linhas de psicoterapia.

V: Então alguns pacientes perguntam pra ti e outros não perguntam.

PC1: Muitos chegam dizendo: “Eu nunca fiz psicoterapia”, “Eu não sei nada, quero saber o que que é”, mas muitos não dizem. Eu vou te dizer, eu acho que a maioria eu informo antes de perguntar, porque como é de praxe, as duas primeiras sessões serem psicoeducativas, eu informo.

V: Então, pelo que você está falando, a informação que você dá para o paciente já está engajada no processo psicoterapêutico.

PC1: Para todos. (V: Independente de perguntar ou não) Sim. Eu explico, a linha que eu sigo é a linha tal de psicoterapia, e todo um esquema que eu trabalho no papel que é um esquema ABC, situação, comportamento, pensamento, então eu explico como é que é, uma situação desencadeia um pensamento, e esse pensamento desencadeia um comportamento, uma emoção, uma reação fisiológica. Então aí dentro já começa a primeira sessão. Esse é o modelo cognitivo que eu vou explicando para o paciente.

V: Os pacientes costumam perguntar sobre a linha teórica com a qual você trabalha?

PC1: É que eu já informo. Aí segue o mesmo padrão. Eu informo, eu sempre me apresento, o meu nome é..., na primeira sessão, sou psicóloga, toda aquela coisa assim, de o paciente falar, vai contar um pouco da história dele, e eu digo: “Bom, eu queria te colocar a linha que eu trabalho, na linha tal, muitos já vêm assim: “Eu vim te procurar porque eu sei que você trabalha na linha cognitivo-comportamental e o fulano X me encaminhou pra ti porque eu tenho X transtorno”, então muitos já vêm sabendo, já li, já me informei, então é bem interessante isso.

V: E quando eles vêm sabendo, eles sabem ou por informações que eles buscaram ou através do próprio encaminhamento de outros colegas?

PC1: Às vezes através de encaminhamento, às vezes através de leituras, que hoje em dia a gente vê que a mídia na verdade está informando bastante sobre psicoterapia, os tipos de tratamento. Hoje mesmo, eu abri o jornal e tinha lá uma reportagem sobre o TOC, transtorno obsessivo-compulsivo, ao final da reportagem falava que os tratamentos são psicofármacos e psicoterapia, e a mais indicada é a psicoterapia cognitivo-comportamental que trabalha assim, assim, assim assado. Então o paciente lê isso e já vem munido, embora sem saber direito o que é isso, e aí eu explico. Muitos já vêm buscando, e muitos por encaminhamento de psiquiatra, de neurologista porque justamente acha que é a linha que vai ajudar melhor o paciente, que traz melhor resultado a curto prazo.

V: Você explica para o paciente o que é uma psicoterapia antes mesmo que ele pergunte?

PC1: Sem dúvida. Sempre.

V: Para você, o paciente tem autonomia durante o processo psicoterápico?

PC1: Acho que também, de novo, na linha que eu trabalho eu estímulo a autonomia para o paciente, no momento em que são dadas tarefas para ele fazer em casa, ele está pensando a respeito da sua própria psicoterapia, e está tentando resolver o seu problema, o seu transtorno, ele está tentando criar soluções para aquilo. O paciente já vem muitas vezes: “Ah, aconteceu tal situação e eu pensei naquilo que você me disse, e eu fiz assim e assado”, ou aquele paciente que diz: “Eu não consegui fazer”, então a resposta assim, nunca se dão respostas prontas ou se interpreta, muito pelo contrário, se joga para o paciente, se estimula a autonomia nesse sentido: “Bom, que outras possibilidades você teria de reagir frente à situação que não essa que você acabou de me dizer e que não teve bons resultados?”. Então, você está estimulando a autonomia dele, não está dizendo qual seria a melhor, ele vai pensar. No momento em que você usa, uma técnica que se usa muito é o questionamento socrático, se trabalha através de questionamentos que o paciente vá aos poucos de dando conta, tendo autonomia pra pensar na resolução de um problema. É estimular a autonomia, pra mim isso é autonomia. Inclusive uma coisa que eu estímulo muito na sessão é que existe toda uma relação terapeuta-paciente. Lá fora, na sua vida, é estimulado que a pessoa tenha auto-eficácia, que resolva os seus problemas, ou seja, lá

fora, eu costumo brincar, você mesmo será o teu próprio psicoterapeuta, tu vais aprender a pensar nesse problema e resolver o que tu vais fazer acerca dele. E isso é muito importante, é muito rico, porque eles vêm: “Eu pensei que eu podia fazer assim, assim, aí eu vi que assim ia dar tal resultado e eu não ia gostar, e eu resolvi agir assim” “Então vamos analisar os resultados, o que você achou da forma como você reagiu, como foi?”, então está estimulando ele a pensar, é autonomia, não estou dando respostas prontas, estou estimulando que ele desenvolva isso.

V: Para você, o profissional tem autonomia durante o processo psicoterápico?

PC1: Eu enquanto profissional, se tenho autonomia... (pausa) Eu acredito que sim, que o profissional tem autonomia no seguinte sentido: existe todo um espaço, um setting terapêutico em que cada psicoterapeuta adapta, ele tem o seu jeito próprio de ser, cada terapeuta segue uma linha específica. Existem características próprias, um estilo pessoal do terapeuta, e ele acaba também adaptando a técnica também ao seu estilo pessoal, então não pode ser a técnica pela técnica. Tem uma autonomia sim, tanto que os psicoterapeutas podem ter liberdade de escolher que linhas podem seguir, e mesmo numa linha, como na cognitivo-comportamental, existe um modelo, existe uma técnica mas existem estilos diferentes de psicoterapeutas, isso é fundamental para que uma psicoterapia seja bem-sucedida e tenha bons resultados. Estimular esse vínculo terapêutico, esse relacionamento terapêutico com o paciente é fundamental, e vai depender do estilo, tanto do psicoterapeuta quanto do paciente. (V: Então a autonomia se reflete no estilo do terapeuta?) Certamente, eu acredito que sim também. Existem psicoterapeutas que são mais autônomos de uma certa forma, mais criativos dentro do setting terapêutico, e outros psicoterapeutas são mais rígidos, então isso também está diretamente relacionado com a autonomia.

V: Para você, pode não haver autonomia para o paciente na psicoterapia?

PC1: (Pausa) Eu acho que pode. De novo, eu acho que tem a ver com o estilo do terapeuta e com o estilo do paciente, estou pensando. Talvez alguns terapeutas sejam mais flexíveis e dêem mais autonomia ao seu paciente, outros não, são mais rígidos e dão menos autonomia para o seu paciente. Não sei se seria essa a resposta, eu fico pensando... tu te referes ao geral?

V: Se para o paciente existem momentos na psicoterapia que ele não tenha autonomia durante o processo.

PC1: Eu acho que eu trabalho tanto estimulando essa autonomia, essa auto-eficácia, então de novo, eu acredito que depende da linha e depende do estilo pessoal do terapeuta. Eu nunca tinha parado pra pensar, na verdade sobre isso, sobre autonomia. Eu acho que os meus pacientes têm muita autonomia, embora muitos pacientes sejam extremamente dependentes, e esse estímulo da autonomia, da auto-eficácia é lento, vagaroso, mas muitas vezes eles vêm buscando respostas, e já houve casos de pacientes que vieram buscando respostas prontas. E de uma certa forma foram ficando surpresos que a resposta pronta não é dada, eles vão construindo ao longo da psicoterapia, essa forma de resolver os seus problemas, que pra mim pode ser uma forma adequada e para o paciente pode ser que não seja. Não é a minha forma de resolver que eu vou impor ao paciente, junto com o paciente construir essa forma de resolver que seja importante para ele, mais eficaz para ele. Então é algo construído, na forma como eu trabalho, a autonomia é constantemente trabalhada, diariamente, todas as sessões. É construída aos poucos, cada sessão é um pouquinho de autonomia que vai sendo montada, elaborada, construída nesse processo psicoterapêutico.

V: Para você, pode não haver autonomia para o profissional na psicoterapia?

