



## Algumas considerações sobre postura ética em psicoterapia de orientação analítica<sup>1</sup>

*Adriano Neujahr Agostini\**

\* Psiquiatra

**Instituição:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Faculdade de Medicina, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Centro de Estudos Luis Guedes.

### Resumo

Introdução: a ética em psicoterapia de orientação analítica vem sendo discutida desde o início da psicanálise, visto que é condição indispensável ao aparato técnico do psicoterapeuta. Determinadas situações na clínica psicoterápica tendem a tirar o terapeuta de sua posição ética, sendo necessário que ele resolva o problema sem infringir o código de valores da profissão. Objetivos: o autor busca identificar e discutir brevemente fatores relevantes em uma possível definição de postura ética a ser seguida pelo psicoterapeuta de orientação analítica. Material e Método: foi realizada revisão sobre o tema na literatura de embasamento predominantemente freudiano e foram elaboradas, para ilustração e reflexão, quatro vinhetas clínicas, a partir da prática psicoterápica do autor. Resultados/Conclusões: são apontados os seguintes fatores: 1) a capacidade de se manter uma atenção livremente flutuante ao longo do processo; 2) a possibilidade de sustentar a estrutura do *setting*; e 3) o monitoramento da contratransferência e do que ocorre no campo bipessoal. É discutida a importância desses fatores de acordo com as particularidades de cada caso, bem como seu papel crucial na decisão de seguir ou não com os atendimentos.

**Palavras chave:** Ética; Psicoterapia; Ordens quanto à conduta (Ética médica).

<sup>1</sup> Trabalho de conclusão do 1º ano do Curso de Especialização em Psicoterapia de Orientação Analítica do Centro de Estudos Luis Guedes, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS, 2012, orientado por Luiz Carlos Mabilde.

## Introdução

Augusto comparece à primeira consulta, pontualmente, após agendamento via contato telefônico. Senta-se na poltrona e, após certo receio inicial, começa seu relato. Demonstra tristeza e me desperta empatia ao descrever determinada situação envolvendo a mãe. Sinto-me conectado com seu estado emocional e capaz de ajudá-lo até que ele acrescenta: *“Ela gostou do tratamento que fez aqui contigo e também por isso tenho esperança de que tu possas me ajudar”*. Deparo-me, então, com um dilema ético: poderei receber Augusto em tratamento, tendo já atendido sua mãe, mesmo com o tratamento dela já encerrado?

Situações como a descrita acima, numerosas e imprevisíveis na prática clínica, despertaram meu interesse pelo tema da postura ética a ser adotada pelo psicoterapeuta em tais situações. Sinto-me desafiado diante de casos em que os limites estabelecidos pela ética na literatura psicanalítica e de psicoterapia de orientação analítica são pouco claros ou insuficientes. Ademais, esses casos exigem decisões baseadas em experiência clínica e na presunção de um julgamento adequado sobre cada situação. Deve a moral individual interferir na decisão? Agirei da melhor maneira e de acordo com os preceitos profissionais estabelecidos? O que fazer ao me deparar com uma situação eticamente questionável em um tratamento já iniciado?

Em revisão da literatura, encontram-se poucos trabalhos acerca do tema. Cruz<sup>1</sup> ressalta a importância do respeito à intimidade do paciente e do estabelecimento de limites claros entre a curiosidade necessária ao trabalho do psicoterapeuta e o fetichismo invasivo motivado por uma provável patologia narcísica sua, baseando-se nos escritos de Bion e Meltzer sobre o tema. No mesmo trabalho, Golbert<sup>1</sup> complementa tal ponto de vista, embasando-se em Freud<sup>2</sup>, quando ele afirma que, devendo superar a tentação de assumir uma postura messiânica, cabe ao médico propiciar ao paciente recursos egoicos que o capacitem a tomar suas próprias decisões, sendo esse seu papel. Penso serem também os textos técnicos de Freud a principal fonte para o embasamento de toda a prescrição ética para o psicoterapeuta.

Neste trabalho, pretendo realizar uma revisão teórica sobre ética, em sua origem na filosofia e em suas aplicações na técnica da psicoterapia de orientação analítica e, baseado em experiências clínicas ímpares e curiosas, identificar e discutir fatores importantes para o estabelecimento de uma conduta ética específica para o procedimento psicoterápico.

