

A ENTREVISTA CLÍNICA PSICANALÍTICA



Marina Bento Gastaud

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS -Brasil



Resumo

O presente trabalho tem por objetivo fazer uma revisão das teorias psicanalíticas clássicas sobre a entrevista clínica psicanalítica, além de sintetizar os principais manejos técnicos sugeridos por autores de grande relevância no campo da psicanálise. O estudo aborda definições e objetivos da entrevista inicial, dissertando sobre a entrevista de devolução e sobre o contrato. Discute sobre a controvérsia acerca do uso da interpretação na entrevista inicial, sintetiza também as idéias de autores importantes sobre as peculiaridades da entrevista com crianças e adolescentes (e seus pais ou responsáveis) e encerra trazendo uma breve elucidação a respeito da entrevista de encaminhamento ou triagem.

Palavras-chave: entrevista, psicanálise, psicologia clínica.

A Entrevista Clínica Psicanalítica

A entrevista é um instrumento fundamental do método clínico, sendo uma técnica de investigação científica em Psicologia. Por se tratar de uma técnica, possui procedimentos empíricos com os quais se aplica o conhecimento, fazendo coexistir no psicólogo clínico as funções de investigador e profissional. Etchegoyen (2004) chama de entrevista a tudo que seja uma “visão” entre duas ou mais pessoas, reservada para algum encontro especial e não para contatos regulares.

Nesse sentido, há diferenças conceituais entre “entrevista inicial” e “primeira sessão”, já que, a partir do momento em que os encontros passam a ter uma periodicidade estipulada e regular, eles deixam de constituir uma entrevista propriamente dita. A primeira antecede o contrato enquanto a segunda implica que a análise ou psicoterapia já começou formalmente. Os objetivos de uma entrevista e da psicoterapia são radicalmente diferentes: em um caso é orientar uma pessoa para determinada atividade terapêutica; no outro, realiza-se o que antes se indicou.

Bleger (1971) citado por Etchegoyen (2004) ainda difere entrevista, interrogatório e anamnese. A anamnese é uma investigação de dados preestabelecidos sobre o princípio e evolução de uma sintomatologia. O interrogatório tem o objetivo de obter informação, de investigar o que o entrevistado sabe conscientemente. A entrevista pretende ver como funciona um indivíduo e não como *diz* que funciona.

Há várias formas de adjetivar uma entrevista e dizemos que ela é psicanalítica quando é realizada com os métodos da psicanálise ou, mais formalmente, quando é realizada por um psicanalista.

O objetivo deste estudo é, portanto, rever e sintetizar as principais considerações teóricas e manejos técnicos no que diz respeito a esse encontro entre terapeuta e paciente. Tendo em vista que a entrevista constitui-se a mais importante ferramenta de trabalho do psicanalista ou psicoterapeuta psicanalítico para avaliar seu paciente no início e ao longo do tratamento. Parece relevante a realização de estudos como este, objetivando refletir e sintetizar as diversas posturas e prerrogativas teóricas/técnicas sobre a entrevista dentro do referencial psicanalítico. Embora a literatura psicanalítica dedique bastante atenção às sessões de tratamento, há uma lacuna considerável no que diz respeito à entrevista clínica – um encontro do terapeuta com paciente ou seus familiares fora dos contatos regulares que caracterizam a sessão terapêutica (ETCHEGOYEN, 2004), lacuna esta que este estudo tenta amenizar.

Entrevista Inicial

Trata-se do primeiro contato entre terapeuta e paciente pessoalmente. Geralmente, antecede ao encontro algum telefonema ou contato agendando a entrevista, e já se instalam nesse primeiro momento determinadas *pré-transferências* que vão se desenvolver ou não ao longo das entrevistas e do tratamento.

Algumas investigações têm demonstrado que a fase inicial é crucial para a permanência ou não em tratamento (CEITLIN & CORDIOLI, 1998). Langs (1973) afirma que a maioria dos pacientes que abandonam a terapia o faz nas primeiras entrevistas e que a permanência em terapia depende de desenvolver uma boa relação com o terapeuta.

O objetivo principal desta entrevista é levantar hipóteses sobre o funcionamento psíquico do paciente, possibilitando traçar um plano de tratamento ou ter melhores condições para realizar um encaminhamento a outro profissional. Esse processo de avaliação geralmente

necessita de mais de um encontro, sendo mais correto referir-se a este como *entrevistas iniciais*. “Deve-se levar em conta que o entrevistado muda, em geral, de uma para outra entrevista, e o próprio entrevistador pode mudar e mesmo recuperar-se do impacto que pode ter-lhe significado o primeiro encontro” (ETCHEGOYEN, 2004, p. 46).

