



## **O Ensino de Psicoterapia Psicanalítica no Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP**

*Julieta F. Ramalho da Silva\**  
*Maria Luiza Fiore\*\**  
*Geraldo C. Galender\*\*\**

\* Professora Adjunta do Departamento de Psiquiatria da EPM/UNIFESP e membro associado da SBPSP.

\*\* Médica, Doutora pelo do Departamento de Psiquiatria da EPM/UNIFESP e membro associado da SBPSP.

\*\*\*Médico do Departamento de Psiquiatria da EPM/UNIFESP e membro afiliado da SBPSP.

### **Resumo**

Este artigo apresenta o ensino de psicoterapia no Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina – UNIFESP, referindo-se às psicoterapias de base psicanalítica e salientando sua importância na formação de residentes de psiquiatria. Apresenta-se, por meio de seu histórico, a herança psicodinâmica deste departamento e intrínseca ligação com o programa de residência médica. São descritos o conteúdo teórico do curso, o modelo de funcionamento de assistência a pacientes previdenciários e o processo de avaliação do ensino nos últimos anos. Esta avaliação constitui-se em objeto de pesquisa sobre o ensino de psicoterapia para residentes e estagiários de primeiro e segundo anos, cuja metodologia incluiu a realização de questionário de autoavaliação e cadernos de registros de sessões produzidos por todos os alunos-terapeutas no período de dois anos. São apresentadas algumas respostas e trechos de sessões com reflexões dos supervisores que mostram o desenvolvimento da dupla psicoterapeuta-paciente. Por fim, comentam-se as limitações e dificuldades dessa tarefa tanto no âmbito das demandas da medicina baseada em evidências, da psiquiatria contemporânea como das diferenças entre ensino e formação de psicoterapeutas.

**Palavras-chave:** psicoterapia psicanalítica, ensino, psicoterapia, avaliação de ensino de psicoterapia, residência médica, psiquiatria.

## Introdução

O ensino da psicoterapia psicanalítica na universidade é uma forma de divulgação e aplicação da psicanálise que enfatiza seu vértice terapêutico.

Kernberg propõe uma diferenciação rigorosa entre psicanálise clássica, psicoterapia psicanalítica e psicoterapia de apoio fundamentada na psicanálise ao considerar seus objetivos e principalmente as técnicas empregadas em seu processo terapêutico<sup>1</sup>. Este autor acredita que as técnicas diferenciam realmente as modalidades de tratamento, uma vez que a teoria subjacente é a mesma, incluindo o conceito de inconsciente, as pulsões agressivas e libido, conflito, mecanismos de defesa, relações objetais internalizadas e organização estrutural e topográfica do aparelho psíquico. O autor diz que, para explorar a questão da relação da psicanálise em si com as psicoterapias analíticas, é necessário considerar os planos conceitual, clínico, pedagógico e político<sup>1</sup>.

A aplicação de psicoterapia em programas de residência médica em psiquiatria tem sido tema de discussões em universidades norte-americanas, canadenses e latino-americanas. No encontro anual da *American Psychiatric Association*<sup>2</sup>, foi reconhecida a existência de uma “pressão de mercado” para o treino em farmacologia, para reduzir o tratamento ao uso de uma pílula em detrimento da investigação diagnóstica e tratamento mais aprofundado que leva em consideração a relação médico-paciente em psiquiatria.

Beigel e Santiago<sup>3</sup> propõem uma distribuição equilibrada entre o ensino de psicoterapia e o de outras práticas, como avaliação diagnóstica de pacientes com transtornos físicos e mentais complexos, avaliação e manejo de medicamentos, intervenções em crise e interconsultas. Para os autores, a psicoterapia breve instrumenta o psiquiatra em seu trabalho clínico – garantindo aceitação ao medicamento e adesão ao tratamento por parte do paciente –, bem como na assistência à reabilitação psicossocial; enquanto a psicoterapia de longo prazo é mais efetiva no ensino do contato psicoterápico. Dentro dessa mesma linha de pensamento, a Associação Brasileira de Psiquiatria recomenda que todos os programas de residência em psiquiatria tenham um curso que inclua introdução à teoria e técnica das principais linhas de psicoterapia e um aprofundamento em uma dessas linhas, incluindo modalidades individuais e grupais, de longo ou curto prazo<sup>4</sup>.

