

Psicoterapia Breve e Prevenção: Flexibilidade da Técnica para Ampliar sua Indicação¹

Maria Leonor Espinosa Enéas
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Resumo

Este artigo estuda uma possibilidade de ampliar a indicação de psicoterapia breve mediante a contribuição da abordagem transteórica de mudança. Apresenta e discute o desenrolar de um processo breve de 12 sessões, por meio da avaliação dos estágios de mudança. A terapia se propunha a melhorar a qualidade da resposta adaptativa do sujeito e manteve o objetivo próximo de suas expectativas. Foi obtida boa adesão ao processo e melhora satisfatória do paciente. Discute a necessidade de refletir sobre a indicação de psicoterapia breve e a adequação do termo empregado.

Palavras-chave: psicoterapia breve, prevenção, saúde mental, indicação terapêutica.

Brief Therapy and Prevention: Technique Flexibilization in Order to Improve it's Use

Abstract

This paper has studied the possibility of extending the indication for brief psychotherapy, with the help of the trans-theoretical approach of change. It has presented and discussed the development of a brief therapy process through the assessment of the stages of change, with comprised 12 sessions. The intention has been to improve the quality of the person's adaptive response and to keep the goal close to his/her expectations. A good adherence to the process and a satisfactory patient's improvement has been attained. The need to deliberate about the brief psychotherapy indication and the semantic appropriateness of the term used has also been discussed.

Key words: brief therapy, prevention, mental health, therapeutic indication.

A psicoterapia breve (PB), enquanto técnica psicoterápica, oferece a oportunidade de trabalhar sobre uma área circunscrita da personalidade estabelecendo um objetivo limitado, compatível com as condições apresentadas pelo paciente para obter melhora em algum nível. Constitui, desta forma, um importante procedimento terapêutico para uma diversidade de casos, além de permitir ao profissional a possibilidade de atender um maior número de indivíduos, aspecto mais relevante nos atendimentos institucionais. Seu emprego também supõe uma otimização no manejo do tempo, visando oferecer o

máximo de ajuda possível no momento, mantendo o trabalho focalizado durante todo o processo.

Considerados em conjunto, o aspecto preventivo e o manejo do tempo podem conduzir o profissional que trabalha com psicoterapia breve a dela se valer não mais apenas como uma técnica psicoterápica, mas principalmente como uma postura diante dos conflitos emocionais da população. Buscando esta aplicação, entra em jogo a expectativa dos profissionais que a empregam, nem sempre compatível com a expectativa daqueles que buscam atendimento. Estas idéias serão desenvolvidas a seguir.

1. Trabalho apresentado na Mesa redonda *Psicoterapia breve e prevenção* na XXIX Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia, Campinas - SP, outubro de 1999.

Endereço para correspondência: Rua Borges Lagoa, 710, apto 44 Vila Clementino - CEP 04038-001 - São Paulo - SP. Fone (11) 55732965 Fax (11) 2566217 (Clínica Psicológica Mackenzie). e-mail: mleeneas@mackenzie.com.br

Quanto à prevenção, Simon (1983) define uma estrutura em três fases compreendendo:

- a. prevenção primária, com medidas de promoção de saúde e proteção específica ;
- b. prevenção secundária, que inclui diagnóstico precoce e tratamento eficaz e;
- c. prevenção terciária, que busca a reabilitação.

Simon propõe, ainda, considerar a configuração adaptativa do indivíduo e suas possíveis variações para orientar medidas de intervenção compatíveis com os objetivos preventivos possíveis no momento. Para o autor, a adaptação depende do conjunto de respostas do indivíduo que busca atender suas necessidades, respostas estas que, sendo adequadas, solucionam seus problemas satisfatoriamente e sem a ocorrência de conflitos intrapsíquicos ou com o meio externo. Variações na eficácia adaptativa podem conduzir à tomada de diferentes medidas preventivas, medidas estas que também podem vir a beneficiar outras pessoas das relações próximas do paciente.

Dentre as propostas de psicoterapia breve, a de Mann (1973) fundamenta-se na percepção e manejo do tempo. Para o autor, “o estabelecimento do problema central e da data do término, feitos pelo terapeuta logo no início do tratamento, promovem o desenvolvimento da aliança terapêutica e encorajam o paciente a participar do trabalho terapêutico. Este é realizado num contexto de confronto entre o tempo imaginado, idealizado ou infantil, e o tempo real, da vida adulta, de modo a reorganizar a história de vida, expandir a consciência do paciente e aumentar o domínio sobre as questões de separação” (Mann, 1991).

A concepção de “limite de tempo” é questionada por Binder, e cols. (1987), que propõem uma *atitude* de tempo limitado, que inclui, dentre outros aspectos, formulações clínicas fundamentadas em comportamentos observáveis, a manutenção da focalização sobre uma questão relacional e a manutenção do envolvimento ativo de ambos os participantes no processo. Segundo os autores, esta atitude beneficia as terapias dinâmicas, independentemente de uma limitação temporal.

Estas contribuições permitem potencializar o uso do tempo disponível para o atendimento, estabelecendo um objetivo possível para as condições do paciente. A avaliação destas condições inclui identificar as expectativas trazidas pelo paciente, principalmente em contexto institucional.

