

PALESTRA

# A Psicologia Clínica Preventiva no Terceiro Milênio

Ryad Simon

2001

# A PSICOLOGIA CLÍNICA PREVENTIVA NO TERCEIRO MILÊNIO<sup>1</sup>

Ryad Simon<sup>2</sup>

A posição de profeta é temerária, porque sempre fadada aos desmentidos. Apesar disso, a ambição de adivinhar o futuro é irresistível. Os Caldeus, nove séculos antes de Cristo, tentavam perscrutar o porvir através da Astrologia. Os gregos, poucos séculos depois, consultavam o oráculo antes de qualquer empreitada importante. As pitonisas do templo de Apolo, em Delfos, espertamente forneciam as previsões em frases enigmáticas, cabendo ao consultante o ônus da interpretação e a responsabilidade pela adivinhação. E assim vem sendo até hoje – e possivelmente para sempre – em que astrólogos, tarólogos, quiromantes e usuários de uma infinidade de métodos se ocupam da bizarra tarefa de adivinhar o imprevisível. Cá estou nessa incômoda posição de falar sobre Psicologia Clínica Preventiva no terceiro milênio, que mal se inicia. Mais adiante, salvo um ou outro inevitável palpite, esquivar-me-ei da tentação de exorbitar da limitação humana, e do vexame do desmentido, dizendo o que deverá ser, em vez do que virá a ser.

A Psicologia mal se desligou da Filosofia, sendo uma recém chegada ao mundo da experimentação. Como todos sabem, a Psicologia como ciência inaugurou-se com Wundt em meados do século XIX. A Psicologia Clínica, como função do psicólogo, firmou-se na segunda metade do século XX, após a segunda guerra, embora Freud fundasse a psicoterapia como ciência aplicada no início do século XX. A Psicologia Clínica Preventiva, com o objetivo de expandir medidas de Saúde Mental, acompanhou o processo de instauração da Psicologia Clínica, e tomou maior

---

<sup>1</sup> Apresentada por ocasião da 10ª FAFIANA, promovida pela UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS, em Santos, em 25-05-2001.

<sup>2</sup> Professor Titular Depto. Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP. Fundador e presidente da Sociedade de Psicologia Clínica Preventiva. Fundador e presidente da Associação de Psicoterapia Psicanalítica. Membro efetivo da Soc. Bras. Psicanálise S. Paulo.

impulso após o presidente Kennedy ter instaurado o *Act for Mental Health*, no início de 1960. Assim, se a Psicologia como ciência tem um século e meio de existência, e a Psicologia Clínica Preventiva meio século, calculem como é falacioso fazer prognósticos para um milênio...

Apesar de tudo, gostamos de brincar de futurologia. Como não nos é dado o dom da clarividência, vamos assim mesmo cedendo à compulsão de decifrar o futuro no início do terceiro milênio. Os avanços recentes da genética e da informática fazem cócegas na nossa imaginação. Pensamos logo na imortalidade e na onisciência. Imortalidade, porque, se pudermos nos reproduzir infinitamente, através da clonagem, seremos imortais. Oniscientes, porque, se pudermos acumular todo o conhecimento existente através da Informática, teremos todo o saber do universo. Essas mesmas tentações já foram objeto de relatos bíblicos. Adão e Eva foram expulsos do paraíso por quererem se tornar imortais. A cidade e a Torre de Babel foram arrasadas pela arrogância de quererem alcançar os céus.

Mas não precisamos provocar um castigo divino por conta de nossas ilusões. Basta-nos refletir um pouco: a Informática propicia, quando muito, um acúmulo enorme de dados. Contudo, quando teríamos tempo de “ler” todo esse conhecimento? E quanto desse conhecimento caberia em nossa memória? O computador armazena informações como se fossem livros. Todos temos estantes apinhadas de livros. Quantos de nós conseguiram ler a décima parte desses livros? (A menos que se descubra uma forma de podermos aprender por osmose.) A Internet nos coloca em contato com o mundo circundante. Mas o que fazer com tanta informação? Meu computador vive abarrotado de mensagens por “e-mails”. Apago mais da metade sem ler, por falta de tempo. Sem contar o tempo que se perde ligando o maldito computador e esperando para receber as mensagens, mais da metade das quais são bobagens. Não, por esse caminho nunca seremos oniscientes. Deus não precisa temer nossa concorrência.