Gabbard comenta a importância do treinamento dos residentes de psiquiatria em psicoterapia psicodinâmica<sup>5</sup>. Em 2002, o Comitê de Revisão da

Residência em Psiquiatria nos Estados Unidos listou cinco tipos de psicoterapia recomendadas como necessárias no treinamento de todos os participantes dos programas de residência em psiquiatria. Em 2010, esse número diminuiu para três, incluindo a psicoterapia psicodinâmica, cuja eficácia foi confirmada por muitas pesquisas rigorosas surgidas nesse intervalo de tempo. Entre elas, podemos citar os estudos de a) Leichsenring e Rabung<sup>6</sup>, metanálise atualizada sobre psicoterapia psicodinâmica de longo prazo em transtornos mentais complexos como transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, transtorno de personalidade *borderline* e anorexia nervosa, b) Shedler<sup>7</sup>, sobre a eficácia da psicoterapia psicodinâmica; e c) Harvard Mental Health Letter<sup>8</sup>, sobre os méritos da psicoterapia psicodinâmica em que se ressaltou o valor das pesquisas mostrando que os benefícios desta psicoterapia aumentam com o passar do tempo.

No Departamento de Psiquiatria da Unifesp o ensino de psicoterapia tem uma longa tradição e está intrinsecamente ligado à residência médica em psiquiatria desde os anos de 1970, tendo como referência o método e a teoria psicanalítica.

## Histórico

A história da psicoterapia em nosso departamento vem acompanhada pela própria história deste. Em 1964, o professor Darcy de Mendonça Uchoa, psicanalista formado pela Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, foi escolhido para a cátedra de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina e acrescentou ao programa de ensino do curso de graduação a teoria do inconsciente. Junto a ele colaboravam vários psiquiatras e psicanalistas que foram responsáveis pela presença da herança psicanalítica em nosso departamento.

Quando foi criada a residência médica em psiquiatria na Escola Paulista de Medicina, no ano de 1973, foi incorporado ao programa o ensino e assistência em psicoterapia. No início, os residentes tinham um curso teórico que versava sobre teoria do funcionamento mental, sonhos, aparelho psíquico, id, ego superego, mecanismos de defesa, ou seja, os fundamentos da psicanálise. A prática ocorria em atendimentos ambulatoriais na modalidade de psicoterapia breve de base psicanalítica tanto para pacientes previdenciários quanto para os originários do convênio com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo<sup>9</sup>.

Em 1984, o programa de residência médica em psiquiatria coordenado pelo Prof. Dr. Ladislau Ungar Glauciusz trouxe uma importante inovação, as denominadas “manhãs de psicoterapia”. Neste programa longitudinal foi pos-

sível aos residentes acompanharem seus pacientes por um período de dois anos, em 1 ou 2 sessões de 50 minutos de psicoterapia de base psicanalítica, supervisionados pelos docentes. Essa mudança atingia dois objetivos, a saber, o ensino da psicoterapia e a constituição da identidade do psiquiatra em formação. A partir da psicanálise, o que se pretendia era oferecer a possibilidade de o residente experimentar um campo epistemológico diferente do modelo médico positivista; a possibilidade do pensamento psicodinâmico alcançava toda a prática psiquiátrica dos residentes na medida em que valorizava a singularidade e subjetividade dos pacientes<sup>10</sup>.

Em 1993, foi criado o Setor de Psicoterapia do Departamento de Psiquiatria, que agregava todas as atividades de ensino e assistência em psicoterapia, tanto individual como em grupo, permanecendo o referencial de base psicanalítica. Coordenaram este setor a professora Dra. Julieta Freitas Ramalho da Silva e o Dr. Geraldo Galender. Um grande passo em direção ao reconhecimento da importância do grupo de psicoterapeutas do departamento foi a criação da disciplina de Psicoterapia e Psicodinâmica em 1996.