Sobre este aspecto, evidencia-se a disparidade entre a formação do psicólogo clínico, geralmente voltada para a prática privada, e a atuação no campo institucional, em que geralmente se inicia a função profissional. Neste contexto, é preciso considerar, como propõe Simon (1981), o tipo de mentalidade e motivação daqueles que procuram ajuda. Muitos não estão habituados à introspecção e às necessidades emocionais; geralmente atribuem a causa de seus problemas a outras pessoas, desconsideram o sofrimento psíquico como merecedor de atenção, sentem-se sobrecarregados por inúmeras atribuições, ou ainda não dispõem de recursos financeiros que permitam o comparecimento regular ou prolongado às sessões. Tudo isso dificulta a criação de um espaço mental compatível com a realização de um processo terapêutico concebido nos moldes tradicionais.

Além disso, os motivos pelos quais os indivíduos procuram auxílio devem ser avaliados apropriadamente. Para esta avaliação, é útil considerar a contribuição do enfoque transteórico de mudança, especialmente o aspecto referente aos estágios percorridos pelo indivíduo em sua mudança psíquica. Prochaska (1995) propõe observar a mudança em uma série de seis estágios: *pré contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e terminação*. Em função do estágio de mudança em que estiver, o indivíduo pode apresentar condições diversas para envolver-se em uma psicoterapia. O termo psicoterapia sugere a busca pela melhora da saúde, que, para ser obtida, demanda um processo de sucessivas mudanças menores (Braier, 1990). Considerando os estágios de mudança, é possível buscar mudanças graduais dos indivíduos de forma compatível com suas expectativas e possibilidades — o que, muitas vezes, pode representar um primeiro passo na melhora adaptativa do indivíduo.

Dados os aspectos apontados acima, pretende-se agora discutir a flexibilidade necessária à PB para ampliar sua indicação, aumentando a atuação preventiva do profissional.

A proposta aqui comentada será apresentada juntamente com a discussão de um atendimento realizado em meados de 1999 no Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicoterapia Breve (NEPPB) por uma aluna do terceiro ano do curso de especialização em psicoterapia breve de adultos. Serão comentadas as alterações técnicas realizadas e os motivos de fazê-las.

O paciente, do sexo masculino, 32 anos, casado há 11 anos, com 4 filhos e empregado como cobrador de transporte coletivo, será identificado como C. A terapia teve 12 sessões previstas e o objetivo de melhorar a qualidade da resposta adaptativa do indivíduo e de prevenir a piora do quadro apresentado. Nesta apresentação, será dividida em quatro partes de três sessões cada. Após um resumo de cada parte, em itálico, serão feitas as considerações referentes ao tema em questão. Algumas falas textuais do paciente são apresentadas entre aspas e algumas partes foram grifadas para ajudar a destacar indícios do estágio de mudança.

Parte 1 - sessões 1, 2 e 3

C. refere como queixa não sentir-se bem consigo mesmo, só pensar em fazer coisa errada, fazer mal para si mesmo. Diz ser difícil beber, mas quando o faz passa dos limites e cai em depressão; não quer ver ninguém, não vai trabalhar. Durante o último episódio, ocorrido dois meses antes, ficou 10 dias sem trabalhar e pediu para ser mandado embora. Queria comprar uma arma e se matar. Sente que não tem valor para nada e que prejudica as pessoas. Diz não conseguir explicar o que pensa e o que sente; “não consigo falar”.

Bebe desde 17 anos de idade e até 3 ou 4 anos atrás tinha mais controle. Nunca fez tratamento, nem pensou em procurar; foi a esposa quem insistiu e o fez informar-se sobre um lugar que pudesse ajudá-lo. Como expectativa do atendimento diz que “*essas*

coisas parem de acontecer comigo, e que fique normal” .

Durante a sessão fica claro que enquanto está “parado” pensa constantemente em se matar e que quando bebe tem vontade de fazê-lo. Acha que sua atividade ocupa-o pouco, e por isso é difícil livrar-se dos pensamentos. Considera-se muito nervoso e, aos poucos, vai contando que às vezes bate nas coisas, que já chegou a agredir fisicamente algumas pessoas e que quando era criança brigava frequentemente. Procura sair das situações para não perder o controle.

De sua história, conta que é o irmão do meio de uma prole de 6 filhos. Seus pais se separaram aos seus 8 anos porque a mãe interessou-se por outra pessoa. Ele ia ver o pai de vez em quando. Sua própria esposa era casada com um amigo seu e foi se interessando por ele, até que foi procurá-lo para viverem juntos. *Ela insistiu muito e ele acabou aceitando.*

Quando a terapeuta pergunta sobre o relacionamento com os pais, C. faz longo silêncio e pede para ir embora e voltar em outro dia porque não consegue falar.

Na segunda sessão, chega com 20 minutos de atraso, diz que já contou tudo para a terapeuta e que tem vergonha de falar sobre essas coisas. Diz não ser dependente da bebida e não perder o controle. *Admite que tem problema* porque o que pensa não é normal; acha que ele precisa fazer alguma coisa, *mas não sabe o quê.*

C. vai sendo conduzido pela terapeuta a pensar sobre o que o incomoda mais e acaba deduzindo que são seus pensamentos e que o pior problema é a bebida pois torna piores os pensamentos e o leva a perder o controle.