## Ética e moral: conceituação filosófica e diferenciação

Cortina & Martínez<sup>3</sup> definem que “ética” procede do grego *“ethos”*, palavra que inicialmente definia a casa ou lugar em que se vive e, posteriormente, passou a significar “caráter ou modo de ser de um indivíduo ou grupo”. Da mesma forma, atribuem a origem de “moral” ao termo latino *“mos”* ou *“moris”*,

com significado original de “costume”, tendo evoluído também para “caráter ou modo de ser”. Assim, os autores concluem que “ética” e “moral” confluem em um significado semelhante: ambos os termos fariam alusão a tudo o que se refere ao caráter, adquirido e aprimorado ao longo da existência pela prática de hábitos considerados bons. Propõem que se mantenha o termo “moral” para denotar os diferentes códigos morais concretos e o termo “ética”, para definir a filosofia moral. Portanto, cabem à ética o esclarecimento, a fundamentação e a aplicação dos princípios morais.

Furrow<sup>4</sup> diz que a ética não se restringe à moral. Amplia-se, porque busca a fundamentação teórica das ações morais para encontrar o melhor modo de viver e conviver, isto é, propõe a busca de um melhor estilo de vida, tanto público quanto privado. Segundo ele, o estudo da moral passa pelo entendimento da ação moral, executada pelo agente moral. O principal pré-requisito para a ação moral é a autonomia, que engloba a capacidade de tomar decisões e responsabilizar-se por elas, para que outros possam se responsabilizar por suas próprias tomadas de decisões.

Furrow segue dizendo que podemos entender a moralidade de duas maneiras: a primeira como motivada pelo interesse próprio, originando o que se conhece em filosofia por egoísmo ético, e a segunda em termos de contrato social. O egoísmo ético define-se por ações que dizem respeito a motivações individuais, levando-se em conta apenas a liberdade individual. Torna-se paradoxal quando pensamos em moral como base de uma conduta ética. Nesse ponto, entram as motivações, conscientes ou inconscientes (estas últimas não consideradas pelo autor) do que motiva um contrato social. Se o egoísmo ético imperasse, viveríamos sempre à mercê de sucumbirmos ao desejo de liberdade do outro. Logo, pensa-se na moralidade como um contrato social em função do qual é necessário abrir mão de parte da liberdade individual para se obter segurança. Assim, pode-se concluir que agir moralmente implica em ser um cooperador confiável. Do contrário, abrem-se precedentes para a desonestidade e a incoerência.

### **Ética profissional integrada aos objetivos da psicoterapia de orientação analítica**

O profissional que exerce a psicoterapia de orientação analítica deve seguir o código de ética de seu conselho profissional. Em relação aos médicos, Cesarino diz:

*“(...) enquanto membro ativo de suas sociedades profissionais, gerais e de especialidades, o psicanalista está, como todos os outros profissionais médicos, ligado às determinações de seu Código de Ética (...). Isso define com clareza suficiente suas obrigações enquanto protagonista da sociedade em que vive e trabalha.”<sup>5</sup> p. 201.*

É importante definir os espaços em que a ética se realiza. Zajdsznajder<sup>6</sup> fala-nos sobre cinco deles: 1) o da atividade humana propriamente dita, que envolve a tomada de decisões sobre atos específicos (mentir ou dizer a verdade, por exemplo) e no que se colocam as divisões interiores e os sentimentos de culpa, angústia ou superioridade moral, sendo este considerado o espaço de base para os demais; 2) o da reflexão ética, como subconjunto do primeiro, em que se examinam as questões em jogo e se buscam justificativas para os atos; 3) o das normas ou dos códigos, como espaço do discurso e das instituições sociais em que se afirmam os deveres e expectativas; 4) o dos conceitos éticos, em que se tratam os nós conceituais que unem o discurso, o juízo e as reflexões éticas (como liberdade, responsabilidade, dever, inclinação, justiça, felicidade); 5) o das teorias éticas, cujo objetivo é o de apresentar as razões para que se cumpram as normas éticas, pela elucidação da natureza da situação ética e também da elucidação conceitual, pelo questionamento filosófico. Em termos da prática médica e psicoterápica, pode-se dizer que as realizações nos espaços 4 e 5 embasam as formulações no espaço 3, que, por sua vez, normatiza as aplicações nos espaços 1 e 2.