PC1: Pode. E isso eu li uma coisa muito interessante esses dias falando dos psicoterapeutas iniciantes, que eles quando começam a trabalhar numa abordagem, eles ficam profundamente presos à técnica e muitas vezes sobrepõem essa técnica ao seu estilo pessoal, e se cria uma lacuna, um vácuo muito grande. Então o que está acontecendo, não está tendo autonomia, está impondo uma técnica ao seu jeito de ser e não está sendo criativo, porque eu acredito muito nessa coisa da criatividade, trabalhar junto com o paciente e construir uma relação de parceria. Eu sempre digo, é um time, uma dupla, precisamos trabalhar juntos. Então pode existir sim, quando a pessoa fica muito rígida a uma técnica, a um modelo e que não possa criar, sem iniciativa, pensando nos livros, e adaptar aquilo ao seu jeito de ser também respeitando o modelo, é lógico.

V: Quais os critérios utilizados por você para o fim do tratamento?

PC1: Quais critérios... bom, vamos pensar assim: eu trabalho muito com metas. Pra quem chega em terapia, se focaliza: eu trabalho com um foco, a meta do paciente é tal, digamos, um paciente que tem pânico, a meta do paciente é não ter mais crises de pânico; a outra meta pode ser, se a crise estiver diminuindo, ir sozinho na escola, algo do gênero assim, ou conseguir ficar no trabalho, não depender de outra pessoa, conseguir resolver sozinho suas crises de ansiedade, isso são metas e são trabalhadas. Quando essas metas conseguem ser alcançadas, se vai estabelecendo uma redução gradual na psicoterapia, ou seja, uma vez por semana, em alguns casos muito sérios se pode trabalhar até duas vezes por semana, e quando essa meta está praticamente alcançada se coloca pra quinzenal, trabalhando a prevenção à recaída, reduziu os sintomas, está mais auto-eficaz, essa é a chave, a auto-eficácia, quando está conseguindo resolver os seus problemas da melhor forma possível sozinho, com autonomia. Aí é a chave. Então eu passo a quinzenal, depende, e depois se passa a mensal e no fim termina a terapia. Sempre com aquela consideração: se o paciente terminou a terapia, passou um mês ou dois e sente que precisa voltar e conversar, que seja um atendimento, não seja uma psicoterapia de novo, ó, aconteceram algumas situações que eu quero rever contigo, tu estás dando um apoio, uma sessão extra, ajudando ele a se dar conta que está realmente auto-eficaz, está no processo correto.

V: Quais critérios são utilizados pelos pacientes, segundo o seu julgamento, para o fim do tratamento?

PC1: Para os pacientes é assim: não está mais tendo os sintomas? Então acho que pode parar. Esse é o critério. (Eles verbalizam alguma coisa para você?) Verbalizam: “Ah, eu acho que estou bem, acho que não estou sentindo tanta ansiedade, dá pra gente parar”. Então vamos fazer uma combinação pra que esse término não seja uma coisa estanque. Era terapia semanal, então pum, parei hoje... não. E aí vem o trabalho de fazer quinzenalmente, depois uma vez ao mês, e daí se encerra, vai trabalhando a prevenção à recaída. Se o paciente coloca que está com o desejo de terminar, então vamos trabalhar as metas: vamos pegar a folha, porque se trabalha tudo por escrito na pasta do paciente, metas da primeira, segunda sessão; vamos rever estas metas, você realmente alcançou? Alcancei a primeira, a segunda não, mas nesse momento eu quero só esta meta, a segunda realmente não me interessa mais. Então, se não é interesse do paciente continuar, se eu não consigo trazer um foco e está ok então dá para concordar com o paciente e fazer o término gradual... muitos pacientes me ligam e querem por telefone, mas normalmente eu vejo que é o paciente que não está bem, um paciente [com transtorno] border[line], que pelo telefone quer terminar, porque não quer mais, no impulso, porque eu vejo que os pacientes que vêm vindo bem em psicoterapia não fazem assim, eles aceitam porque isso já é informado.

V: Então o quadro também influencia nestas questões.

PC1: Também influencia. Por exemplo, hoje eu atendi uma pessoa que eu propus para ela, porque ela está indo muito bem, com transtorno do pânico... começou há uns 4 meses, fazem uns 40 dias que essa pessoa não está tendo sintoma nenhum, não tem mais, quando tem ela usa as técnicas, quando ela sente que vai querer dar ansiedade ela trabalha isso, faz uma reestruturação cognitiva e fica muito bem. Hoje eu já propus que nós poderíamos pensar no encerramento da psicoterapia mas no seguinte sentido: novembro continuaria semana, dezembro quinzenal com nova avaliação e em janeiro vamos ver se será quinzenal ou passamos para mensal. Esse paciente está vindo muito bem, não há razão para insistir em trabalhar uma coisa que... ele está plenamente seguro e está auto-eficaz, e verbaliza isso, “Estou conseguindo ser capaz, estou conseguindo resolver a situação da melhor maneira.

V: Os pacientes costumam perguntar durante o tratamento sobre o término deste?

PC1: Normalmente, no início da terapia, eu informo que é uma psicoterapia breve. Mas no decorrer perguntam, sim, até pela própria questão financeira, que hoje em dia é um fator muito importante, querem saber quanto tempo mais terão que ficar, e de novo eu trago a folhinha das metas, foram alcançadas? Faço uma avaliação como é que está a psicoterapia, as tarefas de casa estão sendo feitas? E isso é dito para o paciente, que já é inclusive comprovado, que pacientes que aderem ao tratamento, que fazem mais as tarefas, que participam mais, esses pacientes tem uma psicoterapia mais breve do que aqueles que não se envolvem, isso também é trabalhado pelos pacientes. Quanto mais ele se envolver, participar e realizar as coisas lá fora do setting, mais essa psicoterapia será breve (V: Então a

questão financeira é um dos fatores) Certamente. (V: Haveriam outros fatores na tua opinião?) Haveriam, eu atendo muitas pessoas de outros municípios, e aí eu tenho que ter uma certa flexibilidade, porque acontece de eles não poderem vir todas as semanas, acontece um imprevisto e a pessoa liga, diz que não pode vir, e se vai achar um horário para recuperar aquela sessão, mas é um fator que dificulta a psicoterapia. Se não pode vir, tem que se trabalhar isso, a distância, o fator financeiro, adolescentes e crianças não pagam a sua terapia, é uma outra pessoa, então também você tem que trabalhar a família, eu sempre trabalho a família também pela psicoeducação, para que os familiares saibam o que o familiar tem, e nisso ele diz: “A minha mãe disse que não vai poder mais pagar o tratamento”, então chama a mãe, vamos conversar, porque, porque a mãe viu que aquele sintoma está sendo esbatido, então como na verdade o sintoma não existe mais, está em remissão então não precisa mais vir na terapia, e aí corre o risco da recaída, e isso tudo tem que ser informado para a família também.

V: Como é conduzido o término do tratamento?

PC1: Nessa linha como eu te falei assim, eu trabalho com o paciente desde o início da terapia, ele já sabe o que tem, sabe seu diagnóstico, é dado material para ele ler, hoje mesmo eu dei muito material para uma paciente nova, sobre depressão, e na próxima sessão nós vamos trabalhar isso, a psicoterapia cognitivo-comportamental na depressão, ela precisa saber o que o paciente tem que fazer para se ajudar, esse tempo da psicoterapia breve o paciente já sabe, então se vai trabalhar de novo essas metas, ela cria metas no início da psicoterapia, e durante sempre são revistas estas metas durante a psicoterapia, e no final se eu vou achando que este paciente já pode ir fazendo quinzenal, então vai avaliando as metas e vai investigando se existe uma nova meta ou não, então o paciente vai dizer: “Não, agora eu quero trabalhar outra coisa, surgiu este outro problema, eu estou muito bem do pânico, mas agora eu quero trabalhar a minha timidez”, pode não chegar a uma fobia social, mas a timidez prejudica nos meus relacionamentos sociais, que vai mudar o foco e se pode até ampliar a psicoterapia. Mas é bem neste sentido: rever metas e trabalhar com o paciente e ir espaçando as sessões, sempre com a combinação de que, se precisar novamente, o paciente liga e se marca uma, duas ou três novas sessões, ou se surgir um outro foco, outra meta, se recomeça a psicoterapia. Acho que é isso.

V: O que você diria de uma situação de um paciente que, estando em psicoterapia, buscasse uma segunda opinião sobre seu tratamento?