Discutindo sobre a necessidade de parar de beber, C. diz que *não quer parar porque beber é divertido*, faz com que se sintam mais alegre. Além disso, reitera não ser dependente porque só bebe quando quer.

Atrás novamente para a terceira sessão. C. diz não concordar com a terapeuta sobre sua conclusão de que é alcoólatra. “Eu não soube explicar e a senhora entendeu errado”. C. acrescenta que não consegue se explicar porque é de falar pouco.

A terapeuta convida-o a ver cada aspecto do que acontece. C. diz não estar a fim de falar. A terapeuta reafirma que gostaria de entendê-lo e ajudá-lo. C. diz *que não quer falar, que vai embora* e volta na outra semana. A terapeuta aponta que ele fez sacrifício para chegar, que vem de longe e que tudo isso deve ser porque quer ser entendido. Ela continua expondo seus pensamentos, independentemente de C. falar ou não. Comenta da possível expectativa dele com relação ao tratamento e que ele vai percebendo que precisa se esforçar. C. novamente diz querer ir embora. A terapeuta se diz preocupada em deixá-lo sair naquele estado de angústia e pergunta se procurou um médico em função de ficar nervoso facilmente, angustiado e sem controle; explica o papel da medicação.

Novamente ao ser mencionada a infância de C., este fica bastante emocionado, levanta-se, vai até a janela e acaba por ir embora. Ficou na sessão por quase 30 minutos.

Observa-se, desde a queixa, que C. menciona aspectos geralmente excluídos da indicação de PB: alcoolismo, ideação suicida, depressão. Em uma perspectiva tradicional da PB, são considerados fatores de exclusão, entre outros, tentativas sérias de suicídio, dependência a drogas, alcoolismo crônico, atuações gravemente hetero ou auto destrutivas (Malan, 1976/1981). Mesmo que as referências feitas por C. não se coadunem exatamente com os critérios de exclusão, e que ainda fosse necessário investigar a extensão em que tais episódios ocorrem em sua vida, estes representam aspectos sugestivos da necessidade de indicação terapêutica de mais longo prazo. Além disso, C. menciona também ter dificuldade para falar, entendida como a dificuldade para observar a si mesmo. Na literatura da área, este é um aspecto negativo para avaliação da motivação do paciente (Sifneos, 1987/1989). Quando isto ocorre, questiona-se a possibilidade do paciente engajar-se no processo terapêutico.

Adiante, C. informa que nunca pensou em procurar tratamento, tendo sido a esposa a insistir para que o fizesse e quem buscou as primeiras orientações nesse sentido. Questionado sobre suas expectativas

relativamente à terapia, C. diz que espera ficar normal e que “essas coisas parem de acontecer”. Nota-se a passividade em suas atitudes, como se “essas coisas” fossem agentes em sua vida, sendo necessário que outro agente — a esposa — tomasse a iniciativa pelo tratamento. Essa posição corresponde ao que Prochaska (1995) menciona ser o *estágio de pré contemplação*, ou seja, quando a pessoa não tem intenção de mudar seu comportamento em um futuro próximo. Nesse estágio de mudança, os indivíduos não têm consciência de seu problema e geralmente são levados ao tratamento por insistência de outros. Mesmo que eles desejem a mudança, não são capazes de tentá-la por si mesmos.

Na segunda sessão, C. chega a admitir que tem problemas, sendo necessário fazer alguma coisa, mesmo que não saiba o quê. Esta afirmação é sugestiva do *estágio de contemplação*, no qual o indivíduo tem consciência da existência do problema e pensa em resolvê-lo, sem que haja um compromisso nesse sentido. Embora, segundo Prochaska (1995), os indivíduos possam passar longos períodos nesse estágio, logo adiante na sessão, C. é enfático ao dizer que não quer parar de beber porque é divertido e porque não é dependente. Observando como ocorreu a admissão de seus problemas, nota-se que foi a partir da condução da terapeuta, e que ele referia-se a seus pensamentos e não à bebida. Nessa passagem fica clara a diferença de expectativa do paciente e da terapeuta. De um lado, C. pôde reconhecer que tem um problema com seus pensamentos, embora não saiba como resolvê-lo, e isto já seria compatível com o *estágio contemplativo*. De outro lado, a terapeuta tem a expectativa de convencê-lo de seu problema com a bebida, para a qual não encontra ressonância em C. Parece, então, que neste momento a melhor estratégia terapêutica é acompanhar a disponibilidade de C. e oferecer um apoio para iniciar um tratamento psiquiátrico.

Uma avaliação rotineira dos pacientes atendidos no NEPPB é da qualidade adaptativa, empregando a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), proposta por Simon (1983). Procura-se identificar o setor (ou setores) de personalidade mais

prejudicado do ponto de vista adaptativo e organizar uma estratégia terapêutica que permita obter melhora, ou ao menos iniciar um processo de melhora adaptativa (Simon, 1996). No caso de C., observa-se uma adaptação não-eficaz severa, sendo que o setor afetivo-relacional encontra-se com resposta pouquíssimo adequada e os setores de produtividade, orgânico e sócio-cultural com respostas pouco adequadas. Foi observado anteriormente que esta configuração adaptativa não se mostrou um bom preditor sequer da continuidade do processo (Enéas, 1993).