Sobre o sigilo profissional, Liberal<sup>7</sup> coloca que é o principal pilar de sustentação do prestígio da medicina. Diz também que é peça fundamental, pois garante ao paciente o direito de expor suas fragilidades com a maior liberdade possível e o respeito à sua intimidade.

Sobre o aspecto da ética na psiquiatria, Fé<sup>8</sup> destaca a importância de um entendimento dinâmico do adoecer psíquico, por vezes a única maneira encontrada pelo paciente para expressar seu anseio por liberdade e autonomia e pela qual engendra uma fuga para a dor frente a situações de vida com as quais não é capaz de lidar. O autor aponta também que a finalidade do tratamento é promover crescimento e amadurecimento emocionais, o que demanda uma atitude de profundo respeito por parte do médico. Em linha semelhante, a respeito da ética na psicoterapia, Portolese<sup>9</sup> enfatiza que a experiência emocional necessária à mudança no tratamento precisa de espaço e receptividade para ocorrer. Ressalta também a importância da neutralidade como peça chave no desenvolvimento da confiança na relação, o cuidado que o terapeuta deve ter no contato social com seu paciente, sem adotar uma atitude fóbica, e a necessidade de cuidar de si próprio para que possa, então, cuidar adequadamente de seus pacientes.

### **Sobre as recomendações de Freud**

Freud inicia “Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise” dizendo:

*“As regras técnicas que estou apresentando aqui alcancei-as por minha própria experiência, no decurso de muitos anos, após resultados pouco afortunados me haverem levado a abandonar outros métodos (...). Minha esperança é que a observação delas poupe aos médicos que exercem a psicanálise*

*muito esforço desnecessário e resguarde-os contra algumas inadvertências. Devo, contudo, tornar claro que o que estou asseverando é que esta técnica é a única apropriada à minha individualidade; não me arrisco a negar que um médico constituído de modo inteiramente diferente possa ser levado a adotar atitude diferente em relação a seus pacientes e à tarefa que se lhe apresenta.”<sup>10</sup> p. 125.*

O teor ético do texto evidencia-se na preocupação de estabelecer regras relativas à postura psicanalítica e psicoterápica e na afirmação de que essas regras não são universais e absolutas, servindo à individualidade do autor e sendo oferecidas como modelo para seu desenvolvimento. Ao mesmo tempo, conforme assinala Mabilde<sup>11</sup>, o tom do texto é conciliador, mas sua autoridade é total, uma vez que desvios de conduta poderiam levar a erros e prejuízos graves ao paciente, ao analista e à própria psicanálise.

Uma das mais importantes recomendações afirma ser condição fundamental para tornar-se analista submeter-se ao que Freud chama de “*purificação psicanalítica*”. Tal estado poderia ser atingido tanto pela autoanálise ou a análise dos próprios sonhos, como também pelo que mais tarde convencionou-se chamar de análise didática, ou seja, o candidato a analista deve submeter-se a uma análise pessoal com um colega mais experiente. Isso o tornaria apto a perceber os seus próprios conflitos (ou a cura da própria neurose, caso houvesse alguma) e melhoraria a sua capacidade de voltar o seu inconsciente receptor ao inconsciente emissor do paciente, o que propiciaria o tipo de comunicação favorável à análise. Mondrzak<sup>12</sup> reafirma a importância que essa recomendação de Freud assumiu ao longo dos últimos cem anos, ao apontar que, nos institutos ligados à International Psychoanalytical Association (IPA), a análise pessoal é uma exigência para a formação analítica.

A recomendação descrita acima lança as bases para o desenvolvimento de outra. Nela, Freud diz ser essencial que o médico mantenha o que chama de atenção livremente flutuante, que seria a contrapartida do médico à associação livre do paciente. Assim como na associação livre é recomendável despir-se de censuras para evitar o surgimento de resistências e seleção ao material relatado, a atenção flutuante evita que o médico escolha demais o que apreender do material apresentado. Aqui encontram concordância também as recomendações de não tomar notas nem aferrar-se às lembranças factuais da história, e também a afirmação de que, no caso de o médico conseguir manter uma atenção flutuante suficientemente livre, as memórias importantes ligadas aos fatos ou afetos da sessão surgirão no momento oportuno<sup>10</sup>.