PC1: Olha, eu acho que o paciente tem todo o direito. Na verdade, assim como ele tem o direito de saber o que tem, o diagnóstico e o prognóstico, o tempo de psicoterapia, ele tem todo o direito, sim, de buscar. É claro que ele não vai poder seguir com duas psicoterapias paralelas, é complicado, mas já houve casos em que eu trabalhava um paciente individual e eu encaminhei esse paciente para fazer uma psicoterapia de casal para outro colega e seguiram paralelas, ok, e as duas não se chocaram em nenhum momento, mas aí são dois enfoques diferentes.

V: Se o paciente procura uma segunda opinião, então...

PC1: Acho que é um direito dele, inclusive de mudar até de linha de tratamento. Se ele está vendo que a linha que ele escolheu não está ajudando, se não houve, como posso dizer, uma “empatia” com seu psicoterapeuta... mas certamente no dia a dia é complicado lidar com isso, porque isso também entra que nós, profissionais, desenvolvemos uma coisa super importante, que é a nossa ética profissional. Comigo nunca aconteceu de uma pessoa vir me procurar para uma segunda opinião, já aconteceu de alguém vir assim: “Eu fazia psicoterapia numa linha X, parei, e eu estou vindo aqui porque eu quero buscar uma nova forma de tratamento, Fulano me encaminhou”, aí sim, mas nunca aconteceu. Por isso que essa questão ética sim, precisamos cuidar muito da questão ética. Até se pode questionar um diagnóstico, mas sempre respeitando o colega, isso é fundamental, seja ele psicólogo, psiquiatra, neurologista, clínico geral. Porque o diagnóstico hoje tem uma linha muito tênue que separa um do outro, o diagnóstico diferencial é muito complicado, eu posso achar que o paciente X é bipolar, e outro pode achar que ele é borderline, por algum comportamento que acabou aparecendo no decorrer do outro atendimento, e a gente sabe que os transtornos são assim, ou a pessoa pode ter mais de um transtorno. Então o diagnóstico pode ter uma diferenciação das patologias de uma forma muito... tênue, e eu posso optar por um diagnóstico e o meu colega, por outro.

V: E quando você fala em ética em relação ao colega, você pensa no quê?

PC1: Eu penso que, basicamente, a gente tem que ter uma postura de respeito frente ao colega, se ele deu um diagnóstico X é porque ele realmente achou que era aquele diagnóstico, não é porque ele, digamos, não saiba, seja um mau profissional, não, dentro da avaliação dele ele achou que era aquele diagnóstico, mas daqui um pouco eu vi, com o meu olhar, uma outra situação que às vezes o paciente nem tenha trazido no outro profissional porque nem sempre o paciente relata a mesma queixa para um e para outro. E tem aquele paciente que pula de profissional em profissional, e o paciente que tem transtorno borderline é um, então ele já chega dizendo: “Eu já passei por um, dois, três, quatro, cinco, ninguém resolveu, então estou aqui porque sei que você trabalha na linha tal, e eu tenho certeza que você vai me ajudar”, você não pode se colocar essa capa de Deus e ficar dizendo: “Bom, agora eu vou resolver o problema dessa pessoa” porque não é assim, provavelmente você não vai resolver o problema dessa pessoa também, provavelmente você vai ser mais um na lista daquela pessoa. Ou pode ser que você tenha sorte e que de uma forma ou de outra você consiga formar um vínculo terapêutico, que é uma coisa fundamental. Talvez o outro terapeuta não tenha conseguido criar este vínculo mais forte com o paciente, de novo, não por incapacidade, por não saber, porque vínculo é assim, às vezes existe uma empatia e às vezes não. O paciente nos desperta alguma coisa? Sim, o famoso conceito de contra-transferência, sim, nós temos que usar essa contra-transferência a favor do tratamento, e se esse paciente nos desperta muita coisa ruim vai ser muito complicado porque nós não vamos conseguir ajudar o paciente porque o nosso sentimento está ali, sim, está dentro do tratamento.

V: O que você diria de uma situação onde um paciente, estando em psicoterapia, terminasse o tratamento sem comunicar este término?

PC1: Não viesse mais... o que eu diria? Ah, isso acontece, quem trabalha com clínica sabe que isso acontece. O paciente some. Então muitas vezes o que eu faço, eu tento contato telefônico: “Oi, quero saber como tu estás, não vieste mais à psicoterapia, nós tivemos um horário fixo, quero saber porque nós fizemos uma série de combinações”, então tu tens que ter muita flexibilidade e respeitar o teu paciente porque nem sempre a gente está pronto para ser trabalhado emocionalmente, às vezes a gente não quer, não está pronto para vir. Apesar daquela situação ser desencadeadora de uma série de problemas na sua vida, a pessoa não quer trabalhar isso, porque aquilo vai mexer, aquela situação vai desencadear outras situações que o paciente não está querendo dar conta. Já aconteceu comigo, sim. A minha forma de trabalhar é assim: eu entro em contato, eu tento fazer com que o paciente venha à sessão nem que seja para encerrar, isso eu digo por telefone: “Olha, já que nós iniciamos, fizemos um contrato verbal, um vínculo, então quem sabe você retorna para nós discutirmos essa tua vontade de parar de vir nas sessões, e se essa for realmente a tua vontade nesse momento, nós encerramos”.

V: Bom, seriam essas as questões que eu havia elencado... tem mais alguma coisa que você queira falar sobre autonomia?

PC1: (Pausa) Eu estou achando muito interessante, quando você me fez o convite para conversar sobre isso eu não tinha muita idéia de que tipo de seqüência tu ias dar à entrevista. Eu achei muito interessante porque na verdade eu nunca tinha parado para pensar no conceito de autonomia dentro do foco, do trabalho com o paciente, como ele vê a sua autonomia, como eu vejo meu paciente, como eu me vejo, o que é mais difícil a gente olhar pra gente mesmo, é mais fácil ver o paciente, a auto-eficácia, mas é a minha autonomia. Achei que você me fez pensar, eu não tinha muita idéia, então tu fazendo essas perguntas, vamos dizer assim que foi psico-educativo (risos) para mim pensar como eu levo a psicoterapia, ou dizendo melhor, como eu e o meu paciente levamos a psicoterapia, porque o trabalho é em conjunto, e eu acho que eu me identifiquei muito nessa linha cognitivo-comportamental porque justamente eu percebo essa necessidade que o paciente tem de ter autonomia, “Eu não dependo do meu terapeuta, eu tenho que ter orgulho porque eu mesmo consegui”, é muito legal ver a pessoa que tem fobia social, a gente faz um elenco de várias situações de enfrentamento que o paciente vai fazer, seja ligar para uma pizzeria e pedir uma pizza, porque o paciente não liga, seja ir num barzinho e ficar 15 minutos, uma coisa gradativa, e o paciente vem e te diz: “Eu consegui”, ou seja, foi o paciente, é uma vitória dele. Isso é autonomia, ele não resolveu isso lá na sessão, ele resolveu na vida real dele, na psicoterapia ele vai fazer uma avaliação de como ele foi, do seu desempenho, as coisas que ele fez e que não achou adequadas... Bom, se isso não foi adequado, o que você poderia ter feito?

Então eu trabalho muito com a autonomia, o meu trabalho diário é com a autonomia, com o estímulo da autonomia, e eu acredito muito nisso porque eu vejo no olhar daquele paciente que entra na sessão todo envergonhado, com o olhar baixo, não conseguindo te olhar olho no olho, senta numa poltrona como se fosse uma criança no início da psicoterapia, e quando essa pessoa sai em alguns meses, de tronco elevado, com o olhar olho no olho, e parece que a pessoa cresceu, em alguns meses passou de um estilo infantil para um estilo adulto, é muito bacana isso, que a pessoa diz: “Eu consegui”, e eu pergunto: “Como você acha que foi nessa situação? Como foi o teu desempenho? Que nota tu te dás, de 0 a 100, sendo 0 muito ruim e 100 muito bem?”, e o paciente consegue pontuar o seu desempenho, ele está tendo autonomia. Então parabéns, acho um trabalho muito interessante, não tinha muita idéia. Muito rico.

V: Então está bom. Obrigado.

Entrevistado: Psicólogo Cognitivo-Comportamental 2 (PC2)

Data: 9/10/2007

Duração: 35 min.

V: O que é autonomia para você?

