

A EXPERIÊNCIA RETROSPECTIVA DE ESTAR EM PSICOTERAPIA: UM SEGUIMENTO*

William B. Gomes

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO - Entre setembro e novembro de 1986, oito mulheres e dois homens entre 21 e 26 anos descreveram suas percepções sobre mudanças associadas a ou decorrentes de seu tratamento psicológico. O tratamento foi avaliado como uma experiência positiva e os entrevistados identificaram mudanças quanto ao trato dos problemas, ao autoconhecimento e às relações interpessoais. Dois anos depois, as mesmas pessoas foram procuradas para uma segunda entrevista. Registrou-se, então, que um havia interrompido sua psicoterapia psicanalítica para fazer análise, três receberam alta, um passou por internações e um continuava em tratamento. Dos que receberam alta, um passou por episódios de crise e um, que havia interrompido, retornou para análise. Dois não foram localizados. O estudo, através de análise de conteúdo das estruturas emergentes, confirma a premissa do estudo inicial de que a experiência terapêutica é criticamente percebida e avaliada pelo paciente. As conclusões são apoiadas, também, pela consistência encontrada entre o conteúdo temático das descrições e as considerações teóricas da literatura pertinente.

THE RETROSPECTIVE EXPERIENCE OF BEING IN PSYCHOTHERAPY: A FOLLOW UP

ABSTRACT - In September and november of 1986, eight women and two men, all students, with ages ranging from 21 to 26, in psychological treatment, described through interview their perception about psychotherapeutic change. They considered their experience as positive and identified the results in terms of changes in the way to deal with their problems, changes in the knowledge of themselves and changes in their interpersonal relations. After two years, the same persons were interviewed again. Then, it was found that from seven that were in treatment one interrupted

* A primeira versão deste trabalho foi apresentada na XVIII Reunião Anual da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto, em 1988. O autor agradece a colaboração de Adriana Reck na preparação da primeira versão do estudo e na realização das entrevistas. Endereço: Departamento de Psicologia - UFRGS. Porto Alegre, RS - 95100.

its psychotherapy to do psychoanalysis, three terminated their treatment, one had an episode of hospitalization, and one is still in treatment. One that had terminated his treatment reported some crises episode and one that had interrupted it returned to analysis. It was not possible to find two of them. The results, using criteria of qualitative analysis, support the premise of the original study that the therapeutic experience is critically perceived and evaluated by the patient. The conclusions are supported, also, by the consistence found between the description thematic content and the theoretical considerations of the literature.

O uso de pesquisa qualitativa rigorosa, embora de uso corrente em campos como Etnologia Humana, Psicologia Ecológica, Etnografia Holística, Antropologia Cognitiva, Etnografia da Comunicação e Interacionismo Simbólico, é ainda uma prática nova e controversa no âmbito geral da Psicologia. Desta forma, os achados dessas pesquisas devem ser cuidadosamente considerados para que se possa estimar a natureza de sua credibilidade no contexto próprio das questões psicológicas.

Desde 1985 estamos desenvolvendo um projeto que estuda as possibilidades metodológicas de um dado critério de inquérito qualitativo e sua adequação para a compreensão de processos e resultados psicoterápicos. O critério qualitativo em uso se inspira numa teoria fenomenológica, onde a experiência, enquanto consciência, é tomada como descrição, reduzida em unidades de sentido e interpretada hermenêuticamente (Merleau-Ponty, 1945-1971); e numa teoria semiótica onde um texto enquanto *corpus* é tematicamente interpretado, abstratamente reduzido e explicativamente descrito (Barthes, 1964-1971).

Fomos extremamente cautelosos na realização de cada passo da investigação dadas a novidade do método e a sensibilidade do tema. Sabíamos que não contaríamos com a colaboração de terapeutas e que a aproximação com pessoas em tratamento deveria revestir-se dos maiores cuidados. Assim, limitamos nossos contatos a um grupo de 10 estudantes universitários que estavam ou estiveram em tratamento. O estudo (Gomes, Reck e Ganzo, 1988) se concentrava na premissa de que a qualidade da experiência terapêutica é criticamente percebida e avaliada pelos pacientes/clientes.

Os resultados foram animadores. Mostraram a experiência psicoterápica como, inequivocamente, positiva e descreveram a natureza das mudanças como sendo: 1) de ordem operativa, aquelas referentes às atitudes e ao trato dos problemas e comportamentos; 2) de ordem exploratória, aquelas referentes ao autoconhecimento obtido a partir do tratamento; e 3) de ordem existencial, aquelas referentes às reformulações do sentido intra e interpessoal. Os resultados mostraram, também, o quadro diferencial da relação terapêutica em diferentes tratamentos.

Passados dois anos da realização do primeiro estudo, retornamos a estas dez pessoas para uma entrevista de seguimento. Os objetivos foram os seguintes: 1) observar a extensão temporal dos ganhos terapêuticos enquanto reconhecimento expresso verbalmente pelo paciente; 2) marcar possíveis variações ou reconsiderações de descrições quantitativas anteriores, enquanto indicadores da natureza de conclu-

sões qualitativas; e 3) propor um mapeamento estrutural do processo de alta psicoterapêutica.

MÉTODO

Sujeitos

Foram sujeitos oito mulheres e dois homens, todos estudantes, com idade variando entre 21 e 26 anos, sendo três em psicoterapia psicanalítica, dois em análise lacanianiana, dois em psicoterapia analítica, um em análise transacional, um em psicodrama e um em bioenergética. A duração dos tratamentos variava de 1 mês a 4 anos e 6 meses. As sessões ocorriam uma ou duas vezes por semana.

Instrumento/procedimentos

Utilizamos a entrevista tópica, explorando os temas da percepção atual da mudança e do processo de término do tratamento. Antes de referirmo-nos, contudo, ao tema mudança, apresentávamos ao entrevistado um breve retrospecto do que tinha dito na primeira entrevista, de modo a propiciar parâmetros comparativos. O retrospecto era baseado numa sinopse de cada entrevista. As entrevistas foram realizadas por uma estagiária de psicologia clínica, gravadas e transcritas posteriormente.