A partir de 2000 inicia-se a elaboração de um projeto de pesquisa temático – Pesquisa em Psicoterapia Psicanalítica: Aplicação clínica no atendimento de pacientes e ensino em programas de residência em psiquiatria e especialização em psicologia da saúde, – coordenado pela professora Latife Yazigi, Dra. Julieta Freitas Ramalho da Silva, Dra. Norma Lottenberg Semer e Dra. Maria Luiza de Mattos Fiore. Esse programa foi aprovado pela FAPESP em 2002 e, no ano seguinte, o departamento recebeu um espaço próprio na reitoria da Unifesp. Lá foi possível estabelecer-se um ambiente externo acolhedor e personalizado para pacientes, com salas de atendimento individualizadas, com poltronas e divãs. Assim, constituiu-se o Centro Clínico e de Pesquisa em Psicoterapia com a missão de desenvolver a assistência, o ensino e a pesquisa em psicoterapia psicanalítica para a comunidade.

Além desse projeto, foram criados no departamento outros programas de ensino e assistência de base psicanalítica como:

1. PAES – Programa de Atendimento e de Estudos de Somatização
2. NAPPED – Núcleo de Atendimento e Pesquisa em Psicanálise e Dor
3. AMBORDER – Ambulatório para pacientes com Transtornos da Personalidade
4. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – UNIFESP
5. LASM – Liga Acadêmica de Saúde Mental

## Descrição do Programa de Ensino e Assistência de Psicoterapia para Residentes – PROPSIC

Atualmente, o programa de psicoterapia faz parte da grade curricular da residência em psiquiatria e do programa de especialização em psicologia da saúde, seguindo a concepção de multidisciplinaridade do ensino e do trabalho profissional. Comporta carga horária teórica de 72 horas no 1º ano e no 3º ano. A prática de supervisão em grupo, de quatro a sete alunos, ocupa 160 horas em cada um dos dois anos iniciais e mais 80 horas no terceiro ano.

O curso teórico tem como proposta oferecer fundamentos para o manejo da relação profissional-paciente e para as intervenções psicoterápicas. Desenvolve-se, durante o primeiro ano, sob a forma de seminários coordenados por dois professores da disciplina e é constituído por três módulos: noções de psicoterapia e psicanálise, de aparelho psíquico e de técnica psicoterápica. No 3º ano, o programa de seminários procura manter o mesmo espírito com dois módulos de ensino: um ligado ao estudo das psicoses e outro, ao manejo de grupos psicoterápicos.

Quanto às noções de psicoterapia e psicanálise, enfatiza-se, a partir de uma visão histórica, a importância do cuidado com o manejo das relações terapeuta-paciente e as diversas modalidades de intervenções psicoterápicas. Estas são contextualizadas no conjunto das psicoterapias psicodinâmicas disponíveis no momento: psicanálise, psicoterapias de orientação analítica, modalidades expressivas de apoio e psicoterapias breves dinâmicas.

No que se refere ao aparelho psíquico e ao funcionamento mental são desenvolvidas noções acerca de consciente, inconsciente, id, ego, superego, repressão, conflito, formação de sintomas e outros.

Quanto às noções de técnica psicoterápica utilizam-se as experiências clínicas que ocorrem ao longo dos diversos estágios, discutindo-se os conceitos de aliança terapêutica, transferência, contratransferência, identificação projetiva, resistência, intervenções do psicoterapeuta, reação terapêutica negativa, *acting-out*, insight, elaboração e mudança psíquica.

Este curso nasceu da necessidade de clarificar conceitos e intervenções frequentes em setores psicodinâmicos, mas que usados no dia a dia perdiam precisão e se tornavam confusos para os residentes e especializandos. Essa mesma preocupação e rigor foram encontrados na obra de Sandler<sup>11</sup> *O paciente e o analista*, dedicada a jovens psiquiatras e pós-graduandos, sobre conceitos básicos psicanalíticos que podem também ser utilizados em outros enquadres, como atendimentos nos hospitais psiquiátricos, pronto-socorro e

hospital-dia, o que enriquece e instrumenta o residente na prática e na relação com seu paciente. Além desse livro, compõem a bibliografia do curso textos clássicos de Freud, Klein, Bion e outros, de autores e pesquisadores contemporâneos.

A atividade prática envolve o atendimento de no mínimo dois pacientes em psicoterapia individual, de longo prazo, com frequência de uma a duas sessões semanais de 50 minutos cada, por um período de dois anos com a possibilidade de se estender por um terceiro ano, totalizando cerca de 640 horas nos dois anos. Os pacientes que desistem são substituídos por outros.