PC2: Autonomia parece um conceito bem amplo, tu que estás trabalhando com isso debes ter tido respostas bem distintas, mas acredito, para mim, que autonomia é a capacidade de a pessoa poder se auto-gerir, sem necessariamente estar dependendo da aprovação, ou de obter recursos dos outros, de poder, de certa forma... a gente sabe que o ser humano é um ser social por natureza, é difícil falar de autonomia completa, plena, a gente sempre precisa de alguma forma do outro, mas a autonomia é um nível mínimo desta capacidade de a pessoa se auto-gerir.

V: Existem, na sua opinião, relações entre autonomia e psicoterapia?

PC2: Sem dúvidas. A gente tem... muitas vezes a gente observa no trabalho psicoterápico uma certa dependência, num primeiro momento, do paciente em relação ao terapeuta, e isso, com o passar do tempo, do andamento, essa dependência vai diminuindo e a gente vai observando uma autonomia maior, até no próprio processo da terapia cognitiva, de automonitoramento, que a gente começa a desenvolver mais as habilidades metacognitivas, o dar-se conta sozinho e de poder se tornar o seu melhor conselheiro... acho que é bem característico na psicoterapia a gente observar uma relação assimétrica, e com o passar do tempo, à medida em que o terapeuta vai ajudando o paciente a trabalhar suas dificuldades e os objetivos que fizeram ele buscar a terapia, essa assimetria vai diminuindo até que chega uma hora que fica uma relação de igual para igual e aí é alta. Quando a gente vai buscar ajuda com alguém de certa forma a gente está assumindo: “Eu não consegui me virar sozinho, então eu preciso do outro”, então quando eu vou buscar a ajuda com outro é normal que se desenvolva uma certa dependência disso, uns mais, outros menos, mas com o passar do tempo a gente vai desenvolvendo essa autonomia e quando ela acha que tem uma autonomia plena, se dá a alta, já está conseguindo levar a coisa sozinho.

V: Quando tu falas em assimetria, tu te referes a...?

PC2: A uma relação... tu não vais buscar ajuda com alguém que tu pensas que não pode mais do que tu. Então eu estou assumindo para mim que eu estou deprimido, que eu não estou legal, que eu estou precisando de ajuda para poder ficar bem. Eu não vou buscar ajuda com um cara que eu acho que está pior do que eu, que não tem condições, o cara é mais atrapalhado do que eu, então é uma relação assimétrica nesse sentido. Só que à medida que a coisa começa a andar, que a pessoa começa a trabalhar as suas dificuldades, essa assimetria vai diminuindo, e na hora da alta: “Olha, estamos assumindo aqui, na dupla terapeuta-paciente, que eu estou bem, que eu estou legal, e que assim que eu precisar eu volto a te procurar de novo, mas no momento já foi trabalhada a dificuldade inicial”, assimetria neste sentido. O paciente quando vai buscar ajuda está fragilizado, dificilmente ele vai buscar ajuda quando está muito bem, mas já vou quando estou percebendo que estou precisando de ajuda. Mas chegar no terapeuta e o cara está mais deprimido do que tu, está mais atrapalhado ainda tu não voltas, tu cai fora. Então acho muito importante que o paciente veja força no terapeuta. Uma força que ele não está conseguindo ter naquele momento sozinho então vai buscar no outro. Assimétrica nesse sentido, ele pode mais que eu, eu saio de lá me sentindo ajudado, me faz bem quando eu vou lá porque eu melhoro.

V: A partir da sua experiência clínica, os pacientes costumam perguntar no início do tratamento sobre a psicoterapia, o que ela é e como é feita?

PC2: A gente tem uma cultura aqui no sul, muito da psicanálise, então os pacientes, não raro a gente recebe aqui na clínica muitos pacientes que já passaram por outros terapeutas, de outras orientações, e esses que já passaram por outras de um modo geral não perguntam porque não é dada essa resposta em outras abordagens, agora na terapia cognitiva em especial existe um caráter psicoeducativo muito importante. Se o paciente não pergunta o próprio terapeuta introduz isso. Então quando o paciente

pergunta obviamente será respondido, e se não pergunta essa resposta também é importante vir porque tranquiliza eu saber o que esperar do tratamento, como é que isso vai acontecer, ter uma idéia cronológica, é pro resto da vida? É por quanto tempo? E tal. Não que eu vá dizer: “Será em 12 sessões”, não precisa estipular o número de sessões, mas a gente poder dar uma idéia: “Olha, a gente está trabalhando, isso é relativamente breve, vai depender do teu rendimento aqui dentro, teu comprometimento, vai ser assim e assado, a frequência vai ser assim, nas sessões a gente vai ter uma estrutura, vamos trabalhar tópicos iniciais, vamos ver ao longo da sessão, vai ter tema de casa, eu acho que o paciente sai compreendendo o tratamento isso já é terapêutico, entender o que esperar do tratamento. Então, a pergunta era mais do paciente em relação ao terapeuta, se o paciente pergunta... os que tem experiência com outras abordagens eu noto é que raramente perguntam. Alguns perguntam “Olha, já fiz essa, já me tratei com o Dr Fulano, a Dra Fulana e agora eu vim tentar aqui. O que tem de diferente? Alguns pacientes até trazem isso, “Ah, eu vi ali na frente terapia cognitiva, o que é terapia cognitiva? O que é cognitivo-comportamental?”. Então algumas vezes perguntam, mas quando os pacientes não perguntam, na abordagem cognitiva, é papel do terapeuta elucidar essas dúvidas e deixar claro o processo psicoterápico, não “Ah, não perguntou, não falo nada”. Não serve, vai contra a teoria.

V: Os pacientes costumam perguntar sobre a linha teórica com a qual você trabalha?

PC2: Costumam porque a terapia cognitiva está muito na mídia, cada vez mais em voga, fulano de tal se tratou, ou reportagem sobre transtorno tal, e o tratamento de escolha é antidepressivo, sei lá, e terapia cognitivo-comportamental, então tem muito na mídia que tem divulgado a terapia cognitiva, então os pacientes têm uma certa curiosidade de saber “Eu já fiz a terapia, mas aquela convencional”, como se existisse a convencional e essa que é a inovadora. Na verdade existem mais de 400 linhas de psicoterapia diferentes, mas a idéia do público leigo é que tem duas, a convencional e a outra. Então, perguntam, e eu acho que isso é um reflexo claro da divulgação que isso está tendo na mídia.

V: E o que você costuma responder para as pessoas?

PC2: Que é um processo diferente de outras abordagens, porque preconiza uma série de questões e pressupostos básicos da psicoterapia cognitiva, que é a cognição, explico o que é a cognição adaptando à linguagem do paciente, com mais ou menos escolaridade, mais velho ou mais jovem, que é uma linha psicoterápica onde a cognição, os nossos pensamentos afetam a nossa emoção e os pensamentos, a cognição pode ser alterada e monitorada, que é o que vai ser feito no tratamento, porque alterando essa cognição a gente consegue alterar as emoções e os pensamentos também. Com os três pressupostos básicos da terapia cognitiva acho que dá pra ter uma noção de porque essa teoria é diferente. Ela parte do pressuposto de que a gente não sofre pelo problema em si, a gente sofre pela representação mental que eu faço daquela situação. E aí, dependendo do paciente, “Isso é novo?” e aí você até pode entrar com questões até mais aprofundadas se for o caso, mas eu acho que o mais importante é tornar para o paciente algo que ele possa ter acesso a essa informação que ele está querendo saber né, nem mais nem menos. Tem paciente que quer saber “De onde veio isso? Dos Estados Unidos? É nova essa idéia?” “Não, a filosofia explica isso já, Epíteto há um século antes de Cristo já falava nisso, que a gente sofre pela opinião que a gente extrai das coisas, não é algo novo, mas foi adaptado agora a pouco para a psicoterapia... então, mais ou menos informação vai depender do quanto o paciente se sentir interessado por isso.

V: Você explica para o paciente o que é uma psicoterapia, mesmo que ele não pergunte?

