

## O ENSINO E OS FUNDAMENTOS DO TRATAMENTO PSICOTERÁPICO DE ORIENTAÇÃO DINÂMICA: A EXPERIÊNCIA DE 24 ANOS DA FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA MÁRIO MARTINS DE PORTO ALEGRE - I PARTE

### Resumo

*Os autores relatam brevemente as origens da formação psiquiátrica e psicoterápica realizadas na Fundação Universitária Mário Martins. Com base em exemplos clínicos, discorrem sobre como os alunos estão sendo formados em psicoterapia que é parte essencial em sua formação psiquiátrica. Dividem o trabalho em duas partes sendo que na primeira - apresentada a seguir - descrevem: o quê e como ensinar. Destacam a importância da avaliação do paciente e enfatizam a importância do estabelecimento do foco. Abordam a necessidade de um planejamento objetivo e compartilhado com o paciente que inclua os objetivos a serem alcançados e o estabelecimento de um contrato de trabalho. Apontam a importância da compreensão e do uso da transferência e contratransferência e de uma atitude mais ativa que contemple a utilização de uma ampla gama de intervenções afora as interpretações transferenciais.*

### 1. INTRODUÇÃO

Passados quase 18 anos e não obstante as profundas alterações que ocorreram pelo efeito da globalização, conforme salienta Thomas Friedman em seu livro intitulado "Mundo Plano" de 2005, já em sua quarta edição, a maioria das condições abordadas naquele trabalho, ainda permanecem atuais e ensejam, com as alterações necessárias à nossa época, que ele possa ser apresentado a um número maior de colegas brasileiros.

De fato, o tema tem grande importância porque os recursos econômicos destinados à saúde pública no Brasil, pelo governo, ainda insuficientes, assim como as dificuldades encontradas pela população na utilização dos planos de previdência privada, como, aliás, está acontecendo em quase todo o mundo, determinou o incremento da procura de atendimento psicoterápico em serviços não governamentais e não conveniados. Como consequência do aumento cada vez maior do número de pacientes, a Fundação

Universitária Mário Martins, reforçou os princípios que marcaram os seus passos iniciais: o treinamento de técnicas mais breves, dentro do marco referencial psicanalítico. Mais recentemente outras formas de terapia, como as de cunho cognitivo-comportamental foram incorporadas ao nosso trabalho de ensino e atendimento. Da mesma forma, os recursos psicofarmacológicos fazem parte desta imensa gama de ferramentas que possibilitam auxiliar as pessoas que sofrem de transtornos emocionais.

A Fundação Universitária Mario Martins foi fundada com a denominação de Instituto Mário Martins, em 1987, portanto, há 24 anos. Ela é uma entidade privada, de utilidade pública, sem fins lucrativos, dedicada à pesquisa, ao ensino e à assistência em psiquiatria e psicoterapia. Este serviço oferece assistência psiquiátrica a uma população de baixa renda que paga entre 10 e 70 reais por consulta que é reinvestido na manutenção e melhoria do serviço. No presente momento, estamos atendendo a cerca de quatro mil consultas por mês e, aproximadamente, fizemos 840.000 atendimentos nesses anos de atividades interrompidas. Se computarmos o trabalho de consultoria e atendimento no setor de transplantes da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, na internação do Hospital Porto Alegre, na consultoria às escolas de nossa cidade, nos CAPES da Grande Porto Alegre e no Hospital Psiquiátrico São Pedro, uma entidade psiquiátrica centenária, todos eles pelo SUS, talvez o número de atendimentos tenha ultrapassado a marca de um milhão e trezentos mil consultas.

A Fundação, que chamaremos de FUMM, oferece três programas de ensino: (1) o Curso de Especialização em Psiquiatria, fundado pelo prof. David Zimmermann em 1957, com três anos de duração, (2) o Curso de Psicoterapia que teve início em 1989, também com o mesmo tempo de duração e (3) A Residência Médica, iniciado em 1997 com quatro anos de duração. Além disso, existem programas especiais para dependência química, violência familiar, transtornos alimentares, transtornos de humor, esquizofrenia e atividades voltadas para a comunidade.