E quanto à imortalidade por clonagem? Ainda que fosse possível reproduzir um ser humano igual ao doador da célula, não reproduziríamos um indivíduo igual ao original. Reproduziríamos um ser **geneticamente** igual. Mas, como o conhecimento adquirido não é transmissível hereditariamente, a cópia do doador seria apenas um irmão gêmeo recém nascido. E, como sabemos, desde a proposição de Freud sobre as “séries complementares”, o indivíduo é fruto da combinação entre constituição e experiência ambiental. Visto que o passado biográfico não é reproduzível, o novo ser nada teria a ver com o doador a não ser o genótipo. Teria sido na verdade um gêmeo univitelino que não apenas seria separado ao nascer, mas viveria em outra época, outro ambiente, e não tendo qualquer afinidade com o doador original. Por conseguinte, Deus não precisa também temer pelo perigo do homem ter alcançado enfim a imortalidade.

De qualquer modo, a melhor forma de perscrutar o futuro é ainda a observação do passado. Começemos pela ficção de Freud em “**Totem e Tabu**”, na qual imagina que o chefe da horda primitiva possuía todos as mulheres e bens grupais, excluindo os filhos. Estes, fartos de frustração, reuniram-se num conluio e mataram o pai. Depois, com o pai morto revivido na consciência como censor, e externamente como Totem, passaram a renunciar às mulheres do grupo – tornando tabu o casamento endogâmico – bem como abstiveram-se de reproduzir o parricídio. Isso, porém, ao inverso da futurologia, é uma “passadologia”, tão falaciosa quanto a primeira. Recorramos então à história escrita, descontando embora o que ela tem de ficção. Desde os primórdios encontramos narrativas de guerras e destruição, lutas pelo poder e assassinatos incontáveis. Os historiadores da antigüidade tinham já a intuição de que “boa notícia não vende jornais”. Dando desconto ao fascínio pela adversidade que contaminava os historiadores antigos (e continua contaminando os contemporâneos), supomos que as boas ações, não registradas, devem ter compensado a destrutividade, pois senão não estaríamos aqui hoje. Após a “*guerra fria*”, supunha-se que o mundo se desarmaria, e teríamos um longo período de tranqüilidade. Em vez

disso espoucaram dezenas de guerras localizadas, cruéis e impiedosas, travadas entre vizinhos. O primeiro assassinato bíblico ocorreu entre os primeiros irmãos. Observando os relatos históricos posteriores e recentes, o que ressalta é sempre a violência, apesar da qual, o desenvolvimento, ou o progresso (seja lá o que for que isso signifique) prevaleceu em algumas culturas, enquanto outras desapareceram. O incêndio da Biblioteca de Alexandria e a Inquisição religiosa (incendiando não só a obra, mas o autor junto – vide Giordano Bruno) são exemplos de destrutividade arrasadora no plano cultural. Mais recentemente a “Revolução Cultural” na China e até mesmo em países ditos democráticos, através do “macartismo”, instauraram o terrorismo cultural. Isso me convence – e me atemoriza – que a violência física e cultural pode ser iniciada a qualquer momento: veja-se os “anos de chumbo” da tirania militar aqui entre nós há menos de duas décadas; e o processo que tenta infrutiferamente condenar o ex-ditador Pinochet ainda hoje.

Outra intuição genial de Freud, sobre os **instintos de vida e de morte** – e que angustia até mesmo alguns psicanalistas, que preferem rejeitar essa concepção – me ajuda a prever a conduta do homem, e portanto balizar a prevenção para o terceiro milênio. Como sabem, Freud propõe que todo ser humano nasce com instintos de vida, Eros, que promove a integração, o crescimento e a reprodução da espécie; e instintos de morte, Tanatos, que busca a desintegração, a inércia, a dissolução do organismo no estado inanimado. Isso me leva a supor que essa herança instintiva é uma fatalidade da espécie. Ainda não conseguimos desenvolver o ego com força suficiente para conter de forma harmoniosa a coexistência dos dois instintos. Nossa educação é uma fina película adaptativa. Basta arranhá-la um pouco e lá vem o selvagem intempestivo. É isso que precisamos levar em conta se pretendemos pensar em psicologia clínica preventiva. A pesquisa de modos para atenuar a violência dos impulsos de morte no ser humano deverá ter precedência na pesquisa em Psicologia Clínica Preventiva.