Critério de Análise

O critério de análise baseia-se na tradição da pesquisa qualitativa (Gomes, 1987). Para recapitulação dos critérios qualitativos convém recorrer, especialmente, ao método fenomenológico semiótico de Lanigan (1988). O objetivo da análise é construir um simulacro (reprodução imperfeita ou grosseira) de uma experiência vivida, no caso, o tratamento psicoterápico. Procede-se à análise através de três passos básicos, que constituem a descrição qualitativa, a análise indutiva ou demarcação de unidades de sentido, e a interpretação fenomenológica ou hermenêutica. Os passos progredem sistematicamente, de modo que um dado recorte é sempre a tematização de um signo enquanto abstração de um significante e explicação de um significado. Assim, cada passo, cada recorte, cada determinação de sentido é necessariamente um movimento sinérgico de uma descrição (enquanto tema), de uma redução (enquanto abstração) e de uma interpretação (enquanto explicação).

Os problemas decorrentes da metodologia são notórios e, em particular, referem-se à questão do simulacro e da pertinência. O último relembra que os dados, enquanto um conjunto heteróclito de textos, são considerados a partir de um ponto de vista, no caso, da percepção apresentada sobre uma dada vivência terapêutica e observados do seu interior (imanência); a pertinência delimita uma perspectiva, mas não nega a existência de muitas outras não contempladas no estudo. Já o primeiro, assume a precariedade do método como uma possibilidade grosseira para tentar sistematizar um *corpus* complexo e que funciona por lógicas não conhecidas plenamente. O Ane-

xo 1 exemplifica a transcrição literal de uma entrevista e o seu recorte em unidades de sentido.

RESULTADOS

Dois anos depois da primeira entrevista, encontramos os nossos entrevistados do seguinte modo: dos sete que estavam em tratamento, um interrompeu sua psicoterapia psicanalítica para fazer análise (Caso 1), três receberam alta (Casos 4, 5 e 10), um passou por episódios de hospitalização (Caso 3), um continuava em tratamento (Caso 9) e dois não foram localizados para entrevista (Casos 6 e 8). Soubemos através de familiares que um dos que receberam alta passou por episódios de crises (Caso 10); esta pessoa se recusou a participar da segunda entrevista, e um dos que já haviam interrompido tratamento, por ocasião da primeira entrevista, alegando problemas financeiros, retornou para fazer análise (Caso 2). O Quadro 1 compara a situação dos sujeitos nas duas entrevistas.

A extensão temporal da mudança

Por ocasião da primeira entrevista, os sujeitos participantes declararam estar vivenciando, de alguma maneira, um processo de mudança em suas vidas. As mudanças foram descritas em termos de sua extensão (profundas/superficiais), amplitude (globalizantes e não especificáveis/localizadas e definíveis), compatibilidade com expectativas anteriores e relação imediata com o tratamento.

Na segunda entrevista, os sujeitos reconsideraram suas percepções iniciais. As novas descrições foram demarcadas para análise em dois grupos: um grupo reunindo aquelas descrições dos sujeitos participantes que, na época, estavam em tratamento, e outro reunindo aquelas descrições dos que há haviam terminado ou rompido com o tratamento. Acrescente-se a esta análise uma releitura das avaliações do tratamento relatadas ainda na primeira entrevista por aqueles sujeitos que não participaram da segunda por recusa ou internação.

Os sujeitos, que na época da primeira entrevista estavam em tratamento, compararam os dois momentos do seguinte modo. Caso 1 relatou que o seu tratamento não estava determinando mudanças, o que volta a confirmar agora. Caso 4 falava em mudanças graduais de difícil especificação. As especificações vão esclarecer-se, informa, após o término do tratamento. Caso 5 reconheceu mudanças no autoconhecimento. Essas mudanças aparecem associadas, agora, a um ganho atribuído ao tratamento e referido como liberação da emoção. Por fim, Caso 9 relatou, na primeira entrevista, que o tratamento lhe possibilitou maior conhecimento de si. Agora, o avalia como superficial, embora reconheça que houve um certo aproveitamento.

Pode proceder-se à mesma comparação com os casos que, na época da primeira entrevista, não estavam em tratamento. Caso 2 é claro em apontar que seu envolvimento com a terapia foi determinado pela curiosidade de colocar-se em contato com "coisas pelas quais estava seduzida". Para ela o importante era simplesmente "estar em psicoterapia". Sua impressão posterior se mantém consistente ao afirmar

Quadro 1 - Comparação da situação dos sujeitos nas duas entrevistas

Primeira Entrevista						Segunda Entrevista	
Nº	Sexo	Idade	Estudante de	Linha do tratamento	Duração do tratamento na época da entrevista	Duração aproximada do tratamento	Situação atual
1	F	24	Psicologia	Psic. Psicanalítica	9m	2a, 6m	Interrompeu para iniciar análise
2	F	21	Psicologia	Análise (Lacan)	9m	9m	Retomou para análise (outro analista)
3	F	22	Psicologia	Bicenergética	1m	—	Episódios de internamento, sem condições para dar entrevista
4	F	23	Psicologia	Psic. Psicanalítica	4a, 6m	5a	Recebeu alta
5	M	23	Biologia	Psic. Analítica	1a, 6m	1a, 6m	Recebeu alta
6	F	23	Psicologia	Psicodrama	2a	—	Mudou-se para outra cidade
7	F	26	Psicologia	Análise Transacional	2a	2a	Já havia recebido alta
8	F	23	Pedagogia	Psic. Analítica	8m	—	Já havia recebido alta. Não localizado para segunda entrevista
9	F	22	Psicologia	Psic. Psicanalítica	2m	2a, 2m	Em tratamento
10	M	23	Psicologia	Análise (Lacan)	9m	—	Soubes-se que recebeu alta e que teve episódios de crise. Recusou-se a dar entrevista.

que sua psicoterapia foi significativa enquanto presente e que, portanto, "as influências não permaneceram". Caso 7 descreve seu tratamento como auxiliando no esclarecimento do seu passado e presente através do desenvolvimento de um diálogo interno. Na entrevista seguinte refere-se ao diálogo interno como ainda em funcionamento mas que era um procedimento cansativo.

A releitura das descrições dos Casos 3 e 10 exige maior cuidado. Estamos diante de dois casos onde os tratamentos não revertem a evolução de um quadro psicopatológico. Cabe-nos, portanto, procurar nos dados da primeira entrevista alguma expressão ou referência que encobria a gênese de uma intuição, não ainda constituída mas indicadora de possíveis problemas. Vamos ao exame dos casos.

