

Cinco perspectivas para um único caso clínico: abordagem dinâmica em orientação psicanalítica do caso José

MARIA RITA MENDES LEAL*

INTRODUÇÃO

Para começar, parece-me necessário um esclarecimento: não resulta para mim evidente o que se pretende perspectivar, ao considerar o caso clínico descrito nas três páginas dactilografadas que nos são fornecidas. Penso que todos os outros arguentes se encontrarão também em dificuldade, como eu, por não se saber o que se pretende seja comentado na história de vida apresentada. Ao perspectivar o caso, deseja-se:

— Fornecer a um sujeito uma directriz quanto a tratamento? («Penso que estou a compreender o que me diz. Há tratamento para essa dificuldade. Vamos (vai) fazer... tal» ...).

— Discutir com colegas as características da entidade clínica? («Conferir capítulo tal da classificação tal outra...»).

— Delinear uma estratégia de tratamento com uma previsão temporal? («Pensamos que ...» «Propomos-lhe...»).

— Explicar teoricamente a configuração de comportamentos que a descrição enumera? («Na minha perspectiva teórica, a causa de tal fenómeno é... a causa de tal outro aspecto é...»).

Penso que teria sido útil pormo-nos de acordo sobre o que se pretende perspectivar, a fim de assegurar que não se trave um diálogo de surdos.

* Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa

Na falta de interlocutor viável para o momento, e querendo satisfazer o que me está a ser solicitado, resta-me tentar aduzir algumas sugestões, sem carácter sistemático, e sem me prender ou deixar afectar pelo desejo de se conseguir vir a estabelecer um diálogo.

APRECIÇÃO DO RELATO

Apesar da exposição clara, um relato como o apresentado não fornece um mínimo de indicações para um psicoterapeuta se pronunciar ou tomar posição, numa perspectiva dinâmica.

Da «história» que tenho à minha frente retiro algumas notas:

Há traumas existenciais intensos na história do José. Sabemos que foi muito acompanhado pelo pai, mas «foi educado pelos avós maternos» (que viviam em casa próxima da habitação dos pais). Desde quando? Vieram do Ultramar!... Houve separações precoces?... A mãe é dita sobreprotectora... rejeitante dos avós paternos... (O que é que isto significa em termos da experiência do José?).

— O relato feito dá-nos informação muito lacunar no que respeita ao sistema de relações intra e interfamílias (Como foi colhida esta «história clínica»?). Resulta, a meu ver, isenta de dados sobre o que (em orientação dinâmica) designamos de «relações de objecto» (ou seja, o modo como o

cliente vê os outros na relação com ele). Não fornece indicações sobre as estruturas de personalidade do sujeito: os seus modelos de acção, mecanismos de defesa, processos de «coping» (capacidade de se «desenvencilhar» ou capacidade «de arranque»), capacidade expressiva dos afectos...

— Filho e neto único, «isolado» durante períodos importantes da sua pre-adolescência por motivo da doença letal que sofreu (Como ocupou este tempo? Que recursos próprios mostrou então?). «Atraso físico» e «tratamento hormonal» (o que quer isto dizer em termos do José?). Parece constar que, psicologicamente, o José foi sempre o menino aceitante e adaptado... (sem história...). «Bom relacionamento com colegas»... «tem amigos»... (Namoradas?) Sabe-se alguma coisa, realmente sobre a sua vida de relação?

— A automedicação do cliente em causa na «história clínica», sabendo-se que o pai, falecido subitamente, se automedicava é um dado da história que não deve ser esquecido (não só porque é mais um elemento que alerta para a importância da relação de identificação com o pai, mas porque é uma circunstância que não seria muito fácil de controlar se se optasse por uma intervenção psicológica no caso). Pai «inconstante e com instabilidade emocional», «activo e comunicativo», «acompanhava o filho em todas as actividades», morre de repente ... (isto foi contado pela mãe ou pelo José?);

Os ataques de pânico (ou o primeiro ataque de pânico) deve ser avaliado como «emergência psiquiátrica» ou, nos termos do médico assistente, que refere «queixas frequentes de ansiedade acompanhada de uma crescente preocupação com a morte»...?