Observa-se, então, que a queixa trazida por C., o estágio de mudança em que se encontra e a qualidade de sua resposta adaptativa, não são aspectos sugestivos de que pudesse beneficiar-se de uma PB no momento. Considerando, ainda, os critérios tradicionais de indicação de PB, pode-se concluir pela não indicação de PB neste caso. Isto porque estes critérios tendem a valorizar a preservação dos recursos egóicos, como boa qualidade das relações objetais na infância, mecanismos de defesa de alto nível, conflito relativo à fase edípica de desenvolvimento, capacidade de troca em relações interpessoais e, principalmente, motivação para engajar-se em um processo de mudança psíquica (Sifneos, 1987/1989). C. não parece adequar-se a este perfil. Contudo, autores de uma segunda geração de proponentes de PB enfatizam apenas a necessidade do paciente estabelecer uma boa aliança terapêutica (Strupp e Binder, 1984). Evidentemente, do ponto de vista teórico, também para o desenvolvimento da aliança terapêutica é necessário que o indivíduo tenha tido boas condições de desenvolvimento egóico (Luborsky, 1984). Contudo, do ponto de vista prático, é mais facilmente observável a maneira como o indivíduo interage com o terapeuta, por meio da qual demonstra as condições que teve e a maneira como as maneja em suas relações interpessoais.

Retornando ao atendimento, observa-se que mesmo as condições para desenvolvimento da aliança terapêutica não parecem muito favoráveis, na medida em que C. tende a atrasar-se para as sessões, abandoná-las antes do horário e apresenta dificuldade para falar de seus sentimentos. Contudo, C. retorna a cada sessão, o que poderia ser um indicador favorável.

Apesar de tantos aspectos contrários à indicação de PB, pareceu possível tentar ajudá-lo, como mencionado acima, procurando mobilizá-lo a buscar uma ajuda psiquiátrica como um primeiro passo de seu tratamento. Esta é uma das possibilidades da técnica breve, principalmente quando empregada com pacientes de menos recursos, e refere-se à limitação dos objetivos pretendidos ao final do atendimento. Novamente, este aspecto se contrapõe às indicações e pretensões da proposta mais tradicional de PB que pretende ver, ao fim do processo, a resolução do conflito tido como foco. De fato, este seria, idealmente, o objetivo pretendido por todos os profissionais diante do problema emocional de qualquer paciente. Contudo, nem sempre a prática apresenta as condições ideais de trabalho e, qualquer que seja o motivo da limitação, faz com que seja necessário prestar uma ajuda possível e não a ideal. Este é o caso de pacientes mais comprometidos que podem beneficiar-se com processos breves intermitentes, ou ainda aqueles que precisam trabalhar sua mobilização para um processo terapêutico. Neste caso, o objetivo da terapia pode redundar num encaminhamento para terapia, eventualmente de longa duração, mas que, sem um trabalho prévio, poderia ter menos chances de se realizar.

Desta forma, a possibilidade de ajuda para C. depende de conseguir um envolvimento mínimo dele no processo para obter sua mobilização em busca do tratamento psiquiátrico. Isto representaria a possibilidade de passar do estágio *pré-contemplativo* para o *estágio de ação*. Nesse primeiro momento, a intenção foi garantir alguma continuidade ao processo (Knobel, 1986) e com isto fortalecer a aliança terapêutica e usá-la em benefício do encaminhamento. Assim, a postura da terapeuta foi importante. Oferecer apoio, reassuramento e também manter o questionamento sobre aspectos que precisavam ser esclarecidos para o próprio paciente, foi a tática empregada nesta fase. Tentava-se obter o máximo de efeito possível em cada sessão (Binder, Henry e Strupp, 1987) caso houvesse desistência de C., ou seja, ao menos sugerir a necessidade de encaminhamento.

Parte 2 - sessões 4, 5 e 6

Neste bloco de sessões, C. compareceu no horário. Na quarta sessão diz ter ficado nervoso durante toda a semana sem saber o motivo. Explica que vai ficando nervoso no decorrer do dia, sem que aconteça nada de especial. Diz não ter conversa com as pessoas e a terapeuta comenta que “a gente também aprende a conversar”. C. conta de sua família de origem e principalmente sobre seu casamento. Confessa que sente falta de carinho e que acha que a esposa acostumou a viver com ele e não deve gostar mais dele. A terapeuta vai discutindo outras formas de ver as coisas trazidas por C.

A terapeuta retoma a questão do nervosismo e de ter falado sobre psiquiatra, e pergunta o que C. pensa a respeito. *Ele concorda em ser encaminhado*, pergunta se problemas que se tem quando criança podem afetar alguma coisa quando grande, porque teve meningite aos 6 anos. C. conta ainda que sentiu-se nervoso durante a semana toda e *não quis beber porque está fazendo tratamento e não ia adiantar nada*.

Na quinta sessão C. comenta que seu nervoso é constante e que só melhora quando brinca com colegas ou com filhos. Sobre procurar um psiquiatra, C. diz que ainda não o fez, *pretende fazê-lo* mas precisa ir ao HC e lá *é difícil*. A terapeuta oferece carta de encaminhamento e C. *aceita*.