No entanto, diversos autores defendem a ideia de que, mesmo que o terapeuta opte por diversas entrevistas, ele deve ter em mente que não é prudente prolongá-las demais, devido à grande ansiedade que podem despertar no entrevistado. Ademais, para os autores que acreditam não ser aconselhável fazer interpretações transferenciais durante as entrevistas, o prolongamento excessivo desse processo inicial pode complicar a relação analítica futura pela impossibilidade de interpretar desde o início o vínculo que está sendo formado.

Zimerman (2004) disserta em seu livro *Manual de técnica psicanalítica* acerca dos objetivos da entrevista inicial. Para ele, os objetivos gerais da entrevista inicial são: 1) avaliar as condições mentais, emocionais, materiais e circunstanciais da vida do paciente que o buscou e 2) estabelecer um *rapport* com o paciente, isto é, o início de uma relação pautada por um vínculo empático, por uma atmosfera de veracidade e confiabilidade. Para que os objetivos gerais sejam atingidos, deve-se ter como objetivo específico, durante essa etapa inicial, os seguintes itens: 1) ajuizar os prós e os contras, as vantagens e as desvantagens, os riscos e benefícios de indicar psicoterapia para aquele paciente (conforme critérios de analisabilidade e acessibilidade vigentes ou do próprio terapeuta), 2) inferir o grau e o tipo de psicopatologia, de modo a formar alguma impressão diagnóstica e prognóstica do paciente, 3) avaliar a qualidade da motivação do paciente, tanto a manifesta quanto a inconsciente, 4) verificar a capacidade de insight do paciente, sua capacidade de abstrair, simbolizar e dar acesso ao seu inconsciente, 5) avaliar a realidade exterior do paciente: condições sócio-econômicas, entorno familiar, sua posição profissional, seu projeto de vida próximo e futuro, existência de fatos traumáticos, etc., 6) conferir se a teoria de tratamento e cura do terapeuta coincide com a do paciente.

A impressão diagnóstica deve ser formada levando em conta que existem diferentes tipos, níveis e perspectivas de diagnóstico clínico. Ainda segundo Zimerman (2004), há dois tipos de abordagem para a construção desta hipótese diagnóstica. A primeira diz respeito às classificações do DSM IV-TR: eixo I (aspectos sindrômicos), eixo II (tipos e transtornos de personalidade), eixo III (transtornos físicos), eixo IV (estressores) e eixo V (nível de funcionamento). A segunda consiste em considerar os seguintes enfoques:

- 1) Nosológico: determinada categoria clínica
- 2) Dinâmico: a lógica do inconsciente
- 3) Evolutivo: as etapas do direcionamento da libido oral, anal, fálica, latente, genital, já que cada etapa exige implicações técnicas específicas
- 4) Funções do ego: atenção, senso-percepção, memória, orientação, consciência, pensamento, linguagem, inteligência, afeto, conduta.
- 5) Configurações vinculares: funcionamento e papel desempenhado pelo indivíduo na família, no casal, nos grupos em geral.
- 6) Corporal: cuidados corporais, autoimagem, somatizações e hipocondria.
- 7) Manifestações transferenciais e contratransferenciais: expectativas do paciente em relação ao terapeuta e afetos que o paciente mobiliza no terapeuta.

O analista deve ter em mente que muitas vezes o paciente se apresenta na entrevista de uma forma muito diferente do que ele realmente é (por ansiedade paranóide ou fóbica excessiva, por masoquismo, para seduzir o terapeuta a aceitá-lo em tratamento, etc). Por isso fala-se em *impressão* diagnóstica, embora o terapeuta precise estar atento e aberto a possíveis mudanças nesta primeira percepção.

A entrevista, para Etchegoyen (2004), tem como objetivo avaliar o que se pode esperar do potencial analisando e, reciprocamente, o que ele necessitará do terapeuta. Avalia também até que ponto a interação que se estabelece entre entrevistador e entrevistado será curativa ou iatrogênica.

Há ainda a discussão a respeito do uso de instrumentos psicodiagnósticos durante esse processo. Alguns terapeutas (especialmente os que se autodenominam “psicanalistas clássicos”) pensam que a testagem psicodiagnóstica “suja” o processo terapêutico (já que a testagem interrompe a associação livre), preferindo obter dados mais profundos do seu paciente na medida em que este for se revelando no curso do tratamento psicanalítico. Defendem a ideia de que o entrevistador deve buscar as informações necessárias para fazer uma indicação de tratamento, mas que um conhecimento prévio muito profundo do paciente pode chegar a perturbar a compreensão deste. Para esses seguidores, torna-se mais importante durante as entrevistas a construção de uma postura empática e continente do que uma postura investigativa. Gabbard (1992) citado por Marques (2005), por exemplo, pode ser considerado um representante desta escola ao postular que o entrevistador deve manter um estilo de entrevista flexível, passando da busca estruturada de fatos a uma atitude não-estruturada de

escuta das associações do pensamento do entrevistado. Por outro lado, há psicanalistas que advogam a favor do uso dos instrumentos, como Abuchaem (1985), o qual defende o uso da testagem por acreditar que os resultados desta deixam o analista em melhores condições para indicar a terapia adequada.