PC2: Sim. E dependendo do nível de dúvidas que o paciente tenha é mais ou menos aprofundado, mas eu acho que é importante que o paciente... Não é algo que culturalmente, que a gente tem de saber o que é psicoterapia, tem muita gente que nunca fez e que tem uma idéia de psicoterapia que é distorcida, tratamento para loucos, ou então de filmes que a gente vê que tem um cara lá deitado no divã falando lá coisas da mãe dele, tem outras práticas, fica só resmungando e anotando, a pessoa chega com várias fantasias sobre o que é terapia, e eu acho que essas fantasias podem atrapalhar se a gente não deixar a coisa mais explícita.

V: Para você, o paciente tem autonomia durante o processo psicoterápico? Como isto se manifesta?

PC2: Tem, tem. Tem muitas questões de personalidade de alguns pacientes também, alguns têm por si próprios mais autonomia e dizem: “Olha, essa semana aconteceu tal coisa e eu fiz tal e tal coisa”, já

fez, e a gente avalia o que ele fez, tem outros pacientes que te ligam durante a semana, “Olha, aconteceu tal e tal coisa e eu não sei o que fazer, o que que tu achas que eu tenho que fazer?”, ou então “Eu quero antecipar a minha consulta de segunda pra quinta porque eu quero discutir uma coisa que aconteceu essa semana”, então tem características de cada um. Acho que é papel da terapia num primeiro momento acolher o paciente como ele é na vida, e depois ajudar ele a desenvolver essa autonomia. Alguns vão demorar mais tempo, outros vão demorar menos tempo, sem dúvida, esse é o processo que está presente.

V: Para você, o profissional tem autonomia durante o processo psicoterápico?

PC2: Também, também tem. O tratamento em psicoterapia, não saberia te dizer se em todas, acredito que em todas as linhas teóricas, mas na terapia cognitiva certamente o tratamento de um paciente não é igual ao tratamento de outro. Mesmo pensando, ah, um paciente com depressão sentou na poltrona aqui e foi tratado com automonitoramento, ou fez um RPD (registro de pensamentos disfuncionais) para uma situação que aconteceu, vai embora, sai o paciente das 9 (horas), entra o paciente das 10 (horas), está deprimido também e também vai usar o automonitoramento? E isso é diferente. Então nisso o terapeuta tem autonomia para criar a técnica para prescrever tarefas de casa diferentes, pra poder falar mais ou falar menos dependendo do perfil do paciente, mais diretivo ou menos diretivo, dependendo do que o paciente traz... então a autonomia está presente, tanto paciente quanto terapeuta têm autonomia dentro do tratamento para construir a relação terapêutica.

V: No caso, você está falando que a autonomia do terapeuta é para adaptar o tratamento?

PC2: Tem autonomia para adaptar e também na hora, a gente sabe que a terapia cognitiva é baseada em metas. As metas são construídas pelo paciente e pelo terapeuta no início do tratamento. Então eu acho que a gente pensar que o terapeuta não tem autonomia nenhuma eu teria que ficar aqui sentado esperando o paciente chegar e dizer: “A minha meta para o tratamento é *isso*”, e nós vamos fazer isso porque ele quis fazer isso. E na verdade, muitas vezes a meta dele é fazer isso, e o terapeuta pode sugerir, tem autonomia para isso, vou dar um exemplo, o paciente chega aqui e diz: “Estou tendo dificuldade de ter relações sexuais com a minha esposa, estou com libido baixa, estou com dificuldade para ter ereção, então essa é a minha meta, porque soube que a terapia cognitiva é boa para tratar disfunções sexuais, meu urologista mandou eu vir aqui para fazer o tratamento”. Acho que o paciente tem liberdade para trazer isso, mas a minha obrigação como profissional é de dizer: “Olha, eu acho que tudo que está acontecendo é uma dificuldade decorrente do teu uso de álcool, você está bebendo muito, e isso acaba atrapalhando por isso e isso”, e aí entra a dimensão psicoeducativa do tratamento, mostrar porque, e eu acho que uma das nossas metas é diminuir o consumo de álcool e até pensar em parar, quer dizer, isso não foi trazido pelo paciente como uma meta, mas é algo que o terapeuta pode tornar uma meta do tratamento e trabalhar para que isso ocorra. Lógico que sempre explicando para o paciente o porquê, mas ele tem liberdade para isso.

V: Para você, pode não haver autonomia para o paciente na psicoterapia?

PC2: Eu acho que tem pessoas que precisam de mais autonomia e outros precisam de menos autonomia. Num processo psicoterápico um paciente não ter nada, nada de autonomia, isso já reflete uma característica de personalidade da pessoa. Uma senhora com transtorno de personalidade dependente, que teve um funcionamento dependente a vida toda dela, dependia dos pais, depois casou e dependia do marido, o marido morreu, agora é com os filhos e eles mandam ela fazer terapia. Então quer dizer, é possível que alguém chegue assim na terapia sem nada de autonomia pelo seu histórico de vida, e aí eu acredito que a ausência de autonomia dessa pessoa deve se tornar uma meta de tratamento. Ela chegou aqui sem autonomia e nossa meta é tentar desenvolver pelo menos algum nível de autonomia na vida dessa pessoa. Então não ter nada de autonomia eu vejo que é mais uma coisa para tratar, é problema também, porque não é o esperado, porque algum nível de autonomia espera-se que tenha.

V: Para você, pode não haver autonomia para o profissional na psicoterapia?

PC2: Acho difícil que não tenha nada de autonomia. O profissional pode ter mais ou menos autonomia dependendo do caso, dependendo das limitações do paciente, vamos pensar assim, não é a realidade que a gente atende aqui na clínica, consultório particular, não tem convênio, mas vamos pensar numa

realidade onde o paciente não tenha condições de consultar, dinheiro para a passagem, não tem acesso à medicação, ou que tem uma série de limitações na vida, às vezes o terapeuta fica meio que de mãos amarradas. O paciente na avaliação multiaxial o paciente tem a maioria dos seus problemas concentrados no eixo IV, estressores psicossociais, muitas vezes o terapeuta acaba ficando sem autonomia não pelo processo psicoterápico em si, mas pela situação de vida que o paciente tem. Então, é possível que não tenha autonomia? Nada de autonomia acho difícil, mas ele pode ter mais ou menos autonomia dentro do tratamento, acho que é mais uma linha contínua do que uma questão categórica, eu tenho ou não tenho autonomia com os meus pacientes, alguns mais outros menos.

V: Quais critérios são utilizados por você para o fim do tratamento?

PC2: Fundamentalmente, atingir as metas estabelecidas. Se a meta estabelecida neste suposto caso que eu dei antes, do paciente que buscou tratamento porque estava tendo disfunção erétil, e a gente viu que uma meta seria melhorar o desempenho sexual, mas outra meta seria também regularizar ou diminuir o consumo de álcool, e vamos pensar que o cara esteja deprimido também, quer dizer, metas podemos ter tantas quantas forem necessárias. Daqui a pouco o cara pára de beber, melhora o humor, começa a investir mais no relacionamento, começa a melhorar, daqui a pouquinho está com o humor estável já há três, quatro, seis meses, está tendo uma vida sexual ativa, isso já não incomoda há algum tempo também, já está sem beber, neste período não surgiram novas metas, não perdeu o emprego, não morreu a mãe, não aconteceu mais nada, está estável o quadro e atingimos as metas iniciais, é algo que vai ser conversado na dupla paciente-terapeuta: “Olha, acho que aquilo que a gente tinha pensado como meta inicial a gente atingiu, não surgiram novas metas no período aqui”, é um espaço para dizer: “Ah, eu queria trabalhar a minha insegurança com o meu chefe”, algo que não tinha nada a ver no início, bom, é uma nova meta, segue o tratamento. Agora, à medida em que se estancarem todas as metas, ok, a gente pode começar o espaçamento das sessões, observar a estabilidade do paciente e a autonomia para poder se gerenciar sozinho neste período, depois tem aquelas sessões de encorajamento que o Beck fala, “Interrompemos o tratamento então, mas fica agendado pra daqui um mês, daqui quatro meses, uma consulta para a gente reavaliar a situação, qualquer coisa neste período você liga”. Te diria assim, que a alta na psicoterapia é um processo que acontece, não é assim, começa o tratamento hoje e em fevereiro vai ter alta, não, o processo vai acontecendo, não sabemos o que pode ocorrer neste período. Então os critérios, pra te dizer de maneira objetiva, é atingir as metas previamente estabelecidas.

V: Quais critérios são utilizados pelos pacientes, segundo o seu julgamento, para o fim do tratamento?

