

Issa Fernando Sarraf Mercadante

Eva Wongtschowski

Maria Eliza P. Labaki

Aline Camargo Gurfinkel

## A clínica psicanalítica nas instituições

**C**omo todos sabemos, a psicanálise surgiu a partir do trabalho de Sigmund Freud com pacientes neuróticos no final do século XIX. Ao longo dos últimos cem anos produziram-se movimentos que levaram a reformulações teóricas, avanços na metapsicologia e inovações nos dispositivos técnicos utilizados. Já no 5º Congresso Psicanalítico Internacional, realizado em Budapeste em setembro de 1918, Freud preconizara a extensão da prática clínica à população menos favorecida economicamente, oferecendo tratamentos que aliviassem seu sofrimento neurótico. Isso demandaria “a adequação da técnica a cada nova situação”. Apesar disso, persiste no imaginário sócio-cultural a idéia de que um psicanalista faz apenas tratamentos de longa duração, sustentados por deter-

*minadas invariáveis e objetivos, e que apenas sob estas condições se poderia reconhecer uma “verdadeira” prática psicanalítica. Mas há muitas outras modalidades*

**Issa Fernando Sarraf Mercadante** é psicanalista, psiquiatra e sanitarista, membro do Projetos terapêuticos e do Projeto de intervenção na clínica psicanalítica da anorexia e bulimia, da Clínica Psicológica do Instituto Sedes Sapientiae.

**Eva Wongtschowski** é psicanalista, membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae e psicóloga no Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo.

**Maria Eliza P. Labaki** é psicóloga, psicanalista, mestre em Psicologia Clínica pela PUC/SP, membro do Departamento de Psicanálise e professora do Curso de Psicossomática do Instituto Sedes Sapientiae, professora e supervisora da Universidade São Judas Tadeu, autora do livro *Morte* (Casa do Psicólogo).

**Aline Camargo Gurfinkel** é membro do Departamento de Psicanálise e professora e supervisora do Curso de Psicossomática do Instituto Sedes Sapientiae, mestre em psicologia pela USP e autora do livro *Fobia* (Casa do Psicólogo).

*e situações de intervenção em que o método psicanalítico é utilizado, embora enfrentando condições ambientais, temporais e espaciais bastante distintas daquilo que se imagina como enquadre ideal.*

O Departamento de Psicanálise constituiu-se historicamente como um espaço de formação reconhecido, entre outros aspectos, pela importância que sempre deu à prática dos psicanalistas nas instituições. Em função disso, temos conhecimento da existência de muitos colegas que trabalham em hospitais gerais, centros de saúde, ambulatórios de saúde mental, hospitais-dia, centros de referência para aidéticos, centros de assistência psicossocial (Caps) e outras instituições estaduais ou municipais. Entendemos que são esses analistas, "praticantes do inconsciente" (como os chama Roudinesco), que com seu trabalho cotidiano, muitas vezes silencioso, estão construindo o futuro da Psicanálise.

Com o intuito de desenvolver esta temática, Percurso convidou quatro psicanalistas de nosso Departamento, para responder à seguinte questão:

*"Considerando sua experiência de analista na instituição, o que permite afirmar que se trata de uma prática psicanalítica? Poderia nos reportar algum momento de seu trabalho institucional no qual se confrontou com a dúvida a propósito de estar ou não praticando psicanálise e, por fim, ter concluído afirmativamente?"*

*As considerações desenvolvidas nos textos que seguem nos mostram como para ser analista é necessário – além da capacidade de escuta analítica e interpretação – inventividade, habilidade para encarar o imprevisto, sensibilidade, humor, assim como flexibilidade quanto às ditas "regras tradicionais". Essa é a criatividade, que permite à psicanálise se manter viva e em constante construção.*

**Maria Cristina Ocariz**

**Issa F. S. Mercadante:** Ao receber esta pergunta lembrei-me imediatamente do percurso de Marina, uma das primeiras pacientes que atendi no Ambulatório de Saúde Mental de Vila Brasilândia, em 1986. Psiquiatra, primeiro emprego, aprendi na escola a avaliar fenômenos e a medicar.

Quando chegou ao ambulatório, Marina mais parecia um homem: roupa, cabelo e corpo. Estava há seis anos sem sair de casa, fumava o dia todo e tinha medo. Ouvira falar do serviço novo na região, criou coragem e resolveu arriscar.

“

Marina, feliz com sua descoberta, mostrava vontade de experimentar seu lado feminino, ainda com muita vergonha do que os outros iriam falar.

”

A primeira pergunta que lhe fiz, quando ela, tensa, entrou no consultório foi:

– Como você gostaria que eu te chamasse?

– Gostaria que você me chamasse de Marina. Marina é um nome lindo, mas ninguém me chama Marina.

Marina era chamada por todos de Dita, pois tinha um nome composto.

– Está bem, Marina.