O objetivo deste trabalho é o de apresentar, através de exemplos



## GILDO KATZ, GLEY P. COSTA, JOSÉ FACUNDO P. OLIVEIRA

Psicanalistas SBPdePA, Membros Associado da SPPA, Profs. da Fundação Universitária Mário Martins, e Doutorandos UCES, B. Aires, Argentina

clínicos, o modo como estamos ensinando aos alunos a avaliar, planejar e intervir em uma psicoterapia. Desta forma, não só procuraremos responder à questão levantada naquele simpósio sobre o que permanece e o que estamos modificando no ensino de nossos cursos que, neste período formou mais de 160 psiquiatras e psicoterapeutas de orientação psicanalítica, como também levar este conhecimento aos colegas brasileiros, especialmente aqueles que se encontram em locais distantes do âmbito universitário que ensina a arte da psicoterapia.

## 2. O QUÊ E COMO ENSINAR

Com base em nossa experiência e em literatura específica sobre o tema (*Balint,1972; Davanloo, 1978,1980; Gillieron,1986; Malan 1959,1976,1979; Mann, 1977; Sifneos,1972,1987; Strupp,1984; Wallerstein,1986, 1996*) fomos elaborando uma técnica específica que melhor atendesse às necessidades da população que nos procura e preparasse adequadamente os alunos para o atendimento psicoterápico institucional e privado. Mais recentemente, com a estabelecimento do Pós-graduação em Patologias do Desvalimento, temos utilizado aportes de Maldavski (1992, 1995a, 1995b, 1998, 2000, 2004), Marty (1976, 1995, 1998), Szwec (1993), Smadja (2001, 2005) entre outros.

### 2.a- Avaliação completa: Diagnóstico Clínico/ Psicodinâmico e Foco

A característica principal deste atendimento é a de realizar uma abordagem focal de tempo e objetivos limitados. Esta só é iniciada depois de uma criteriosa avaliação da história e do diagnóstico clínico e dinâmico do paciente.

Através do exemplo de Gertrudes, “uma menina fiel”, gostaríamos de mostrar o quê e como ensinamos a avaliar e indicar uma psicoterapia focal de objetivos e tempo limitados:

Gertrudes tinha 24 anos quando procurou tratamento. Apresentava um quadro depressivo com sintomas fóbicos, repetindo o quadro que ocorrera aos 16 anos logo após a morte de sua mãe. Naquela ocasião, o pai iniciara um namoro, o que Gertrudes, que tomava conta da casa e dos irmãos, considerou muito precoce, uma verdadeira traição à sua mãe morta. Em consequência, desentendeu-se com o pai, indo morar com uma prima da mãe, viúva, sem filhos. Foi muita bem recebida por esta, que a tratou como a filha que nunca tivera, e, em pouco tempo, esbateram-se os seus

sintomas. Prosseguiu seus estudos e escolheu a mesma profissão da prima, conseguindo concluir um curso universitário difícil e valorizado.

Vivia relativamente equilibrada, embora apresentasse um empobrecimento emocional, na medida em que não tinha e nem queria ter namorados. Considerava os homens falsos, a começar pelo próprio pai, que traía o amor da mãe.

Sua crise atual, foi desencadeada quando se inteirou de que a prima tinha um caso amoroso com um homem casado, o qual só aguardava o casamento de suas filhas para se divorciar da esposa e unir-se com sua prima-mãe adotiva.