Duas das regras sugeridas por Freud causam estranheza quando vistas na atualidade, pela forma como foram enunciadas na época. As metáforas do cirurgião e do espelho descrevem a frieza e a opacidade/reflexividade que o médico deveria ter para com seu paciente, para evitar que seus conflitos interferissem no conflito do paciente, sobrecarregando-o. Além disso, evitariam também que o envolvimento emocional excessivo do médico com os dilemas de seus pacientes o tornasse incapaz de um atendimento analítico

adequado<sup>10</sup>. Ao longo dos últimos cem anos, tais recomendações aperfeiçoaram-se, originando as conhecidas regras do anonimato e da neutralidade. Sabe-se também, à luz da teoria e técnica contemporâneas, considerando-se os mais recentes desenvolvimentos em termos de campo analítico e intersubjetividade, que o anonimato e a neutralidade não são nem devem ser absolutos. Eizirik<sup>13</sup> cunhou o termo “neutralidade possível” para referir-se a esse aspecto ético da técnica psicanalítica dos dias atuais, cujos objetivos terapêuticos permanecem os mesmos da época de Freud apesar das mudanças ocorridas em sua forma.

Outras duas prescrições originam o que se convencionou chamar de regra da abstinência. Freud recomenda que se evitem sugestões ou condutas educativas do paciente a respeito do próprio funcionamento mental, como sugestões de livros ou explicações técnicas. Isso poderia levar a excessivas intelectualizações e à falsa sensação de compreensão e melhora, visto que funcionaria como defesa ou resistência. Ademais, Freud alerta quanto aos riscos de se exigir do paciente um grau ou quantidade de sublimações acima do que é capaz de alcançar<sup>10</sup>. Quando o médico avalia alguém para tratamento, é inevitável que desenvolva expectativas de melhora que acabem por envolver a sua própria capacidade e menospreze as limitações ou os objetivos do paciente em relação à análise. Os riscos envolvidos na manutenção dessa tensão de expectativas discrepantes são os de um desfecho desfavorável do tratamento e prejuízo ao paciente, bem como o de frustração do médico ao perceber o ocorrido como um fracasso terapêutico.

Em relação à tomada de notas ou elaboração de material clínico para apresentação, Freud recomenda que as informações colhidas sejam breves e até inexatas, para evitar a seleção indevida de material e a fim de manter o anonimato do paciente. Além disso, reforça que jamais se trabalhe sobre um caso ainda em andamento, pois isso poderia influenciar o processo analítico e acarretar-lhe problemas, ao depositar expectativas quanto ao caso<sup>10</sup>.

Ao fim do texto, Freud diz sentir-se cético e pouco esperançoso quanto ao tratamento analítico de familiares dos pacientes. Não especifica se pelo mesmo terapeuta, mas creio que se pode depreender que sim<sup>10</sup>. Em “Sobre o início do tratamento”, escreve:

*“Dificuldades especiais surgem quando o analista e seu novo paciente, ou suas famílias, acham-se em termos de amizade ou têm laços sociais um com o outro. O psicanalista chamado a encarregar-se do tratamento da esposa ou do filho de um amigo deve estar preparado para que isso lhes custe essa amizade, qualquer que seja o resultado do tratamento; todavia, terá de fazer o sacrifício, se não puder encontrar um substituto merecedor de confiança.”<sup>14</sup> p. 141.*

Sobre a técnica dos dias atuais, Mabilde<sup>11</sup> reforça que muito do que Freud apregoou em 1912 precisou ser modificado, principalmente quando se passou, entendo eu, a valorizar a contratransferência e seus desenvolvimentos conceituais, apresentados pelos intersubjetivistas. Estes últimos, de acordo com o autor supracitado, passam a considerar o terapeuta como interativo no processo, o que torna impossível a neutralidade absoluta e a atenção flutuante em seu estado mais puro, conforme recomendado por Freud. Barranger & Barranger<sup>15</sup> propõem que o insight proporcionado pela situação analítica ocorre não pela observação objetiva e interpretação do analista sobre o que se passa com o paciente, mas pela compreensão do que acontece no campo dinâmico que se forma entre analista e paciente, o que inclui a própria situação contratransferencial. Dessa forma, paciente e analista estabelecem um novo tipo de comunicação e constroem algo juntos, ao compartilharem um processo reparatório<sup>15</sup>.