Ela abriu um sorriso, soltou os ombros e a partir daí era Marina.

– Em que eu posso te ajudar?

Marina relatou sua história e parecia tranquilizar-se enquanto falava. Voltou a ficar tensa quando contou que há seis anos havia so-

frido um estupro, tendo sido vítima de uma roda de seis homens que a violentaram. A partir de então começou o medo de sair de casa. O cigarro comprado pelo pai era sua única companhia.

Na consulta seguinte, mais tranquila, falou envergonhada de uma dúvida que a angustiava muito.

– Não sei se sou homem ou mulher.

– O que você quer dizer com isso?

– Eu acho que eu tenho pinto.

– Você acha?

– Eu tenho vagina, mas acho que também tenho pinto.

– Então você vai descobrir.

Encaminhei Marina, nos seus trinta e poucos anos, à sua primeira consulta ginecológica para que tirasse sua dúvida. Ela voltou muito aliviada do encontro com a médica, que lhe explicou que seus grandes lábios eram muito grandes, motivo de sua dúvida. Ela não tinha pinto, era anatomicamente uma mulher.

Marina, feliz com sua descoberta, mostrava vontade de experimentar seu lado feminino, ainda com muita vergonha do que os outros iriam falar, pois afinal Marina sempre foi Dita.

Começava então a se transformar dentro do consultório. Repetia

brincadeiras de menina que fazia na infância, primeiro levando um batonzinho discreto, depois um esmalte. Eu era a primeira testemunha de sua mudança, entrava Dita e saía Marina, unhas pintadas, boca de batom.

Paralelamente às sessões, Marina começava a encontrar no ambulatório um lugar de pertinência. Lá achava seus pares, fazia amigos, começava a circular com eles dentro e fora da instituição. Mudava aos poucos seu modo de se vestir. Com roupas mais femininas, Marina de modos e medos mais suaves vinha trazendo novas questões, até um dia poder formular:

– Não sei se gosto de homem ou de mulher.

Dúvida que nenhum ginecologista ou psiquiatra poderia lhe responder. Eu só podia ouvi-la e acompanhá-la em suas questões, experiências e descobertas.

Eu, jovem, fazia análise, supervisão e grupo de estudos de psicanálise. Médico, podia ter caído na tentativa de medicar o sofrimento de Marina. Aspirante ao ofício de analista, podia ter me prendido na questão de se o que estava fazendo era ou não psicanálise, e que *setting* era aquele: afinal, a sala era a que estivesse vaga; frequência, a possível; tempo de sessão, o que desse, mas, para minha sorte, o momento da Vila Brasilândia era muito rico e eu muito jovem para que me perdesse nesse tipo de questionamento.

Eu me aproximei da Psicanálise porque queria ser um psiquiatra que pudesse escutar meus pacientes. Praticava um ofício, usava o que tinha para poder ajudá-los. Ouvia dizer do ouro da psicanálise, ouro/cobre, acreditava ter pouco ouro para oferecer a eles, mas, mesmo sendo pouco, queria que fosse ouro.

Acompanhei Marina por três anos, no início com maior frequência e mais tempo, ambos diminuindo ao longo dos anos até que, por razões políticas, a equipe do ambu-

latório foi desmantelada. Marina passou anos com medo de sair de casa após o abuso de seis homens; foram anos de sintomas que faziam com que evitasse suas contradições, evitasse a força de seus desejos, evitasse seus medos de exercer uma vida sexual plena.

Nesse período de trabalho naquela instituição, sei que não consegui ouvir muitas das coisas que me eram ditas por meus pacientes, caí muitas vezes na tentação do caminho fácil da medicação, mas vi e aprendi muito com as experiências institucionais pelas quais passei. Sei que muitos pacientes não se bene-

“

O trabalho institucional surpreende, como toda prática analítica.

”

ficiariam do tipo de caminho percorrido por Marina, mas tenho a clareza de que muitos deles estão tendo o mesmo tratamento.

São muitas as questões que se colocam num trabalho exercido em instituição, especialmente no serviço público. Nele é recebida uma ampla variedade de pacientes e patologias, vige a necessidade de dar uma resposta à demanda, há uma constante preocupação com a relação custo-benefício do tratamento, há questões relativas à transferência institucional e aos atendimentos individuais e grupais. Mas é fato que a psicanálise tem um grande acúmulo de experiências para pensar problemas como esses.

A psiquiatria mudou muito nesses anos. O DSM IV acabou com a Histeria, sem acabar com a força das históricas, mesmo dividindo-as em pequenos batalhões, dando-lhes fardas novas de colorido mais tênue, na tentativa de controlá-las. E se esforçou por colocar a psicanálise na contramão da história, história escrita pela força dos laboratórios de medicamentos novos e caros. Entretanto o desvendar de Marina foi o motor de sua cura. Ela e outros tantos pacientes insistem na importância da psicanálise na instituição.