Caso 3 apresenta uma descrição especificada do seu processo de mudança. Sente o tratamento exercendo influência na sua organização pessoal e no trato com problemas. Reconhece a importância de seu esforço, junto ao tratamento, para que as mudanças ocorressem. Às vezes, contudo, o tratamento parecia mostrar-se ineficiente e a pessoa experienciava sentimentos de descrédito. Considerem-se sobretudo, ainda a modalidade e duração do tratamento como fatores delimitantes de interpretações (ver Quadro 1).

Já o Caso 10 reconhece a ocorrência de mudanças efetivas. Elas significavam mais conhecimento sobre seu mundo, mais flexibilidade e capacidade para enfrentar os problemas e as coisas das quais fugia. Relata que as mudanças eram tão reais que outras pessoas as percebiam e que vinha "acostumando-se com seu jeito touco e sabendo lidar com sua loucura".

Os dois casos apresentam em comum a estrutura de uma descrição permeada por percepções diferenciadas e instáveis da inserção do sujeito na condição do tratamento. Tal situação se configura na ambivalência do crédito ou descrédito ao tratamento (Caso 3) ou em tomar o espaço terapêutico para viver a própria loucura (Caso 10). Em ambos os casos, confirma-se a intuição avaliativa onde: 1) os sentimentos de descrédito pareciam anteciper a fragilidade do tratamento em lidar com um processo desorganizativo de personalidade (Caso 3); e 2) o vivenciar a própria loucura extrapola o espaço terapêutico e os limites de tolerância organizativa do próprio sujeito (Caso 10).

O mapeamento estrutural da alta

A descrição da alta se inicia com uma apreciação do tratamento que é, então, avaliado como produzindo nada que pudesse justificar sua continuação. A apreciação tende a associar-se com episódios externos (fatos importantes na vida do paciente que ocorrem simultaneamente ao tratamento, por exemplo, separação do marido) ou internos ao tratamento (algum tipo de modificação na rotina terapêutica) e que contribuam para uma tomada de posição por parte do paciente sobre a continuidade do tratamento. Também acontecem iniciativas de aita por parte do terapeuta, *que* surpreendem ou assustam o paciente e que o colocam num processo de elaboração inacabada. Assim, a descrição do término do tratamento se organiza em torno de uma matriz estrutural que inclui: uma avaliação do próprio paciente, episódios vivenciais parale-

tos, justificativa do paciente para alta, justificativa do terapeuta para alta no relato do paciente, relato do modo em que se procedeu a alta, projetos pessoais do paciente e considerações sobre o retorno ao tratamento. A descrição configura a terapia, enquanto inserida num cotidiano dinâmico e competindo com outras relações e fontes de influência. O reconhecimento contextual clarifica as dificuldades ao se atribuir benefícios ao tratamento e evidencia os efeitos paralelos de intervenções concorrentes.

Consideremos, com maior atenção, dois destes aspectos: 1) as diferentes perspectivas no relato que o entrevistado apresenta do seu entendimento e da sua percepção da interpretação do terapeuta; e 2) a indicação de episódios paralelos que parecem interferir no tratamento.

A alta assume perspectivas diferentes no relato que o entrevistado apresenta do seu entendimento e da sua percepção da interpretação do terapeuta. Vejamos como este processo se estrutura comparando as singularidades dos diversos casos. No Caso 1, o paciente quer interromper o tratamento por não estar dando as respostas as quais buscava, mas o terapeuta interpreta o episódio como "resistência e fuga". No Caso 4, o paciente vinha faltando muito às sessões e interpretando suas faltas como "resistência", contudo o terapeuta as interpreta como "um esgotamento do tratamento". No Caso 5, o processo de alta parece ter sido lento e gradual. As sessões foram ficando esparsas até se tornarem quinzenais. O tratamento é interrompido por um mês, mas retomado logo a seguir, para continuar por mais nove meses, até chegar à alta. O paciente, contudo, diz que "não ficou claro porquê recebeu alta" e apresenta duas indicações como possíveis justificativas. Diz ela, "suponho que tenha recebido alta por ter aprendido a sair sozinha de estados de fuga". A evidência para isso é ter relatado ao terapeuta o modo como entrou e saiu sozinha de um desses estados. A outra justificativa se refere à "racionalização das emoções". Diz que "a partir da terapia a emoção começou a se liberar em excesso" mas "agora nota que as coisas estão equilibrando-se". Desta forma, a alta se justificou por ganhos terapêuticos obtidos durante o tratamento, mas que se tornaram claros para o entrevistado somente depois do seu término. Por fim, o Caso 9 se caracteriza mais por um rompimento do que propriamente por alta. O excerto seguinte é uma transcrição literal da entrevista.

O tratamento continuou, acho que seguindo o processo que tava seguindo. Mas, num determinado momento, comecei a questionar algumas coisas que apareciam. A gente tinha, acho que é um caso particular, comigo e com ela, algumas coincidências. Descobri, durante o tratamento, que uma tia minha, psicóloga no... [diz o nome de uma cidade], tinha sido psicóloga do filho da terapeuta. Isto apareceu na sessão, ia falando da minha tia, e a reação dela foi super-difícil com isso. E num determinado momento, ela começou a falar da competência da minha tia, e a gente passou a falar sobre isso. E eu me dava conta de que não era aquilo. Quer dizer, esse tipo de coisa, dela sair do lugar dela, começou a se repetir, em pequenas coisas; d'eu chegar um dia e ter cortado o cabelo, e ela ficar discutindo meu corte de cabelo, se combinava com ela, não combinava com ela. Mas era muito difícil me desligar, porque tinha o outro lado... [Entrevistador tu dizes, deixar o tratamento] deixar o tratamento. Porque tinha um outro lado que era super-eficaz. Algumas coisas minhas, muito difíceis

foram trabalhadas. Tinha o outro lado e eu ficava em dúvida, se de repente o estilo dela era outro, e eu tinha dificuldades de aceitar isso por ser uma estudante de psicologia e ter algumas idéias pré-concebidas sobre o assunto ou não. Mas aí teve uma hora que não dava. Porque, porque não conseguia mais vê-la como terapeuta.