A terapeuta comenta que irão discutir suas dificuldades de relacionamento e que a bebida talvez seja uma conseqüência dessas dificuldades. Estabelece a data do término na 12^a sessão e marca uma revisão de meio de processo na 8^a sessão.

C. conta que seu pai bebia constantemente, às vezes batia na mãe, nos filhos e chutava as coisas. Diz sentir-se abaixo das pessoas e só ficar bem quando as pessoas precisam dele e percebe que pode ajudar. C. comenta também que *procurou conversar com a esposa* sobre o relacionamento sexual do casal e diz que às vezes não sabe “como chegar nela”. Sente receio que ela o abandone se estiver insatisfeita.

A terapeuta procura apontar algumas semelhanças entre seu casamento e o dos pais e a possibilidade de estar sofrendo por algo que imagina - no caso a esposa arrumar outro como sua mãe fez com o pai. Ela segue fazendo conexões com o sentimento de ser inferior e diz que ele próprio se boicota ao se fechar. C. diz que não consegue mudar e a terapeuta afirma que ele consegue, apontando que já precisou fazer esforço para mudar coisas que não estavam boas em sua vida. C. faz longo silêncio e parece agitado. A terapeuta reassegura que ele tem tentado e que as mudanças acontecem aos poucos, sendo necessárias várias tentativas.

C. chega na 6^a sessão dizendo estar do mesmo jeito; “não consigo conversar”. Mesmo assim, conta que a esposa foi procurar uma psicóloga em função de seus problemas sexuais. C. se diz satisfeito pois assim ela não mente mais para ele. A terapeuta procura falar das dificuldades do casamento; C. fica agitado e a terapeuta aponta sua ansiedade quando se aproximam de falar mais claramente sobre essas dificuldades. C. diz que pensa um monte de coisas para falar e quando chega na sessão esquece; a terapeuta propõe tentar lembrar. C. levanta e diz que vai embora; a terapeuta convida-o para sentar e voltar a conversar.

T. Parece que você acha que tem que falar muito.

C. Fico com vergonha.

T. Acho que você não está acostumado a conversar e esta situação te incomoda muito, você se sente muito ameaçado (...) É o assunto?

C. Acho que não; fico com vergonha de conversar, não consigo.

T. Será que você acha que tem que falar uma coisa bonita, ou acertar, ou que eu espero que você fale uma determinada coisa?

C. Acho que é isso.

T. Acho que você está me vendo como alguém muito brava e que sabe tudo. Não é bem assim, estamos aqui para conversar e todas as dificuldades de uma pessoa são importantes. Você não acostumou

a conversar e não dá importância para suas coisas, sente-se menos que os outros. Mas a verdade é que você está sofrendo por causa dessas coisas.

C. comenta que as pessoas irão rejeitá-lo e que quando não conhece a pessoa é ainda mais difícil, principalmente com mulheres.”

As sessões iniciais da terapia, mais precisamente as quatro primeiras, forneceram subsídios para avaliar o funcionamento de C., priorizando suas necessidades atuais e sua possibilidade de receber ajuda. Como visto, inicialmente pensou-se que haveria desistência, devido à dificuldade de permanecer na sessão, de verbalizar suas dificuldades e principalmente a angústia que era despertada em tais situações. Com o transcorrer dessas sessões pôde ser observado que estava se formando um vínculo suficiente com a terapeuta aliado a um desejo de ser ajudado, o que foi entendido como uma alteração no estágio de mudança. Esta avaliação permitiu, como em qualquer proposta de PB, planejar a estratégia terapêutica. Aqui se incluem: a duração do processo, o objetivo pretendido e as intervenções predominantes que podem levar à sua consecução. As intervenções podem ser suportivas – conselho, elogio – ou expressivas – confrontação, clarificação – (Gabbard, 1994/1998), e seu uso depende das condições do paciente e dos objetivos pretendidos. Quando os pacientes possuem mais recursos egóicos pode ser esperado atingir objetivos mais ambiciosos, como alterações no padrão relacional. Se os pacientes forem mais comprometidos, é preciso inicialmente conseguir alguma estabilidade em seu funcionamento para depois avaliar as condições de prosseguir a busca por melhora. Neste caso, optou-se por combinar com C. um objetivo bastante claro e próximo da percepção que apresenta de suas dificuldades.

Assim, na quinta sessão foi estabelecido o foco e, principalmente, definida a data do término do processo. Este procedimento técnico tende a favorecer a participação e o envolvimento do paciente na terapia por meio da ativação de seus recursos egóicos

mais preservados. Pode ocorrer um aprofundamento do trabalho terapêutico após o estabelecimento da data do término. Isto parece ter sido confirmado pela maior intensidade do trabalho ocorrida na sessão seguinte. Juntamente com o foco e a data do término, foi combinada uma revisão de meio de processo. Este procedimento, específico das psicoterapias breves, foi adaptado de Rudolph (1993) e visa manter ambos os participantes - terapeuta e paciente - situados no contexto do tratamento, ao reavaliarem os objetivos e o andamento da terapia. Assim, constitui-se em mais um recurso técnico que convida o paciente à manutenção de seu envolvimento no processo.