### **Vinheta clínica: um psicoterapeuta em busca de uma postura ética**

Apresento e discuto a seguir quatro situações ocorridas em minha clínica psicoterápica que se prestam a questionamentos de natureza ética. Tais situações exigiram-me reflexão e decisão acerca da conduta mais adequada a ser tomada com vistas a propiciar as melhores condições para o desenvolvimento de um atendimento psicoterápico eficiente e útil. Considerei o benefício do paciente, a melhor capacidade do terapeuta e, nos casos em que decidi pela continuidade do atendimento, também a capacidade mental do paciente em lidar com a situação.

Os métodos utilizados para a manutenção do sigilo nas descrições clínicas foram o disfarce de características pessoais, o fornecimento mínimo de informações e o uso de compostos, conforme descritos por Gabbard<sup>16</sup>. Ao mesmo tempo, preservaram-se os dados necessários ao entendimento dinâmico dos casos<sup>16</sup>.

#### **I. Augusto e a mãe, ou a mãe de Augusto?**

Retomo nesta vinheta o caso iniciado na introdução.

Ao saber que a mãe de Augusto havia sido minha paciente, ocorrem-me importantes questionamentos de ordem ética. Poderei aceitá-lo em psicoterapia, uma vez que já atendi sua mãe? A alta fora recente, com uma percepção de objetivos iniciais concluídos e, na medida do possível, uma correspondência de expectativas entre terapeuta e paciente.

Tento afastar-me desses pensamentos e concentrar-me no que me relata Augusto. A partir do primeiro momento em que o paciente a menciona, a mãe parece invadir a sessão, tanto na mente do paciente quanto na minha.

Sinto como se travasse uma batalha entre manter uma atenção livremente flutuante, sem prender-me rigidamente ao relato propriamente dito, e uma necessidade em manter-me totalmente atento a tudo o que me relata. Tento permanecer neutro, mas é difícil. A cada vez que Augusto menciona a mãe, a figura que me vem à mente é a de minha antiga paciente, em conflito com a mãe que o paciente traz. A sessão prossegue, e, durante todo o tempo, questiono-me quanto a se conseguirei manter a separação entre ambas em minha mente. Ao final, percebo que não e julgo-me incapaz, em termos éticos, de prover a Augusto um atendimento psicoterápico adequado e honesto no qual eu consiga manter-me neutro e abstinente o bastante para não comparar as duas visões sobre a mãe e não emitir julgamentos a respeito das relações entre mãe e filho.

No encerramento da consulta, comunico-lhe meu impedimento, com uma explicação breve sobre o motivo. Augusto lamenta, mas aceita e parece entender a situação. Ao despedir-se, agradece e diz ter percebido minha atitude como honesta. Encaminho Augusto a um colega próximo.

## II. Vizinhos de porta

O telefonema de João parecia já repleto de ruídos: perguntou se eu era mesmo psiquiatra, se atendia na cidade, se tinha consultório, há quanto tempo; queria saber em quais dias da semana eu atendia e teve muita dificuldade em agendar um horário possível para comparecer à consulta. Uma vez superada essa parte, João solicita um segundo horário, no mesmo dia, para que eu atendesse seu vizinho de apartamento, de preferência em sequência, pois faziam questão de ir juntos à consulta.

Expliquei-lhe que só faço atendimentos individuais, e ele insistiu em dizer que eram duas consultas, individuais, que apenas queriam ir juntos, pois como moravam no mesmo prédio, gostariam de dividir o custo do transporte. Não havia disponibilidade na agenda para o mesmo dia de João, de modo que ofereci outro dia para o atendimento de seu vizinho. João insistiu em encontrar outro dia em que o arranjo fosse possível.

Fiquei desconfortável com a situação, senti-me pressionado desde o início do contato a fazer concessões e moldar meu trabalho às preferências de João. Procurei outro dia na agenda, passei-lhe a data, mas ressaltai que ficaria distante e pareceu-me necessário fazer-lhe algumas perguntas: viriam de fora da cidade? Onde moravam? O deslocamento era difícil? Aparentemente, nenhum dado da realidade confirmava a necessidade do comparecimento conjunto no mesmo dia. Sugeri que mantivéssemos o horário de João e agendássemos a consulta de seu vizinho para outro dia, ao que ele agradeceu, dizendo que preferia, então, manter apenas o seu horário. João não compareceu no dia combinado e nunca mais entrou em contato.