**Eva Wongtschowski:** Ao receber o convite da *Percurso* para escrever sobre o tema deste debate, lembrei-me de uma cena que, a rigor, nunca tinha sido objeto de maior atenção. No segundo ou terceiro ano do Curso de Psicologia, numa das aulas de Aconselhamento Psicológico (baseadas na teoria e técnica de Carl Rogers), o professor convidou uma psicanalista para participar dos trabalhos do dia. Ela mesma explicou a razão de sua presença: trabalhava com psicanálise há muitos anos e queria ter contato com uma outra forma de ouvir e trabalhar com o paciente. Naquela época, embora eu nada entendesse de psicanálise, fiquei intrigada com seu argumento: ela não podia mais se surpreender com sua prática e já não conseguia avançar com “sua” psicanálise.

O trabalho institucional surpreende como toda prática analítica e representa hoje uma contribuição importante para o conjunto da teoria e técnicas analíticas. Não podemos esquecer que Freud começou suas observações clínicas num hospital. Do meu ponto de vista, a questão central não é se na instituição se pratica ou não psicanálise, mas o uso que dela se pode fazer a cada nova demanda que o paciente ou a instituição faz.

Vou privilegiar a questão do tempo no atendimento de pacien-

tes para desenvolver o tema proposto.

Freud atendia seus pacientes seis vezes por semana, com exceção dos domingos e feriados oficiais. Do mesmo modo como considerava de sua conveniência dispor de uma hora para cada sessão, podemos supor também que lhe era conveniente atender seis vezes por semana. Nunca fez disso uma norma mas, sim, uma recomendação. Ele começava a construção da psicanálise e precisava ouvir e ouvir. Passados mais de cem anos do início dessa construção, acumulamos uma quantidade imensa de conhecimentos e práticas que nos permite lançar mão desse número de consultas semanais, de modo a refazer o mesmo percurso, agora através da leitura de textos. Ou seja, nossa escuta não é mais a mesma de Freud ainda que não deixemos de considerar que a cada caso estejamos iniciando de novo. Tenho a convicção (sem entrar no mérito das diferentes estruturas, das resistências e dos limites da técnica) de que, embora os problemas que enfrentamos na clínica sempre se renovem, podemos hoje ser mais eficientes em intervenções que envolvam precocidade, urgência e número reduzido de sessões. Basta lembrar o desenvolvimento extraordinário que a teoria psicanalítica possibilitou no trabalho com mães e bebês: hoje podemos realizar intervenções precoces com segurança e avaliar rapidamente seus resultados em poucas sessões apenas.

Estabelecer uma diferença essencial entre a atividade psicanalítica na instituição e no consultório implica a idealização do que venha a ser um tratamento analítico e a suposição, completamente equivocada, de que todos aqueles que procuram um psicanalista querem ou deveriam se submeter a uma análise. Não há psicanálises, há psicanálise. Miller propõe uma diferença entre psicanálise e psicanálise aplicada à terapêutica: só existiria psicanálise pura quando ela não fosse

mais necessária, ou seja, ao final de uma análise. Alguns autores definem o atendimento psicanalítico na instituição como correspondendo apenas às entrevistas preliminares ou ao tratamento de ensaio (na expressão de Freud). Isto é, o paciente aceita a oferta de escuta, faz a suposição de que o analista sabe do seu sintoma, é convidado a associar livremente (a única regra ditada por Freud). O analista sustenta sua ignorância “douta” e pode, através dela e do seu instrumento de trabalho, possibilitar ao paciente a retificação de seu sintoma e a elaboração de um novo saber sobre ele. Isso

“  
E  
Estabelecer uma  
diferença essencial  
entre a atividade  
psicanalítica na  
instituição e no  
consultório implica a  
idealização do que  
venha a ser um  
tratamento analítico.

constitui o tratamento para muitos pacientes. Na literatura psicanalítica que trata da atividade na instituição há relatos exemplares sobre o tema. No entanto, e antes de mais nada, cabe lembrar o papel e a importância da fala do paciente no tratamento. Freud, por exemplo, ao considerar a queixa de Frau Emmy von N. de que ele não a deixava falar sobre o que ela queria, incluiu o saber na fala da paciente. Já Lacan diz que é o discurso que constitui o sujeito ao endereçá-lo ao analista.