A postura adotada dependerá da concepção de tratamento que o analista segue, já que, como diz Zimerman (2004, p. 60):

Sou dos que acreditam que a entrevista inicial funciona como uma espécie de *trailer* de um filme, que posteriormente será exibido na íntegra; isto é, ela permite observar, de forma extremamente condensada, o essencial da biografia emocional do paciente e daquilo que vai se desenrolar no campo analítico.

Devolução e contrato

A última etapa de um processo de entrevistas está constituída por uma entrevista de devolução. As entrevistas iniciais encerram-se no momento em que o terapeuta perceber que já é capaz de formular uma impressão diagnóstica do paciente, é capaz de definir a necessidade e possibilidade ou não de tratamento e perceber que o vínculo formado entre ambos é capaz de garantir um trabalho analítico proveitoso. O terapeuta necessita fazer uma devolução ao entrevistado, ou seja, colocar a sua percepção e as suas conclusões frente ao que foi exposto durante as entrevistas. Etchegoyen (2004) acredita que na devolução o terapeuta deve aconselhar o entrevistado sobre o tratamento mais conveniente, deve fazer a indicação com seus fundamentos, mantendo esses sempre muito sucintos. O autor acredita que um informe muito detalhado presta-se mais a ser mal-entendido e facilita a racionalização.

Nesse momento, caso a devolução indique a necessidade de psicoterapia e o paciente opte por realizá-la com o mesmo terapeuta, dá-se a realização de um *contrato*. Trata-se de um acordo manifesto acerca de algumas combinações práticas que servirão de referência à longa jornada da análise. Essa combinação básica antes de iniciar uma análise ou psicoterapia inclui o tipo de tratamento indicado (psicoterapia ou análise), o número de sessões semanais, tempo de duração das sessões, horários, honorários, faltas e férias.

Etchegoyen (2004) inclui na ideia de contrato a de que o tratamento deve finalizar por acordo das partes e, por isso, se apenas um dos dois assim decide, não se fala de término, mas de interrupção.

Alguns analistas optam por combinar detalhes como, por exemplo, o direito que eles se reservarão de responder ou não às perguntas dos pacientes; atender ou não o pedido de

mudança de horário das sessões; o pagamento no caso de doença ou viagem do paciente; o dia e a forma do pagamento; permissão para fumar ou não durante as sessões; aceitação de presentes; encontros sociais; forma de cumprimentar; uso ou não do divã, etc.

Zimerman (2004) defende a realização das combinações básicas, mas acredita que as demais são implícitas ao processo terapêutico, devendo ser analisadas à medida que surgirem, principalmente porque variam de caso para caso. O autor enfatiza que deve ficar bastante claro para o analista e para o analisando (ainda que não se esclareça explicitamente) que a inter-relação do par analítico obedece a três princípios básicos:

- 1) Ela não é *simétrica*: os lugares ocupados e os papéis a serem desempenhados são desiguais e obedecem a uma natural hierarquia, com direitos, deveres e privilégios distintos.
- 2) Ela não é de *similaridade*: os dois do par analítico não são iguais, diferentemente do que imaginam muitos pacientes regressivos, que têm dificuldade em admitir que o terapeuta é uma pessoa autônoma, tem a sua própria técnica e o seu próprio estilo de trabalhar, pensar e viver.
- 3) A relação que o paciente reproduz com o analista é *isomórfica*: na essência, terapeuta e paciente se comportam da mesma forma, como seres humanos que são; o fato do analista desempenhar transitoriamente as funções de maternagem (ou outras equivalentes) que o paciente carece não pode ser confundido com a ideia de que o analista será um *substituto* para uma mãe que foi ausente ou falha.

Etchegoyen (2004) também pensa que não é prudente ser muito prolixo ou fornecer muitas diretivas no momento do contrato. Enfatiza, no entanto, que a introdução da regra fundamental de associação livre e uso do divã, no caso de análise, deve ser feita já no contrato. Caso o paciente pergunte, no contrato, acerca da duração do tratamento, o autor acredita que o terapeuta deve apenas dizer que a análise é longa e que sua duração é imprevisível.