Este acontecimento rompeu novamente o ponto de equilíbrio de Gertrudes, levando-a ao atual quadro depressivo com sintomas fóbicos, porque a mãe substituta, que ela adotara, não era fiel ao esposo morto, tal como não o fora o pai que casara logo após perder a esposa. Estes dois objetos, o pai e a prima enquanto permaneciam fiéis a seus mortos, quer dizer viúvos, serviam como objetos importantes para esconder a sua depressão. A paciente tinha necessidade deste tipo de objeto a fim de que ela própria se percebesse como uma pessoa que somente amava a mãe e que não tinha conflitos com ela. Odiava o pai porque sentia-se traída por ele por não ter sido a escolhida para ocupar o lugar da mãe. Quando a prima a decepcionou, passou também a odiá-la, porque via nesta a sua própria imagem de “ladra” (e também de matricida) de um homem casado e com filhos. Portanto, foi através do fator desencadeante do quadro depressivo da paciente é que pudemos chegar ao foco do tratamento que está vinculado a um luto patológico decorrente da competição com a mãe pelo pai. É possível que isto esteja vinculado ao conflito nuclear com a mãe (neurose infantil). Sacrificando a sua feminilidade, isto é, seus aspectos afetivos e genitais, se mostrava como uma menina incapaz de competir com a mãe pelo pai e de substituí-la após a sua morte.

Após 47 sessões realizadas durante 8 meses, os sintomas se esbateram e a paciente reaproximou-se da prima, do pai, e conheceu seu namorado com quem iniciou sua vida genital. Durante o tratamento, o terapeuta, através de interpretações predominantemente transferenciais, examinou exaustivamente o conflito de Gertrudes com sua mãe, a respeito do que ela obteve razoável insight. É importante mencionar que, apesar deste entendimento, permaneceu a estrutura fóbica do seu caráter.

### 2 a.1- Delimitação do foco psicoterapêutico

A partir deste exemplo destacaremos o que consideramos o

# ARTIGO //

por **GILDO KATZ, GLEY P. COSTA,  
JOSÉ FACUNDO P. OLIVEIRA, JOSÉ RICARDO P.  
DE ABREU e SILVIA S. KATZ**

foco de um tratamento. Como salienta Fiorini (1976), *“o conceito de foco empregado com frequência em trabalhos técnicos, mantém um status teórico impreciso, já que nas referências ao mesmo coexistem formulações que enfatizam aspectos sintomáticos, interacionais, caracterológicos, próprios da díade paciente-terapeuta, ou técnicos (...) No campo das psicoterapias, essas formulações se justapõem sem estabelecer ligações entre si”* (p.89).

Entendemos como foco o material consciente e inconsciente do paciente delimitado como área a ser trabalhada no processo terapêutico. Na prática psicoterápica, o foco tem um eixo central que é dado por um fator desencadeante, geralmente o motivo da consulta, que rompe o equilíbrio psíquico do paciente. Este rompimento vai revelar o conflito atual, que, na maioria das vezes, relaciona-se com o conflito nuclear (neurose infantil). Portanto, o foco é uma organização complexa constituída de mecanismos de defesa, sintomas, relações de objetos externos e internos cujo núcleo central é uma fantasia (onipotente) de cuja manutenção depende o aparente equilíbrio mental do indivíduo. O fracasso dessa fantasia ocasiona a emergência do conflito psíquico, do qual o paciente se defende. Dessa maneira, quando ensinamos a identificar um foco, direcionamos a ação para a estrutura defensiva de caráter do paciente rompida pelo fator desencadeante. Esta ação não tem a pretensão de modificar o caráter do paciente, embora isso possa ocorrer, mas de reequilibrá-lo e aumentar o conhecimento de si mesmo.

A partir da avaliação clínica gostaríamos de esclarecer a maneira como ensinamos o aluno a estabelecer o foco e, a partir dele, planejar uma psicoterapia focal.

O terapeuta escolherá o foco procurando identificar o ponto de maior angústia do paciente, o qual, geralmente, encontra-se relacionado com o fator desencadeante do quadro que determinou a busca de atendimento. Julgamos que o fator desencadeante é a porta de entrada para o início do tratamento porque, quando perguntamos ao paciente quando e o quê o levou a procurar auxílio, ele pode, talvez, pela primeira vez, estabelecer uma conexão entre o desencadeante e o quê ele passou a sentir. Através desta porta de entrada podemos avaliar a natureza da fantasia onipotente que mantinha o equilíbrio emocional e os motivos reais para o tratamento, isto é, o seu grau de sofrimento psíquico. Por isto pensamos que os melhores resultados são obtidos quando na supervisão podemos identificar o fator desencadeante. Quando este não é possível de ser visualizado, os tratamentos tendem a se estender e a terem poucos resultados satisfatórios. A compreensão do terapeuta deve ser compartilhada com o paciente, para que o ajude a revelar explicitamente quais os seus problemas ou suas