PC2: Eu acho que como a terapia cognitiva, lógico, isso também tem a ver com variáveis do terapeuta, com variáveis pessoais, mas acho que a franqueza é algo que tem que estar presente no tratamento do início ao fim, o feedback que os pacientes dão, a remoção de ciscos, ruídos na comunicação durante todo o tratamento, coisas que possam estar atrapalhando, então tudo isso tem que ser conversado para que não seja surpresa daqui a pouco, do nada chega o paciente para o terapeuta e diz: “Olha, eu estou de alta”, “Como assim?”, “Estou chocado, não imaginei”, isso não acontece mesmo que o tratamento já venha andando de um jeito torto. Geralmente quando se fala em alta, seja ela proposta pelo paciente ou proposta pelo terapeuta, raras vezes não há um consenso. “A gente estabeleceu tais e tais metas e a gente não alcançou ainda”. São muito claros os critérios de quando se chega na alta ou não. Não que não possam ocorrer abandonos ao longo do tratamento, daqui a pouco o paciente está no meio do tratamento e acha que não precisa mais por uma razão ou outra e acaba abandonando a terapia, isso acontece. Acredito que em psicoterapia cognitiva o índice de abandono seja menor, conversando com outros colegas, de outras linhas, a gente observa que o abandono na psicoterapia cognitiva se nota uma adesão maior ao tratamento. Até por ser um processo estruturado, porque eu sei em qual etapa do tratamento estou, sei mais ou menos quanto tempo vai, então torna o processo mais objetivo. Então, existe uma taxa de abandono mas me parece que essa taxa é menor quando o tratamento é claro para o paciente e quando o paciente se sente ajudado. A terapia cognitiva tem a questão do resultado, aquela questão bem pragmática do tratamento que eu acho que isso segura muito o paciente. Então acho que a gente pode pensar por aí.

V: Os pacientes costumam perguntar, durante o tratamento, sobre o término deste?

PC2: Eu acho que isso é conversado ao longo de todo o tratamento, não é “Hoje eu queria agendar o término, quando vai ser”, não lembro de isso ter acontecido alguma vez, geralmente isso é conversado ao longo de todo o processo, quando é que vai terminar, até o paciente dando na hora do feedback “Acho que está ajudando, acho que é por aí mesmo, acho que daqui a pouco a gente já pode falar em alta”, isso é conversado ao longo de todo o tratamento sem que haja melindres da parte do terapeuta “Ah, ele vai me abandonar, então não está gostando”, não, quando se começa um tratamento já sei que isso vai terminar um dia. Porque às vezes há a tendência, o paciente chegou pra mim, foi encaminhado, vou tratar e agora ele é meu para sempre, não, é um processo que vai acontecer e daqui a pouquinho ele vai ter alta, e se a gente sabe que isso vai acontecer é mais do que natural que a gente fale sobre isso, não precisa a gente agendar pra um dia falar sobre isso, eu acho que é comum o paciente falar sobre o término do tratamento assim como é comum o terapeuta falar, ao longo de todo o processo. Não precisamos precipitar as coisas e abortar etapas do tratamento mas também não precisa negar que esse fato vai existir, esse fato vai acabar acontecendo. Alguns casos mais rápido, outros mais demoradamente, em outros nem acontece, tem que ter um acompanhamento *full-time* dependendo do diagnóstico e dependendo do prognóstico. Mas a gente pode falar sobre isso. E acho que isso é dito, é bem comum ter isso presente no tratamento.

V: Como é conduzido o término do tratamento?

PC2: À medida que a gente começa a atingir as metas, começa a observar uma certa estabilidade do paciente, a terapia cognitiva é uma terapia estruturada, tanto as sessões são estruturadas quanto o tratamento é estruturado em sessões iniciais, intermediárias e finais. Existem critérios bem palpáveis que indicam se estamos nas sessões iniciais ainda, quando é que estamos nas sessões intermediárias e quando está na hora de encaminhar para as sessões finais. Então, ocorre esse processo na medida em que se observa esta estabilidade, se consegue atingir estas metas propostas lá no início ou ao longo do tratamento e então já começa o processo de trabalho em cima da prevenção da recaída nas sessões finais, espaçamento das sessões, um trabalho mais intenso na identificação de pródromos, sinais que denunciam que os sintomas estão voltando, porque muitos transtornos que a gente trabalha são cíclicos, então é possível que voltem, como é que o paciente vai lidar com isso sozinho, já colocamos a casa em ordem, daqui pra frente, como vai ser sozinho? Então eu acho que essa parte mais de trabalhar a autonomia do paciente é muito maior nas sessões finais, intermediárias e finais é que a gente tem mais ênfase sobre a questão da autonomia.

V: O que você diria de uma situação onde um paciente que, estando em psicoterapia, buscasse uma segunda opinião sobre seu tratamento?

PC2: Eu acho que o bom profissional não pode se assustar com isso. Porque se o cara confia no tratamento que está sendo feito eu acho que não tem o porquê de se incomodar com essa situação que pode ocorrer. Tu vais num médico e ele te diz, “Olha, você tem doença do refluxo e tem que se tratar com omeprazol” “Puxa, mas omeprazol, o médico receita isso pra tudo, vou buscar uma opinião com outro gastro pra ver”, não tem porquê o médico se incomodar com isso. É muito comum em outras especialidades da saúde, porque que na psicologia, ou na psicoterapia, isso seria diferente? Acho que à medida que isso acontece, se está se fazendo um bom trabalho, não vejo o porquê de se incomodar. E não acho que isso seja raro de acontecer, acho que é raro de acontecer é ter liberdade na relação do paciente assumir isso, que está descontente com alguma coisa, que está em dúvida com determinado procedimento, com determinado diagnóstico e tal, muitas vezes a relação por se estruturar de uma maneira que já está ruim, já tem problemas, uma relação psicoterápica está baseada na palavra, e se o paciente não se sente à vontade para falar sobre as coisas que estão incomodando ali dentro é sinal que tem alguma coisa torta na relação que tem que ser trabalhada.

V: Seria em virtude então da própria relação que...

PC2: Da própria relação terapêutica, que favoreça o paciente, um ambiente propício para o paciente falar abertamente, “Olha, eu fiquei um pouco inseguro quando você falou que eu tinha transtorno bipolar, andei lendo na internet, acho que não fecha com as coisas que acontecem comigo e eu gostaria de marcar consulta com outra pessoa para ter uma segunda opinião e tal, acho que não tem o porquê de o terapeuta se sentir melindrado com isso, “Olha, eu posso te dar outro nome para ti avaliar essa situação, a gente não precisa interromper o nosso tratamento necessariamente, eu posso entrar em

contato com essa pessoa”, eu acho que tem que ter uma relação franca, aberta, daqui a pouco é “Eu gosto do tratamento, me senti ajudado, mas fiquei em dúvida, queria isso aqui especificamente para tirar a dúvida com outro”, bom... não vejo problema nisso. É importante quando a gente fala em relacionamento humano que a gente não deixe de levar em consideração a variável do outro, o terapeuta é humano, como qualquer outra pessoa e que tem vulnerabilidade. Então pode se sentir muito ultrajado, “Como assim que ele não está acreditando no que eu estou dizendo?”, então acho que num caso assim que o terapeuta se incomoda tanto, acho que seria prudente por parte do terapeuta buscar tratamento para ele, buscar trabalhar isso nele, porque é mais do que esperado que isso ocorra em algum momento. Porque que o paciente tem que acreditar que eu sou o dono da verdade? Não quer dizer que eu seja bom ou ruim, que eu esteja ajudando ou não esteja, mas acho importante ter clareza que isso pode acontecer e faz parte do processo.

V: O que você diria de uma situação onde um paciente que, estando em psicoterapia, terminasse o tratamento sem comunicar este término?