Devemos levar em conta algumas características da instituição: nela, como é sabido, há sempre uma sobrecarga de trabalho para todos, um excesso de demanda. Os profissionais têm pouco tempo para ouvir. Esta é uma queixa freqüente dos pacientes. Estabeleci uma regra para meu uso: oferecer no mínimo uma hora para todas as primeiras entrevistas ou, dependendo do caso, para o conjunto das primeiras entrevistas. Fui constatando que eu não era capaz de formular um raciocínio clínico em menos tempo. Se o paciente precisa necessariamente desse tempo, não posso saber (tive apenas uma experiência em que o paciente se levantou e saiu antes de eu encerrar a entrevista), mas meu trabalho, sim, precisa. Isso implica um custo para o analista (é o que Eduardo Losicer chama de análise implícada). Lacan afirma que o analista paga nos três registros: com palavras, no Simbólico; com sua pessoa, apagando-se como eu, no Imaginário; com seu ser, no Real, anulando-se como sujeito e oferecendo-se como objeto a. Em “Sobre o início do tratamento”, Freud diz: “A extrema diversidade das constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos mentais e a riqueza dos fatores determinantes opõem-se a qualquer mecanização da técnica”. Devemos avaliar o efeito que as chamadas entrevistas preliminares, realizadas com o tempo do relógio, têm sobre aquele que vem para falar e ser ouvido.

Não posso me furtar de relatar uma primeira entrevista para explicitar o que quero dizer. Recebo uma mulher em torno de 40 anos. Ela se senta e diz: “Vim porque meu filho não entra quando eu o chamo”. Eu lhe pergunto: “Como?”. E ela responde: “Quando ele está brincando na rua com os meninos, eu o chamo e ele não vem”. Digo: “Hummm...”. Ela continua falando. Em resumo, conta ter dois filhos, cada um com um parceiro. Parceiros porque, de fato, nunca quis se casar. Mas queria ter filhos.

Apesar de gostar de cuidar de tudo ela mesma, permite que os pais dos filhos os visitem e saiam com eles. Intrigada com a queixa, vou ouvindo até que uma hora e meia depois sou “agida” por uma formulação e tenho a convicção que a paciente percebeu do que se tratava. Digo: “Se ele não vem, é porque você não é tudo para ele”. A paciente cai no choro. Eu espero. Quando ela se acalma um pouco, levanto, pego a agenda e pergunto: “Quando você quer voltar?”. Responde: “Não preciso. Agora eu sei”. Ela não sabia que sabia o que acreditava não saber... porque, de fato, não queria saber.

Minha hipótese é que o tempo na instituição funciona muitas vezes de modo paradoxal e determinante. Não sou adepta de qualquer forma de limitação prévia do tempo como nas terapias breves, as chamadas focadas ou aquelas com número de sessões determinadas de antemão. “A pergunta sobre a duração provável de um tratamento é quase irrespondível”, diz Freud. Acredito que uma entrevista psicanalítica que acontece ali onde justamente o paciente não a esperava, ou que de fato se dá quando ele a aguardava, opera uma descontinuidade que facilita uma reordenação de sua questão. O recurso do emprego do tempo longo provoca, do meu ponto de vista, um efeito de ruptura: dá-se uma abertura e um fechamento do inconsciente. Aparece o sujeito na sua divisão, facilitando uma operação de ressignificação que pode ou não desdobrar-se em novas perguntas. A escuta produz um instante que tem valor analítico. Ela propicia mudança. Mas há que se fazer uma diferença entre o momento de concluir uma análise e o término de um trabalho analítico. Essa é uma pergunta que não é estranha ao trabalho privado.

Para terminar, gostaria de apontar o quanto o trabalho na instituição não custa pouco. O paciente paga muito mais do que lhe é descontado no contracheque pelo di-

reito de usufruir do atendimento no hospital, e o analista ganha o privilégio de continuar a se surpreender.

**Maria Eliza P. Labaki:** Primeiramente, gostaria de agradecer o convite para participar deste debate que problematiza uma questão tão importante quanto polêmica. E, a título de introdução, lembrar que, se, de um lado, a expansão da prática psicanalítica para fora do âmbito e do enquadramento tradicional tem sido objeto de questionamento entre analistas, de outro, seu exercício institucional foi, já em 1918, previsto e sustentado por Freud como uma

“

As práticas  
analíticas  
abrigariam  
diferenças em  
relação à extensão  
do alcance e às  
variações no  
manejo de sua  
escuta.

”

autêntica forma de desdobramento do dispositivo clínico analítico. Isto é, uma vez que a neurose fosse atingindo uma magnitude maior, e se constituindo num problema de saúde pública – esse era o seu vislumbre –, a ampliação do tratamento psicanalítico para a população em geral seria uma decorrência natural e necessária.

De fato, é progressivo o número de psicanalistas que a cada dia voltam o seu interesse para o trabalho institucional, e seria mesmo estranho se tal realidade não nos

interpelasse. Afinal, que psicanálise é produzida nas instituições? Haveria mais de uma? Duas, três, quantas mais? Ou, diriam os ortodoxos, ao “ouro” puro da psicanálise estaria sendo misturado outro material, de forma a colocar em risco a pureza de sua prática? Bem, na minha opinião, não se trata de encarar a questão nem como um problema de clonagem da prática analítica, que estaria sendo falsificada nas instituições afora, nem de enxergá-la corrompida em sua pureza vitalícia. Se assim fosse, estaríamos, no mínimo, negligenciando a proposta contida no modelo metapsicológico, a partir de cujas diretrizes é possível conceber leis que regem a realidade, a permanência e o funcionamento daquilo que, para além do visível e do descritível, foi a grande fundação freudiana: o inconsciente.