Penso no que pode ter motivado essas duas pessoas a tentarem uma consulta em dupla com tanta insistência. A situação e a agenda não nos davam muitas alternativas ao rumo tomado, mas questiono-me se teria sido diferente caso eu não tivesse perguntado sobre distâncias e tivesse cedido a agendar da maneira como queriam no dia em que fosse possível. Penso que seria necessário avaliar muito bem a situação, examinar o quanto seriam dois atendimentos separados ou um atendimento duplo, com interferências, tanto de maneira direta quanto de um jeito mais sutil, pela intromissão de um na mente do outro através de minha própria mente. Seria eu capaz de manter, novamente, o distanciamento adequado e necessário para o bom atendimento?

Se, por um lado, optei por não ceder e deixei passar a oportunidade de examinar *in loco* uma situação peculiar, por outro, penso que o sentimento contratransferencial suscitado pelo telefonema tenha sido um bom indicador de que algo poderia não correr bem no processo. Em geral, sou bastante flexível com solicitações de agendamento ou mesmo trocas de horários, mas, neste caso, a partir de um determinado ponto, passei a me sentir sem saída. Ao mesmo tempo, era como se houvesse intromissões que impedissem um atendimento fluido, espontâneo, livre. Nessas pré-condições, julguei-me incapaz de continuar com o caso. Talvez com outro terapeuta a situação se desenvolvesse de maneira completamente diferente, e aí vejo também a necessidade de um posicionamento ético, de nos propormos a atender somente quando nos sentirmos capazes disso.

### III. Primos

Após quatro meses de tratamento, ao final de uma sessão, Alberto diz que precisa contar-me algo sobre seu primo, Ernesto, também meu paciente, em acompanhamento há cerca de cinco meses. A família se preocupa com que Ernesto tenha deixado de me contar algo muito importante, mas que, ao mesmo tempo, causa a ele muita vergonha e que já havia deixado de contar a outros médicos, o que levara tratamentos anteriores ao insucesso.

Sinto-me alarmado, pois a colocação de Alberto põe em xeque um princípio ético fundamental, o da manutenção do sigilo médico. Lembro-me da história de Ernesto, identifico um ponto bastante sensível que ele já havia me contado e sobre o qual trabalhávamos e contenho meu impulso de acalmar Alberto contando-lhe isso, pois parece genuinamente preocupado. Afinal, agora os complicadores são dois: ambos são parentes, o que eu desconhecia, e um queria falar sobre o outro.

Tomo a atitude que costumo tomar quando familiares que não se tratam comigo trazem situações semelhantes: digo a ele que entendo sua preocupação e que ele não deve contar-me o suposto segredo de seu primo, uma vez que isso implicaria em um rompimento de sigilo e não parece haver motivos para isso (riscos de agressão ou morte). Sugiro que os familiares conversem com Ernesto sobre essa preocupação e que o incentivem a trazer esse assunto em sua próxima consulta comigo, ou que alguém da família, que

não seja Alberto, acompanhe Ernesto em sua próxima consulta, com o seu consentimento, caso achem necessário. Digo-lhe também que preciso contar a Ernesto sobre nosso contato, certamente sem revelar qualquer informação sobre o tratamento de Alberto.

O paciente parece aliviado, e seu primo traz o assunto na consulta seguinte. Com isso resolvido, o parentesco até então desconhecido entre eles paira no ar junto com minha dúvida quanto a poder continuar a atendê-los simultaneamente. Tenho receio de não saber lidar com possíveis situações futuras que possam advir, semelhantes ou até mesmo mais complicadas, suscitadas por suas relações. Como esta é a primeira vez que um surge no tratamento e mesmo na história do outro, julgo ser possível manter os dois atendimentos, em paralelo, como vinha fazendo até então, uma vez que, neste caso, não sinto minha capacidade de pensar afetada por memórias de um ou de outro durante as sessões. Aquela foi a única vez em que suas vidas mentais cruzaram uma com a outra em meu consultório.