dificuldades, e se ele deseja apenas ser aliviado de suas angústias e sintomas ou se sente necessidade de algumas mudanças na sua pessoa. Se isto não for avaliado, pode representar o estancamento da psicoterapia no nascedouro porque o terapeuta desconhece as reais motivações do paciente. Por outro lado, compartilhar com o terapeuta de seus problemas e pretensões, ajuda o paciente a estabelecer um vínculo de trabalho que, somado à motivação, constitui o fator que julgamos fundamental para o sucesso da psicoterapia.

## **2 a. 2- Planejamento: estratégia, tática, contrato e objetivos**

No planejamento, o terapeuta também deverá levar em conta os aspectos que devem ser trabalhados e os que devem ser deixados de lado. Com isto, formulamos a estratégia e a tática necessárias para alcançar os objetivos fundamentais estabelecidos na avaliação clínica. No entanto, nada impede que este planejamento seja reformulado nos seus objetivos, seja no sentido de ampliar ou restringir o plano inicial.

Após realizar uma adequada avaliação (que inclui o estabelecimento do diagnóstico clínico e psicodinâmico, com relevo na identificação do conflito e principais defesas, e estabelecer o foco) e definir o plano de tratamento, o terapeuta deve informá-lo deste plano antes de estabelecer o contrato, o qual deve se fundamentar na discussão, entre ambos, do objetivo da terapia. Desta forma, o paciente compreende a necessidade do seu comprometimento ativo com o tratamento e a tarefa de planejar não fica restrita ao terapeuta. Não fixamos previamente o número das sessões, apenas informamos que o tratamento será breve (em média de 6 a 12 meses). Com essa orientação, temos observado que o índice de abandono do tratamento é mínimo.

Dois casos clínicos ilustram a importância da correta definição do foco e o conseqüente estabelecimento de um adequado plano de tratamento para ajudar o paciente a se encontrar com seus conflitos emocionais, visando modificá-los, resolvê-los ou minorá-los em sua intensidade.

Um desses casos é o de Cristina, “a adúltera que queria ser morta”.

O terapeuta, aluno do Curso de Especialização troca de supervisor devido ao rodízio de supervisores habitualmente feito no curso. Apresenta ao novo supervisor o material da psicoterapia de Cristina, de 30 anos, assistente social de um importante hospital da cidade, e que buscara atendimento devido à sua intensa ansiedade, causada por uma conduta compulsiva de trair seu companheiro com quem vive há 5 anos. Esta conduta era realizada de forma



## JOSÉ RICARDO P. DE ABREU e SILVIA S. KATZ

*José Ricardo P. de Abreu - Psicanalista SBPdePA, Prof. da Fundação Universitária Mário Martins e Prof. Adjunto Psiquiatria, Mestre UFRGS*  
*Silvia Katz - Psicanalista SBPdePA, Psiquiatra, Professora da Fundação Universitária Mário Martins. Mestranda UCES, B. Aires, Argentina*

a poder ser descoberta pelo companheiro, homem violento, de personalidade paranóide, e chefe de serviço de segurança de um banco. O aluno sente-se ansioso e preocupado com Cristina, pois já está em tratamento há dois meses sem nenhuma alteração desta conduta. O novo supervisor ponderou ao aluno que a estratégia e a tática deveriam ser revisadas pois a terapia estava estacionada. Orientou o supervisionado no sentido de escutar Cristina, pouco intervindo a fim de poder entender melhor os conflitos inconscientes que causaram o aparecimento repentino desta conduta, pois a paciente vivera 5 anos em harmonia com o companheiro. Tal orientação foi dada porque a conduta de Cristina poderia causar-lhe a morte. O supervisor pensou que este impulso suicida de Cristina não estava sendo abordado. Nas entrevistas subseqüentes, Cristina falava somente do seu companheiro e de suas preocupações com ele, pois este estava com tuberculose pulmonar. O companheiro estava deprimido com temor de morrer, achando que não se curaria. Queria casar com Cristina antes de morrer a fim de deixá-la amparada, recebendo uma pensão e seu seguro de vida.