É, portanto, no interior de diversos pontos de vista que organizam a apreensão do inconsciente que a metapsicologia permite uma relação de inerência entre clínica e teoria, de modo a atribuir existência e autenticidade às figuras psicanalíticas – pulsões e objetos, representações e afetos, palavra e memória etc. – independentemente do *setting* clínico onde são forjadas. Evidentemente, mudanças de *setting* operam transformações no *modus operandi*. Ou seja, tendo-se em vista que o sujeito do desejo está sempre ali, as práticas analíticas abrigariam diferenças em relação à extensão do alcance e às variações no manejo de sua escuta que, por sua vez, estão subordinadas às características do enquadramento intrínseco à natureza do *setting* em questão. Seja em consultório privado, hospital geral, hospital psiquiátrico, unidades básicas de saúde ou ambulatórios de saúde mental, a assunção do trabalho analítico acontece quando o analista se sente comprometido com a ética da psicanálise. Como diz Bleger, ética e *práxis* jamais se desgrudam. A propósito, temos notícia de trabalhos

realizados por analistas com grupos de moradores de rua e favelados. Por que excluí-los do rol de dispositivos que compõe o método clínico psicanalítico? Afinal não representariam, sobretudo, uma outra maneira de tratar as mesmas formações do inconsciente metapsicológico, considerando, naturalmente, a singularidade do sujeito escutado e do *setting* em questão?

Em São Paulo, a entrada do psicólogo no hospital geral deu-se por volta das décadas de 50/60, aproximadamente. Sabemos, no entanto, que seu trabalho era balizado pelo modelo médico. Ou seja, o psicólogo funcionava como um “braço direito” do médico, negativizado em sua posição, considerado um paramédico não-médico. Sua atividade consistia em preparar os pacientes para cirurgia, acompanhá-los no pós-cirúrgico, avaliar, por meio de testes psicológicos, aptidões intelectuais e de personalidade, oferecer assistência psicológica etc. Sem deixar de reconhecer o avanço que significaram tais práticas para a categoria “psi”, a história indica que a psicanálise deve seu ingresso no hospital geral menos à psicologia e mais à corrente psicodinâmica da psiquiatria. Principalmente nas universidades, observa-se um movimento de avizinhamo que ilustra como tem acontecido o deslocamento da psiquiatria dos asilos para o hospital geral. Multiplicando e desenvolvendo algumas das mais interessantes propostas de trabalho analítico dentro do marco institucional, foram, portanto, algumas unidades psiquiátricas e psicossomáticas no hospital geral que introduziram autores como Balint, Ferrari & Luchina, Bleger, Pichon-Rivière etc.

Apropriada ao campo do hospital geral, a proposta da Interconsulta Médico-Psicológica, criada por Ferrari & Luchina<sup>1</sup> na Argentina, é, a meu ver, um modelo genuíno de intervenção psicanalítica, podendo ser realizada pelo psiquiatra-psicanalista ou pelo psicólogo-psicanalista – logicamente, excluindo das

condutas deste último a prescrição medicamentosa. Representando uma alternativa à visão da medicina clássica centrada na doença, esta proposta pretende recuperar a noção de sujeito, substituindo a idéia massificante de uma história natural da doença, pelo princípio ordenador, a partir do qual a história do padecimento de uma doença é assimilada pela pessoa que a apresenta. Ou seja, o que significa para aquele sujeito estar doente e o que faz ele para curar-se? Mantendo as premissas de Freud em relação ao modelo do adoecer baseado nas séries complementares, nas teorias

“

O psicólogo  
funcionava como  
um “braço  
direito” do  
médico,  
negativizado em  
sua posição.

”

da angústia e nos processos defensivos, estes autores mostram, além disso, sua fidelidade às noções de transferência e contratransferência. Assim, por exemplo, a transferência do paciente poderia ser mediada por uma intensa expectativa em relação à cura, fruto de fantasias de onipotência, cujos efeitos, no médico, levariam a reações contratransferenciais.