Abuchaem (1985), entretanto, acredita que o sujeito não tem obrigação de saber a prática de um processo terapêutico e, por isso, procura explicar minuciosamente a dinâmica das sessões e do tratamento, além de estipular um tempo mínimo de duração da análise. Ao contrário de Etchegoyen (2004), Abuchaem (1985) pensa que essa explicação detalhada evita inconvenientes e mal-entendidos futuros e dá ao analista melhores condições para interpretar a ruptura do enquadre. Inclui, na entrevista de devolução, a explicitação de suas opiniões

sobre o funcionamento e a dinâmica da personalidade do paciente, no que se refere tanto às suas partes sãs como às suas partes enfermas. O autor reconhece, entretanto, que muitas dessas informações são instantaneamente reprimidas (por não haver uma preparação para ouvi-las e pela ansiedade que provocam) pelo paciente, o qual geralmente esquece grande parte da devolução que foi feita e raramente faz referência às questões ali levantadas ao longo do tratamento.

O uso da interpretação na entrevista inicial

É bastante controversa entre os psicanalistas a decisão se cabe ou não interpretar na entrevista inicial. Zimerman (2004) acredita que as clássicas interpretações alusivas à neurose de transferência¹ devem ser evitadas ao máximo, mas defende as “interpretações compreensivas” nesta etapa, ou seja, aquelas que dizem o suficiente para o paciente sentir-se *compreendido*.

Etchegoyen (2004) defende que uma interpretação só é possível quando antes foram fixados os termos da relação, ou seja, após o contrato. O autor legitima uma interpretação se esta objetiva remover um obstáculo concreto à tarefa que está sendo realizada na entrevista, mas nunca com o objetivo de modificar a estrutura do entrevistado ou lhe fornecer *insight*. Ele acredita não ser a busca de *insight* o propósito da entrevista, e nem o que o entrevistado precisa naquele momento.

Abuchaem (1985), em seu livro *La interpretación en las etapas iniciales del tratamiento psicoanalítico*, explora justamente essa discussão. Para ele, há autores como Theodor Reik e Freud que assumem e defendem uma postura não intervencionista durante as entrevistas, por entenderem que enquanto não se estabelecer a chamada neurose de transferência, o analista deve abster-se de verbalizar a interpretação ao analisando, mesmo que tenha compreendido perfeitamente o sentido oculto das associações livres. O analista deve aguardar com paciência e parcimônia a aparição de sinais que delatam a emergência e instalação permanente da neurose transferencial. Para atingir esse objetivo, o analista deve intervir mediante assinalamentos breves, pois a função do analista nesse primeiro momento é basicamente escutar o paciente e promover as manifestações incipientes da neurose transferencial.

Por outro lado, o autor descreve e defende a postura intervencionista, que consiste em interpretar desde a primeira entrevista, desde o momento em que se entenda o significado do conteúdo latente do discurso do analisando. Essa posição, defendida por muitos desde Melanie Klein, parte do pressuposto que a transferência se estabelece de forma intensa desde o início do tratamento, sendo sua intensidade dependente da resistência inicial ao processo terapêutico. Assim, é aconselhável o ato interpretativo desde a primeira entrevista, já que a transferência (seja ela positiva, negativa ou erótica) já se estabeleceu e precisa ser interpretada para garantir o bom andamento do tratamento.

A entrevista inicial na psicoterapia infantil

A entrevista inicial da análise ou psicoterapia infantil é regida por princípios bastante semelhantes à entrevista com adultos, embora contenha algumas peculiaridades. Tal entrevista é geralmente realizada com os pais ou responsáveis e o terapeuta conhecerá pessoalmente seu paciente em um outro momento. Com isso, o objetivo dessas primeiras entrevistas com os pais é levantar o máximo de dados possível a respeito da sintomatologia da criança, da sua história pregressa e atual e sobre o funcionamento da família, já que as condições mentais, emocionais, materiais e circunstanciais que serão avaliadas dizem respeito não só ao paciente (a criança), como a toda família. A impressão diagnóstica formada pelo terapeuta apenas poderá ser confirmada após a primeira hora de jogo² com a criança, oportunidade em que o terapeuta poderá avaliar na prática as funções do ego do próprio paciente, seu grau de sofrimento, sua capacidade de se vincular e sua motivação para o tratamento.

Há autores, entretanto, que discordam da postura analítica de necessariamente entrevistar previamente os pais. Ortigues e Ortigues (1988) sugerem que o terapeuta, ao ser perguntado no telefonema “Quem deve ir à entrevista?”, responda “Quem quiser!”. Assim, deixa-se a critério da família que consulta decidir qual é a sua demanda, como quer demonstrar sua patologia, que lugares ficarão ausentes nesta entrevista inicial,...Enfim, a entrevista inicial realizada dessa forma fornece dados subjetivos ao terapeuta acerca da dinâmica familiar que seriam perdidos caso este fizesse uma indicação explícita a respeito de quem deve estar presente.