Nesta segunda parte, C. parecia mais à vontade com a terapeuta, embora ainda houvesse dificuldade para falar ou mesmo para permanecer na sessão. De qualquer forma, a interação de ambos ficou mais fácil e foi possível discutir seu encaminhamento. C. aceita ser encaminhado e na outra sessão ainda não havia procurado, dizendo ter intenção de fazê-lo. Estas parecem atitudes do *estágio de contemplação*. Esta fase também parece demonstrar algumas tentativas de mudança do comportamento, como deixar de beber porque estava em tratamento e procurar conversar com a esposa sobre as dificuldades sexuais do casal. Estas atitudes são mais compatíveis com o *estágio de preparação*. Desta forma, parece que esta fase correspondeu a um movimento de progresso no estágio de mudança de C., sendo que a 6ª sessão pareceu ser um marco importante na luta de C. para superar suas dificuldades.

Novamente, a atividade da terapeuta mostrou-se adequada. Sem deixar de ser suportiva, pôde fazer intervenções mais expressivas, clarificando os conflitos de C. e instando-o a ser mais ativo no trabalho terapêutico. Parece que, desta forma, foi possível aprofundar o relacionamento terapêutico e propiciar a C. a tomada de atitudes compatíveis com o *estágio de preparação* já nesta fase.

Parte 3 - sessões 7, 8 e 9

Na 7ª sessão, C. informa que não conseguiu ser atendido no local para onde tinha sido encaminhado. Lá mandaram-no para outra instituição. C. conta também que seu horário de trabalho foi diminuído e que vai ganhar menos; mas diz não se importar muito com isso porque sempre vai forçado para o trabalho. Ele comenta que sempre foi muito desanimado e que nada lhe dá alegria. Ao ser explorado esse tema, C. se diz muito nervoso e com vontade de ir embora porque não consegue conversar. A terapeuta vai falando sobre sua dificuldade de se aproximar das pessoas pelo medo que tem de ser rejeitado e sugere que aproveite seu novo horário livre para ficar mais com os filhos, explicando a importância desse contato tanto para as crianças como para ele mesmo. Antes de encerrar a sessão, a terapeuta lembra que farão a revisão na sessão seguinte.

Faltou na 8ª sessão e, na seguinte, justificou a falta por ter ido ao Procon reclamar de uma compra que fizera. A terapeuta relembra sobre a revisão e C. diz ser bom fazer terapia porque tenta ficar mais calmo.

“C. Penso que estou fazendo tratamento e que preciso ficar calmo.”

T. Parece que você sente que está tendo apoio.

C. É isso.”

A terapeuta relembra sua dificuldade inicial e seu gradual envolvimento no processo. C. informa que *foi procurar atendimento psiquiátrico* e novamente não tinha vaga; diz não gostar de procurar porque nunca consegue.

C. conta que tem conversado menos com a esposa; diz que não aconteceu nada; “ou aconteceu e eu não sei”. Tem sentido vontade de chorar; sente-se muito mal. A terapeuta supõe que C. possa ter uma expectativa muito alta das coisas. C. conta que procurou sexualmente a mulher e ela não quis nada; acha que ela não gosta dele porque nem se esforça e supõe que ela não tenha procurado ajuda. Ao ser indagado,

C. conta que não perguntou isso a ela e a terapeuta aponta a expectativa irrealista de seu comportamento, semelhante ao da criança que espera atenção.

Ficou confirmado o término para a 12ª sessão.

Esta parte do processo foi marcada pelo início de sua procura pelo atendimento psiquiátrico e pelo trabalho intenso sobre suas dificuldades de relacionamento, de falar com as pessoas.

Ao mesmo tempo que C. menciona a dificuldade de se aproximar das pessoas, principalmente da esposa, ele consegue insistir na busca da consulta psiquiátrica.

O trabalho da terapeuta parece ter sido importante também nesta fase. Usando de intervenções predominantemente suportivas, a terapeuta não deixou de apontar suas dificuldades de relacionamento, clarificando e nomeando alguns dos sentimentos mais difíceis de serem expressos por C. Outro aspecto da participação da terapeuta foi a informação oferecida quanto ao desenvolvimento e funcionamento psíquico das crianças, as necessidades emocionais de todos os indivíduos, informações estas que atuaram como agente de prevenção primária, ao nível de proteção específica, melhorando o relacionamento familiar e minimizando o risco de surgimento de problemas emocionais nos filhos de C.

Ainda nesta fase, fica evidente o movimento de C. para cuidar de seus direitos e o esforço que faz para colaborar com o processo, procurando “ficar calmo” e demonstrando que começa a fazer questionamentos por si mesmo. Esta atitude mostra que, com o apoio da terapia, C. consegue chegar ao *estágio de ação*, no qual o indivíduo modifica seu comportamento para superar seus problemas. Prochaska (1995) comenta que este estágio requer considerável envolvimento por parte do paciente e alerta para que não seja confundido o estágio de ação com a mudança.

Na fase intermediária da PB geralmente é observado um trabalho intenso sobre os conflitos trazidos pelo paciente. Neste caso não foi diferente,

embora esse trabalho tenha se constituído em grande parte pela informação prestada pela terapeuta. Pôde-se confirmar, ainda, a observação anterior de que, sentindo-se apoiado, C. conseguia progresso em seus estágios de mudança.