Quando realizei minha formação em Psicologia da Saúde no

Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina (Unifesp), lembro-me de ter atendido um paciente na enfermaria de nefrologia que apresentava uma descompensação de tonalidade psicótica. Há anos sofria de uma disfunção renal crônica e havia, recentemente, recebido um rim transplantado. Depois de conversar com o médico-residente consultante, com membros da equipe de enfermagem e de ler seu prontuário médico percebi que apresentava alguns delírios e idéias de estar sendo possuído por alguém. Afastada a hipótese de psicose reativa ou orgânica, descobri, junto aos familiares, que o paciente era um fanático de religião espírita. Depois de alguns encontros, pude compreender que ele estava sofrendo de delírios traumáticos, cujo conteúdo remetia, justamente, à emissão de fantasias de intrusão do órgão do morto no seu corpo, convertendo o que lhe era familiar em estrangeiro. Não me lembro, ao certo, por quanto tempo trabalhamos este caso, mas certamente, não passou de algumas semanas. Psicanálise relâmpago, *setting* inusitado!

Em outra ocasião, integrando a equipe multiprofissional do Ambulatório de Doenças Parasitárias e Infecciosas do Hospital das Clínicas, lembro-me de um trabalho bem sucedido – entre outros que não tiveram a mesma sorte – de psicoterapia de grupo com pacientes HIV<sup>+</sup><sup>2</sup>. As características do grupo eram as seguintes: grupo fechado, frequência semanal, duração de quatro meses e equipe de coordenação formada por duas psicoterapeutas e duas psicólogas estagiárias observadoras. O grupo foi composto por portadores do vírus HIV e doentes de Aids, sendo nove do sexo masculino e um do sexo feminino, na faixa etária entre 29 e 43 anos. Antes da inclusão no grupo, cada participante passou por pelo menos duas sessões individuais com uma das psicoterapeutas para avaliação da pertinên-

cia e da adequação em relação à indicação dos pacientes ao grupo e esclarecimento quanto ao enquadre e objetivo do mesmo. No total, foram realizadas 16 sessões, com duração de uma hora e 20 minutos. Como referencial teórico-técnico utilizamos a Psicanálise e os Grupos Operativos.

Minha firmeza em relação a determinar o caráter analítico da presente experiência reside em alguns aspectos deste processo terapêutico que merecem destaque. O contrato com tempo limitado introduziu uma projeção temporal possível de ser vislumbrada, controlada e concluída. Repetiu-se no processo do grupo um ciclo de vida com início, amadurecimento e fim, que favoreceu a ressignificação de questões ligadas à finitude, ao interjogo identificação-diferenciação, à responsabilidade pelas escolhas individuais, à elaboração dos lutos e separações. Evidenciou, ainda, uma experiência de acesso à simbolização da castração, fazendo a morte inacessível do real desdobrar-se em morte simbólica constituinte do próprio existir humano.

Inicialmente, a uniformidade quanto ao diagnóstico impôs um nível de homogeneidade suficiente para sustentar e mobilizar um intenso processo de múltiplas identificações, promovendo um sentimento de continência e pertinência ao grupo. Foi, no entanto, a partir dessa matriz inicial de indiferenciação que os pacientes puderam projetar no espaço grupal diferenças, conflitos, pensamentos, afetos, histórias de vida e experiências que, por sua vez, determinaram maneiras singulares e diferenciadas de viver a mesma realidade. Concluímos que o acesso do grupo à experiência de heterogeneidade permitiu que os pacientes se desaprisionassem de suas imagens objetivadas pelo diagnóstico, confrontando-os com a subjetividade implicada no próprio desejo. E não foi sem angústia que este processo de assu-

jeitamento foi sendo incorporado pelos pacientes.

Outras análises e conclusões que puderam ser apreendidas a partir desta experiência grupal não serão aqui citadas, por ultrapassarem o escopo deste debate. Espero ter conseguido justificar minha convicção em relação à consistência da utilização do dispositivo analítico nas instituições. Ainda que condições de temperatura e pressão determinem o clima da estação!

**Aline Camargo Gurfinkel:**

Gostaria de iniciar ressaltando a relevância da temática colocada em

“

Também na  
prática privada  
devemos nos  
perguntar se de  
fato praticamos  
psicanálise.

”

debate pela *Percurso*, uma vez que em minha experiência institucional tenho repetidamente escutado de diversos colegas uma queixa sobre a necessidade imperiosa de se refletir sobre a prática institucional, e até de uma certa “impossibilidade de pensar” neste contexto. Quanto à questão específica formulada, desde já devemos ressaltar que não se trata de uma dificuldade exclusiva do analista na instituição: também na prática privada – e nas mais diver-

sas modalidades de clínica que hoje conhecemos – devemos nos perguntar se de fato praticamos psicanálise, assim como nos deparamos com situações em que somos assolados por dúvidas quanto ao caráter analítico do trabalho. Se não fosse assim, estaríamos supondo que o processo analítico está sempre garantido apenas pelo enquadre, posição difícil de ser sustentada.

No entanto, não se pode negar que a problemática se coloca, no caso da prática institucional, de maneira mais aguda. Posso hoje reconhecer que as maiores dúvidas surgiam em momentos de resistência e paralisia do trabalho clínico, nos quais me via colocando a psicanálise num lugar de ideal inalcançável, em contraste com as fragilidades e precariedades do contexto em que meu trabalho se inseria. Em outras ocasiões, o caráter analítico do trabalho parecia evidenciar-se e emergir da própria clínica; eu conduzia psicoterapias, e o meu empenho era o de instaurar cada vez mais “momentos analíticos” nestes processos.