Os pacientes são encaminhados de outros setores do Departamento de Psiquiatria e passam por uma triagem do setor de psicoterapia, que procura identificar aqueles com condições para um melhor aproveitamento do trabalho psicoterápico. São selecionadas pessoas com motivação, interesse e disponibilidade efetiva para frequentar as sessões, e excluídas aquelas com transtornos esquizofrênicos, demências e retardos mentais. Esses pacientes podem também frequentar o Ambulatório Geral de Psiquiatria ou um dos programas de assistência do departamento: Transtornos Afetivos, Transtornos Alimentares, Transtornos Obsessivo-Compulsivos e outros. A decisão final sobre a inclusão do paciente no programa é do terapeuta. Nesse sentido, a indicação está mais ancorada na disponibilidade interna para um trabalho psicoterápico do que no diagnóstico psiquiátrico.

Todos os atendimentos são supervisionados em grupos, em encontros semanais, um em cada dia da semana. As supervisões são pautadas no material de sessões, relatado oralmente ou trazido por escrito. Os supervisores são profissionais da equipe fixa do setor, médicos e psicólogos com formação e experiência em psicanálise. Nos dois primeiros anos mantém-se o mesmo supervisor, que é substituído por outro no terceiro ano.

A técnica adotada, de orientação psicanalítica, focaliza os seguintes aspectos da relação do supervisionando com seu paciente: movimentos transferenciais-contratransferenciais, tipo de vínculo que o paciente está realizando, organização psíquica e intervenções possíveis. A ênfase é no aprimoramento de uma escuta de entrelinhas que privilegia o latente e não a queixa, o sintoma. A neutralidade do terapeuta é sempre estimulada, procurando fazer com que o “desejo de curar” seja acolhido e transformado em capacidade de observação da realidade psíquica do paciente. Em vez de estimular a “busca de cura”, tão presente nas instituições universitárias médicas, tenta-se encorajar a experiência de apreensão dos fenômenos psíquicos, da percepção de si mesmo, do desenvolvimento mental e de mudanças psíquicas.

No decorrer dessa prática e à medida que o supervisionando vai se dando conta do que pode estar acontecendo na relação e no mundo interno do paciente, ele vai fazendo assinalamentos e interpretações que promovem no paciente o mesmo “dar-se conta”, resultando em mudanças. A percepção e a compreensão do que se passa com o paciente são atos de acolhimento e continência.

A proposta do programa não é formar psicoterapeutas, mas sim instrumentar psiquiatras e psicólogos em seu trabalho clínico e contribuir para sua formação profissional.

### **Avaliação do Ensino**

A partir do projeto temático acima citado, em 2005 iniciou-se um estudo sobre o ensino de psicoterapia. O objetivo era avaliar o desenvolvimento das capacidades afetivo-cognitivas de apreensão da realidade psíquica e dos espaços mentais dos profissionais em treinamento no desempenho de suas tarefas enquanto psicoterapeutas. Foi aplicado um questionário de autoavaliação e analisados “cadernos de registros de sessões”, onde o aluno-terapeuta registrava as sessões com cada um de seus pacientes. Esses cadernos foram compostos de pelo menos oito sessões anotadas e supervisionadas pelo período de dois anos de cada dupla.

O questionário tinha a intenção de avaliar aspectos de habilidade, atitude e conhecimento na área psicoterápica. Todo o material produzido por escrito pelos alunos-terapeutas foi depois analisado pelo grupo de supervisores.

Quanto aos questionários, observamos:

1. a condição do aluno-terapeuta exposta na escrita do questionário;
2. a maneira como ele se envolve na tarefa terapêutica;
3. as angústias, resistências e frustrações diante das dificuldades e vicissitudes da nova tarefa;
4. a importância da experiência prévia de psicoterapia pessoal no manejo com o paciente, no sentido de facilitar ou dificultar a tarefa.