Cristina não queria casar pois julgava que não devia tirar proveito da morte do companheiro. Em seu íntimo, desejava ser morta e castigada uma vez achava que não merecia viver. A paciente, ao perceber estes sentimentos, pode também entender a raiva que sentia do companheiro quando pensava que este iria morrer, deixando-a só. Se a matasse seria castigado, preso, e ainda abandonado pois ficaria sem ela.

Cristina era filha de pais agricultores, que se separaram e a abandonaram com um ano de idade. Foi criada por estranhos tendo trocado por quatro vezes de lar adotivo. Estes pais adotivos a utilizaram como empregada doméstica. Quando adolescente foi seduzida e engravidada pelo patrão. Veio para a capital pois achava que sendo mãe solteira não tinha mais ambiente na cidade onde vivia.

Na capital, prostituiu-se para sobreviver economicamente, ocasião em que conheceu seu companheiro, que tirou-a da prostituição. Neste período, pode completar seus estudos e trabalhar com êxito em sua profissão.

O terapeuta de Cristina não procurou identificar o fator desencadeante e a situação atual. Detinha-se em interpretar o seu conflito edípico, fixando-se no fato de ter se deixado seduzir pelo antigo patrão alcoolista. Esta compreensão era correta porém não era vista a influência do seu passado no seu presente. Cristina, ao tomar conhecimento dos seus desejos de ser morta, pode entender que percebia a doença do companheiro como um abandono, tal como ocorrera com os pais na sua infância. Ser morta era sua maneira de mostrar seu ódio e concretizar sua vingança, fantasiando o companheiro na prisão pagando por seu crime. Vingava-se, assim, de

todas as figuras importantes do seu passado, pais adotivos, patrão, colocados no companheiro. Esta abordagem determinou, após 32 sessões ao longo de 6 meses, o término da conduta auto-destrutiva de Cristina e o consentimento em casar-se.

A conduta terapêutica inicial provavelmente deveu-se a uma concepção teórica, pré-concebida, do antigo supervisor e do terapeuta que, por isso, fugiu do ponto de urgência. Foi menos ansiogênico para ele entender a situação edípica do que enfrentar os desejos de Cristina de ser morta. Tal entendimento implicava em contato com o ódio de Cristina do qual o terapeuta, transferencialmente, também era alvo. Estes sentimentos geravam perturbações na contratransferência, impedindo-o de manter a tranquilidade necessária para compreender a paciente.

O outro exemplo é o de João Paulo, "o padre arrependido":

Um aluno traz à supervisão o problema de um paciente em psicoterapia que tem dificuldades em compreender e resolver. Trata-se de João, com 23 anos de idade, que há poucos meses, antes de sua ordenação como sacerdote, abandonou o seminário onde permaneceu 12 anos. O motivo principal do abandono foi a dificuldade de aceitar o celibato.

Procurou tratamento devido a sua inexperiência, dificuldade e grande ansiedade em se aproximar das pessoas em geral e das mulheres, em particular.

Inicialmente, o psicoterapeuta declarou que o paciente estava em tratamento há quatro meses e que melhorara bastante neste período pois freqüentemente procurava prostitutas ou já se animava a sair com amigas liberais do ponto de vista genital. Entretanto, não estava claro para o terapeuta porque, à medida que melhorava e falava da sua atividade e fantasias sexuais, a angústia do paciente aumentava, chegando, às vezes, a perturbá-lo no desempenho do seu trabalho.