Assim, creio que podemos reformular a questão apresentada nos seguintes termos: como identificar os elementos que mais frequentemente potencializam o caráter analítico das psicoterapias institucionais? Para tratar da questão, concentrarei meu comentário em dois aspectos – o trabalho em equipe e a questão da abstinência –, procurando recheá-lo com algumas situações vividas.

Procuro considerar a prática institucional sempre a partir de uma perspectiva grupalista. Devemos levar em conta as múltiplas transferências com as quais nos vemos envolvidos, entrelaçadas como que em uma rede que articula os diversos elementos: estamos imersos em um ambiente que envolve relações de trabalho em equipe, a política da instituição e o imaginário a ela associado, todos estes fatores operando em conjunto com o “nosso” trabalho. Mesmo no caso em que a maior parte da tarefa é composta pela

condução de psicoterapias individuais, o paciente e o trabalho estão “enquadrados”, num sentido amplo, pela instituição que os contém.

Assim, a escuta analítica na clínica institucional não pode ser sustentada de maneira isolada. As situações institucionais mal elaboradas – como certas exigências ou regras que cerceiam a singularidade dos tratamentos, ou mesmo frequentes mudanças de políticas que não se dêem de modo participativo – têm um efeito direto sobre os terapeutas, o que conseqüentemente afeta a sua escuta e o trabalho clínico com os pacientes. A mesma questão é visível em um sentido inverso: o trabalho compartilhado e elaborado grupalmente permite suportar certas situações difíceis tanto em termos das relações institucionais quanto de certos desafios e impasses transferenciais experimentados com os pacientes. Isto é da maior importância quando trabalhamos com a formação de analistas que atuam como psicoterapeutas em instituições, conforme pude constatar no período em que trabalhei como coordenadora de uma equipe de estagiários na Clínica do Instituto Sedes Sapientiae: a possibilidade de escuta dos terapeutas-estagiários dependia não só da sua formação em termos de estudo teórico, supervisão e análise, mas também da sustentação em equipe de seu trabalho, muitas vezes árduo.

Para exemplificar este último aspecto, recorro a um caso que acompanhei na equipe de estagiários acima referida. Tratava-se de uma paciente encaminhada pelo psiquiatra com diagnóstico de oligofrenia, caso que freqüentemente fica excluído de uma clínica psicológica. O psiquiatra de alguma forma vislumbrou um trabalho possível de ser feito com esta paciente e sua família para além de seu diagnóstico, e a encaminhou para a equipe clínica. A terapeuta-estagiária que se mobilizou para atender o caso era psicóloga e aluna do Curso de Psi-

copedagogia do Instituto Sedes, e conduziu, a meu ver, um belíssimo processo com esta paciente – inclusive com momentos de caráter analítico –, mostrando para a equipe como as ferramentas de trabalho devem ser criadas a cada caso, com inventividade e sensibilidade. Conforme a paciente foi adquirindo confiança na terapeuta e no *setting*, começou a contar instigantes histórias da sua religião, o candomblé, na qual ela era reconhecida e ocupava

“

O trabalho compartilhado e elaborado grupalmente permite suportar certas situações difíceis, tanto em termos das relações institucionais quanto de certos desafios e impasses transferenciais experimentados com os pacientes.

”

um lugar de destaque. Nas sessões, a paciente falava de si através de seus deuses – como o faziam os poetas gregos –, e ao longo do tratamento escreveu e ilustrou um livro sobre a mitologia do candomblé, figurando cada entidade e os aspectos psicológicos que eles representavam. A paciente foi podendo construir um lugar próprio entre o terreiro e o espaço da psicoterapia que não podia ser reduzido, no entanto, a nenhum dos dois, através de um

trabalho que envolvia atividade, palavra falada e escrita, e um corpo-a-corpo que a equipe ajudou a sustentar.

O segundo aspecto que trago para o debate é o da abstinência no trabalho clínico-institucional. Por vezes nos defrontamos com situações em que o terapeuta acaba agindo ativamente na tentativa de construção de um desejo de cura, em uma “atividade” que pode incluir desde ligações telefônicas até

o pagamento do transporte do paciente ao local de tratamento. Evidentemente, trata-se de casos específicos nos quais entendemos que a instituição tem uma parcela de responsabilidade ética em termos de procurar garantir a continuidade do tratamento, e que envolvem, por exemplo, risco de vida ou risco social importante. Chego a pensar que a abstinência, neste contexto, deva ser considerada de outra forma do que aquela preconizada pelo mé-



todo analítico conforme foi concebido na sua origem, já que muitas vezes é necessário um investimento por parte do terapeuta no tratamento até que o paciente possa progressivamente vir a sustentá-lo.