Em seguida apresentamos exemplos de respostas dos itens pesquisados:

- a) Atitude impessoal e distante do aluno-terapeuta, como se estivesse respondendo a perguntas de um exame

*Tentar entender a dinâmica do processo e ajudar o próprio paciente a entender onde ele se situa e conhecer sua subjetividade. A atuação se*

*deve a partir de recortes, analogias e interpretações baseados na linguagem do paciente e procedimento para diminuir defesas e desfazer resistências; um ponto fundamental é a transferência e contratransferência, condições necessárias: setting terapêutico, continência, tolerância em alguns níveis, entendimento, empatia. A paciente x trazia fatos e era incapaz de abstrair sobre os mesmos; atualmente, vem utilizando uma linguagem simbólica e em busca do autoconhecimento... Ela diz que agora se conhece melhor, não tem mais “pitis” e que consegue perceber o que constitui certo do errado para ela própria, o processo ainda está engatinhando (aluna-terapeuta no início do 2º ano).*

b) Atitude de maior envolvimento, o aluno-terapeuta escreve na primeira pessoa, denotando participar de uma experiência.

*Antes do primeiro contato, fico ansioso, não sei como será o paciente. No decorrer dos atendimentos, tento manter a disposição de ajudar, sem deixar de observar os princípios teóricos da linha que sigo. Sem dúvida há momentos em que sinto cansaço, raiva, desesperança, alegria, dependendo de como sinto a sessão. Tento perceber tais sentimentos e usá-los para entender melhor a relação (aluno-terapeuta início do 2.º ano).*

Quanto aos “cadernos de sessões” observamos:

No processo de leitura do conjunto de sessões pela equipe de supervisores, o foco foi a formação do vínculo terapeuta-paciente e como este se desenvolveu, seus alcances e vicissitudes. Três tópicos foram discriminados:

- a) Informação: qual o tema selecionado pelo aluno-terapeuta e como ele o descreve
- b) Envolvimento: quando o aluno-terapeuta aparece no texto na primeira pessoa do singular
- c) Tipo de intervenção: se na conversa o aluno-terapeuta responde concretamente ao paciente ou consegue escutá-lo no registro da metáfora

Seguem recortes de sessões de uma dupla terapeuta-paciente em diferentes momentos como ilustração da evolução da função terapêutica. Paciente atendido uma vez por semana e terapeuta sem experiência prévia de psicoterapia pessoal.



## 6ª sessão

*A paciente chega com uma imobilização na perna esquerda. Queixa-se da dificuldade de andar, pois ainda sente dores. Os primeiros momentos da consulta são sobre a torção no tornozelo esquerdo... Diz que não está fazendo nada da sua vida. Está em licença no trabalho, quase não sai de casa para não contrariar as recomendações médicas porque ela obedece ao que o médico determina... Parou o antidepressivo porque acha ter sido a causa de seu aumento de peso. Não conversou com seu psiquiatra sobre o assunto, sabe que ele vai ficar bravo... Foi acompanhada por uma terapeuta por vários anos, ela era também sua psiquiatra e ligava para remarcar consultas quando faltava. Uma vez ela faltou à sessão e essa psiquiatra ligou para sua casa a fim de remarcar, como não a encontrou, pegou o telefone do trabalho com a empregada e ligou. Dona S. diz ter se sentido invadida porque nunca permitiu que ela ligasse para o seu trabalho; se não tinha dado esse número, é porque não queria que ligasse... uma vez que seus colegas de trabalho não sabem dos seus problemas. Teve uma grande discussão com essa terapeuta que no final pediu-lhe desculpas... Começou a dizer que não estava contando essas coisas para me criticar, se ela me deu o número de seu celular, é porque não se importaria se eu ligasse. Acha importante a minha preocupação em fazê-la vir à terapia. Sabe que precisa... Eu pergunto se a única coisa que a estava imobilizando era o gesso, se as dificuldades de relacionamento que tinha com o chefe não poderiam estar influenciando. Ela responde que, depois que a transferiram para esse setor, não consegue fazer nada.*

Observa-se na fala do aluno-terapeuta um estilo de relato mais “médico”, em que predomina o entendimento concreto e o pensamento causal. Sua atitude é mais distante e defendida. Entretanto, consegue perceber que a paciente já lhe avisa do perigo de ser invadida e de que não aceita influências.