#### **IV. Encaminhada pelo ex-namorado**

De um local onde trabalhei, surge um encaminhamento: um colega de outra área com quem tenho pouco contato solicita meu cartão, pois gostaria de recomendar-me a uma amiga, que estaria sofrendo de uma tristeza desmedida nos últimos meses.

Passo-lhe o contato e depois de algumas semanas recebo em atendimento Regina, mulher de meia idade, funcionária pública, separada, com dois filhos adultos, satisfeita profissionalmente, mas afundada em sintomas depressivos intensos, quase incapacitantes. Questionada sobre o possível fator desencadeante para a crise atual, revela-me que tudo começou após o término de um namoro poucos meses antes. O ex-namorado decidira encerrar a relação, depois de muitas idas e vindas de Regina, apaixonada pelo parceiro, mas também culpada por pensar que seus filhos não aceitariam o namoro. Insistia em manter o relacionamento em segredo, o que incomodava ao ex-namorado e a ela também, por não se sentir satisfeita com a relação, apesar de desconfiar que seus filhos já soubessem.

Por algum tempo não consigo ir além desse ponto. As sessões parecem se repetir e percebo que me sinto, ora como Regina, insatisfeito pela limitação em nosso trabalho, imposta por algo não dito, ora talvez como os filhos, desconfiado de que ela sonegasse informações importantes sobre si. A sensação se confirma quando Regina inicia uma sessão dizendo ser impossível continuar caso não me conte algo que vem escondendo desde o início: que seu ex-namorado é o meu colega de trabalho que a encaminhou.

Neste caso, surge a questão da ética entre profissionais. Fico receoso de que meu colega me pergunte sobre Regina e penso em como evocar o sigilo sem desequilibrar meu ambiente profissional. Acredito ser possível continuar a atendê-la sem que isso seja um problema, em especial pela própria conduta ética de meu colega. Uma vez, após o início do tratamento de Regina, ao passar por mim no trabalho, agradeceu-

me por eu tê-la recebido em atendimento, e aquela foi a única ocasião em que tocou no assunto. Como disse, não éramos próximos. Convivíamos no trabalho, trocávamos cumprimentos e eventualmente tínhamos algumas conversas triviais.

Essa distância certamente também contribuiu para que a imagem do parceiro trazida por Regina e minha própria visão de meu colega não interferissem, nem no tratamento dela, nem em minhas relações profissionais. Acredito que teria sido mais difícil ou mesmo impossível caso fôssemos amigos próximos. Muitas vezes, ao encontrar meu colega, eu me lembrava de Regina e do que me relatava sobre seu relacionamento com ele.

## Conclusão

Esses quatro breves relatos podem servir como ilustração para tantas outras situações que contribuem para o abalo da posição ética do psicoterapeuta. Manter a postura é difícil e requer um constante exercício de autorreflexão. Perdê-la momentaneamente para, em seguida, retomá-la mediante entendimento do que se passa no processo psicoterápico contribui para que possamos continuar a ser colaboradores confiáveis enquanto terapeutas. Ogden<sup>17</sup> considera essencial que terapeuta e paciente sejam capazes de assumir a plena responsabilidade por seus próprios e respectivos comportamentos, conscientes e inconscientes, dentro da sessão.

Refletir sobre si próprio e sobre a própria conduta no atendimento é um processo complexo que perpassa vários conceitos e temas psicanalíticos importantes. Dentre eles, considero possível destacar a atenção livremente flutuante, os aspectos da estrutura de *setting* (a neutralidade e seus correlatos: abstinência e anonimato) e a análise da contratransferência e do que se passa no campo bipessoal.

Manter a atenção livremente flutuante tornou-se difícil no caso de Augusto, pois o prévio conhecimento de sua mãe como paciente influenciava minha capacidade de pensá-la como a mãe internalizada pelo paciente em vez de como a mulher que se apresentara anteriormente a mim, com sua própria configuração de mundo interno.