A ABORDAGEM DINÂMICA DO CASO CLÍNICO

Antes de perspectivar o caso na orientação psicoterapêutica que pratico, deixo aqui uma pequena anotação «pró-memória»:

Existem, hoje, duas grandes famílias na comunidade científica que estuda os pressupostos psicanalíticos da intervenção psicoterapêutica: a) A que se baseia na teoria dos instintos e do condicionamento pelo prazer (reforço) como agente do desenvolvimento iniciado desde a primeira infância (teo-

ria da vicissitude dos instintos); b) A que se baseia nos ritmos de intercâmbio que o sujeito estabelece com os seus «objectos de relação» desde os primórdios, de que resulta a aprendizagem da estruturação de significados pessoais (teoria da transformação dos «elementos beta» da experiência em «elementos alfa», se se quiser usar a linguagem de W. Bion). Represento a segunda destas orientações, o que me conduz a decisões práticas bem diversas de outros psicoterapeutas que, em grandes linhas, subscrevem também hipóteses psicanalíticas.

Irei, então, tentar satisfazer a encomenda de raciocinar sobre a situação na perspectiva de um psicoterapeuta dinâmico (neste caso, de orientação psicanalítica relacional).

1. Se se tratasse de um prospectivo cliente enviado por um colega, possivelmente por ter ajuizado (no seu foro interno) ser um caso que beneficiaria de ajuda numa abordagem dinâmica, o primeiro acto consistiria em marcar uma entrevista. Esta, do meu ponto de vista, teria carácter diagnóstico, ainda que (no seu aspecto externo) não se distinguisse de nenhum outro primeiro contacto ou «primeira consulta».

(Os factos que são relatados são dados impessoais. O psicoterapeuta de orientação dinâmica procura apreender significados, ou seja o modo como o sujeito vive os factos que estão presentes, no «aqui e agora», e que podem ou não ser «ego-sintónicos». Num primeiro contacto, um sujeito que sofre reacções de pânico, como as descritas na história, pode ou não referi-las; pode só falar delas; pode pedir explicações ou dar explicações; pode pedir ajuda ou responsabilizar-se por ajudar quem o queira tratar; pode ser redundante no detalhe concreto ou falar em terminologia abstracta; etc. etc. ...Em tudo isso aparecem detalhes que associamos ao diagnóstico da «relação de objecto», que nos interessa estabelecer).

2. Não é possível afirmar o que faria um psicoterapeuta de orientação dinâmica perante uma «história de vida» como a que se procura comentar, e que, no caso, precedeu o cliente com o qual o dito psicoterapeuta contacta pela primeira vez na entrevista que configuro. (Um critério a respeitar é a confidencialidade das informações: o cliente sabe que a sua história «geral» é conhecida do seu interlocutor? Deve ser informado? A «história» deve ser «dissecada»?)

Salvo razão em contrário (por exemplo, evidência de ansiedade intensa e difusa e, no momento, com dificuldade de contacto), o que eu costumo fazer em tal situação, resume-se a dizer sem rodeios: «Fulano... contactou-me, como sabe, para eu lhe marcar uma hora. Falou-me de si; assim, já sei algumas coisas a seu respeito, sobretudo que está a precisar de ajuda. Mas, em todo o caso prefiro ouvir da sua boca o que se passa consigo, ou seja, o que lhe parece mais importante que eu saiba a seu respeito». Então podemos trabalhar com isso de uma qualquer maneira apropriada ao contexto. A iniciativa do diálogo é do cliente e a entrevista pode seguir com o seu ritmo próprio, ritmo que é uma das fontes importantes de informação dinâmica diagnóstica.

3. Pode acontecer que o profissional que referenciou o (a) cliente para ser por mim atendido(a) tenha dado indicações precisas acerca de episódios anteriores de tratamento, que sugerem haver motivo para ajuizar de certa fragilidade de organização da personalidade (a história como apresentada não dá nenhuma indicação de reacções pessoais em momentos críticos, para além das reacções naturais, como sejam as preocupação com a saúde, a dificuldade de assumir subitamente a condução dos seus negócios).