## 14ª sessão

*A paciente chega cerca de 20 minutos atrasada. Ao entrar na sala, queixa-se de ter passado o dia com dor de cabeça e tontura... Conta que almoçou com uma colega mais jovem e magra que discordou quando disse ser obesa. As pessoas não a consideram obesa, mas ela se considera. Não desce mais por trás no ônibus, senta-se nas cadeiras da frente destinadas a idosos, gestantes e pessoas especiais. Se alguém*

*lhe pergunta o motivo de estar sentada nesses bancos, diz que está grávida para não admitir que está ali por ser obesa...*

*T: Será que esse tipo de atitude te recompensa de alguma forma?*

*P: Eu me julgo uma pessoa especial. Não um especial bom, melhor que outras pessoas. Eu me sinto obesa... Por que você está anotando essa sessão e não anotou a anterior que foi tão importante?*

*Eu explico que não depende de mim qual sessão eu vou supervisionar, pois é uma sequência que depende também de outras pessoas, mas antes de apresentar tento fazer um resumo das sessões anteriores.*

*T: Mas por que a sessão anterior foi importante para você?*

*P: Eu consegui falar sobre coisas que eu não conseguia. Não vi melhora, mas me senti mais aliviada...*

*Começa a falar sobre as vezes que se sente perseguida no trabalho ou mesmo na rua...*

*T: Mas por que você estaria sendo perseguida?*

*P: Talvez porque estivessem falando de minha doença, dos meus problemas psiquiátricos, da minha LER, da minha obesidade.*

*T: E você, como você encara esses seus problemas?*

*P: Muito mal... LER, eu não aceito. Fibromialgia, eu não aceito. Obesidade, eu não aceito.*

*T: Como você reage a tantas coisas que você não aceita?*

*P: Um sentimento de invalidez que me deixa muito triste, muito triste. (Chora)...*

*T: O que representaria viver sem doenças?*

*P: Libertação (chora)... Uma possibilidade de retomar...*

Nesta sessão, o aluno-terapeuta já se mostra mais implicado no clima emocional. Já não se encontra como um observador externo que apresenta uma anamnese, embora ainda tenha que se defender ao fazer anotações e referir-se a seu supervisor. Por outro lado, essa franqueza apaziguou o clima persecutório e surge o diálogo, com o terapeuta se colocando na primeira pessoa.

### **30ª sessão**

*P: Você lembra que eu falei daquele colega de trabalho que só fala abobrinha? Ele tem uns dez anos a menos que eu e está fazendo faculdade de direito agora, mas já tem um apartamento próprio. Ele faz todo mundo rir. Ele não faz meu tipo, quer chamar muito a atenção... Quando eu cuido da minha aparência não é para eles, é porque eu me sinto*

*bem. Apesar de gorda, eu tenho algum charme. Eu sinto os meninos se interessarem por mim. Eles ficam se protegendo.*

*T: E você não acha que se sente atraída por eles?*

*P: Eu tenho muitos sonhos. Semana passada eu sonhei com um soldadinho de brinquedo, tipo aqueles da rainha da Inglaterra e eu dou corda no bonequinho. Esse colega de trabalho se veste bem, mas ele é grosseiro, não é um homem fino. Não que os outros fossem grosseiros, mas eram pessoas mais simples que eu.*

*T: Se você não se sente atraída, porque você passa tanto tempo como se estivesse se justificando?*

*P: Deixa eu concluir o pensamento sobre o meu namorado. Eu sou uma mulher diferente, eu não gosto de vulgaridades. A minha vida particular eu não exponho. Eu enxergo o lado malicioso das pessoas. As pessoas não têm ideia da perversidade dos seus atos. As mulheres têm ciúmes de mim porque eu tenho algo que atrai os homens, aliás não só os homens. Graças à terapia tenho me voltado para as coisas mais simples. A vida está me ensinando a ter piedade.*

O clima ameaçador das primeiras sessões passa a ser de maior intimidade, a paciente se mostra mais e deixa transparecer aspectos grandiosos, de poder e sedução. O aluno-terapeuta consegue estar mais próximo, mantém sua postura de escuta e de tentar apreender os movimentos no campo transferencial, conseguindo fazer uma confrontação.