Parte 4 - sessões 10, 11 e 12

No início da 10^a sessão, C. informa que foi ao psiquiatra que prescreveu um antidepressivo e encaminhou-o a um posto de saúde. C. conta, ainda, que está melhor; depois que começou a conversar com a terapeuta *tem pensado sobre o que ela fala e que isto "tira um pouco os pensamentos"*, dos quais se queixava. Também relata *ter procurado ficar mais com os filhos e conversar com a esposa*. Ela ainda não procurou tratamento, mas foi conversar com a psicóloga.

A terapeuta aponta a mudança em sua percepção das coisas e reitera a importância da convivência das crianças com os pais, bem como de uma comunicação direta dele com os filhos, dado que C. havia deixado para a esposa a tarefa de orientar as crianças.

A terapeuta relembra a data do término e indaga como está sendo para ele esta fase, lembrando as situações de separação na vida de C. Ele diz não saber responder, mas que tem pensado na terapia e não mais na possível separação da esposa e nem em suicídio. "Acho que as idéias não aparecem quando estou me sentindo bem".

Na sessão seguinte, a 11^a, C. diz estar mais calmo, mais sossegado, e *atribui essa sensação ao efeito do remédio e da terapia*. Começou a pensar *melhor no relacionamento com a esposa*: "a senhora falou que eu só pensava em mim e tem tudo a ver". Diz que ela ainda não buscou tratamento; "ela enrola, mas está como eu que só vim procurar ajuda quando estava ruim mesmo".

A terapeuta retoma o sentido do término e C. diz ter pensado que está terminando e não conseguiu arrumar um psiquiatra. A terapeuta lembra que outro objetivo era refletir sobre as coisas que lhe acontecem. C. diz que "está mais tranqüilo. Vou sentir falta de vir aqui porque é gostoso. *Parece que vindo aqui me sinto mais seguro*" (...) "Primeiro vou fazer todo o tratamento e depois resolvo se deixo ou não de beber. Acho que só ia beber quando estava mal". Em seguida, C. pergunta se o tratamento psiquiátrico é demorado. Após as explicações da terapeuta, comenta ter pensado que se não conseguisse em lugar nenhum *poderia dar um jeito e pagar*. Diz também que não gostaria de ser atendido toda semana porque fica muito cansado. A terapeuta aponta o grande esforço feito por C. para vir à terapia, indicando que ele percebia estar aproveitando. C. comenta "foi muito bom. Na semana que vem vou trazer minhas filhas".

De fato, na última sessão, C. traz uma das filhas. Diz ter conseguido vaga no posto de saúde e estar com a consulta marcada para a semana seguinte. *Comenta não ter procurado antes porque não sabia o que tinha*; achava que quase ninguém procurasse esse tipo de tratamento.

C. está saindo todo final de semana com os filhos, não está mais irritado. A terapeuta aponta que está mais animado e falante, e C. diz não ter notado.

Ao ser questionado sobre a terapia, C. diz "me ajudou bastante, *estou conseguindo resolver o problema que eu tinha. Minha vida está mudando bastante. Através daqui consegui o outro tratamento*". A terapeuta aponta que sua forma de perceber as coisas também mudou; quando via tudo difícil não dava para resolver e agora está procurando e encontrando as possibilidades.

A terapeuta faz uma retrospectiva do processo, apontando o que foi visto e que precisa continuar. Menciona que C. se sentia inferior e incapaz de fazer coisas e que, no entanto, mostrou muita vontade. A

isto C. reafirma que estaria intranquilo se não tivesse conseguido o outro tratamento. Outra menção da terapeuta referiu-se ao significado do término como separação e a forma como C. lidava com essas situações, achando que tinha que ir embora primeiro para não sofrer e que ele conseguiu vir até o final, mostrando estar mais forte. C. comenta “quando procurei tinha resolvido ir embora, tinha desistido de tudo. Falei com a esposa e ela combinou procurar ajuda primeiro e se não quer mesmo talvez não dê certo”. A terapeuta aponta que agora C. já sabe como e onde procurar ajuda e ele mesmo se observar. Ao sair, C. comenta ter ficado muito agradecido.

Esta parte representa a consolidação da procura pelo atendimento psiquiátrico e o desligamento da terapia. C. mostra sinais de uma boa aliança terapêutica e refere melhoras em seu funcionamento que reconhece serem resultado desse trabalho.

O trabalho referente ao término da terapia tem especial importância na medida em que pode permitir a incorporação dos ganhos obtidos no processo (Luborsky, 1984). A terapeuta pôde apontar as maneiras como C. tende a reagir diante das suposições de que possa ser abandonado e, dessa forma, comparar com o que vinha ocorrendo na relação terapêutica, em que ele podia sentir-se seguro e usar de seus recursos pessoais mais satisfatoriamente. Neste sentido, observa-se que houve melhora em seus relacionamentos afetivos pois agora tem mais prazer no convívio com os filhos e maior tolerância para com as dificuldades da esposa. Em termos adaptativos, sua configuração diagnóstica passaria para não-eficaz moderada, o que constitui um resultado bastante satisfatório para um processo breve.