Devido à falta de uma avaliação psiquiátrica preliminar, estavam ausentes os objetivos no início do tratamento, embora a forte motivação do paciente para a psicoterapia; desta forma, o terapeuta não delimitou o foco da psicoterapia. Não foi difícil verificar que se tratava de um paciente que fora sempre dependente, seja em relação aos seus pais, seja em relação a seus superiores religiosos no seminário. Agora submetia-se ao terapeuta, imaginado-o um "psicanalista freudiano". Pensava que, para ser bem visto e aceito devia manter frequente e intensa atividade sexual e genital. O psicoterapeuta não tinha percebido que esta conduta com mulheres, era contrária à pessoa do paciente, aos seus princípios morais e éticos e oposta à educação recebida em sua família e no seminário.

A orientação dada ao psiquiatra foi de aproximar o paciente dos seus objetos internos e externos. Assim, para citar apenas uma

# ARTIGO //

por **GILDO KATZ, GLEY P. COSTA,  
JOSÉ FACUNDO P. OLIVEIRA, JOSÉ RICARDO P.  
DE ABREU e SILVIA S. KATZ**

situação, mencionaremos que se aproximava determinada festa religiosa e o paciente afirmava haver pensado em visitar seu pai e madrasta, mas não o faria porque seria envolvido em atividades religiosas, habituais em tal oportunidade (como, por exemplo, ter de ir à missa, confessar-se e comungar), o que não seria bem aceito por um “terapeuta freudiano”. Quando o psicoterapeuta, devidamente orientado, perguntou-lhe por que não poderia fazer o que tanto desejava (visitar a família), João ficou muito surpreso e admirado pela intervenção do terapeuta. Assim, pode reconhecer que tinha dificuldades de visitar o pai por causa da madrasta, que era jovem e poderia estar interessada nele (logo percebeu e reconheceu que era ele que estava interessado nela). É óbvio que o rumo da psicoterapia deste paciente sofreu uma reviravolta de 180°. Seu tratamento não mais consistiu em incrementar uma falsa imagem de homem genitalmente desembaraçado e potente, para identificar, em todos os seus detalhes, um jovem com educação eminentemente religiosa e muito inibido com pessoas do sexo oposto.

Apenas este retorno a sua identidade verdadeira já foi suficiente para diminuir, rapidamente, a intensidade da sua angústia, ainda que tenha acordado, no paciente, sentimentos depressivos decorrentes de seus conflitos edípicos, que foram trabalhados ao longo de 4 meses em 25 sessões.

Através destes dois exemplos procuramos evidenciar que somente com a reformulação do foco foi possível tratar a conduta auto-destrutiva observada no primeiro caso e a falsa identidade genital do segundo caso.

## **2.b- transferência e contratransferência**

Um outro ponto observado nestes dois exemplos é que o aluno, durante o seu treinamento, deve ter oportunidade de perceber, entender e utilizar as manifestações transferenciais do paciente e os seus sentimentos contratransferenciais para que estes não interfiram negativamente no andamento da psicoterapia.

No que diz respeito à intervenção do terapeuta nas psicoterapias focais, procuramos ensinar aos alunos aquilo que a literatura (Davanloo,1976,1980; Kesselman,1972; Fiorini,1976; Malan,1963,1976,1979; Sifneos,1972,1987) unanimemente afirma: é necessário que o terapeuta seja mais ativo em uma psicoterapia focal. Esta atitude deliberada opõe-se à postura clássica do psicanalista que espera que o analisando perceba o sentido de suas associações. O psicoterapeuta adianta-se ao paciente assinalando aspectos compreensivos do foco, principalmente através de interpretações transferenciais e extra-transferenciais. O ensino desta

atividade é indispensável para a formação de um terapeuta que utilize a técnica de abordagem focal, tendo em vista atingir os objetivos do tratamento com maior brevidade. No entanto, com a experiência, constatamos que outras formas de intervenção são necessárias para agilizar o processo terapêutico. Neste sentido, em alguns casos estimulamos os alunos a intervirem através de perguntas, esclarecimentos, confrontações e assinalamentos, os quais, mais facilmente mobilizam o paciente a lidar mais objetivamente com os seus problemas, sem perder de vista suas motivações inconscientes. Mesmo que se utilize de todas estas abordagens, observamos que, na maioria das vezes, é o próprio paciente que mantém espontaneamente o foco de seu tratamento.