Estas considerações estiveram muito presentes em um caso por mim atendido<sup>3</sup>, o que possibilitou também o esclarecimento de certas dimensões da experiência contra-transferencial em jogo. Tratava-se de uma jovem de 23 anos que se apresentou de modo particularmente ambivalente em relação ao tratamento, o que desencadeou em mim uma tendência de um maior empenho pessoal para possibilitar uma aderência mínima. Minha paciente tinha uma questão particular com a abstinência, pois seu sintoma, um distúrbio alimentar que se concentrava em uma luta entre o comer e o não comer, veiculava como questão central o “pôr para dentro” tanto em termos de quantidade quanto de intensidade. A paciente suscitou desde o princípio uma preocupação: parecia recusar-se ao tratamento na mesma medida em que emagrecia e se desvitalizava, e quanto mais eu me movimentava no sentido de ultrapassar os obstáculos que colocava – com relação a horários, pagamento, distância etc. – mais ela se afastava. Vi-me capturada numa relação na qual ela era como uma criança que tem fome, mas precisa rejeitar o alimento para controlar a mãe. Aos poucos, porém, fui encontrando a distância possível e necessária para estar ao lado dela, sempre no horário limite: chegava no tempo limite de realizar algo que pude depois reconhecer como sendo “uma sessão”; o trabalho sobre a contratransferência foi, aqui, crucial para possibilitar um descolamento do *furor curandis* ao qual as “instituições de tratamento” podem às vezes nos arrastar. Bem, este trabalho, muito peculiar e irregular em termos de enquadre, foi ganhando, progressivamente, características próprias de um processo analítico.

Ora, este tipo de observação – juntamente com muitas outras semelhantes – nos faz perceber que a clínica institucional tem uma riqueza de recursos terapêuticos que oferece condições para certos processos analíticos que, talvez, não seriam possíveis no contexto da clínica privada da mesma maneira. Um bom exemplo deste tipo de situação é apontado por Jeammet<sup>4</sup>, para quem certas “patologias do vínculo” ganham na instituição um *locus* privilegiados de trabalho. Assim, alguns pacientes que não suportam, a princípio, o investimento objetal implícito no enquadre analítico, não toleram, na verdade, tomar contato com sua “apetência objetal” (ou voracidade), o que só se torna possível de modo indireto, na psicoterapia grupal ou em um contrato mediado pela instituição.

Bem, nada disto deve nos fazer esquecer que tanto a questão da abstinência quanto a do manejo do *setting* só podem ser pensadas em cada situação singular, seja na instituição, seja no consultório. Se ressaltar aqui algumas peculiaridades do trabalho na instituição, estas características não nos autorizam a abrir mão do princípio da singularidade do caso; elas nos permitem, sim, uma ampliação e recolocação das questões e desafios colocados à clínica psicanalítica. Afinal, no contexto da “psicanálise de consultório” estamos sujeitos aos mesmos desafios quanto à abstinência e ao *setting*, e em paralelo ao caráter grupalista da clínica institucional, poderíamos ainda nos indagar: será que o profissional dito “autônomo” não necessita também construir uma espécie de “equipe mínima”, ainda que simbólica? Creio que parte das preocupações aqui esboçadas estão bem sintetizadas pelas seguintes palavras de Silvia Alonso<sup>5</sup>, ao descrever a função do psicanalista: “ter claro o que fazemos quando fazemos análise; ver claramente a especificidade do analítico; ter a regra fundamental de análise como refe-

rência; é justamente isso que nos concede uma liberdade maior para pensar as estratégias de condução de um trabalho analítico em cada situação particular, e para exercitar a ‘elasticidade da técnica’ com a tranquilidade necessária à inerente criatividade do ser analista”.

#### NOTAS

1. Ferrari, H.; Luchina, N. & Luchina, I. L. *La Interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1977.
2. Cf. E. C. Dias; M. E. P. Labaki; C. Daspett & K. Q. Farias, “Avaliação das vicissitudes do atendimento de pacientes HIV+ em psicoterapia de grupo”, *Insight*, Ano VI, n. 63, São Paulo, junho de 1996.
3. Este caso clínico foi por mim apresentado e discutido com mais detalhes em “A fobia alimentar: angústia, feminilidade e oralidade”, in: R. Volich, F. C. Ferraz e W. Ranña (orgs.), *Psicosoma III*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 2003.
4. P. Jeammet, “Abordagem psicanalítica dos transtornos das condutas alimentares”, in: R. Urribarri (org.), *Anorexia e bulimia*, São Paulo, Escuta, 1999.
5. S. Alonso, “Psicanálise/psicoterapia: as ondulações do campo da prática psicanalítica”, *Psychê*, n. 5, 2000, p. 22.