As informações de colegas respeitados pela sua finura de diagnóstico em psicopatologia merecem-nos o maior respeito. Mas, tenho também a experiência de informações menos bem alicerçadas, que pouca ou nenhuma ajuda dão para a apropriada condução de uma entrevista dinâmica.

A cuidadosa condução da entrevista é a melhor garantia de um diagnóstico dinâmico adequado. Uma história que contenha, por exemplo, episódios de pânico não ego-sintónicos leva a recomendar especial cuidado na condução de entrevistas dinâmicas e certa prevenção na decisão de fazer um contrato de tratamento psicoterapêutico em orientação dinâmica (a não ser que possa ser assegurado o bom funcionamento de uma «rectaguarda de apoio», o que talvez fosse possível na situação apresentada). No caso do José, não é muito claro se esta prevenção teria razão de ser, pois nada nos é dito sobre as características e o desenrolar das reacções chamadas de pânico (na «história clínica» a palavra pânico aparece mais como um «rótulo» possível do que como designação de um «diagnóstico» bem alicerçado).

4. Sabemos que na entrevista associativa com fins diagnósticos, um psicoterapeuta menos experiente pode não saber manter o plano de intercâmbio emocional no «aqui e agora», de modo a assegurar a autenticidade da «informação» e ao mesmo tempo cuidar de acompanhar a reacção do cliente (para que a vivência partilhada seja manejável e não traumática).

Por um procedimento técnico delicado (necessitando treino e consciência profissional), deve ser assegurado ao cliente que ele poderá conservar uma distância apropriada (não traumática) face às experiências relevantes que estão a ser reflectidas ou comentadas por ele (ela). Na orientação dinâmica considera-se não ético um trabalho que conduza o cliente à auto-revelação intempestiva, ou a ab-reacções (potencialmente lesivas) das suas experiências emocionais.

5. Na gíria «relacional», ou seja no trabalho centrado na relação dinâmica, entende-se que, na entrevista, os fenómenos interpessoal e intrapsíquico se exprimem igualmente na ressonância emocional (fenómeno «transferencial», como também se diz na gíria). No intercâmbio trata-se de um ténue equilíbrio no manejo da situação, de modo a estabelecer proximidade sem «intimismo».

6. A livre-associação provocada ou vivenciada no sonho (acordado ou não) noticia a vida emocional. Acredita-se que a vida emocional pode revelar-se com a sua consistência própria quando momentaneamente liberta do raciocínio e das imposições da realidade. A fantasia, a criatividade, a activação lúdica, como a intimidade entre as pessoas e a produtividade no trabalho ou no estudo dependem de uma elaboração emocional saudável no que respeita à experiência corrente, nem sempre aprazível. O José, descrito no caso que nos é apresentado, teve o seu quinhão de experiências ruins a digerir (elaborar, integrar) pelo seu «aparelho» mental. Resta compreender (...) como essa elaboração pôde ser levada a cabo e qual o contexto das experiências agudas de pânico de que se queixa.

Tal como se prevê, hoje, em algumas orientações neocognitivistas, o processo de entrevista em que se obtém do cliente informações importantes para a apreciação das suas possibilidades de mudança (rápida-lenta) é, em si mesmo, já o primeiro momento do «tratamento». A par e passo do diálogo, fenómeno interpessoal corrente, o conteúdo é remetido e sujeito à avaliação do cliente... A

afirmação clássica de Freud mantém-se válida: o processo de pesquisa psicológica é, em si mesmo, um processo de tratamento. Promove o autoconhecimento e a aceitação íntima designada de «insight».

8. A chamada «descoberta do inconsciente», a que a livre associação conduz, não é em si mesmo um processo terapêutico, mesmo em psicanálise clássica.

Na orientação dinâmica, afirma-se que o acesso à realidade emocional e a aprendizagem, pelo sujeito, de uma forma de aceitação das suas regras próprias de funcionamento emocional é, sempre, condição imprescindível da saúde mental e da actividade cognitiva e prática, produtiva e espontânea.