PC2: Olha, quando acontece isso, vamos pensar assim, um paciente que tem consultas semanais, daqui a pouco falta uma semana, falta a segunda e você liga na terceira semana pra ver se aconteceu alguma coisa, o que houve e tal, e ele “Não, não vou mais ir”. Geralmente quando acontece esse tipo de situação, não é algo comum de acontecer, mas aconteceu algumas vezes, eu sempre proponho que a gente faça mais uma para fazer o fechamento, não terminar a coisa assim “Eu achei que eu tivesse te tratando ainda, desculpa”, não é assim que acontece, “Vamos marcar mais uma até para a gente poder conversar sobre os motivos que fizeram com que você não quisesse mais”, “Olha, está muito caro, não estou conseguindo pagar, aumentei a minha carga de trabalho, faculdade, não estou tendo horário para fazer terapia, vou dar um tempo, ou eu vou começar a me tratar em outra linha porque estou me sentindo mais ajudado”, enfim, a justificativa que for, mas acho importante que seja dito, senão já demonstra... um tratamento do nada, o terapeuta nem sonhava que o paciente ia abandonar e ele te abandona assim do nada, é sinal que a relação não estava sendo muito transparente, já estavam acontecendo coisas que o terapeuta não foi perspicaz o suficiente pra ver o que estava acontecendo e o paciente não conseguiu se sentir à vontade para falar sobre aquilo. Raras vezes um paciente está vinculado, está engajado, comprometido no tratamento, aquela questão do empirismo colaborativo da terapia cognitiva está ocorrendo e o paciente de uma semana para a outra ele decide interromper. Se ele decide interromper o tratamento ou ele interrompe no início, 60% dos pacientes abandonam entre terceira e quarta consulta, no início do tratamento eles já pulam fora, ou então depois que passa a fase crítica das cinco primeiras sessões, que o tratamento engrenou mesmo, pra ele decidir abandonar é algo que ele vai amadurecendo na cabeça dele, leva uma semana, outra, três, quatro, dois meses levando essa história e ele não conseguiu falar pro terapeuta em momento algum? Já não ia legal o tratamento. É um processo que acontece e que o terapeuta tem que ser hábil parar poder perceber isso.

V: Não sei se teria mais alguma coisa que você gostaria de dizer a respeito da autonomia em relação à psicoterapia?

PC2: Eu acho que... o teu trabalho é só sobre psicoterapia cognitiva ou de modo geral?

V: Eu vou comparar como a autonomia é percebida por profissionais que trabalham com orientação psicanalítica e com orientação em cognitivo-comportamental.

PC2: Ah tá. Eu acho que a autonomia é algo que existe no processo psicoterápico, é algo que é importante que seja trabalhado na terapia, como eu respondi antes, e acho, a gente observa que existe uma autonomia grande da dupla paciente-terapeuta na terapia cognitiva. Não saberia te dizer, acho que o teu trabalho é muito elucidativo no sentido de trazer comparativos com outras abordagens também. Em terapia cognitiva certamente está presente, e gostaria de ver os teus resultados depois para ver se nas outras você encontra isso também, eu não sei se existe autonomia também desta forma, maior ou menor, ou se de repente são autônominas diferentes, outros conceitos de autonomia, outras formas... então nesse sentido eu acho que vai trazer coisas que a gente tem interesse em saber.

V: Então era isso, agradeço tua disponibilidade e a tua participação.

Entrevistada: Psicóloga Cognitivo-Comportamental 3 (PC3)

Data: 9/10/2007

Duração: 35 min.

V: O que é autonomia para você?

PC3: Autonomia... é a pessoa fazer as coisas sem necessitar de uma segunda pessoa ou terceira pessoa... mais ou menos isso.

V: Existem, na sua opinião, relações entre autonomia e psicoterapia?

PC3: Eu acho que sim, porque o paciente tem que ter autonomia, principalmente na cognitiva, se ele quer fazer ou não determinada tarefa, ele tem autonomia para fazer determinada atividade, tema de casa. Tem autonomia também para dizer “Eu não quero trabalhar por aqui, mas pelo outro lado”...

V: A partir da sua experiência clínica, os pacientes costumam perguntar no início do tratamento sobre a psicoterapia, o que ela é e como é feita? Porque você acha que isso acontece?

PC3: Difícil.

V: É? Por que você acha que isso acontece?

PC3: De repente porque os pacientes não sabem bem o que é psicoterapia, então vão entrando no processo sem questionar, outros pacientes perguntam quanto tempo, como que vai ser, a pergunta que mais me fazem é o tempo de duração. Mas como que é, dificilmente eles perguntam, talvez, mas é que no início, no final da primeira sessão eu explico como é que vai funcionar a terapia, de repente é por isso que eles não fazem esse tipo de pergunta né. Eu explico o funcionamento, que é colaborativo, que ele vai ter que fazer parte do processo, então por isso que não estão perguntando.

V: E por que você acha que eles não perguntam sobre a terapia?

PC3: Acho que até pela desinformação, que não sabem o que vai ocorrer dentro do processo. Até pelo preconceito, para alguns é até difícil de vir ao consultório.

V: Os pacientes costumam perguntar sobre a linha teórica com a qual você trabalha?

PC3: Não. Eu que falo no que eu estou trabalhando, explico qual é a linha, que é diretiva, quais os passos, mais ou menos por cima assim, eu que falo no final da sessão né.

V: E por que você acha que eles não perguntam sobre a linha?

PC3: Porque mesmo antes, dificilmente as pessoas, antes quando eu não estava na terapia cognitiva, nem antes eles perguntavam. Até pelo desconhecimento de que tem psicanálise, terapia cognitiva, que tem a breve, eles não sabem a diferenciação, então eles nem perguntam. Um que outro, as pessoas mais informadas sim, mas dá pra contar que são bem poucas as pessoas.

V: Quando elas perguntam, o que você costuma responder sobre a linha?

PC3: Eu explico qual é a minha linha, que tem uma certa diferença da psicanálise, e geralmente eles concordam, concordam em ficar nessa linha.

V: Você explica para o paciente o que é uma psicoterapia, mesmo que ele não pergunte?

PC3: É que no final da primeira entrevista geralmente um dos itens é explicar o que é a terapia cognitiva, como que eu vou trabalhar, e se ele concorda trabalhar desta forma ou não.

V: E que coisas você explica para o paciente?

PC3: Eu desenho sobre a situação, que não é a situação que nos incomoda, mas a forma como a gente interpreta a situação, que isso vai interferir na nossa emoção e conseqüentemente no nosso comportamento. Daí eu dou um exemplo, de um amigo que passa pela gente na rua e não cumprimenta, então a primeira interpretação: “Eu fiz alguma coisa errada, vai me deixar triste mas eu

vou lá saber o que aconteceu”. A segunda interpretação é pensar “Quem ele pensa que ele é?”, e vai me dar raiva, até perder o amigo, e a terceira interpretação é: “Ele não me viu”, se ele não me viu a emoção fica inalterada, eu faço essa interligação e mostro pra ele que a gente pode ter mais de uma interpretação e que a gente vai trabalhar mais em cima disso, do pensamento pra como lidar melhor com as situações, que as situações ruins sempre acontecem, explico isso, que é colaborativo, que os dois vão trabalhar juntos, que tem tema de casa, que a terapia continua em casa, que ela tem uma continuidade e com o tempo ele vai se tornar o próprio terapeuta.

V: Para você, o paciente tem autonomia durante o processo psicoterápico? Como isto se manifesta?

PC3: Deixa eu ver... algumas situações... um paciente que tinha fobia social, que não conseguia caminhar na rua, então foi proposto que a gente ia fazer algumas experimentações na rua, mas aí a gente vai respeitar o momento que ele achou que tinha condições de ir, “Então tá, vamos hoje porque se eu for esperar na próxima sessão eu vou ficar me angustiando” até eu estava me programando para a próxima sessão, mas como ele quis ir hoje, então vamos.

V: Então o paciente quando tem atendimento possui a possibilidade de mudar algumas coisas conforme o tempo dele...

PC3: O tempo dele.

V: Para você, o profissional tem autonomia durante o processo psicoterápico?

PC3: Sim, porque no início ele tem que ser diretivo né, depois o paciente... eu acho que no início o terapeuta é quem tem mais autonomia, mas com o tempo o objetivo é transferir esta autonomia do terapeuta para o paciente, acho que esse é o processo, primeiro o terapeuta tem autonomia e gradativamente vai repassando para o paciente, à medida que a terapia vai se desenvolvendo. Ele vai obtendo recursos e vai tendo mais autonomia do meio para o final.

V: Para você, pode não haver autonomia para o paciente na psicoterapia?

PC3: Só se o paciente for muito depressivo... você diz autonomia do paciente? (sim) Se for algum paciente que não tem muitos recursos... mas eu acho que sempre tem algum nível.