## **2. c- a atividade do terapeuta: as intervenções**

Podemos exemplificar o tema da atividade com o caso de Judite, “a mulher imóvel”:

Quando o supervisionado apresentou o caso, Judite tinha 31 anos, era casada, com uma filha de 10 anos e contou que tinha dois problemas. Um era o seu casamento, o outro era a sua incapacidade de dirigir veículos. Julgava que o foco a privilegiar seria o dos problemas matrimoniais, e que a impossibilidade da paciente em dirigir era secundária. No entanto, o supervisor entendeu que provavelmente estes dois problemas deveriam estar vinculados, pois, simbolicamente, aprender a dirigir era habilitar-se a dirigir sozinha a própria vida. Ao lado desta compreensão, o aluno foi orientado a não esperar que sozinha a paciente pudesse estabelecer a associação entre os dois problemas, mas, a partir do material da mesma, fazer com que rapidamente se desse conta da relação existente entre os dois motivos que a levaram a tratamento. Isso possibilitou que já na nona sessão pudesse aparecer esta compreensão.

Ficou claro para o supervisor, para o aluno e para a paciente que o fato de não aprender a dirigir era uma forma de manter o casamento. Pensamos que a rapidez com que o terapeuta uniu o que no início pareciam ser dois problemas, ajudou a paciente a encaminhar o seu tratamento que foi realizado em 40 sessões ao longo de 10 meses. Além de começar a dirigir, a paciente teve uma real compreensão do que significava para ela o dirigir e o permanecer imóvel. Menos angustiada com os seus sentimentos de abandono, pode se aproximar do marido entendendo algumas das dificuldades emocionais deste.

Conforme foi assinalado no início este trabalho tem duas partes. Na segunda parte focalizaremos, com exemplos práticos, o ensino propriamente dito da psicoterapia para aos alunos e residentes



Além dos autores citados abaixo também eram autores da versão original deste trabalho:  
David Zimmermann, Psicanalista SBPdePA, Prof. Titular de Psiquiatria da UFRGS (1953-1986) e Prof. da  
Fundação Universitária Mário Martins (falecido).  
Antonio Luiz B. Mostardeiro, Psicanalista SBPdePA, Prof. Adjunto Psiquiatria UFRGS e da Fundação  
Universitária Mário Martins, Membro Associado da SPPA (falecido).  
Odon C. Monteiro, Psiquiatra, Ex-Prof. da Fundação Universitária Mário Martins e Prof. Adjunto UFRGS

que freqüentam nosso serviço. Além disso, todas as referências bibliográficas estarão incluídas no final da segunda parte do trabalho que será publicado no próximo número da revista.

*Trabalho inicialmente apresentado no 3º Simpósio de Psicoterapia da The Tavistock Clinic, Londres, 1993, com o título original de "O ensino da psicoterapia em um mundo em mudanças: a quem e o quê ensinar", publicado nos Arquivos de Psiquiatria, Psicoterapia e Psicanálise em 1995, revisado e ampliado para a presente publicação.*

## COMO CONCEITUAR UMA INSTITUIÇÃO QUE HÁ QUASE 80 ANOS TRANSFORMA EXPERIÊNCIA EM CONHECIMENTO?



**BAIRRAL**  
*gerando  
conhecimento*

O Bairral é hoje um gerador do conhecimento. Uma filosofia de trabalho que contempla toda a dimensão da moderna Psiquiatria e Psicogeriatría hospitalar, voltada para impulsionar novas práticas e procedimentos hospitalares, terapias, ensino, pesquisa e divulgação do conhecimento, em benefício das pessoas e dos profissionais. Uma tarefa cuja proporção e importância vão além do que pode ser definido apenas como hospital psiquiátrico. Uma experiência que o Bairral quer reverter em benefício da sociedade, dos pacientes e da classe médica.

**www.bairral.com.br**  
19 3863.9400 - Fax: 19 3863.4255  
e-mail: bairral@bairral.com.br

RESPONSÁVEL TÉCNICO - CRM 48863