Por isso, na orientação dinâmica do trabalho psicoterapêutico, promove-se a livre associação, mas condicionada pela situação em que ela se desenvolve. Fala-se da criação de uma área «transicional» do diálogo, entendendo com este termo o convite feito ao cliente de fazer um momentâneo parentese em relação à realidade externa e usar a situação de entrevista para exprimir algo que lhe pareça importante (ou possível). Deixando livre curso à expressão espontânea do cliente, o psicoterapeuta pode sempre inserir perguntas, reflectir, «ecoar», ponderar e, assim, (ajudar a) gerir a distância a conservar pelo Eu do cliente face à ressonância pura (a evitar).

9. Creio que nunca alguém negou que existem emoções difusas, afectos estruturados, sequências de sentimentos enleados significativamente com a vida intelectual e o intercâmbio humano. Discute-se, sim, a possibilidade de estudar estas cientificamente e, ainda, a possibilidade de enriquecer intencionalmente a vida pessoal, gerindo estas entidades voláteis e recriando-as no tempo, mobilizando, assim, potencialidades de vida mental.

Discute-se, sobretudo, a validade do acesso directo às emoções e afectos pela via associativa e pelo símbolo (metafórico ou analógico), com o objectivo de reconhecer as regras desse formato da vida mental. Discute-se a possibilidade de ser o dono das próprias emoções a organizar, a integrar e a fruir...

10. Quem rejeita a capacidade ou a utilidade de promover o acesso directo à vida emocional terá como única alternativa criar uma ponte indirecta de acesso, apelando para a reflexão cognitiva sobre esses mesmos processos (por introspecção e tomada de consciência de conteúdos mentais), que tomam realce na medida em que aparecem como perturba-

dores do correcto processamento cognitivo da realidade das coisas e das pessoas. (Dentro desta orientação, as emoções são frequentemente descritas como estados patológicos... Na orientação dinâmica não se aceita esta caracterização...).

11. É evidente, para todos, que o manejo da situação psicoterapêutica por parte de cada profissional depende dos seus pressupostos teóricos e do seu treino prático, de acordo com esses pressupostos. Os objectivos a atingir, dentro de cada corrente teórico-prática (e também o planeamento e procedimento para e avaliação de cada sequência psicoterapêutica) variam, em conformidade. Em consequência, o psicoterapeuta de orientação dinâmica psicanalítica refere sempre as palavras «indicações e contra-indicações» quando formula um juízo prospectivo ou crítico a respeito de qualquer «caso» a tratar ou a endereçar para outro profissional. Mantém-se, em todo o caso, a perspectiva de que o processo de tratamento de orientação psicanalítica é um processo de desenvolvimento da personalidade, reconhecida como tendo um percurso próprio, um destino por si condicionado em grande medida e uma liberdade criativa a atingir no manejo da sua realidade.

RESUMO

Em resposta ao pedido para comentar o caso José do ponto de vista de uma psicoterapeuta treinada na orientação psicanalítica kleiniana, a autora revê a apresentação do caso no sentido do esclarecimento daquilo que um psicoterapeuta dinâmico considera insuficiente na informação fornecida, para possibilitar a intervenção psicológica. O ponto mais importante a salientar é o da inexistência de informação relativa à elasticidade do ego, às estruturas defensivas ou à organização das relações objectais. Mostra-se que entrevistar, avaliar e intervir no caso são partes integrantes de um processo contínuo de promoção da mudança. Sublinham-se algumas considerações técnicas e éticas no sentido de clarificar o processo de intervenção.

ABSTRACT

In response to a request to comment on case José from the point of view of a psychotherapist trained in the kleinian psychoanalytic orientation, the presentation of the case is reviewed in order to bring out what a dy-

namic psychotherapist finds lacking in the information given for the purpose of psychological intervention. The most important point is that no indication is given on ego resilience and defence structures or organization of object relations.

Interviewing, evaluating and treating the case are shown to be part of an ongoing process to promote change. Technical and ethical considerations are pointed out in an effort to clarify aspects of the treatment process.