Mas não podemos suprimir simplesmente os impulsos de morte. Admitindo que conseguíssemos realizar uma ablação

cirúrgica do instinto de morte através da engenharia genética, isso não geraria um ser humano melhor. Geraria um monstro indolente. Precisamos da agressividade para nos defender da agressão alheia; para tomar iniciativas; para realizar o ato sexual; até mesmo para levantar da cama após o sono. Tal é a complexidade do ser humano que a mesma força que destrói é necessária para construir. A agressividade temperada pela libido é equivalente à energia atômica: bem conduzida é útil ao progresso; mal conduzida enseja uma catástrofe. Não podemos, ainda que desejássemos, dispensar a agressividade. Resta então aprender a conviver com ela e a utilizá-la. Este seria um caminho para elaborar um programa de prevenção de amplo alcance – para o terceiro milênio inteiro e talvez para sempre. No Apocalipse de São João, após o cataclisma, as espadas seriam transformadas em arado e o leão viveria ao lado do cordeiro. Já transcorreram quase dois milênios desde que o evangelista fez essa profecia e após inúmeros apocalipses continuamos esperando o milagre. As espadas converteram-se em armas atômicas, e o leão se travestiu em traficante global de drogas, explorando inexoravelmente o cordeiro viciado.

Nos idos de 1960, mais precisamente em 1962, fui indicado por Durval Marcondes para trabalhar no Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina. Ali fiquei por 25 anos. Nos últimos 15 anos de minha permanência coordenei o Setor de Saúde Mental dos Alunos da Paulista de Medicina. Estes inspiraram-me na realização de vários trabalhos na trilha da prevenção. Uma concepção que aprendi trabalhando no Departamento de Medicina Preventiva, e que muito me impressionou foi a de “**Medicina Integral**”. Isto é, a esperança de transmitir a todos os estudantes de Medicina a tendência a pensar sobre a totalidade bio-psico-social; ou seja, pensar preventivamente sobre a situação do paciente e da comunidade. Quando todos os médicos pensassem e agissem preventivamente, eles estariam praticando uma Medicina Integral; e a própria Medicina Preventiva então deixaria de ter razão de ser. (O mesmo se aplicaria à Medicina propriamente dita: quando todas as pessoas tiverem uma saúde perfeita, a Medicina não será mais

necessária.) É claro que essa era mais um intenção promissora do que uma realidade. Por muitos e muitos milênios ainda os médicos pensarão mais curativamente do que preventivamente. O mesmo se aplicará aos psicólogos clínicos, provavelmente. Mas não podemos esmorecer, ainda que isso nos ocupe por todo o milênio que está se iniciando.

Mas o que é Psicologia Clínica Preventiva, afinal? Extrapolando os conhecimentos que adquiri sobre prevenção em Medicina (cuidando para não cacetejar os ouvintes com erudição excessiva) diria que a prevenção pode ser organizada em três níveis de ação: prevenção primária, secundária e terciária. A **prevenção primária** compreende ações que propiciam que o indivíduo sadio permaneça sadio. Isto é, que não adoça (*“proteção específica”*). Um exemplo simples é a vacinação. Se a vacina for eficiente, o indivíduo não contrairá aquela doença específica para a qual foi imunizado. Seria ótimo se pudéssemos inventar vacinas psicológicas, que evitassem a doença mental. Essa poderia ser uma das metas da Psicologia Clínica Preventiva para o terceiro milênio.<sup>3</sup> Mas a prevenção primária compreende medidas que favoreçam também a *“promoção de saúde”*. Ou seja, ajudar o indivíduo a procurar obter melhores condições de vida de modo a manter a saúde e até mesmo incrementar a eficácia de sua adaptação.