V: Você diz em função...

PC3: Da patologia, se a patologia estiver muito grave, eu acho que nessas horas não tem muita autonomia, ansiedade muito alta, depressão severa, nessa hora ele não vai conseguir ter autonomia, precisa ser mais monitorado.

V: Certo... e na tua opinião o terapeuta pode não ter autonomia no processo psicoterápico também?

PC3: Se ele não tiver, não vai ter como em alguns momentos dirigir a sessão né. Como é uma... interligação onde um vai trabalhando com o outro, os dois na realidade vão tendo autonomia no processo. Como é colaborativa tem que ser conjunta.

V: Se o terapeuta não tiver autonomia durante o processo, isso se deveria a quê, na tua opinião?

PC3: Até uma falha do terapeuta. (V: Que tipo de falha?) Não conhecer a linha, não ter domínio na condução, da técnica...

V: Quais critérios são utilizados por você para o fim do tratamento?

PC3: Melhora do humor, ele conseguir recursos para enfrentar situações sem todo o sofrimento, conseguir desempenhar resolução de problemas, conseguir ter flexibilidade cognitiva, conseguir flexibilizar os pensamentos dele, e uma reestruturação cognitiva. Acho que isso é o principal. (V: Então na tua avaliação, quando o paciente faz isso...) Quando ele já consegue, ocorrendo a reestruturação cognitiva ali, quando ele já consegue, mudou a crença dele, que ele já consegue ver as situações de outra forma, e tiver com essa reestruturação cognitiva e uma boa resolução de problemas eu acho que dá já...

V: Segundo o teu julgamento, quais critérios são utilizados pelos pacientes para o fim do tratamento?

PC3: A estabilização do humor já está bom pra eles (ri), estabilizando o humor já chegaria. Outros critérios são conseguir enfrentar determinada situação, uma coisa bem focal: “Eu quero conseguir dirigir”, dirigiu já está bom. Tem vários, um é a estabilização do humor, outro é uma questão focal, outros já tem que ir mais a fundo e trabalhar as crenças, então aí tem vários tipos de pacientes.

V: Os pacientes costumam perguntar, durante o tratamento, sobre o término? (sim) E o que eles costumam perguntar?

PC3: Quanto tempo vai durar ainda, sobre a recaída, “Depois do término, e se eu recair?”, a gente trabalha a prevenção da recaída, eles ficam um pouco inseguros, “E se o pânico voltar, como é que eu vou lidar?” A gente mostra que primeiro a gente vai dar recursos para ele poder enfrentar e quando estiver sozinho ter todos os recursos à mão.

V: No caso de eles perguntarem, o que geralmente você responde para eles?

PC3: Depende. Eles perguntam mais a questão da recaída, quanto tempo não. E quando envolve a questão financeira, daí sim. Quando eles começam a ficar meio apertados e quando começam a não dar mais conta, “Quanto tempo vai demorar?” em função da questão financeira. Mais nesse sentido hoje em dia.

V: Como é conduzido o término do tratamento?

PC3: A gente trabalha os ganhos que ele teve durante a terapia, ressaltando todos os recursos que ele pode utilizar, a prevenção de recaída, o que ele pode fazer em determinadas situações se repetirem, pra ele conseguir dar a volta, e depois se trabalha o follow-up, de quinze em quinze dias, depois uma vez por mês, três meses, então...

V: O que você diria de uma situação onde um paciente que, estando em psicoterapia, buscasse uma segunda opinião sobre seu tratamento psicoterápico?

PC3: Olha, não me aconteceu. O que eu diria... (pausa). Aconteceu de vir de outras linhas e querer uma segunda opinião, não é uma segunda opinião, mas fazer tratamento conjunto. Eu digo que não, que não tem como, que são linhas diferentes e não tem como fazer dois métodos, daí eu me recuso, eu né. Que eu saiba o contrário não chegou a vir assim.

V: E na tua opinião, se uma pessoa buscasse uma segunda opinião, isso aconteceria por quê? O que levaria uma pessoa a buscar uma segunda opinião, por exemplo?

PC3: De repente não está satisfeita com o processo, de repente, pode né, porque nem todo o paciente vai se adequar a cada linha. Pode não se enquadrar no processo, pode não estar seguro com o terapeuta né.

V: O que você diria de uma situação onde um paciente que, estando em psicoterapia, terminasse o tratamento sem comunicar este término?

PC3: Eu ligaria, para ver o que aconteceu, entrar em contato e fazer uma sessão para ver o que aconteceu.

V: E por que razões você acha que isso poderia acontecer?

PC3: Depende... financeiro, ou de repente é porque não está contente com o processo, ou não era aquilo, uma vez me aconteceu, e a pessoa me disse que não era aquilo que ela imaginava que fosse, que não estava disposta a fazer o tema de casa, não estava disposta com todo o processo, porque eu explico bem no início todo o processo, como vai ser, o que vai ocorrer durante as sessões né. Não estava disposta a se envolver tanto. E uma vez a questão financeira.

V: Então está bem, as perguntas que eu tinha para te fazer eram essas. Tem alguma coisa a respeito da autonomia e da psicoterapia que tu queiras falar que tu julgas importante?

PC3: Se o paciente não atuar junto, se não tiver uma certa autonomia a terapia não anda. Se ele não fizer algumas coisas por conta própria muita coisa do processo não anda, e a gente vê muito isso pelos temas de casa. Se a gente escolhe um tema de casa e ele não faz, tem vários fatores né, ou aquele tema

de casa não foi bem escolhido, ou porque o paciente tem outras questões que não está desenvolvendo na terapia para conseguir evoluir.

V: Então está bem, era isso. Agradeço a tua colaboração.

Anexo 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Vinícius Renato Thomé Ferreira, estou realizando uma tese de doutorado sobre a autonomia na psicoterapia. O objetivo desta pesquisa é entrevistar psicólogos clínicos para saber o que pensam sobre a autonomia na psicoterapia.

Para que eu possa realizar a pesquisa, vou fazer uma entrevista para conhecer suas opiniões sobre a autonomia na psicoterapia. Também peço a permissão para que a entrevista seja gravada, com a garantia do sigilo e ética, respeitando a privacidade e confidencialidade. Somente eu e meu professor orientador da pesquisa teremos acesso às fitas. Ressaltamos que as informações obtidas pela entrevista poderão, eventualmente, ser utilizadas para a produção de artigos científicos, sendo, entretanto, garantido aos participantes a confidencialidade em relação à sua identidade.

Sinta-se à vontade, se quiser fazer alguma pergunta antes de decidir.

Eu, _____
fui informado/a dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento posso solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar da pesquisa se assim desejar. O Vinícius certificou-me de que todos os dados dessa pesquisa são confidenciais, e tenho liberdade de retirar meu consentimento de participação da pesquisa, se assim o desejar.

Caso tenha novas perguntas sobre este estudo, posso chamar o Vinícius pelo telefone (54) 9935-8189 ou o Dr. Gabriel Gauer, professor orientador da pesquisa, no telefone da PUCRS, (51) 3320-3633 ramal 7745 para qualquer pergunta sobre meus direitos como participante deste estudo, ou se julgar que fui de alguma forma prejudicado/a pela minha participação.

Declaro que recebi cópia do presente termo de consentimento livre e esclarecido, em igual teor e forma.

Assinatura do/a participante

Nome

Data

Assinatura do pesquisador

Nome

Data

Anexo 4 – Cópia da carta de aprovação do CEP – PUCRS



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP - PUCRS



Ofício 667/06-CEP

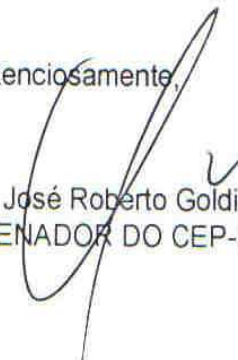
Porto Alegre, 26 de junho de 2006.

Senhor(a) Pesquisador(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS
apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 06/03172 intitulado:
**"Psicoterapia e bioética: autonomia no processo psicoterápico na
psicanálise e na psicologia cognitivo-comportamental"**.

Relatórios parcial e final da pesquisa devem ser
encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,


Prof. Dr. José Roberto Goldim
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)
Dout Vinicius Renato Thomé Ferreira
N/Universidade