### **57ª sessão**

*P: Desculpa pelo atraso, mas eu peguei um engarrafamento terrível vindo para cá. O trânsito em SP é horrível, não se pode planejar nada. Por isso é bom morar em cidade do interior. Não tem engarrafamento, poluição... Se bem que as pessoas perguntam mais...*

*T: Numa cidade pequena as pessoas são mais próximas, é difícil ficar anônimo. Por outro lado, é fácil passar despercebido numa cidade como SP e você resolveu morar aqui. Você tem medo do julgamento das outras pessoas?*

*P: Sim. Detesto ser julgada.*

*Na época da faculdade eu tinha muitos amigos homens. A gente saía da aula e ia a barzinhos, bebia junto. Alguns me abraçavam, paqueravam comigo, mas eu não queria nada. Com o tempo, não sei, depois dos meus namoros, eu não consigo mais me aproximar dos homens. Deixa eu pegar na sua mão.*

*T: (ela se senta na ponta da cadeira e estende a mão para mim)*

*P: Me dê a sua mão.*

*T: (Hesito mais um pouco e estendo a mão. Ela segura brevemente e solta.)*

*P: Tenho muita dificuldade de manter minhas amizades com homens. Eu me sinto muito presa às regras de convivência, você não pode chegar perto, não pode abraçar.*

*T: Mas se você está num ambiente de trabalho, se está lá com um objetivo, faz um certo sentido que a convivência seja pautada por princípios que resguardem esse objetivo. Eu tenho a impressão de que como você vive em função do trabalho e da terapia, você busca essas amizades nesses ambientes. Se você tem amigos no trabalho, pode sair com eles para um bar e ninguém vai estranhar um abraço.*

*P: Pode ser.*

*T: Outra coisa. Aqui no espaço da terapia, não é uma relação de amizade. Uma vez que é uma relação que se limita a esse espaço da terapia e tem um objetivo.*

*P: Eu sei que aqui é diferente, racionalmente eu sei que não somos amigos. Mas, na minha religião, o espiritismo, eu não tenho como deixar de perceber o quanto você está me ajudando e te ver como espírito irmão.*

O aluno-terapeuta apreende a metáfora da cidade e utiliza-a como campo de comunicação. Parece que existe uma sintonia inconsciente na dupla. O terapeuta entra no universo moral da paciente, mas não fica aprisionado, se permite ser tocado, apesar do receio. Suas dúvidas entre ser tocado ou não refletem maior contato com seus aspectos contratransferenciais.

Percebe-se o percurso do aluno-terapeuta a partir de uma posição médica, para esforços de aproximação, ficando cada vez mais dentro da sessão, utilizando-se de confrontações e assinalamentos. Trabalha na transferência, embora não a interprete. Seria esta uma postura mais suportiva do terapeuta, ou implicaria um alcance maior em termos de mudança psíquica da paciente? Esta é uma questão relevante. De qualquer modo, houve um desenvolvimento da função terapêutica.

Outro aspecto que emergiu durante a experiência dos dois anos foi a questão sobre o método de supervisão do grupo, quanto a forma de trabalhar em supervisão pode favorecer, dar continência e sustentação à referida abertura emocional no aluno-terapeuta. Na medida em que a investigação foi desenvolvida como pesquisa-ação, a equipe de supervisores-investigadores se apercebeu da importância do estabelecimento de critérios de observação como experiência emocional, dialética da aprendizagem

supervisor-supervisionando, captação da realidade psíquica a partir da auto-observação do psicoterapeuta e cuidado com influência das experiências normativas, superegoicas na evolução da aprendizagem com a experiência.

## **Dificuldades e Limitações Enfrentadas**

Nos dias atuais, a psiquiatria acompanha a tendência da medicina baseada em evidências. Somos chamados a provar o que funciona e para quê. Isto envolve uma dificuldade particular para a psicoterapia psicodinâmica, pois tem sua origem na psicanálise, outro referencial epistemológico. Assim, nos vemos diante da difícil tarefa de demonstrar uma eficácia terapêutica objetiva em um procedimento que privilegia a subjetividade.

A pesquisa em psicoterapia de base psicanalítica apresenta desafios metodológicos. Há controvérsias quanto à possibilidade de apreensão do objeto psicanalítico, o inconsciente. Segundo Herrmann<sup>12</sup> pesquisas com o método psicanalítico favorecem o conhecimento do cotidiano da prática clínica, enquanto aquelas que se utilizam dos métodos empíricos falam sobre o processo terapêutico. Esses diferentes pontos de vista são importantes na produção de conhecimento em psicoterapia.