Quando as ações da prevenção primária falham, e o a pessoa adoce, entram em jogo ações de **prevenção secundária**. Consistiriam de ações primeiramente para diagnosticar o mais cedo possível as alterações patológicas (*“diagnóstico precoce”*). Isso porque, quanto mais antecipadamente se constata os primeiros sinais e sintomas de uma doença, menos prejuízos o processo causou, e menos fica a pessoa sujeita a sofrimento. Além disso, quanto mais urgente for a instauração do tratamento, maiores serão as possibilidades de cura (*“tratamento imediato e eficaz”*). Nesse ponto, a Psicologia Clínica Preventiva ocuparia desde logo no

---

<sup>3</sup> Adotando minha concepção de “eficácia da adaptação”, segundo a qual as “doenças” mentais seriam consequência da escolha de continuadas “soluções pouco” ou “pouquíssimo adequadas”, a prevenção primária concentrar-se-ia em ajudar o indivíduo a procurar “soluções adequadas”.

terceiro milênio a meta de procurar métodos de diagnóstico (testes e entrevistas preventivas) que aprimorem a detecção bem mais precoce de perdas na eficácia adaptativa, ficando atenta para acompanhar situações capazes de gerar crises evolutivas, familiares, escolares e no trabalho. Quanto à aplicação de tratamento imediato e eficaz, no sentido de restaurar a adaptação prévia – a talvez melhorá-la – reservar-me-ei para falar sobre psicoterapia mais adiante.

Finalmente, se o tratamento não for capaz de recuperar a saúde plenamente, e o distúrbio cronificar-se, podendo conduzir à invalidez, entra-se com ações de **prevenção terciária** cujo intuito será a “*reabilitação*”. Em Psicologia Clínica Preventiva a prevenção terciária é ainda muito precária. Pouco conhecimento temos sobre recursos para reabilitar os deficientes mentais, mormente os mais profundos. O mesmo se diga para os pacientes ditos “psicóticos crônicos”. Alguns abnegados psicólogos clínicos, trabalhando com afinco junto a uma equipe de médicos, biólogos, psicofarmacologistas, enfermeiros e assistentes sociais, travarão um árduo combate para avançar alguns milímetros nessa área da prevenção terciária no terceiro milênio.

Gostaria agora de deter-me um tanto na questão das psicoterapias, que constituem o tema que mais me tem ocupado como psicólogo clínico. Estou convicto que a Psicanálise Clássica, como tem sido aplicada, com cinco ou quatro sessões semanais, está impraticável. Pode, quando muito, ser aceita por entusiastas da formação em Psicanálise, na modalidade de “*análise didática*”. Ocorrem-me dois exemplos. Uma colega que já estava no segundo ou terceiro ano de formação no Instituto de Psicanálise, necessitando desesperadamente de um paciente que pudesse freqüentar as sessões quatro vezes por semana, por exigência curricular, telefonou-me perguntando se teria alguém para indicar-lhe. E acrescentou aflita: “*Eu cobro baratiinho...*” Mas eu não sabia de ninguém nessas condições, infelizmente. Um outro caso mais recente e mais significativo: uma colega que iniciou há pouco o primeiro ano do Curso de formação de psicanalistas pelo Instituto de Psicanálise da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo relatou-me que o



coordenador de Teoria da Técnica em Psicanálise solicitou que os formandos trouxessem transcrições de sessões psicoterápicas para efeito de ilustração clínica. Perguntou se algum dos estudantes podia trazer o material de um paciente tratado três ou quatro vezes por semana. Eram oito alunos no grupo; e todos os oito só tinham pacientes atendidos uma única vez por semana!

Como irá o coordenador ensinar a técnica da Psicanálise? Como farão os oito estudantes para conseguirem um paciente que compareça quatro vezes semanais? Tendo surgido posições discordantes desse processo de formação dentro de quase todas as Sociedades de Psicanálise. Mas os devotos se aferram a essa norma de modo irreduzível. É esperar que a realidade se incumba de impor o bom senso. A prática da Psicanálise, tal como se praticou no século XX está fadada a desaparecer. Não porque seja obsoleta, mas porque o custo é intolerável. O custo não só econômico, mas físico. Isto é, onde arranjar tempo, e como percorrer, num trânsito atravancado, as distâncias entre local de residência ou trabalho e o consultório do analista quatro vezes por semana? As concepções de Freud e seus continuadores têm resistido à prova da experiência clínica e mostram-se muito verossímeis. O que contesto não é a validade das teorias, mas sua exeqüibilidade na prática clínica. As valiosas contribuições de Freud e seguidores, porque verdadeiras, devem suscitar nossa engenhosidade para adaptá-las aos tempos atuais. Em 1918, no primeiro Congresso de Psicanálise após a Grande Guerra, Freud preconizou em sua conferência que, dado o pequeno número de pessoas que podem ser ajudadas por um psicanalista usa o método clássico, sugeria que: *ao ouro da Psicanálise se juntasse o cobre da sugestão*, para torná-la de maior alcance populacional.