Aberastury (1982), no entanto, solicita explicitamente que a entrevista inicial seja realizada com ambos os pais e sem a criança. Acredita que a aliança precisa estar formada

com os pais antes de receber o pequeno paciente, não havendo a necessidade de mobilizar na criança ansiedades inerentes ao processo analítico, se ela não terá indicação para o tratamento, se os pais não quiserem seguir com o terapeuta consultado ou não se mostrarem motivados. A autora não considera conveniente finalizar a entrevista com os pais sem ter conseguido os seguintes dados básicos que julga imprescindíveis de serem conhecidos antes de conhecer a criança: 1) motivo da consulta, 2) história da criança, 3) como transcorre um dia de sua vida atual, um domingo, um feriado e o dia do aniversário, 4) como é a relação dos pais entre si, com os filhos e com o meio familiar imediato. Acredita que essas informações são cruciais para o entendimento da patologia da família e da criança, dando subsídios para sua observação durante a primeira hora de jogo.

Neubauer (1996) também defende a necessidade do terapeuta entrevistar inicialmente os pais, para averiguar a analisabilidade da criança, como a criança progrediu e regrediu no passado, seu pano de fundo familiar e social, se os pais são capazes de sustentar a análise e se o seu comportamento apoiará ou desestimulará os progressos em desenvolvimento da criança. O analista deve determinar a capacidade que os pais têm de proporcionar um ambiente no qual o desenvolvimento possa ser promovido, principalmente após as paradas ou inibições da criança haverem sido superadas. Ambos os genitores devem ser avaliados, pois um pode facilitar o tratamento ainda que outro dificulte. Uma criança é incapaz de fornecer os detalhes necessários para uma avaliação desse tipo, não pode recordar sua primeira infância, não está interessada em seu passado, não possui a capacidade de lembrar os detalhes dele e não pode descrever plenamente o comportamento dos seus pais.

O terapeuta terá também que ajudar os pais a preparar a criança para a visita inicial, ressaltando que o terapeuta é alguém escolhido para *ajudá-la* e contando-lhe a verdade sobre as queixas que a levaram a tratamento.

Ampessan (2005) sintetiza essa discussão alertando que, mais importante do que o comparecimento de determinada pessoa, será a sustentação da posição analítica de escuta. “Escutar quem a mãe, se for ela quem ligou, pensou em levar à entrevista, com quem ela estabelece vínculos e o que propõe neste primeiro contato” (p. 75).

Outra peculiaridade da psicoterapia infantil é que, durante as entrevistas iniciais, cabe ao analista identificar “quem é o verdadeiro paciente” daquela família que o procura. Muitas vezes, a criança serve como bode expiatório dos conflitos dos pais e da família e, apesar de

ser trazida como “o paciente”, representa na verdade uma “alavanca” para os próprios pais perceberem sua necessidade de atendimento, ou negá-la (ORTIGUES & ORTIGUES, 1988).

O contrato deve ser feito com os pais. Quando se trata de crianças maiores, grande número de analistas infantis prefere fazer o contrato na presença do próprio paciente. Faz parte do contrato, além dos pontos do contrato com adultos, a combinação a respeito da participação dos pais ao longo do tratamento.

Entrevistas posteriores com os pais

Cabe aqui uma pequena síntese histórica. A primeira psicanalista que tentou psicanalisar crianças foi a Dra. Hilde Hug-Hellmuth, em 1921, seguida principalmente por Melanie Klein e Anna Freud. Ambas divergiam muito a respeito da participação dos pais na análise infantil: Melanie Klein recomendava que o analista evitasse ao máximo o contato com os pais, mesmo diante da insistência desses (com o objetivo dos pais não interferirem na transferência da criança), enquanto Anna Freud defendia a necessidade de encontros sistemáticos com os pais, principalmente em decorrência do método pedagógico (de aconselhamento) que usava.

Hoje em dia, a participação dos pais mostra-se praticamente necessária para o bom andamento da análise. O genitor inicia, sustenta e frequentemente termina a análise, sendo vital a sua aliança ao processo. Glenn, Sabot e Bernstein (1996) advogam ver os pais com regularidade, uma vez por semana em circunstâncias ordinárias, no começo da análise e durante um tempo considerável após esta. O analista precisa achar-se acessível para conceder apoio aos genitores quando os sintomas aumentam, persistem ou retornam, bem como para ser informado dos fatos significativos da vida atual do paciente. A postura nesse caso é manter o sigilo do tratamento analítico prometido à criança, mas fornecer algumas explicações tranquilizadoras.