Seus comentários demonstram gratidão pelo resultado que observa, e também indicam que continua precisando de apoio para permanecer no *estágio de ação*. Por enquanto, este estágio parece mantido, na medida em que demonstra intenção de pagar pelo tratamento.

Um recurso bastante útil usado com procedimentos breves refere-se a uma fase de acompanhamento. Dessa forma, não se compreende a terapia como um processo conclusivo do qual o indivíduo deva sair “completamente curado”. Ao contrário, as pesquisas revelam que muito do trabalho terapêutico ocorre fora das sessões e, dadas as características desta técnica, após o encerramento do processo. Assim, entendendo a intervenção como um passo a ser dado em um processo mais abrangente, é possível limitar a ajuda àquilo que é possível e necessário no momento, mantendo o paciente em acompanhamento e vir a realizar um outro processo terapêutico quando este apresentar um estágio de mudança compatível. No caso de C., o acompanhamento pode representar o apoio de que necessita e ajudar na *manutenção* das mudanças que obteve durante o processo realizado. Como visto, ao fim da terapia C. não se mostrava disposto ao comparecimento semanal necessário para a continuidade de uma psicoterapia.

À luz dos conceitos trazidos para discussão, pode-se considerar que houve possibilidade de prevenir a piora da qualidade adaptativa de C., além de ter contribuído para melhorar a qualidade de sua relação com os filhos, agindo preventivamente em nível de proteção específica. Tal resultado superou as expectativas iniciais e sugere que, quando se trabalha dentro de uma perspectiva preventivista, com objetivos limitados às necessidades e recursos apresentados pelo paciente no momento presente, a intervenção pode ter caráter suportivo, expressivo ou informativo, e será útil se promover a evolução, mesmo de pequena magnitude, dos estágios de mudança.

Evidentemente, a PB continua sendo indicada para pacientes com melhores recursos. Contudo, a grande dificuldade da prática psicoterápica sempre foi o atendimento dos pacientes considerados mais

difíceis. A dificuldade para realizar um encaminhamento mais adequado é o principal fator agravante.

Pode-se questionar, ainda, a adequação de nomear psicoterapia a este tipo de intervenção. Tal questionamento não é novo e tem despertado controvérsia a cada modificação ou aplicação da técnica. Hollender (1964), ao discutir a indicação de psicoterapia, aponta a difusão de sentido desse termo que, por ser empregado em diversas situações, parece carecer de especificidade. Parece que uma técnica mais flexível de PB reconhece o efeito terapêutico de trabalhar mais suportivamente e dos chamados componentes inespecíficos das psicoterapias (Gomes-Schwartz, 1978). Desta forma, a PB pode cumprir seu papel de promover a saúde mental, auxiliando no processo de mudança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Binder, J. L.; Henry, W. P. e Strupp, H. H. (1987). An appraisal of selection criteria for dynamic psychotherapies and implications for setting time limits. *Psychiatry*, 50, 154-166.
- Braier, E. A. (1990). *Psicoanálisis: Tabúes en teoria de la técnica, metapsicología de la cura*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Enéas, M. L. E. (1993). *O critério motivacional na indicação de psicoterapias breves de adultos*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Gabbard, G. O. (1998). *Psiquiatria psicodinâmica: Baseado no DSM-IV* (2 ed.). (L. N. A. Jorge e M. R. S. Hofmeister, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas (Trabalho original publicado em 1994).
- Gomes-Schwartz, B. (1978). Effective ingredients in psychotherapy: Prediction of outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1023-1035.
- Hollender, M. H. (1964). Selection of patients for definitive forms of psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 361-369.
- Knobel, M. (1986). *Psicoterapia breve*. São Paulo: EPU.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.
- Malan, D. H. (1981). *As fronteiras da psicoterapia breve* (L. Knijnik e M.E.Z. Schestatsky, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas (Trabalho original publicado em 1976).
- Mann, J. (1973). *Time-limited psychotherapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Mann, J. (1991). Time-limited psychotherapy. Em P. Crits-Christoph e J.P. Barber (eds.), *Handbook of short-term dynamic psychotherapy* (pp. 17-44). New York: Basic Books.
- Prochaska, J. O. (1995). An eclectic and integrative approach: Transrational therapy. Em A. S. Gurman e S. B. Messer (eds.), *Essential psychotherapies: Theory and practice* (pp. 403-440). New York: Guilford Press.
- Rudolph, B. A. (1993). The importance of midpoint review in time-limited therapies. *Professional psychology: Research and Practice*, 24, 346-352.
- Sifneos, P. E. (1989). *Psicoterapia dinâmica breve: Avaliação e técnica*. (A. E. Fillmann, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas (Original publicado em 1987).
- Simon, R. (1981). Formação do terapeuta para a realidade brasileira. *Boletim de Psicologia*, 33, 67-73.
- Simon, R. (1983). *Psicologia clínica preventiva: Novos fundamentos*. São Paulo: Vetor.
- Simon, R. (1996). Do diagnóstico à psicoterapia breve. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45, 403-408.
- Strupp, H. H. e Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books.

Recebido em: 30/10/99

Aceito em: 19/01/01