Os aspectos de estrutura do *setting* perpassam todos os quatro casos descritos, mas acredito que o destaque surja no caso de Ernesto e Alberto. Aqui, pode-se constatar que uma quebra de sigilo ocorre (a confirmação indireta de que Ernesto era meu paciente), mesmo que sem maiores consequências, como resultado de uma rigidez excessiva do terapeuta ao propor a conversa entre os familiares e a presença de um acompanhante na sessão seguinte. Ao pensar sobre o caso, vejo que uma conduta mais adequada teria sido ouvir o que Alberto tinha a dizer e permanecer em silêncio sobre qualquer aspecto referente a Ernesto. Creio que o temor, comum em psicoterapeutas iniciantes, de que uma flexibilidade excessiva pudesse levar a uma transgressão, tenha influenciado minha prolixidade neste caso.

Quanto à análise da contratransferência e observação do campo, destaca-se tanto no caso dos vizinhos quanto no de Regina. No primeiro, a insistência para que eu modificasse minha agenda e meus horários conforme a vontade de João despertou-me algo inicialmente não identificado, uma espécie de alerta perturbando um campo intersubjetivo já pré-estabelecido desde o telefonema. Caso os atendimentos houvessem ocorrido, a contratransferência poderia ter servido de ferramenta para o entendimento do que se passava com cada um e entre os dois. Já com Regina, a sensação de estar constricto e de ter informações sonegadas forneceu-me uma pista para algo que surgia e poderia ter se tornado um entrave no tratamento. Além disso, refleti também sobre se conseguiria manter-me anônimo a ela, uma vez que mantinha contato com alguém que fazia parte de meu círculo profissional e chegara até mim por indicação dele.

Definir uma conduta ética universal a ser seguida pelo psicoterapeuta é tarefa presunçosa, frustrada e desafiadora. Creio, porém, que levantar questionamentos e tecer considerações a respeito do assunto seja a melhor maneira de abordar esse aspecto tão relevante para a nossa prática profissional.

## Referências

1. Cruz JC, Golbert SI. Ética em Psicoterapia de Orientação Analítica. Rev. Bras.Psicoter. 2005;7(1):61-72.
2. Freud S. O Eu e o Id (1923). In: Obras Psicológicas de Sigmund Freud – Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente. Rio de Janeiro: Imago; 2007. v3, p.13-92.
3. Cortina A, Martínez E. Ética. São Paulo: Loyola, 2009.
4. Furrow D. Ética: Conceitos-chave em Filosofia. Porto Alegre: Artmed; 2007.
5. Cesarino ACM. Ética e Psicanálise. In: Desafios Éticos. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1993.p. 193-202.
6. Zajdsznajder L. É a Ética uma Ciência? In: Desafios Éticos. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1993.p.15-19.
7. Liberal HSP. Sigilo Profissional. In: Desafios Éticos. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1993.p.97-103.
8. Fé IAM. Conflitos Éticos em Psiquiatria. In: Desafios Éticos. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1993.p.179-192.
9. Portolese DA. Ética e Psicoterapia. In: Ética e Psiquiatria. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2007.p. 137-146.
10. Freud S. Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise (1912). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 2006. v 12, p. 125-133.

11. Mabilde LC. Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise, Cem Anos Depois. *Revista de Psicanálise da SPPA*. 2012; 19(1):227-240.
12. Mondrzak V. Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise: Freud 1912/freud 2012. *Revista de Psicanálise da SPPA*. 2012; 19(1):215-225.
13. Eizirik CL. Entre a Escuta e a Interpretação: um Estudo Evolutivo da Neutralidade Psicanalítica. *Revista de Psicanálise da SPPA*. 1993; 1(1):19-42.
14. Freud S. Sobre o Início do Tratamento (1913). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 2006. v. 12, p. 139-158.
15. Barranger W, Barranger M. La Situación Analítica como Campo Dinámico. In: *Problemas del Campo Psicoanalítico*. Buenos Aires: Kargieman, 1993.p. 129-164.
16. Gabbard GO. Disfarce ou Autorização: Problemas e Recomendações a Respeito da Publicação e da Apresentação de Material Clínico. *Livro Anual de Psicanálise*. 2002; 16: 199-213.
17. Ogden T. What I Would not Part with (2005). In: *This Art of Psychoanalysis – Dreaming Undreamt Dreams and Interrupted Cries*. Hove: Routledge; 2008.p. 19-26.

### **Correspondência**

Adriano Neujahr Agostini

Rua Visconde de Pelotas, Nº 603 - Sala 601

CEP: 95020-180 - Caxias do Sul (RS)

E-mail: adagostini@gmail.com