Weiss (1964), por outro lado, afirma que há tantos problemas vinculados a ver os pais quantos com não vê-los, mas opta pela segunda modalidade por pensar que vê-los contamina quase sempre o campo analítico. Partidários dessa posição argumentam que o contato terapeuta-genitor obstrui o desenvolvimento verdadeiro de uma aliança terapêutica e interfere com uma transferência analisável e até mesmo com uma neurose de transferência. A criança pode desconfiar que seus segredos, estão sendo contados aos pais pelo analista. Além disso, as informações “cruzadas” recebidas através dos pais fazem com que o analista entre na

sessão com a criança inundado por um entendimento que não foi proveniente do material do seu paciente - principalmente pela possibilidade dos pais distorcerem os fatos e virem os fatos pela sua própria perspectiva, e não a da criança.

Glenn, Sabot e Bernstein (1996) discordam desses argumentos, pois observam que a aliança terapêutica se intensifica quando a criança é informada de que os pais e o analista trabalham juntos em prol dela, desde que ela saiba que tem o direito de ser informada sobre o que seus pais dizem. Quanto ao argumento de interferir na transferência, os autores concordam com a visão annafreudiana de que raramente aparecem na análise infantil transferências intensas e prolongadas, por ser imaturo o desenvolvimento cognitivo da criança e por esta se achar ainda envolvida com os pais.

Aberastury (1982) acredita que o papel dos pais na análise da criança restringe-se a levar a criança ao tratamento e pagar por este, desaconselhando entrevistas posteriores com os pais – a menos que estes solicitem. Nesse caso, pergunta-se à criança se ela está de acordo e conta-se integralmente para ela o que foi discutido na entrevista. A autora prega a liberdade que essa modalidade traz para a análise, pois mantém o terapeuta no seu papel (de terapeuta) e se evitam os conselhos. Ela defende a ideia de que aconselhar os pais a seguir determinada conduta, ou adotar tal postura com a criança, não os impede de seguir atuando com o filho de acordo com seus conflitos; com o agravante de que depois do conselho sabiam que isso estava mal e que era a causa da enfermidade do filho, o terapeuta transforma-se num superego e a culpa se converte geralmente em agressão. Assim, Aberastury (1982) trabalha unicamente com a criança e acredita que o tratamento analítico capacita uma criança, ainda que muito pequena, para modificar ela própria seu ambiente.

A entrevista na psicoterapia com adolescentes

A entrevista inicial com adolescentes não comporta a obediência às regras rígidas e preestabelecidas, aumentando a necessidade do profissional de usar sua sensibilidade, flexibilidade e criatividade. Há controvérsias quanto à estipulação de uma regra definitiva a respeito de quem deve vir à primeira entrevista.

Meeks e Schwartzberg citado por Zavaschi et al. (1998), destacam que a primeira entrevista deve ser realizada, sempre que possível, com o adolescente. Kusnetzoff (1993), entretanto, advoga a favor da inclusão dos pais no tratamento a fim de diminuir a deserção da psicoterapia, pois ele acredita que o adolescente enfermo é o produto final de um amplo

processo, é o clássico emergente de um grupo familiar perturbado. O autor acredita que o melhor manejo técnico é fazer uma série de entrevistas com os pais (pelo menos três) para poder entrevistar o filho. Kalina (1976) ainda salienta que em hipótese alguma admitimos pacientes menores de 18 anos sem uma entrevista prévia com os pais, pois, do ponto de vista legal, não estão capacitados para assumir a responsabilidade que o tratamento implica. Essa restrição legal também se estende, em alguns casos, para os pacientes entre 18 e 21 anos. Ele salienta que um tratamento psicanalítico de um adolescente menor de 18 anos inicia-se por uma entrevista com os pais sem a presença do filho, deixando assim os pais mais confortáveis para dissertar acerca da conflitiva do paciente. O mais conveniente, ainda para Kalina (1976), é realizar uma entrevista com ambos os pais, sempre que possível, ou separadamente, em raras exceções. O risco de fazer entrevistas separadas com pais divorciados é que o integrante do casal que não compareceu considere o analista como aliado do outro. Mas, de qualquer forma, para aceitar o tratamento do adolescente é indispensável que ambos os pais estejam de acordo.

Ceitlin e Cordioli (1998) aceitam, quando solicitados, entrevistar primeiramente ou unicamente o adolescente. A necessidade de chamar ou não os pais para uma entrevista depende, para eles, do grau de dependência do paciente e da severidade de sua patologia. Em pacientes com psicose, uso de drogas, risco de suicídio ou comportamento antissocial, por exemplo, torna-se imperativo realizar uma ou mais entrevistas com os pais no decorrer do processo de avaliação.