Por fim, a paciente faltou muitas sessões até conseguir ir ao terapeuta discutir a questão e deixar o tratamento. Passemos, agora, para o segundo aspecto a ser considerado.

As descrições revelam episódios que podem ser caracterizados como influências paralelas ao tratamento e que parecem interferir no processo de alta. Vejamos, então, as características desses episódios em cada caso. Caso 1 mostra na sua entrevista uma insatisfação quanto à modalidade do tratamento. Relata que "as pessoas referiam-se à análise como capaz de lhe dar as respostas buscadas" e não encontradas na psicoterapia. Associada com essa questão estava um projeto profissional de se tornar psicanalista. Inicia procedimentos para ser aceita em análise mesmo antes de romper com o tratamento psicoterápico. Caso 2 havia abandonado o tratamento por razões financeiras mas "sempre houve a convicção de que iria voltar ao tratamento e para o mesmo terapeuta." Informações não positivas a respeito do terapeuta, contudo, a fizeram mudar desta idéia. Associada com sua volta está uma contingência de treino profissional, que é o início do estágio de psicologia clínica. Neste sentido, a psicoterapia passa a ser prioridade, pois considerava impossível atender pacientes sem ter ela própria seu tratamento. Caso 4 não se refere a qualquer episódio que possa ser caracterizado como paralelo, nos termos aqui definidos, mas pensa em retornar ao tratamento, particularmente, à análise também por um projeto de formação profissional. Caso 7 apresenta um desejo de retomo, por razões teóricas ("o envolvimento com a teoria aponta para aspectos pessoais que precisam ser tratados") e profissionais; ("está fazendo formação em análise transacional e o tratamento é requerido"). Por fim, Caso 9 também deseja retornar para se tratar e obter formação.

A matriz estrutural subjacente ao processo de alta pode ser visualizada, de maneira sintética, no esquema apresentado no Quadro 2.

DISCUSSÃO

As descrições apresentadas se circunscrevem ou se reduzem, de acordo com a perspectiva do estudo, a três eixos centrais: a força avaliadora do paciente enquanto sujeito do seu tratamento; os efeitos positivos e negativos da psicoterapia; e o perfil estrutural do término do tratamento.

A avaliação do paciente

As descrições apresentaram as percepções de mudanças num gradiente diversificado de combinações. O gradiente vai desde o extremo do não reconhecimento de mudanças diretamente decorrentes do tratamento até o reconhecimento de que as mudanças se tornaram claras só após o término do tratamento. Então, numa extremi-

Quadro 2 – Mapeamento Estrutural da Alta. Os números indicam a seqüência da narrativa. A definição categorial, enquanto indicação de estrutura, é flexível.

A. AVALIAÇÃO DO PACIENTE	B. EPISÓDIOS PARALELOS	C. JUSTIFICATIVA DO PACIENTE	D. RECEPÇÃO SOBRE JUSTIFICATIVA DO TERAPEUTA	E. DESCRIÇÃO DA ALTA	F. PROJETOS FUTUROS
Caso 1					
<p>1. Não vê claramente qual foi o benefício da terapia.</p> <p>10. Reconhece que o tratamento lhe trouxe autoconhecimento.</p> <p>11. Reconhece que houve mudança em sua vida sem atribuí-las com certeza ao tratamento.</p>	<p>2. Relaciona o fim da terapia com sua separação do marido.</p> <p>6. As pessoas se referiam à análise como capaz de lhe dar as respostas buscadas.</p> <p>9. A entrevista preliminar para análise acontece com o S ainda em tratamento.</p>	<p>4. O tratamento não dava mais as respostas que o S. buscava.</p> <p>7. O final da terapia é a interrupção para buscar outro caminho.</p>	<p>8. A terapeuta interpreta a interrupção como resistência e fuga.</p>	<p>3. O fim do tratamento se deu de forma repentina.</p>	<p>5. Interesse e curiosidade por um tratamento psicanalítico.</p> <p>17. A procura da análise faz parte de um projeto de formação.</p>
Caso 4					
<p>1. Terminou a psicoterapia há dois anos.</p> <p>15. O tratamento ajudou.</p> <p>16. Relaciona suas conquistas atuais ao tratamento.</p>	<p>2. sua definição teórica é determinante na escolha da análise como linha de tratamento.</p>	<p>3. Vinha faltando muito às sessões.</p> <p>4. Achava que as faltas se deviam à resistência.</p>	<p>5. A terapeuta avaliou as faltas como um esgotamento do tratamento.</p>	<p>7. Tratamento entra em processo de alta.</p> <p>8. Processo de alta durou de 3 a 4 meses.</p> <p>9. A data da alta foi combinada com um mês de antecedência.</p>	<p>12. Pensa em retornar para fazer análise.</p> <p>13. A escolha da análise é justificada pelo desejo de trabalhar aspectos não abordados na psicoterapia.</p> <p>18. O retorno inclui, também, um projeto profissional.</p>

Quadro 2 - Mapeamento Estrutural da Alta (Continuação).

A. AVALIAÇÃO DO PACIENTE	B. EPISÓDIOS PARALELOS	C. JUSTIFICATIVA DO PACIENTE	D. RECEPÇÃO SOBRE JUSTIFICATIVA DO TERAPEUTA	E. DESCRIÇÃO DA ALTA	F. PROJETOS FUTUROS
Caso 5					
<p>12. Concorda que as coisas foram evoluindo depois do tratamento. Não que fossem resolvidas no tratamento, mas que foram conseqüências do mesmo.</p> <p>13. Afirma que não poderia duvidar da influência do tratamento, pois se tratou dos 14 aos 21 anos, interrompeu por um ano e seis meses e retomou.</p>	<p>1. Sessões foram ficando esparsas até se tomarem quinzenais.</p> <p>2. No último ano, interrompeu o tratamento por um mês retornando em seguida e permanecendo até o final do ano.</p>	<p>4. Motivo da alta alta não ficou claro para o Sujeito.</p>	<p>6. Acredita que sua alta esteja relacionada com o fato de ter contado para a terapeuta como saiu sozinho de estados de fuga.</p>	<p>3. Depois da última sessão é que começa a pensar qual foi o motivo da alta.</p>	<p>15. Acredita que, pelo menos por enquanto, não está necessitando de tratamento, pois se considera bem.</p>
Caso 9					
<p>1. Tratamento continua seu processo até começar a questionar algumas coisas que estavam acontecendo.</p> <p>2. Apesar disso havia um lado que era eficaz.</p> <p>7. Coisas muito difíceis foram trabalhadas.</p> <p>9. Com o tempo não consegue vê-la como terapeuta.</p> <p>10. Passa a ver a terapeuta como outra pessoa qualquer e o que dizia não tinha mais importância.</p>	<p>2. Soube que uma tia que era psicóloga foi terapeuta da filha de sua terapeuta.</p>	<p>3. O assunto surge na própria sessão e passam a conversar como se fossem amigas.</p> <p>4. A conversa de amigas começa a se repetir na sessão.</p>	<p>12. Foi difícil discutir a situação com a terapeuta.</p> <p>13. Falhou muitas sessões até conseguir ir lá e dizer o que pensava.</p>	<p>18. No momento está bem, mas deseja retornar.</p> <p>19. A dificuldade que vê no retorno é ter que começar tudo com outro terapeuta.</p> <p>21. O retorno é necessário por duas razões: tratar-se e formação.</p>	

dade, estaria o não-reconhecimento de mudança (Caso 1), que, seguindo o gradiente, passa pela admissão da possibilidade (Caso 5), pelo reconhecimento de ganhos superficiais (Caso 9), até se esclarecer sobre as mudanças, somente após o término do tratamento (Caso 4). Em resumo, o gradiente revela a estrutura subjacente às variações possíveis e indica que a mudança, enquanto ganho terapêutico, pode acontecer em qualquer tempo.

A análise de conteúdo das descrições apresentadas não revelou qualquer referência a equívocos nas descrições oferecidas na primeira entrevista. Ao contrário, observa-se uma continuidade entre as descrições: quando indicou descrença, aponta para o epílogo de um tratamento que não satisfaz; quando qualificou o tratamento como limitando-se ao desencadeamento de processo de autoconhecimento, confirma a percepção inicial com a ressalva de que não foi tão profundo quanto esperava; quando indicou para um processo de mudança em andamento, mas ainda não claramente perceptível quanto às especificações, revela que elas efetivamente aconteceram, mas após o término do tratamento; quando se buscou o tratamento por sedução teórica e curiosidade não há indicação de mudança, e seus efeitos enquanto "curtição" deixaram de existir com a interrupção do tratamento; quando o tratamento determinou, como maior ganho, a aprendizagem de algum recurso de análise cognitiva, constatou que o tal procedimento produzia um certo cansaço; quando mostrou uma luta entre as possibilidades de mudança que o tratamento oferecia e o esforço pessoal para se apropriar efetivamente dessas mudanças, isto acompanhado por um sentimento ambivalente entre crédito e descrédito ao tratamento, deparou-se com uma situação de internação; e quando as mudanças foram descritas como uma liberação totalizante de si e a vivência terapêutica reconhecida como expressão da própria loucura, o tratamento não se mostrou capaz de reverter o processo ou de se valer da loucura, enquanto vivência criativa e potencializadora do sujeito, para redefinir relação do paciente consigo mesmo e com o mundo. Em suma, afirma-se, enquanto proposição qualitativa, uma consistência descritiva entre a percepção de mudança, enquanto recorte de uma dada fase de tratamento e a sua reconsideração dois anos depois.

Os efeitos psicoterápicos: para melhor ou para pior?

Quando se atribui ao tratamento psicológico um poder de influência sobre a pessoa, reconhece-se também que a direção desta influência pode ir em duas direções: levar a pessoa ao encontro do alívio para os seus sofrimentos, angústias e incertezas, ou perturbá-la ainda mais. Estas considerações se devem ao observado nos Casos 3 e 10. Na verdade, os dados de que dispomos são insuficientes para qualquer conclusão neste sentido, mas nos obrigam a, pelo menos, registrar o problema. Este registro será acompanhado de uma breve discussão, tomando como base para um diálogo teórico os estudos de Strupp, Hadley e Gomes-Schwartz (1977). Serão duas as perspectivas em foco: 1) aquelas referentes aos problemas na convergência das avaliações do paciente, terapeuta e sociedade; e 2) aquelas referentes aos problemas dos efeitos concorrentes ao tratamento.

Strupp, Hadley e Gomes-Schwartz (1977) mostram que a avaliação da influência psicoterápica passa, necessariamente, por três instâncias: o critério da autoavaliação do tratamento, o critério do terapeuta que avalia o tratamento e seus efeitos a partir de certo referencial teórico, e o critério da sociedade que julga o paciente através do seu estilo de respostas interpessoais e do desempenho das muitas tarefas que a vida social e profissional lhe impõem.

As considerações desta perspectiva tridimensional para apreciação dos efeitos psicoterápicos encontram, segundo os autores, dificuldades sérias. As dificuldades são provenientes das três partes envolvidas.

A autoavaliação do paciente se orienta por critérios subjetivos que podem ser divergentes de expectativas sociais e dos conceitos teóricos do terapeuta. Por exemplo, o sentir-se muito bem do paciente pode não ser acompanhado da confirmação social e muito menos dos conceitos teóricos do terapeuta. Por outro lado, o sentir-se mal do paciente pode não estar relacionado com a percepção externa do seu desempenho social e não configurar nenhum quadro preocupante por parte da teoria do terapeuta. Assim, completando o quadro, pode-se submeter o exemplo acima a um processo rotativo e chegar-se a, pelo menos, oito combinações possíveis, que vão da absoluta concordância de bem estar até a absoluta concordância de mal estar.

Com relação à expectativa social, defrontamo-nos com a célebre questão de que tratamentos psicoterápicos não buscam qualquer tipo de adaptação ou ajustamento do indivíduo à sociedade, embora se reconheça que algum tipo de ganho ou benefício é desejado. Em contraste, nota-se, por parte da sociedade, uma preocupação crescente com saúde mental e com suas implicações imediatas, ou seja, como desenvolver programas preventivos. A questão parece estar entre uma definição aceitável de saúde mental e o reconhecimento de que é necessário admitir tal definição. De qualquer modo, as dificuldades operacionais com relação ao conceito de saúde mental ainda trazem resquícios do movimento da anti-psiquiatria da década de setenta, e escondem os problemas metodológicos para se definir o que é ganho terapêutico. Ademais, a preocupação de que a expressão da individualidade seja sempre oposta à vivência comunitária é uma posição que precisa ser revista através de uma leitura crítica das várias teorias. De qualquer modo, não há concordância entre o julgamento social, as necessidades individuais e as teorias psicológicas do que venha a ser o bem estar da pessoa.

Com relação à teoria do terapeuta, encontra-se um quadro, no mínimo, curioso. A proposta teórica de uma dada psicoterapia prescreve uma determinada prática (a técnica do terapeuta) que vai constituir-se num enquadramento específico. O enquadramento, por sua vez, desencadeia um processo que configura uma variação de respostas esperadas pela proposição teórica. A variação de respostas determinadas pelo enquadramento serve de parâmetro para confirmação da teoria. Em consequência, tem-se um vício de lógicas e procedimentos que dificultam o diálogo entre teorias concorrentes, deixa sem respostas o porquê de terapias atuarem utilizando princípios e técnicas opostas e dificultam estimativas, ainda que qualitativas, dos ganhos psicoterápicos. Assim, variações no enquadramento e nas modalidades de intervenção terapêutica alteram a tipologia das respostas e as possíveis estimativas ou julgamentos do "bem estar do paciente" podem variar com a perspectiva do terapeuta.

Além dos problemas com definição de "bem estar psicológico" e "saúde mental" temos, também, os efeitos concorrentes ao tratamento. Voltemos, novamente ao estudo de Strupp, Hadley e Gomes-Schwartz (1977). Estes autores reconhecem entre outros, os seguintes efeitos concorrentes: maturação do paciente, mudanças ambientais e eventos traumáticos. Com efeito, o tratamento psicológico se estabelece na vida do paciente como um relacionamento entre muitos outros. Às vezes, o tratamento se inicia paralelamente a mudanças substanciais, como transferência de uma cidade para outra ou perda por morte ou outras causas de uma relação interpessoal importante. Assim, toda esta dinâmica está presente e atuante na vida do paciente e concorre com as influências da psicoterapia.

Neste ponto, deparamo-nos com uma limitação séria deste estudo. Estamos lidando apenas com uma vertente possível: a experiência do paciente.

O perfil estrutural da alta

O perfil estrutural, enquanto mapeamento das influências concorrentes da vida psicológica dos pacientes, não traz maiores novidades. Há um reconhecimento da dificuldade de terapeuta e paciente experimentarem uma percepção comum quanto ao tempo e momento de se terminar o tratamento. Em geral, o tratamento termina por razões econômicas, mudanças de cidade, ou rompimento brusco por parte do paciente (Malcolm, 1981). Parece haver dificuldades entre terapeuta e paciente, quando situações como essas não ocorrem e a iniciativa para o término é expressa por uma das partes. Essas dificuldades implicam para o paciente numa construção metaperceptiva, ou seja, sua percepção da percepção do terapeuta sobre a sua situação. A condição metaperceptiva leva o paciente para um mundo de suposições sobre as razões que levaram o terapeuta a lhe sugerir alta. De interesse para o presente estudo é a convergência da matriz estrutural das descrições e as reflexões e observações clínicas da literatura clássica.

Freud (1975*), em um dos seus últimos trabalhos, se dedica ao problema das análises termináveis e intermináveis. O estudo se preocupava com a duração de um tratamento e com a viabilidade de reduzir esse tempo. Ele reconhece, até com certo ceticismo, os limites da sua proposta analítica, e contrasta os fatores considerados indicadores de um bom prognóstico (aqueles de origem traumática ou acidental) com os indicadores de um mau prognóstico (aqueles de natureza fisiológica e biológica). Sua preocupação se concentrava numa visão realística dos efeitos temporais da análise e, conseqüentemente, para os limites desses efeitos. Para ele a expressão "término da análise" era ambígua, por trazer implicações de ordem prática e, portanto, definível, e de ordem pretensiosa e, portanto, inatingível.

Do ponto de vista prático, uma análise chega ao fim "quando analista e paciente deixam de se encontrar para a sessão analítica" (Freud, 1975, p. 260). Freud justifica sua posição indicando que, neste caso, a análise cumpriu seus objetivos, aliviando os sintomas do paciente e ajudando-o a superar suas ansiedades e inibições. Acres-

* Publicação original de 1937.

centa ainda que tais objetivos seriam alcançados, quando o analista julgasse que não haveria riscos de uma repetição do processo patológico em apreço.

Do ponto de vista ambicioso, uma análise chegaria ao fim quando a influência terapêutica fosse de tão grande conseqüência que não se poderia esperar que se processasse, naquele paciente, mudanças posteriores. Nesta última perspectiva uma análise nunca chegaria a um fim.

O estudo em apreço mostra um Freud preocupado e em certo sentido pessimista com relação aos resultados de sua proposta analítica. Há um reconhecimento das dificuldades para definir o momento da alta e também um reconhecimento de que nem todos os casos poderiam se beneficiar do tratamento. O estudo se preocupava ainda com o que poderia ser considerado ganho terapêutico (alívio de sintomas e superação de ansiedades e inibições) e se mostrava atento às influências concorrentes á análise. Essas influências concorrentes ou posteriores tanto poderiam confirmar os ganhos terapêuticos quanto exercer sobre eles efeitos negativos. Ademais, o estudo deixa claro que esperar uma mudança estável e permanente seria desconsiderar o modo dinâmico em que as pessoas afetam e são afetadas pela história do seu tempo. O importante para esta presente pesquisa é assinalar a convergência entre as observações da teoria clínica clássica e as interpretações dos nossos achados.

A preocupação da literatura, segundo Malcolm (1981), se volta para a conduta técnica da fase final do tratamento e para a dificuldade de terapeutas e pacientes lidarem com o rompimento de um vínculo afetivo especial e único. Neste sentido, quando terapeuta e paciente deixam de se encontrar, na situação terapêutica, vivenciam, portanto, uma experiência de separação difícil e dolorosa para ambas as partes. De qualquer modo, o conteúdo temático das descrições se mostra consistente com as considerações clínicas dos terapeutas.

CONCLUSÃO

O presente estudo parte da premissa de que a qualidade da experiência terapêutica é criticamente percebida e avaliada pelo paciente. Para verificar empiricamente a veracidade da proposição, recorreu-se a comparações de descrições da experiência terapêutica pelas mesmas pessoas num intervalo de dois anos. A análise dos dados mostra uma consistência diacrônica de relato e sincrônica de estrutura. Assim, a narrativa, enquanto texto histórico, e a estrutura enquanto contexto significativo, recriam uma situação descritiva do processo terapêutico que é claramente consistente com a literatura. As descrições retratam realística e abrangentemente a diversificação da influência terapêutica e se apresentam como indicativos da natureza dos ganhos percebidos.

A confrontação da literatura clínica com os resultados do estudo mostram a existência de uma convergência interpretativa importante entre as observações dos terapeutas e os relatos dos pacientes. Tal convergência autoriza-nos propor, nos limites da verificação qualitativa e do universo pesquisado, a validade perceptiva do paciente, enquanto sujeito ativo do próprio tratamento.

A presente pesquisa se mostra relevante como critério organizativo de observações e afirmativo de percepções clínicas, tácitas e, portanto, carentes de confirmações evidentes. Reconhece-se, contudo, a fragilidade de tais comparações e de lidar-se com tais espectros de variabilidade, dada a sua natureza analógica (e...e). Na verdade, o desejado é buscar certezas construídas sobre redundâncias afirmativas da soma de verossimilidades (comparações lineares e portanto de natureza digital ou...ou). O apoio quantitativo dá forças às conclusões e estimula afirmações prognósticas. Dada, contudo, a natureza da dinâmica responsável por esta condição lógica eminentemente humana, os riscos de equívocos, apesar da limpidez metodológica, são ainda maiores. No entanto, verificações qualitativas metodologicamente transparentes são preferíveis a reflexões clínicas, que mesmo sendo verdadeiras, permanecem obscuras, pelo seu hermetismo, ao julgamento público.

O método qualitativo, nestes termos, oferece ao clínico uma sistemática para lidar com o seu dado, comparar variações de sua experiência, e assumir uma postura clínica com relação a sua teoria. Pode auxiliá-lo, ainda, a buscar conceitos metateróricos que possam explicar a diversidade e cotradições da prática psicoterápica. Na verdade, o estudo sugere a confrontação da certeza doutrinária com a dúvida empírica, para que inovações clínicas refinem a prática e se apresentem em forma de melhor serviço ao paciente.

Em termos dos achados específicos sobre o benefício terapêutico, os resultados mostram que as mudanças são: 1) percebidas e significadas em tempos diferentes, podendo acontecer inclusive após o tratamento; 2) que são frágeis na sua concretização e duração, mas que 3) são importantes para os pacientes, enquanto re-consideração e reencontro consigo mesmos. Os achados indicam também que o grupo de sujeitos, mesmo definidos inicialmente como amostra de conveniência, mostrou-se, dada a riqueza das suas descrições e a variabilidade dos aspectos tratados, com características de amostra intencional, o que responde às exigências de rigor da pesquisa qualitativa.

Por fim, com relação a questões técnicas como o término do tratamento, os achados sugerem uma revisão do problema. Os resultados questionam se a alta ideal - aquela planejada e, na verdade, rara de ocorrer - é realmente necessária, e se aquele paciente que desaparece sem aviso, situação tão decepcionante para o terapeuta, é na verdade, evidência de falha técnica ou insucesso. Ademais, chamam atenção para deslizos éticos ou vacilações técnicas dos terapeutas. De qualquer modo, pesquisas qualitativas neste sentido, mais abrangentes (incluindo diferentes fontes de dados) e profundas (investigando a natureza do problema do paciente) são desejadas e necessárias.

REFERÊNCIAS

- Barthes, R. (1971). *Elementos de semiologia*. São Paulo: Cultrix. (Escrito originalmente em francês, 1964).
- Freud, S. (1975). Análise terminável e interminável. Em J. Salomão (Org. e Trad.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol. XXIII), pp. 247-287. Rio: Imago. (Publicado originalmente em 1937).

- Gomes, W. (1987). As aplicações sociais da pesquisa qualitativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2, 3-14.
- Gomes, W., Reck, A. & Ganzo, C. (1988). A experiência retrospectiva de estar em psicoterapia: Um estudo empírico fenômeno lógico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 4(3), 187-206.
- Lanigan, R. (1988). *Phenomenology of communication*. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.
- Malcolm, J. (1981). *Psychoanalysis: The impossible profession*. NY: Alfred A. Knopf. (Em português: V, Ribeiro, 1983. *Psicanálise: A profissão impossível*. Rio: Zahar).
- Mearleau-Ponty (1971). *Fenomenologia da percepção*. Rio de Janeiro: Freitas Bastos.
- Strupp, H., Hadley, S. W. & Gomes-Schwartz, B. (1977). *Psychotherapy for better or worse*, NY: Jason Aronson, Inc.

Artigo recebido em 17/01/90.

ANEXO 1 - Transcrição literal de uma entrevista

Retrospecto da Primeira Entrevista (Caso 5)

(O critério de escolha foi o da brevidade da entrevista)

O Sujeito falou que sentiu mudanças em função do tratamento. No início, as sentiu mais rapidamente, o que relaciona com sua maior motivação inicial. Sente mudanças no sentido de maior autoconhecimento, crescimento e também algumas mudanças em suas atitudes. Viu a psicoterapia como algo normal, em que conversava, contava coisas e analisava os acontecimentos juntamente com a terapeuta. Considerava que alguns conflitos já estavam mais claros e que outros ficariam, com o tempo. Pensava que a alta se daria no momento em que se sentisse capaz de resolver seus problemas sozinho. Via a necessidade de buscar psicoterapia, definindo-a como uma forma de se ajudar.

Entrevista

Transcrição Literal (descrição)	Unidades de Sentido (redução)
E. Eu gostaria que tu inicialmente contasse o que aconteceu com a terapia, depois da nossa entrevista, há 2 anos atrás.	
S. Bom, a terapia decorreu, as sessões ficaram mais esparsas, mas não chegou a ficar uma vez por mês; fiquei com sessões quinzenais, até dezembro do ano passado. ¹	1. Sessões foram ficando esparsas até tornarem-se quinzenais. (b)
E. Tu ficastes mais de um ano em tratamento, sem interrupção?	2. No último ano interrompeu tratamento por um mês (março) mas retomou em seguida ficando até dezembro, quando recebe alta. (b)
S. Sem interrupção. Aliás, houve uma interrupção em março de 87, por problemas de horários. Mas af, depois fiquei até dezembro e aΓ depois ela meu deu alta. ²	3. Depois da última sessão é que começa a pensar qual foi o motivo da alta. (c)
AΓ, depois da última sessão, comecei a pensar qual o motivo da alta. ³ Não ficou claro porque ela me deu alta. ⁴ Af, pensando, descobri que eu costumo muito entrar em estado de fuga ⁵ e aí percebi	4. Motivo da alta não ficou claro para o Sujeito. (c) 5. Pensando, descobriu que costuma muito entrar em estado de fuga. (c)

que eu tinha contado para ela dois estados de fuga que eu mesmo percebi que estava e procurei, porque eu estava, e consegui sair deles sozinho. Acredito que tinha sido isso a causa da alta.

E. De tu poderes te dar conta de que estavas conseguindo fazer alguma coisa por ti sozinho, estavas conseguindo sair de uma coisa ruim, esse estado de fuga. E isso aconteceu depois da alta, de tu te dares conta do porquê.

S. Depois da alta. Porque eu não tinha analisado ainda o porquê.⁶

E. E de lá para cá, passaram nove meses, como tu estás⁹

S. Bom, quanto a entrar em fuga, não aconteceu mais.⁷ A coisa que eu senti, a partir de abril, é que antes eu racionalizava a emoção⁸ e aí eu comecei a permitir que a emoção saísse, mas num outro extremo; estava numa fase muito emotiva, em excesso até.⁹ E acho que agora as coisas estão se equilibrando.¹⁰ Uma das coisas abordadas com maior incidência na terapia era justamente essa questão da racionalização da emoção.¹¹

E. Quer dizer que tu sentes efeitos do tratamento, mas que as coisas foram evoluindo depois do tratamento. Não que já estava resolvida no tratamento, mas tu podes perceber estas coisas se dando numa evolução...

S. Sim, ahã.

E. E isso se deve ao tratamento?

S. Ao tratamento, eu acredito.¹² Não poderia duvidar disso. Principalmente porque, quem fez tratamento dos 14 aos 21 anos, parou um ano e seis meses e depois voltou, é uma influência, não posso negar.¹³

E. Tanto de uma como de outra?

S. Tanto de uma quanto de outra. Quer dizer, essa questão da emoção foi mais na segunda. Na outra era muito mais tra-

6. Acredita que sua alta esteja relacionada com o fato de ter contado para a terapeuta dois episódios de como entrou e saiu sozinha de estados de fuga. (c)
7. Informa não ter acontecido mais episódios relacionados a estado de fuga, (a)
8. Recorda que antes racionalizava as emoções, (b)
9. Em abril, começou a permitir que a emoção saísse, mas num outro extremo. Diz que estava atravessando uma fase de muita emotividade, (b)
10. Agora acredita que as coisas estão se equilibrando, (a)
11. Lembra que a questão da racionalização da emoção foi um dos temas mais abordados na terapia, (b)
12. Concorde que as coisas foram evoluindo depois do tratamento. Não que fossem resolvidas no tratamento, mas que foram conseqüências do mesmo, (a)*
13. Afirma que não poderia duvidar da influência do tratamento, pois se tratou dos 14 aos 21 anos, interrompeu por um ano e seis meses e retornou/***(a)
14. Reconhece que os dois tratamentos foram importantes e enfatiza a contribuição de cada um. O segundo, trabalhou a racionalização da emoção, enquanto o primeiro, a relação interpessoal com pessoas da mesma idade, (b)
15. Acredita que, pelo menos por enquanto, não está necessitando de tratamento, pois se considera bem (fazendo as coisas), (f)

balhada a questão de eu conseguir conviver com pessoas da minha idade./¹⁴

E. E hoje como tu estás quanto ao tratamento; buscar, não buscar, como tu sente isso?

S. Olha, hoje, prá mim, acho que não seria necessário. Pelo menos por enquanto. Tô conseguindo fazer as coisas, sabe? /¹⁵

E. Em função da dificuldade que tu faíavas, quanto à emoção havia dificuldade noutras áreas e então, podendo trabalhar melhor isso tu tens podido te sentires melhor? Daria para se dizer isso?

S. Sim, é isso. Porque esse negócio de racionalizar emoção é como um peso nas costas, determina outras coisas. E acho que isso foi resolvido. Ficou bem melhor as outras coisas. E acho que isso foi resolvido. Ficou bem melhor as outras coisas./¹⁶ Ainda que, em julho, aconteceu o que eu te falei, de uma emotividade muito forte, o que tornava difícil. Mas continuava aquilo de eu me dizer que eu tinha que batalhar. E depois disso as coisas começaram a melhorar./¹⁷

E. Tá bom.

16. Na medida que conseguiu resolver a racionalização da emoção (um peso nas costas e que determina outras coisas) resolveu outras coisas também. (a)

17. Exemplifica com um episódio que ocorreu, em julho, como lidou com uma forte emotividade, isto é, dizendo para si mesmo que tinha de batalhar. Depois disso, conclui, as coisas começaram a melhorar. (a)

Observações:

* As letras que aparecem entre parênteses na coluna dois indicam as categorias analíticas, a saber. (a) avaliação do tratamento, (b) episódios paralelos ou contextuais, (c) justificativa do paciente para alta, (d) percepção sobre justificativa do terapeuta para alta, (e) descrição da alta, e (f) projetos futuros.

**De acordo com a primeira entrevista o Sujeito iniciou tratamento psicológico aos 14 anos, por indicação do médico de uma clínica de coordenação motora. Tinha dificuldades de relacionamento e outras, devido a problemas familiares. Tratou-se com o mesmo psiquiatra até 21 anos, quando precisou mudar de cidade. Retornando à mesma cidade, sentiu necessidade de retornar, de procurar um apoio para seguir em frente. Decidiu buscar outro tipo de tratamento, iniciando com a atual terapeuta, de linha junguiana. Soube da terapeuta por indicação de amigos.