É a essa sugestão de Freud que procurei atender ao idealizar, no Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP, o Curso de pós-graduação *lato sensu* de *Especialização em Psicoterapia Psicanalítica*, inspirado na obra iniciada por Durval Marcondes, interrompida em 1970 com sua aposentadoria. Somente 25 anos depois encontrei condições internas e externas para instaurar

o Curso, que coordeno e para cuja execução convidei outros 20 professores. O Curso tem a duração de três anos. Ao término da primeira turma, em 1999, para evitar a dispersão dos formados, e proporcionar a continuação dos estudos na interminável carreira de vir a ser psicoterapeuta, fundei a **Associação de Psicoterapia Psicanalítica**, congregando também os novos alunos e incluindo os professores do Curso. Através de reuniões científicas, seminários, cursos breves, simpósios, com a participação dos alunos e ex-alunos, professores e convidados, estabelecemos discussões e trocas de idéias que a todos beneficiam, arejando o conhecimento e informando sobre outras abordagens e concepções de psicoterapia psicanalítica. Evitando dogmatismo científico, abertos para outras concepções, esta será também uma das missões da Psicologia Clínica Preventiva: a prevenção do preconceito científico, que petrifica as idéias e transforma os adeptos em fanáticos autoritários.

Todavia, mesmo essa fusão da psicanálise com a sugestão, resultante na psicoterapia psicanalítica, a qual, sendo mais diretiva e objetiva, encurta o tempo do tratamento psicológico; e, comportando menos sessões semanais, barateia o custo do atendimento – tornado a ajuda psicoterápica acessível a maior parcela da população – não alcança a maioria dos brasileiros. Não há maneira prática de estender a psicoterapia psicanalítica às pessoas que procuram os postos de saúde, ambulatórios de saúde mental, e mesmo os psicólogos em seus consultórios. Dentro do espírito da *prevenção primária*, que é o da proteção específica, precisamos encontrar formas de detectar condições patogênicas antes que elas produzam conseqüências nefastas. Na Sociedade de Psicologia Clínica Preventiva, pesquisávamos há 20 anos atrás uma modalidade de intervenção com essa finalidade. O psicólogo tinha por cliente a família. Fazia visitas periódicas ao domicílio a cada três meses. Se notava algum indício de condições patogênicas, intervinha imediatamente para evitar agravamento das situações-problema. Se o problema já estivesse causando conseqüências danosas, propunha um atendimento de psicoterapia breve no domicílio, atendendo a toda a família. Como a Sociedade de Psicologia Clínica Preventiva

não recebia subsídios, tínhamos de nos manter com o escasso pagamento das anuidades dos membros, quase todos psicólogos recém-formados, os quais só dispunham de poucos recursos econômicos. As famílias incluídas no programa eram convidadas a contribuir com modesta anuidade. Não nos era possível fazer campanha pelos meios de comunicação. Tínhamos de ir de porta em porta apresentando nossa proposta, e geralmente nossos psicólogos eram confundidos com Testemunhas de Jeová ou vendedores de enciclopédia. Apesar de tudo o entusiasmo era grande e conseguimos em alguns casos vencer as resistências. Algumas poucas famílias se associaram e receberam nossa ajuda preventiva. O aproveitamento das famílias e dos psicólogos envolvidos foi promissor. Infelizmente, com o crescimento da miséria e da violência, mormente em meados de 1980, tivemos de abandonar essa atividade. Mas ela pode servir como modelo de programas preventivos na rede de saúde pública. Hoje a idéia de antecipar o auxílio médico através de convênios particulares está mais difundida; e talvez a proposta de divulgar um convênio em Psicologia Clínica Preventiva, como fizemos com as famílias há vinte anos, seja melhor sucedida.

Uma modalidade de psicoterapia que, pelas experiências que desenvolvo há 30 anos – desde os tempos do Setor de Saúde Mental dos Alunos da Escola Paulista de Medicina – consiste numa forma de psicoterapia que já está bem desenvolvida – e razoavelmente experimentada – e a que atualmente chamo de **“Psicoterapia Breve Operacionalizada”**. Já ministrei um Curso dessa modalidade, com um ano de duração, por duas vezes, aqui mesmo na **Unisantos**, com a ajuda dos colegas professores Kayoko Yamamoto e Hélio Alves. E, nos últimos dois anos, continuamos a realizá-lo aqui em Santos sob o patrocínio da Sociedade de Psicologia Clínica Preventiva. Deposito muita fé e esperança na Psicoterapia Breve Operacionalizada. É a forma de psicoterapia mais inteligente e mais sintética que consegui elaborar. E se presta muito bem a alcançar pelo menos 60% da população de nosso país. Usando minha Teoria

da Evolução da Adaptação<sup>4</sup>, procuro alcançar uma visão abrangente da situação atual e pregressa do paciente, formulando hipóteses adaptativas e psicodinâmicas. Detectando a situação-problema “nuclear”; o modo como se articula com outras situações-problema; e conjecturando sobre as bases psicodinâmicas que sustentam as dificuldades no plano consciente, traça-se um plano de ação psicoterápica. O número de sessões é decidido previamente e combinado com o paciente. Dependendo da complexidade da situação-problema a psicoterapia pode ser realizada com apenas uma sessão. Ou então duas ou mais, estendendo-se no máximo a doze sessões contínuas, quando houver uma crise adaptativa implicada. Sendo as sessões de uma vez a cada semana, quando for combinado o máximo de doze sessões a psicoterapia terá se estendido por três meses. Estabeleci esse limite de 12 sessões no máximo, e dele não arredo o pé, porque temos de ralar o bestunto para conseguir ajudar o paciente nesse prazo. Se começamos a ceder, a fazer concessões esticando um pouco o tratamento seduzidos pelo paciente que quer permanecer mais tempo – ou tomados por nosso desejo de perfeição – a psicoterapia acaba não sendo mais breve e pomos a perder nosso programa. E assim nunca mais desenvolveremos um método de psicoterapia com metas realistas, que alcance tantas pessoas a custos suportáveis.

Estudei deliberadamente uma forma de psicoterapia breve que fosse verdadeiramente breve. Se isso parece redundante, lembro-os que encontrei modalidades de psicoterapia breve que se prolongam por seis a sete meses, e às vezes mais de um ano. Quis formular um método de atendimento psicoterápico que verdadeiramente estivesse ao alcance da maioria de nossa população. E que pudesse ser praticado pela maioria de nossos psicólogos. Formas muito sofisticadas de psicoterapia exigem um longo e custoso aprendizado, não acessível a todos os psicólogos. E é claro que quanto mais elaborado, permite maior alcance em profundidade terapêutica. Mas

---

<sup>4</sup>Desenvolvida em meu livro: *Psicologia Clínica Preventiva – Novos Fundamentos*, S.Paulo: E.PU. –Edit. Pedagógica e Universitária, reed. 1989.

se torna mais longo e mais oneroso, restringindo a faixa da população que pode pagá-lo.

A forma de Psicoterapia Breve Operacionalizada, apesar de realmente breve – estar ao alcance de ser praticada pela maioria dos psicólogos – e poder ser usufruída por muitas pessoas, não consiste numa psicoterapia “inferior”. Pelo contrário, se for respeitado seu alcance, sua indicação, os resultados serão surpreendentes. À medida que pratico e ensino a Psicoterapia Breve Operacionalizada, impressiono-me cada dia mais. Psicólogos quase principiantes, atendendo pacientes envolvidos em situações-problema complexas e difíceis de compreender, conseguem, após a supervisão, realizar um trabalho valioso. Espanta-me ver como em pouco tempo se pode ajudar tanto um paciente. Desde que, é claro, o caso seja bem supervisionado desde o princípio, e acompanhado em supervisão com regularidade. Esses são os ônus do aprendizado. Não se pode assimilar uma técnica que exige a reunião e combinação de tantos dados clínicos, compreendê-los, formular uma estratégia de abordagem psicoterápica, sem possuir ampla experiência clínica. Por essa razão o psicólogo iniciante precisará de muito acompanhamento supervisionado até conseguir conduzir independentemente a psicoterapia breve operacionalizada de várias pessoas que requerem ajuda psicológica. Mas o investimento vale a pena, pois o psicólogo, podendo atender mais e melhor seus pacientes, sentir-se-á cada vez mais reconfortado e realizado nessa difícil tarefa de aliviar o sofrimento de seu semelhante.

Há um ponto na prática e ensino da Psicologia Clínica, herdado da má compreensão da Psicanálise, que considero prejudicial ao desenvolvimento do conhecimento na área do diagnóstico e da psicoterapia. Refiro-me à presunção de achar que a Psicanálise é a forma superior e melhor de tratamento psicoterápico. Além de ser falso, desestimula o empenho do psicólogo no aprimoramento do diagnóstico. Pois, se no final vai se propor mesmo a Psicanálise, para que se afanar com o diagnóstico? Isso me lembra uma passagem relatada por um residente de Psiquiatria que fazia parte de meu grupo de Saúde Mental dos Alunos da Escola

Paulista de Medicina. Contou-nos que um dos professores de Psiquiatria mais antigos, presenciando uma discussão acirrada em torno do diagnóstico de um paciente indagou: *“Para que gastar tanto tempo discutindo diagnóstico? Ele vai levar choque, mesmo!”* Com isso quero enfatizar a importância de priorizar a **pesquisa** em Psicologia Clínica. Se ficarmos apenas na posição do terapeuta que se contenta com suas **“associações livres”**, e no seu poder interpretativo para compreender o que se passa na relação psicoterápica, continuaremos caminhando em círculos sem sair dos pressupostos já estabelecidos. Ou então ingressaremos numa caminhada guiados pela inspiração estética, como estão me parecendo muitos das trabalhos em Psicanálise apresentados ultimamente. O psicanalista vai se tornando cada vez mais um artista do que um cientista. Nada tenho contra a arte, pelo contrário. Mas se pretendemos fazer ciência, só vejo um caminho: pesquisa, e só pesquisa. Pesquisar em Psicologia Clínica é árduo e desconcertante. Além de demandar muito tempo e dedicação, é sujeito a muitas incertezas e frustrações. Porque trabalhamos com seres humanos – naquilo que eles têm de mais recôndito, defendido e angustiante – a intimidade. Não podemos controlá-los, como se faz com animais de laboratório. Da mesma forma não podemos submetê-los a experimentos como se fossem cobaias. Assim sendo, muitas vezes o paciente escapa e põe a perder o trabalho de meses ou anos de pesquisa. E nada podemos fazer para evitá-lo: temos de respeitar a liberdade e a integridade dos pacientes. Isso torna a pesquisa psicoterápica em Psicologia Clínica extremamente desanimadora e decepcionante. Essa é a realidade que temos de aprender a suportar se quisermos avançar solidamente no caminho do conhecimento.

Só para dar-lhes uma idéia de quanto é difícil realizar pesquisas em psicoterapia, vou relatar-lhes minha experiência atual. Há dois anos organizei um projeto de pesquisa em psicoterapia psicanalítica dentro do espírito do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica que coordeno na USP. O **objetivo da pesquisa é verificar se haverá diferenças, e quais, entre a evolução de pacientes atendidos por uma ou duas vez na**

**semana**, num período de dois anos. Formei dez grupos, sendo ao todo 70 psicólogos trabalhando nesse projeto. A pesquisa só terá todos os dados necessários talvez em quatro anos. Alguns supervisores, desanimados, estão pretendendo deixar a pesquisa após dois anos de colaboração; um ou outro psicoterapeuta, ou avaliador, por razões várias, desiste de participar. Por onde se vê que a aversão que muitos têm a fazer pesquisa em psicoterapia é parcialmente válida. Mas não vejo como fazer o conhecimento avançar se ficarmos apenas nas elocubrações a respeito das associações de um paciente numa relação psicoterápica.

Em suma, desejaria que no terceiro milênio as pesquisas fossem orientadas para a descoberta de instrumentos para aperfeiçoar o diagnóstico psicológico – seja através de novos testes e questionários, seja através de novas técnicas de entrevista e modelos de diagnóstico operacional. Esse movimento estaria incluído na linha das **Prevenções Primária e Secundária**. (Foi criando uma escala diagnóstica para abreviar a triagem dos estudantes da Escola Paulista de Medicina que cheguei até a **EDAO – Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada** – a partir da qual formulei uma *Teoria da Evolução da Adaptação* que por sua vez inspirou um modelo de *Prevenção da Ineficácia Adaptativa*, além de continuar embasando outras especulações em Psicologia Clínica.) Concomitantes esforços investigativos deverão dirigir-se para o aprimoramento de técnicas psicoterápicas para descobrir métodos que: primeiro, abreviem o tratamento; segundo, não sacrifiquem sua profundidade; e terceiro, sejam cada vez menos custosas em termos de tempo e dinheiro. Estes desenvolvimentos incorporarão a linha das **Prevenções Secundária e Terciária**. Quanto à prevenção terciária, no sentido de **Reabilitação** propriamente dita dos pacientes crônicos, as pesquisas têm tropeçado com obstáculos difíceis de superar. Aqui o estudo multidisciplinar tem maiores probabilidades de eficiência.

O conflito entre tratar o sofrimento psíquico somente com psicoterapia; ou com psicoterapia e medicação; ou só com medicação, tem levado a contendas intermináveis. Suponho que

devido às pesquisas serem muito circunscritas; isto é, dirigidas exclusivamente à observação da cura ou alívio dos sintomas, muito presas ainda ao modelo médico. Tenho encontrado pessoas que sofreram durante anos de depressão e não obtiveram grande ajuda através da psicoterapia psicanalítica, ou da psicanálise. Isso se deveria à qualidade insuficiente da psicoterapia, ou porque a psicoterapia seria realmente ineficaz nesses casos? E os pacientes que dizem ter melhorado com a medicação, e não querem mais passar sem ela – que espécie de melhoria seria essa? O efeito do psicofármaco seria semelhante ao do analgésico, que suprime a dor mas não cura a doença? Ou ele produz alterações emocionais e cognitivas estáveis? Penso que apenas um estudo mais abrangente, incluindo não só as circunstâncias mais próximas, mas também as remotas, traria mais luz a essas indagações. Consoante essa premissa recentemente formulei uma hipótese a respeito das depressões crônicas, supondo que elas seriam o resultado de continuadas soluções pouco ou pouquíssimo adequadas às situações-problema que o sujeito enfrenta ao longo da vida. Esta é uma hipótese operacionalizada que pode ser testada através de pesquisa bem definida.<sup>5</sup> Admitindo essa hipótese, talvez a psicoterapia psicanalítica não ajudou tanto o paciente depressivo crônico porque o psicoterapeuta ficou trabalhando sobre os dados mais recentes e não investigou os antigos – que não mais existem na atualidade – mas cujas seqüelas continuam a surtir efeito, num encadeamento de soluções inadequadas, cada qual predispondo à inadequação seguinte, como numa corrente de infelicidade. Se não se quebra o primeiro elo da cadeia, as seguintes continuam aprisionando o sujeito.

Mas para não consumir todo o terceiro milênio falando, vou encerrar por aqui.

Termino com uma questão crucial para o milênio que se inicia:  
**- a Psicologia ajudará o homem a se tornar mais sábio?**

---

<sup>5</sup> A diretora da Divisão de Psicologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, acompanhada de colaboradoras diretas, está testando essa hipótese com centenas de pacientes hospitalizados em todas as enfermarias. Alguns resultados parciais têm corroborado a hipótese que levantei sobre a etiologia adaptativa da depressão.



- Às vezes penso que sim, às vezes penso que não.  
Perdoem-me por ser um adivinho tão indeciso.

RYAD SIMON  
Rua Gameleira, 288 – Morumbi  
CEP 05620-060 - São Paulo SP  
Fone (011) 3743-7526.