No nosso serviço os alunos-terapeutas não escolhem o método psicoterapêutico que desejam aprender, muito menos escolhem a área de especialização, pois estão vinculados a um programa geral de formação psiquiátrica. A universidade não pode ir além da teoria e prática clínica supervisionada por no máximo três anos e não pode exigir que seus alunos se submetam a psicoterapia psicanalítica ou psicanálise. Tal tarefa diz respeito às associações psicanalíticas, pois há uma diferença entre ensino e formação em psicoterapia ou psicanálise. O que é possível é sensibilizar o aluno-terapeuta para os aspectos dinâmicos da relação terapeuta-paciente e, caso haja interesse, posterior desenvolvimento e aprofundamento.

Green<sup>13</sup> afirma que um dos problemas mais importantes da clínica contemporânea é que por muito tempo as psicoterapias foram consideradas uma atividade marginal dentro das sociedades psicanalíticas e propõe que falemos em “relaçãopsicanalítica com enquadre reformulado”. Considera questões materiais e geográficas da população atendida para a proposta de um tratamento psicoterápico no lugar do psicanalítico. Esta é a nossa realidade no atendimento a pacientes usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como fazemos parte de um departamento de psiquiatria, são encaminhados ao nosso serviço pacientes com transtornos psiquiátricos graves que exigem um novo enquadre, diferente de outros núcleos de assistência em psicoterapia.

## Considerações finais

Temos uma árdua tarefa: a de ensinar psicoterapia psicanalítica na universidade e continuar demonstrando sua efetividade e importância clínica por meio de pesquisas. Acreditamos que os pacientes podem se beneficiar muito com essa abordagem terapêutica que valoriza o individual, o particular, o mundo interno, diferente da cultura das aparências e superficialidades.

## Agradecimentos

Agradecemos à equipe de supervisão do programa de ensino em psicoterapia: Dra. Norma Semer, Dr. Salvador Bianco, Dr. Milton Dela Nina e Dr. Jair Fuks.

## Referências

1. Kernberg O. Psicanálise, psicoterapia psicanalítica e psicoterapia de apoio: controvérsias contemporâneas. In: Green A, org. Psicanálise Contemporânea. Imago; São Paulo: SBPSP; 2003.
2. Psychiatric News. How large a part should psychotherapy get in training? 18 de julho de 1997.
3. Beigel A, Santiago JM. Redefining the General Psychiatrist: Values, Reforms, and Issues for Psychiatric Residency Education. *Psychiatric Services*. 1995;46:769-74.
4. Associação Brasileira de Psiquiatria, 1999.
5. Gabbard GO. Long-term Psychodynamic Psychotherapy- a basic text. 2nd ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2010.
6. Leichsenring F, Rabung S. Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2011;199: 15-22
7. Shedler J. The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy- *American Psychologist*. 2010;65(2):98-109.
8. Harvard Mental Health Letter: Merits of psychodynamic therapy. Harvard Health Publications, Harvard Medical School. 2010;23(3).
9. Galias I, et al. Terapia Breve - Aplicação Ambulatorial. *Boletim de Psiquiatria*. 1978;11(3):75-8.
10. Glausiusz LRU. Comunicação apresentada na Mesa Redonda: A formação do psicoterapeuta: onde e como realizá-la? IV Jornada de Psiquiatria da Região Sul- UNIFESP; 1993; São Paulo, Brasil.

11. Sandler J, Dare C, Holder A. O paciente e o analista. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1986.
12. Herrmann F. Pesquisando com o Método Psicanalítico. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
13. Green A. O trabalho de psicanálise- as psicoterapias praticadas pelos psicanalistas. In: Green A. Orientações para uma psicanálise contemporânea. Rio de Janeiro: Imago; 2008.

### **Correspondência**

Professora Dra. Julieta Freitas Ramalho da Silva  
Departamento de Psiquiatria, Rua Borges Lagoa, 570, 1.º andar  
Vila Clementino, São Paulo, SP  
CEP: 04038-020  
E-mail: julieta@psiquiatria.epm.br ou julietafrs@hotmail.com