Kusnetzoff (1993) aponta como objetivos das primeiras entrevistas com adolescentes:

- 1) estabelecer um vínculo positivo de trabalho com o adolescente,
- 2) detectar o motivo da consulta, antiguidade e apresentação dos sintomas, bem como a repercussão familiar dos mesmos,
- 3) fazer um diagnóstico aproximado (pressuposto) com a finalidade de detectar se o caso é enquadrável dentro de uma psicoterapia,
- 4) verificar o que a família e o adolescente entendem por psicoterapia,
- 5) levantar as fantasias sobre os motivos da doença e a respeito da cura,
- 6) esclarecer rapidamente qual é a função do profissional, as diferentes formas de intervenção e as vicissitudes do processo.

O contato com os pais ao longo do tratamento, entretanto, obedece outra lógica, já que a necessidade adolescente de excluir os pais geralmente é tão grande que um contato

continuado com eles pode ser desaconselhável. Por outro lado, Kalina (1976) acredita que se deve incluir a família e manejá-la como parte do tratamento, pois uma atitude de rechaço da parte do terapeuta condiciona um fenômeno semelhante por parte dos pais. É importante, certamente, que todo contato com os pais seja realizado com o prévio conhecimento do paciente.

Esse último autor defende que, quando o adolescente não deseja se tratar, o terapeuta não deve aceitá-lo, pois o paciente quase sempre se conduz com muita habilidade para fazer o tratamento fracassar rapidamente. Esse tipo de paciente não tolera a ruptura da onipotência e fazer o analista fracassar é uma possibilidade de enriquece-la. Ceitlin e Cordioli (1998) sugerem realizar uma entrevista incluindo todos os membros da família, caso o adolescente se recuse a ir ao consultório.

A entrevista de encaminhamento

Esse modelo de entrevista mostra-se bastante comum em instituições de atendimento psicanalítico, já que o paciente é submetido a uma espécie de “triagem” antes de chegar ao futuro terapeuta. Aparentemente, uma entrevista de encaminhamento apresenta o mesmo delineamento de uma entrevista inicial corriqueira, mas na verdade há dificuldades importantes no manejo técnico.

A entrevista de encaminhamento é mais complexa do que a outra já que se o entrevistado ligar-se demasiadamente ao terapeuta pode pôr em risco o propósito de mandá-lo a um colega. O entrevistador deve focar-se em obter do entrevistado uma informação suficiente para realizar a sua indicação, sendo bastante prudente com a forma como recebe os informes e confissões.

Marques (2005) postula que as entrevistas de triagem são entrevistas semidirigidas que funcionam como um primeiro filtro. Têm a função de buscar informações sobre o paciente com o objetivo de formular recomendações diagnósticas e terapêuticas. Esta tarefa exige do entrevistador o conhecimento das possíveis abordagens psicoterápicas, bem como de outras formas de atendimento que possam ser necessárias ao paciente. O profissional irá emitir sua opinião acerca da abordagem terapêutica que considera mais adequada à situação do paciente. Poderá esclarecer a este o tipo de indicação: se individual, familiar, ambulatorial, consultório privado ou em ambiente hospitalar. O entrevistador precisa ainda considerar, para sua indicação terapêutica, os recursos financeiros do entrevistado, sua disponibilidade de horário,

acesso físico e apoio familiar, enfim, levar em conta as necessidades e as possibilidades da pessoa para que a esta não seja recomendado um tipo de atendimento ideal, mas impraticável.

Etchegoyen (2004) compactua com a ideia de que nesses casos o entrevistador deve dar um só nome ou indicação para o entrevistado. Acredita que os pacientes, ao receberem uma lista com possíveis terapeutas a escolher, vão à entrevista com o terapeuta indicado como quem está realizando uma seleção de pessoal, com a postura de que é o paciente quem está entrevistando.

Considerações finais

Por fim, conclui-se que há diversas teorias que sustentam diferentes abordagens técnicas para a realização das entrevistas. O importante é que cada terapeuta assuma uma postura coerente à sua bagagem teórica e escolha um manejo técnico o mais afim possível aos seus traços pessoais e subjetivos. Se optar por interpretar ou não interpretar, por realizar a testagem instrumental ou adotar uma postura “passiva” e acolhedora, se entrevistar previamente os pais ou optar por não vê-los ao longo do tratamento, que saiba por quê está adotando esta postura e tenha a flexibilidade suficiente para dimensionar a técnica a cada paciente que recebe. O certo é que essa postura de respeito pelo paciente durante as entrevistas dará o tom e o teor do processo terapêutico que se inicia. Como diz Zimerman (2004, p. 58):

(...) em qualquer dos casos, é imprescindível que esta entrevista inicial seja levada a sério e com profundidade, até mesmo pela razão singela e ao mesmo tempo profunda de que tanto o analista quanto o paciente têm o direito de decidir se é com essa pessoa estranha que, reciprocamente, cada um deles têm à sua frente, que desejam partilhar um convívio longo, íntimo e imprevisível.

Dessa forma, espera-se que este estudo tenha contribuído para lançar luz sobre o fértil terreno de pesquisa em psicoterapia psicanalítica que se constitui os processos de entrevista, já que pouco se tem discutido sobre o tema recentemente. A necessidade de pesquisas empíricas e mais estudos teóricos sobre o tema torna-se evidente, pois se percebe que são poucos os autores que fornecem contribuições técnicas ao manejo das entrevistas. Através da síntese apresentada sobre as posturas técnicas sugeridas por autores clássicos e consagrados da psicanálise contemporânea, será possível fomentar a discussão e a reflexão no meio clínico a respeito deste importante instrumento de trabalho.

THE PSYCHOANALYTICAL CLINICAL INTERVIEW

Abstract

This study aims to review the classic psychoanalytical theories about clinical interview, as well as to synthesize the main technical managements suggested by relevant authors in psychoanalysis field. The article approaches initial interview's definitions and goals, expatiates on devolution interview and the contract. It discusses the controversy about the use of interpretation in initial interview, synthesizes ideas of significant authors about peculiarities in children and teenagers interviews (and their parents or tutors) and closes bringing a brief elucidation about those interviews whose purpose is to lead the patient to another professional.

Keywords: interview, psychoanalysis, clinical psychology.

Notas

¹ Consiste em uma neurose artificial em que tendem a se organizar as manifestações de transferência. Forma-se em torno da relação com o analista, é uma nova edição da neurose clínica e sua elucidação leva à descoberta da neurose infantil. Coordena as reações de transferência a princípio difusas e permite que o conjunto dos sintomas e comportamentos patológicos do paciente assumam uma nova função referindo-se à situação analítica (LAPLANCHE & PONTALIS, 2001).

² Trata-se da primeira "entrevista" do analista com a criança. O terapeuta disponibiliza um conjunto de brinquedos para a criança se expressar e observa o seu comportamento. Aberastury (1982) constatou que já durante esse primeiro contato com a criança – fosse esse o início de uma análise ou uma observação diagnóstica – aparecia a fantasia inconsciente de enfermidade ou de cura.

Referências

ABERASTURY, A. *Psicanálise da criança – teoria e técnica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

ABUCHAEM, J. *La interpretación en las etapas iniciales del tratamiento psicoanalítico*. Buenos Aires: El Lugar, 1985.

AMPESSAN, A. A Singularidade da Psicanálise Infantil. In: MACEDO, M. e CARRASCO, L. (Orgs). *(Con)textos de entrevista: olhares diversos sobre a interação humana*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 73-83, 2005.

CEITLIN, L., CORDIOLI, A. O início da psicoterapia. In: CORDIOLI, A. (Org.). *Psicoterapias – abordagens atuais*. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 99-109, 1998.

ETCHEGOYEN, R. *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

GLENN, J., SABOT, L., BERNSTEIN, I. O papel dos pais na análise de crianças. In: GLENN, J. *Psicanálise e psicoterapia de crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 239-259, 1996.

KALINA, E. *Psicoterapia de adolescentes*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco, 1976.

KUSNETZOFF, J. *Psicoterapia breve na adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

LANGS, R. *The technique of psychoanalytic psychotherapy*. New York: Jason Arosen Inc, 1973.

LAPLANCHE, J., PONTALIS, J. B. *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

MARQUES, N. Entrevista de triagem: espaço de acolhimento, escuta e ajuda terapêutica. In: MACEDO, M. e CARRASCO, L. (Orgs). *(Con)textos de entrevista: olhares diversos sobre a interação humana*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 161-179, 2005.

NEUBAUER, P. A fase inicial da análise de crianças. O papel dos pais na análise de crianças. In: GLENN, J. (Org.). *Psicanálise e psicoterapia de crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 161-168, 1996.

ORTIGUES, M., ORTIGUES, E. *Como se decide uma psicoterapia de criança*. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

WEISS, S. Parameters in child analysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. v.12, p.587-599, 1964.

ZAVASCHI, M., et al. Psicoterapia na adolescência. In: CORDIOLI, A. (Org.). *Psicoterapias – abordagens atuais*. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 467-485, 1998.

ZIMERMAN, D. *Manual de técnica psicanalítica: uma re-visão*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

Recebido em: 22/09/2008

Aceito em: 29/12/2008

Sobre o autor: Especialista em Teoria Psicanalítica e as Psicoterapias da Infância e Adolescência pelo Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade, Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS.