

TERAPIA BREVE EM HOSPITAL FECHADO

PAULO CESAR SANDLER *

O presente estudo constitui uma verificação clínica, com dados de avaliação de eficácia, de método psicoterápico diádico. Este método é uma integração do recurso de internação em hospital fechado, com a aplicação concomitante de uma psicoterapia breve, de inspiração psicanalítica, desenvolvida de maneira específica.

Esta avaliação baseia-se em critérios de cura ²⁹, que mantêm uma coerência interna com a proposta terapêutica. Mediante delimitação precisa dos objetivos do método, foram estudados os resultados obtidos pelo seguimento de 36 pacientes, durante tempo que variou de 6 meses a 3 anos. Além do estudo específico deste grupo de pacientes, foi feita comparação estatística com 41 pacientes com o mesmo diagnóstico, mas que não foram submetidos ao método.

Destina-se o método a pacientes que podem receber o diagnóstico psicodinâmico de *atuantes* (acting-out). O conceito de atuação aqui utilizado segue os padrões gerais da delimitação original de Fenichel ¹⁴, ou seja, constituiu-se em uma descarga compulsiva de energia catética ligada a situações passadas, que se traduz em uma atitude (atuação) de efeito real como seja uma ação motora ^{7,9,15}. Esta ação motora é geralmente organizada, tendo como finalidade diminuir o incremento da tensão psíquica que surge quando há incapacidade de pensar ^{9,15}. Não é apenas uma fantasia, movimento ou pensamento, mas uma ação motora real ¹⁴. Em termos genéticos, a atuação ligar-se-ia às vicissitudes das angústias durante o desenvolvimento psíquico segundo Melanie Klein²⁸. Estas angústias seriam muito primitivas, aterradoramente aniquilantes para o ego e seu alívio pode se fazer à medida que se estabeleçam objetos maus no meio exterior, que passam a ser depositários de impulsos destrutivos. Ao invés destes impulsos se exteriorizarem pelos mecanismos de defesa correntes como por exemplo, a sublimação, o que aparece é a atuação.

Este diagnóstico psicodinâmico abarca, de maneira generalizadora, uma série de diagnósticos psiquiátricos. A rigor, seria um mecanismo psíquico comum

*Psiquiatra no Instituto Aché e na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Agradecimentos — Deixamos expresso nosso agradecimento aos Drs. Waldemar Cardoso, Sérgio Yahn, Brazileu de Souza, Fernando Giuffrida, Luiz C. Sampalo, Ernesto Baptista Filho e Rodolfo Yahn, pelo fornecimento de dados que tornaram possível a montagem do grupo controle utilizado, e, ainda, aos Drs. Jorge W. F. Amaro, pela orientação na comunicação inicial do estudo, feita em 1974, na Clínica Psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Luiz Antonio O. Silva, pela leitura dos originais e sugestões.

a pessoas cujo comportamento é descrito pela psicopatologia clássica sob vários rótulos. Segundo a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, o nosso método destina-se a: 1) neuroses do tipo histérico, depressivo e de ansiedade; 2) transtornos de personalidade, notadamente as personalidades anti-sociais ou psicopáticas, incluídos aqueles que exibem comportamento auto e sócio-destrutivo através de doenças secundárias como o alcoolismo e as toxicomanias em geral; 3) psicoses, tendo os pacientes comportamento atuante, sem componente endógeno importante.

Os pacientes em questão, cujos exemplos mais típicos podem ser ilustrados por adolescentes drogadictos, em um extremo, e por senhora de meia-idade com doenças psicossomáticas e regredido comportamento histérico, muitas vezes com patoplastias depressivas, em outro, são geralmente tidos como pacientes difíceis. Tentativas de seu manejo por meio de terapêuticas biológicas, cuja base teórica se situa no terreno da organicidade e hereditariedade, se coroam de fracasso; atualmente preconiza-se seu abandono, sendo somente utilizadas como maneiras de reprimir e punir a conduta não desejada^{13,18,26,33}. Do ponto de vista terapêutico, se nos basearmos na compreensão psicodinâmica, produzem efeitos, a rigor, anti-terapêuticos, já que acabam por incentivar justamente os núcleos persecutórios destes pacientes, que passam a ter, após o “tratamento” sólidas raízes no real. O resultado é conhecido: eles passam de hospital em hospital, de delegacia de polícia em delegacia de polícia, em uma romaria através destas instituições de contenção e repressão; a esperança terapêutica é substituída por cronificação. Do ponto de vista psiquiátrico clássico, esta cronificação é algo intrínseco ao doente. Análises da psiquiatria social indicam que doentes crônicos são gerados a partir da atitude do meio social. Mesmo que a gênese da doença não seja “social”, sua manutenção (a cronificação) sem dúvida é socialmente determinada^{21,35,36}. Por outro lado, este tipo de paciente dificilmente se engaja em uma terapia mais profunda. São pacientes pouco gostados e pouco gostáveis; oferecendo inumeráveis razões para nihilismos terapêuticos e racionalizações para justificar os fracassos.

Descrição do método psicoterápico — Por terapia breve entendemos um tratamento de curta duração temporal. Nos últimos anos, assistimos ao surgimento ou reavivamento⁵ de uma grande série de técnicas^{16,17} de psicoterapia verbal, nem sempre produtoras de insight⁵, mas que se baseiam em algum grau de entendimento psicodinâmico do paciente^{5,6,16,17,19,22,37,41,42}. Este interesse foi incentivado pela psiquiatria comunitária³⁶, que precisa responder a uma pressão imensa, constituída pela pleora de pacientes necessitados de psicoterapia¹⁰. Uma justificativa da existência de técnicas breves, consiste no fato de haver uma experiência emocional do paciente *no momento* da terapia: o vínculo real com o terapeuta poderia assumir importância maior do que o deslindamento das raízes genéticas do problema, ou reconstruções exaustivas do passado^{5,39,41,42}. Através da “experiência emocional corretiva”, Alexander e French² iniciaram a metodização de procedimentos psicoterápicos abreviados.

Dentro das terapias breves, não há “identidade teórica ou estrutura interna autoalimentadora, a exemplo da psicanálise, que dispõe de poderosos conceitos-

chave generalizadores, tais como a transferência, o inconsciente”, aponta Fiorini^{16,17}. Elas se constituem, a rigor, em um inventário de objetivos, recursos e técnicas, sem um corpo teórico unitário e globalizante.

Examine-se, por exemplo, uma obra muito divulgada em nosso meio, a de Small³⁰: justapõem-se supressão de ansiedade, supressão de sintomas, clarificação, facilitação do “insight”, objetivos focais ou limitados. Este fato torna difícil a utilização das terapias breves.

Em nosso método foi utilizado o conceito de *foco*, ou terapia focal^{5,6,30}. Não é encarado como um sintoma puro, como recomenda Wolberg^{41,42}. Entendemos os nossos pacientes como “portadores” de um sintoma-chave: o seu inadequado e atuante contato com a realidade exterior. O problema se dimensiona de maneira específica, e o objetivo e condução da terapia são focais; o foco é a atuação. Tenta-se fornecer *um nível de realidade*, que se constituirá na linha mestra de todo o tratamento. Este nível de realidade é conseguido por meio da internação do paciente em um hospital fechado.

O hospital fechado é parte integrante e indispensável do método diádico. Será uma “contra-atuação”, análoga a uma contra-transferência, dirigida e terapêuticamente controlada. O hospital fechado servirá como cerceante temporário das atuações dos pacientes, e constituir-se-á no contexto que *torna possível* a terapia breve. A rigor, será uma limitação real para atuações reais, possibilitando uma aproximação psicoterápica e a criação do vínculo.

O hospital fechado é utilizado segundo as bases teóricas da comunidade terapêutica^{27,35}; o meio ambiente encarado como instrumento terapêutico. Já se assinalou que se comunidades terapêuticas clássicas, em regime aberto e com as decisões sendo tomadas por consenso, são ineficazes para o manejo do tipo de pacientes a que nos referimos³². Existem recomendações explícitas^{8,31} no sentido de se modificar certos preceitos fundamentos da comunidade terapêutica, em termos de uma centralização da autoridade, com o intuito de torná-las mais adaptadas a pacientes atuantes.

Depurando-se o hospital fechado de suas deficiências, ou seja, não o utilizando como agente custodiante-repressor apenas, ou como agente incentivador de laços de dependência, criador da síndrome institucional⁴⁰, pode-se aproveitar suas vantagens. Ele será o cerceante temporário do livre arbítrio de atuar. Ele resolve, ao menos inicialmente, certas situações para pessoas que são incapazes de resolvê-las por si próprias sem lançar mão de atuações auto e sócio-destrutivas.

Esta experiência limitante, uma hospitalização inicialmente compulsória, seria afrouxada, à medida que o paciente possa se responsabilizar pelo afrouxamento das limitações. É uma situação frustrante que impõe um sofrimento necessário. Tal sofrimento e sacrifício serão especialmente difíceis a este tipo de pessoas. O problema deles pode ser resumido, a grosso modo, em uma incapacidade de crescer, aceitando neste processo de vida a frustração e sacrifício nele implícitos. Por intermédio de uma verdadeira transferência institucional^{11,30}, com as reações ligadas a modelos arcaicos detidamente seguidas, analisadas e compreendidas por meio da terapia breve, se possibilita uma experiência de vida que faltaria

a estas pessoas: uma situação cerceante e frustrante, que se resume na própria internação.

Há na técnica um autoritarismo controlador^{23,27,39} utilizado de maneira construtiva, não violenta, incluindo atitudes de enfermagem modificáveis.

O método garante a continuidade do trabalho em pessoas que dificilmente concluem o que iniciam. Intende contiança nos familiares, à medida que diminui sua tensão e toma uma linha não ambígua de conduta, facilitando a sua colaboração. Verificou-se que as famílias apresentam graus variados de reação; por vezes tentam se utilizar da internação com fins punitivos em relação aos pacientes, tendo estas situações sido objeto de clarificação e manejo.

MATERIAL E METODOS

O material é constituído de 36 doentes mentais atuantes que foram internados no Instituto Aché (São Paulo), entre abril de 1974 e janeiro de 1977. Seus diagnósticos psiquiátricos (C.I.D. revisão 1965) eram neuroses, transtornos de personalidade, alcoolismo, toxicomanias e psicoses, algumas delas associadas. Todos apresentavam níveis intensos de atuação, podendo ser classificados como casos graves: vieram ao Instituto por intermédio da polícia, ou após tentativas de suicídio, geralmente contra a sua vontade; um havia violentado sua cunhada; alguns tiveram episódios de violência onde quebravam objetos e agrediam pessoas; outros auto-supliciavam-se, havendo um que queimava seu corpo com pontas de cigarro; dois dos pacientes apresentavam, ao EEG, focos disrítmicos, tendo recebido a medicação específica.

Embora suas atuações continuassem dentro do hospital, como por exemplo, os toxicômanos continuavam trazendo tóxicos, às escondidas, para seus quartos, em apenas dois casos as atuações não puderam ser contidas. Em ambos os casos, se tratava de condutas homossexuais que provocaram repúdio por parte dos outros pacientes internados, originando agressões físicas e revoltas grupais organizadas, sendo o tratamento interrompido pela impossibilidade de se manejar este tipo de atuação no contexto hospitalar.

As tabelas 1, 2 e 3 mostram a nossa casuística classificada de acordo com o diagnóstico psiquiátrico. Os casos acham-se divididos pelo sexo. Consideramos o alcoolismo e as toxicomanias como patologias secundárias, como segundo diagnóstico. Os quadros psicóticos também se acompanhavam de acentuada imaturidade, no sentido de pouca resistência a frustrações, característica esta considerada principal em sua doença. Mesmo nos casos rotulados como psicose maníaco-depressiva, esquizofrenia e os episódios delirantes, todos eles exibiam fatores psicogênicos, tendo sido o tratamento instituído após a remissão do surto agudo, obtida por meio de terapêuticas orgânicas indicadas. Como era de se esperar, sendo sua conduta atuante devida à estrutura básica de personalidade, esta conduta permanecia e passava a dominar o quadro, após a remissão do surto psicótico.

A idade dos pacientes variou de 14 a 61 anos, sendo a idade média de 31,69 anos. Todos provinham de classe média, sócio-economicamente (Tabela 4). Os pacientes foram seguidos de 6 meses a 3 anos, sendo o tempo médio de "follow-up", de 21 meses. Os pacientes encontravam-se doentes, em média, 5 anos e 3 meses antes de sua internação, sendo que 24 deles já haviam sido submetidos a outros tratamentos psiquiátricos.

Crítérios de cura — De acordo com os objetivos fixados pelo método psicoterápico focal, estabeleceram-se três critérios de cura. Os comportamentos exibidos pelos pacientes durante o tempo de seguimento, suas mudanças, foram objeto de um julgamento clínico. Observou-se a existência de um *continuum*, ou seja, pacientes que não se beneficiaram desde o início do tratamento, até pacientes que puderam levá-lo a cabo

	Ansiosa 300.0	Histérica 300.1	Depressiva 300.4	SAI 300.9
Neurose	1 M	1 M	3 H	1 M
Neurose associada a alcoolismo	1 H	—	3 H	—
Neurose associada a toxicomania	1 H	—	1 M	—

Tabela 1 — Distribuição dos 12 pacientes neuróticos, segundo seus sub-tipos, conforme a Classificação Internacional de Doenças, OMS, 1965 e segundo os seus sexos. Alcoolismo e toxicomania são considerados como segundo diagnóstico: M = mulher; H = homem; SAI = expressão latina que equivale a “não especificado de outra forma”.

	Paranóide 301.0	Histérica 301.5	Anti-social 301.7	Imatura 301.8	SAI 301.9
Transtornos de personalidade	2 H	3 M	1 H	1 M	1 H
Transtornos de personalidade associados a alcoolismo	—	—	3 H	2 H	—
Transtornos de personalidade associados a toxicomania	—	—	3 H 1 M	1 H	—

Tabela 2 — Distribuição dos 17 pacientes com transtornos de personalidade, segundo seus sub-tipos, conforme a Classificação Internacional de Doenças, OMS, 1965, e segundo os seus sexos. Alcoolismo e toxicomanias são considerados como segundo diagnóstico.

	Esquizofrenias 295	Afetivas 296	Outras 298
Psicose	2 H	1 M 1 H	1 H 1 M

Tabela 3 — Distribuição dos 6 pacientes psicóticos, segundo cada psicose, conforme a Classificação Internacional de Doenças, OMS, 1965, e segundo os seus sexos.

Profissão	Nº de casos	Profissão	Nº de casos
Pequenos comerciantes	5	Advogados	1
Comerciários	7	Bancários	3
Funcionários públicos	2	Prendas domésticas	6
Médicos e psicólogos	2	Estudantes	3
Engenheiros e arquitetos	1	Sem profissão	6

Tabela 4 — Distribuição dos 36 pacientes segundo sua profissão.

integralmente, com mudanças de comportamento apreciáveis, engajando-se em modos mais realísticos de conduta. Entre os dois extremos, observou-se ampla gama de variação. Interessa-nos, agora, explicar os critérios:

1) *Aceitação mais realística das frustrações imposta pela vida adulta* — No caso, temos a primeira etapa do tratamento: mede-se esta aceitação pelo fato do paciente poder conviver com a realidade da hospitalização. O mais comum é que os pacientes lancem mão, inicialmente, de todos os meios para se livrar desta situação: atuam junto à família, pressionam, mentem, exageram sobre as dificuldades de sua condição, clamam por liberdade, evitam entrar em contato com o médico, agredindo-o como perseguidor; tentam ou chegam a consumir fugas do hospital. Este clima de alta ansiedade é contido se o paciente consegue levar a cabo a internação, transformando o modelo autoritário inicial em uma relação mais adulta com o terapeuta, de mútua colaboração e compreensão. Aqui, a retaguarda familiar se torna fundamental, à medida que possa colaborar com a atitude firme do terapeuta, mantendo a internação. Por outro lado, o paciente pode conseguir fugir e não ser trazido de volta, ou levar toda a internação em uma atitude sedutora, de falsa aceitação. Nesse caso, é considerado como pessoa que não ultrapassou o primeiro estágio do tratamento. Estas são as únicas condições possíveis dentro deste critério de cura, e são mutuamente exclusivas.

2) *Consolidação da capacidade de suportar frustrações* — Qualquer que tenha sido o resultado do primeiro critério de cura, o seguimento temporal dos pacientes pós-alta mostra se eles conseguem realizar modos diferentes de se adaptar à realidade. Mesmo que ele não deixe de atuar, pode modificar suas atuações, em um sentido mais realístico, algumas vezes determinado socialmente: determinadas organizações sociais podem oferecer alternativas de adaptação³⁵. Por outro lado, ele pode, leve ou não a internação até o fim, continuar com as mesmas atuações. No primeiro caso, considera-se que a pessoa está ultrapassando o segundo estágio do tratamento e, vice-versa, no segundo. Considera-se que o melhor parâmetro para se medir suas novas atuações, é o fato do paciente voltar ou não a se envolver com as instituições sociais custodiantes: o hospital psiquiátrico e a polícia. Um paciente pode, ao longo do seguimento, encaixar-se em uma ou mais destas condições.

3) *Sensibilização* — Dentro deste terceiro critério de cura, observa-se a capacidade do paciente ser sensibilizado pelo método, para se dirigir a uma terapia mais profunda. Verifica-se, então, se ele continua o processo psicoterápico pós-alta. Existem três alternativas: que continue em terapia durante todo o tempo de seguimento; que se engaje em tal processo mas o interrompa dentro do tempo de seguimento; que não chegue a entrar em terapia.

Cada uma das alternativas incluídas nos três critérios de cura constitui um ponto no *continuum* que é o seguimento de cada paciente. Para fins de análise estatística, estas alternativas, que exprimem o julgamento clínico de cada caso, podem ser equiparadas a valores numéricos ponderais. A cada paciente, de acordo com a alternativa na qual ele se localiza, vai se atribuindo o valor correspondente. Nas situações descritas como estágios ultrapassados pelo paciente, considera-se o valor atribuído como algebricamente positivo; nas situações onde o paciente não atinge a condição esperada, este valor é negativo. A soma *algébrica* dos vários valores positivos e negativos que o paciente vai ganhando, ao longo do seu seguimento, exprime adequadamente o julgamento clínico de sua maior ou menor capacidade de suportar frustrações. A tabela 5 mostra a equivalência numérica de cada condição, em função dos três critérios de cura. A tabela 6 lança mão de um recurso gráfico para tornar mais compreensível a noção do *continuum* das condições. Os valores algébricos foram escolhidos arbitrariamente, mas guardam coerência entre si. Por exemplo: ao paciente que ultrapassa o primeiro estágio do tratamento, é atribuído o valor (+1); se ele não ultrapassa este primeiro estágio, o valor será (-4). A explicação é que, nos termos dos objetivos do tratamento, se ele conseguir levar toda a internação até o fim, tem um valor positivo, mas que só significa um primeiro passo. O fato dele nem sequer passar esta fase, já tem significado pior, pois elimina ou prejudica seriamente o andamento das outras

fases. Outro exemplo: se ele não for mais re-internado, recebe o valor (+4), por ser este um dado da mais alta importância em relação ao nível de suas novas atuações, ou da inexistência das mesmas; se ele tiver novas re-internações, recebe o valor (-1). Os dois exemplos dizem respeito ao primeiro e segundo critérios de cura, respectivamente.

O que interessa é a soma algébrica dos valores que constam da tabela 5. Esta soma recebe o nome de escore final de cada paciente, equivalente ao julgamento clínico final de cada caso seguido. O escore final é sempre um número compreendido entre (-9) e (+10); o exame da tabela 5 explica porque o valor absoluto negativo é menor: dentro do terceiro critério, as condições equivalentes aos valores (-2) e (-3) são mutuamente exclusivas.

Este escore final admite três alternativas:

1) O escore final é um número maior do que zero: temos um paciente que sofreu algum grau de modificação psicológica, cujo resultado foi uma adaptação social mais realística, evitando que suas atuações, se verificadas, o colocassem à mercê de instituições custodiantes ou sujeitassem-no a relações de dependência excessiva. O escore máximo possível (+10), indica algum grau de melhora psicodinâmica, enquanto que escores menores indicam uma melhor adaptação social, mas não necessariamente uma melhor adaptação interna. *Estes casos correspondem aos julgados clinicamente como de evolução favorável.* O tratamento, então, foi eficaz.

Critério de cura	Condição clínica	Equivalência numérica
Aceitação do nível de realidade	Consegue levar a internação até o final	+ 1
	Não consegue levar a internação até o final (retirado, fuga ou sedução)	- 4
Consolidação da capacidade de suportar frustrações	Poucas atuações no pós-alta, ou modificações nas atuações em um sentido mais realístico	+ 2
	Nenhuma re-internação ulterior	+ 4
	Mesmas atuações, inclusive novas re-internações	- 1
Sensibilização	Continuou em psicoterapia no pós-alta	+ 3
	Continuou psicoterapia no pós-alta mas interrompeu-a durante o período de seguimento	- 2
	Não se engajou em psicoterapia no pós-alta	- 3

Tabela 5 — Equivalência numérica entre os critérios de cura e as condições clínicas verificadas durante o seguimento. Os três critérios de cura encontram-se explicados no texto.

Graduação	Parâmetros
+4	Nenhuma re-internação durante o seguimento
+3	Continuou em psicoterapia durante todo o seguimento
+2	Poucas atuações durante o seguimento, ou mudanças qualitativas nas atuações
+1	Consegue levar a internação até o final
-1	Mesmas atuações durante o seguimento; novas re-internações.
-2	Continuou em psicoterapia após a internação mas interrompeu-a durante o seguimento
-3	Não se engajou em psicoterapia após a internação
-4	Não consegue levar a internação até o final

Tabela 6 — Representação gráfica do continuum constituído pelas diversas condições clínicas que expressam os critérios de cura da tabela anterior. Os valores algébricos são atribuídos a cada paciente para o cálculo do escore final (Vide texto).

2) O escore final é um número igual a zero: aqui se situam os casos em que o tratamento parece ter sido de alguma utilidade do ponto de vista de adaptação social, mas não do ponto de vista psicodinâmico. Nestes casos, as atuações cessaram ou mudaram o suficiente para se tornarem mais suportáveis pelo meio. *Estes casos correspondem aos julgados clinicamente como de evolução desfavorável.* O tratamento foi ineficaz.

3) O escore final é um número menor do que zero: aqui se situam os piores casos, quer do ponto de vista social, quer do ponto de vista psiquiátrico. Como na alternativa 2, *correspondem aos julgados clinicamente como de evolução desfavorável.* O tratamento foi ineficaz.

Para ilustrar o uso dos critérios de cura e o cálculo do escore final, podemos lançar mão de um caso observado: M. R., mulher, 47 anos, depressão com toxicomania secundária (viciada em barbitúricos e metaqualona há 10 anos); levou a internação até o fim, abandonou o vício, voltou a trabalhar (comerciante), não foi re-internada durante dois anos e meio de seguimento, não entrou em psicoterapia. Valores: +1, +2, +4. -3. Escore final: +4.

De posse dos escores correspondentes a cada um dos 36 casos, podemos dividi-los em dois grupos; casos de evolução favorável e de evolução desfavorável.

Para que possamos avaliar realmente a eficácia do tratamento, consideramos que, em termos estatísticos, resultados baseados unicamente em percentuais de evolução favorável, são insuficientes. O nosso estudo clínico se completa, então, mediante comparação estatística entre os resultados obtidos pela aplicação do nosso método psicoterápico e os resultados obtidos pela aplicação de outras formas de manejo de doentes comparáveis.

Para tanto obtivemos, por meio de uma amostra sistemática dos casos internados no mesmo período de tempo um grupo controle de pacientes de mesmo diagnóstico psicodinâmico e psiquiátrico, que foram internados na mesma época que os do nosso grupo, mas que foram tratados por diferentes colegas, com métodos variados. Pode-se questionar a validade deste grupo controle, já que os pacientes foram internados no mesmo hospital, havendo a possível influência de uma "ideologia de tratamento". Conquanto tal fato seja inegável, havendo a possibilidade de a grosso modo estarmos

comparando dois grupos idênticos, julgamos que a variável principal, ou seja, uma psicoterapia sistematizada, define uma diferença nos dois grupos. Quanto à sua composição formal, ou seja, idade, sexo, categoria sócio-econômica, este grupo controle, de 41 pacientes, foi pareado com o nosso grupo. Mediante o teste do chi quadrado, com um nível de significância de 0.01, fêz-se a comparação das proporções de resultados obtidos nos dois grupos, após o cálculo dos escores para os casos do grupo controle.

RESULTADOS

A tabela 7 mostra os resultados numéricos obtidos em nossa casuística e no grupo controle, divididos em dois grupos: de evolução favorável e de evolução desfavorável. O valor do índice de dispersão das frequências, o chi quadrado, foi de 1,25, para 1 grau de liberdade, ou seja, não significativa. Em outras palavras, podemos afirmar que não há associação estatística significativa entre a melhoria clínica de nossos pacientes e o fato deles serem submetidos ao método psicoterápico proposto.

Os nossos dados, no entanto, permitem uma outra verificação! ao levarmos em conta a variável do diagnóstico psiquiátrico, alteram-se as proporções, em cada diagnóstico, conforme as tabelas 8, 9 e 10. As frequências verificadas nestas tabelas não

Grupo de pacientes	Evolução		Total
	favorável	desfavorável	
Pacientes submetidos a terapia breve em hospital fechado	13 (36,12%)	23 (63,88%)	36
Grupo controle	10 (24,39%)	31 (75,61%)	41

Tabela 7 — Comparação entre as frequências das evoluções favoráveis e desfavoráveis dos casos classificados segundo os escores finais (vide texto), dos pacientes submetidos à terapia breve em hospital fechado e dos pacientes do grupo controle pareado, por meio do chi quadrado: $\chi^2 = 1,25$; g.l — 1; não significativa.

Grupo de pacientes	Frequências de evolução		Total
	favorável	desfavorável	
Pacientes submetidos a terapia breve em hospital fechado	6 (50%)	6 (50%)	12
Grupo controle	4 (26,4%)	13 (73,6%)	17

Tabela 8 — Neuroses: comparação entre as frequências de evoluções favoráveis dos casos classificados segundo os escores finais dos pacientes submetidos à terapia breve em hospital fechado e dos pacientes do grupo controle; a diferença para mais do grupo tratado (23,6%) é superior à encontrada na casuística geral, da tabela 2. Não foi aplicado teste de aderência.

Grupo de pacientes	Frequências de evolução		Total
	favorável	desfavorável	
Pacientes submetidos a terapia breve em hospital fechado	4 (22,3%)	10 (77,7%)	14
Grupo controle	3 (21,4%)	11 (78,6%)	14

Tabela 9 — Transtornos de personalidade: (vide texto e legenda da tabela 3). Neste caso, os percentis obtidos são praticamente idênticos, o que se pode ser verificado mesmo sem a aplicação de qualquer teste estatístico.

Grupo de pacientes	Frequências de evolução		Total
	favorável	desfavorável	
Pacientes submetidos a terapia breve em hospital fechado	3 (50%)	3 (50%)	6
Grupo controle	3 (30%)	7 (70%)	10

Tabela 10 — Psicoses (vide texto e legenda da tabela 3). Neste caso, a exemplo do verificado para as neuroses, ocorre uma diferença para mais para o grupo tratado, de casos favoráveis, de 20%, superior à diferença da casuística global.

permitem uma análise estatística por meio do teste de aderência, mas são sugestivas. Em relação às neuroses e psicoses (tabelas 8 e 9), observa-se que os números são praticamente idênticos: em nosso grupo de pacientes, obtivemos 50% de resultados bons, enquanto que no grupo controle, esta porcentagem foi de 20%. Não sabemos se esta diferença é estatisticamente significativa, mas tal verificação pode ser feita em estudo ulterior, mediante aumento do número de casos no grupo controle.

Em relação aos transtornos de personalidade, não se verifica tal diferença; ao contrário, os resultados — aproximadamente 20% de resultados bons tanto na nossa casuística como no grupo controle — são indicativos de que esta extrema semelhança pode estar sendo responsável pelo resultado global encontrado, a não-associação.

DISCUSSÃO

A avaliação científica dos nossos resultados, proporcionada pelo uso da estatística, buscando algo mais do que uma avaliação puramente teórica, ou uma avaliação impressionística baseada em poucos casos, nos conduziu a um resultado global pouco promissor: não há diferença na melhora de pacientes atuantes, quer eles sejam tratados por uma psicoterapia sistematizada ou não: houve 36,1% de melhora no primeiro caso, e 24,3% no segundo, sendo esta diferença de 12% não significativa. O exame das três categorias diagnósticas, no entanto,

indica que elas são uma variável importante. Os dados disponíveis, embora não submetidos a uma análise estatística, sugerem fortemente que uma psicoterapia breve sistematizada, em hospital fechado, é de real utilidade para o tratamento de neuróticos e psicóticos atuantes; este mesmo tipo de psicoterapia não é indicado para transtornos de personalidade.

A aproximação teórica inicial, com um embasamento psicodinâmico, formulava a hipótese, baseada em uma construção teórica, de que tal método psicoterápico teria uma indicação médica para pacientes atuantes, de um modo geral. A análise estatística ulterior, avaliando os resultados do tratamento, permitem-nos precisar melhor a indicação terapêutica. Julgamos que ambas as aproximações do problema, ou seja, o ponto de vista psicanalítico, como gerador de hipóteses, e a verificação clínico-estatística ulterior são complementares e indispensáveis.

O trabalho não pretende encerrar o problema do tratamento de pacientes atuantes; ao contrário, consideremos que nossa aproximação pode estar simplificando demasiadamente o problema, na tentativa, ao menos inicial, de se evitar um nihilismo terapêutico propondo e testando um método de ajuda a este tipo de doentes.

Uma série de questões podem ser levantadas, e não pretendemos resolvê-las no âmbito da presente comunicação, mas tão somente formulá-las: a base teórica psicodinâmica é válida?; quantos psicanalistas concordam com a "experiência emocional corretiva"?; seria o método potente a ponto de reformular um modelo de conduta arcaico, baseado em um super-ego aterrador, em tão pouco tempo, e sem a explicação e revisão minuciosa desta questão?; a continuidade do tratamento seria com o terapeuta que iniciou o trabalho, ou este estaria obrigatoriamente na posição de um "sapador", uma "tropa-de-choque", devendo a análise ulterior ser feita sempre com outro terapeuta, não tão envolvido em contra-ataques reais?; que objeções éticas podem ser levantadas ao estar se estabelecendo o serceamento temporário da liberdade de uma pessoa?; até que ponto o autoritarismo controlador é invasivo e moralmente aceitável? Este ponto torna-se mais delicado quando lidamos com atuações destrutivas para o meio, como as toxicomanias, onde poder-se-ia depreender que um uso de todo o método objetivaria a mudança comportamental da pessoa, em termos sociais. Quanto a este ponto, julgamos poder ficar adstritos ao modelo médico: não se quer suprimir uma conduta, mas tão somente possibilitar uma visão interna mais realística. É bem possível que a conduta nem mesmo se modifique, e exista algum grau de melhora psicológica, ou mudança psicológica. Por outro lado, a modificação da conduta em si não indica necessariamente modificações dinâmicas. Um exemplo seria o do paciente que veio ter ao hospital após ter violentado sua própria cunhada; ele era estudante, ativista político de esquerda; após o tratamento, deixou de ter condutas deste tipo, conseguindo se inserir, pela primeira vez em sua vida, em uma atividade profissional (até então era sustentado pela esposa). Esta atividade, fornecida pelo seu meio social, possibilitou-lhe uma canalização mais realística de sua agressividade, mas não sua resolução: ele se tornou agente policial do serviço secreto do governo, encarre-

gado de problemas de subversão da ordem política vigente. Limitou-se a trocar uma atuação por outra; do ponto de vista psicodinâmico, sua melhora foi nula; seu escore foi zero.

Finalmente, considerações sobre a análise estatística e suas limitações. É possível haver restrições à escolha do nível de significância, de 0.01. A escolha do nível de significância se faz previamente à coleta e análise de dados, e se constitui em uma discussão estatística que foge ao âmbito do presente estudo. Se tivéssemos escolhido, por exemplo, um nível de 0.10, ou seja, se estivéssemos admitindo a hipótese de errarmos em 10% das vezes quanto à nossa afirmação, o valor do teste do chi quadrado seria considerado significativo. No entanto, não nos parece que seja prejudicial um maior rigor, ficando registrado o ponto para discussão apenas.

O estudo parece-nos fornecer respostas parciais ao problema proposto, cabendo ulteriores verificações

RESUMO

O presente estudo cuida de pacientes "difíceis" da clínica psiquiátrica e psicoterápica: os pacientes que apresentam o fenômeno da atuação, cuja aproximação terapêutica tem se demonstrado problemática, mesmo com o advento das modernas técnicas de psicoterapia e das comunidades terapêuticas. Os diagnósticos psiquiátricos destes pacientes variam: são neuróticos, apresentam transtornos de personalidade, são psicóticos e quase sempre com graves doenças secundárias: alcoolismo e toxicomania (Códigos Classificação Internacional de Doenças 295 a 299, 300, 301, 303 e 304). Propõe-se, à luz da compreensão psicanalítica destas pessoas, um tratamento psicoterápico breve, focal, com o auxílio de uma hospitalização em regime fechado.

Para a avaliação dos resultados do método psicoterápico diádico, criaram-se critérios de cura coerentes com a proposta terapêutica, e equiparam-se estes critérios clínicos a valores numéricos. Utilizando 36 pacientes internados, verificou-se até que ponto eles alcançavam estes critérios. Cada paciente recebeu um escore — valor numérico — que expressou o seu desempenho durante o tratamento em regime de internação, e sua conduta pós-alta hospitalar, durante um seguimento médio de 21 meses. Estes 36 pacientes puderam ser divididos em dois grupos: os de evolução favorável (obtivemos 36,1%) e os de evolução desfavorável. Por meio de uma amostra sistemática composta por 41 pacientes que não foram submetidos ao método, internados no mesmo período de tempo, no mesmo hospital, e pareados com nossa casuística, fêz-se uma comparação estatística entre os percentis obtidos nas evoluções dos dois grupos. O valor do teste estatístico, o chi quadrado, não foi significativo. O exame das proporções correspondentes a cada patologia em separado sugeriu fortemente que o tratamento estaria indicado nas neuroses e nas psicoses, mas que seria realmente ineficaz nos transtornos de personalidade; não foi feita a análise estatística para cada patologia em separado, sendo esta uma perspectiva de estudo futuro. O trabalho é complementado com uma análise crítica dos aspectos teóricos e das conclusões estatísticas.

SUMMARY

Brief psychotherapy in a closed-door hospital

This paper deals with a difficult subject in psychiatric and psychotherapeutic practice: the acting-out patient. There are dubious results provided by present therapeutic approaches, even taking in account the aid of modern psychotherapies and classic therapeutic community principles. The International Classification of Diseases (I.C.D.) diagnoses of acting-out patients vary: they are neurotics (I.C.D. 300), they show personality disorders (I.C.D. 301), they are psychotics (I.C.D. 295 to 299), and they often carry with them severe secondary symptoms which constitutes a second diagnose: alcoholism and addiction (I.C.D. 303 and 304, respectively). Through the psychoanalytical approach, the author proposes a focal brief psychotherapy with the aid of a counter acting-out therapeutic environment, provided by a closed-door mental hospital.

By the use of some criteria of cure, which are internally coherent with the therapeutic proposal, it is verified in which extent 36 in-patients could meet those criteria when submitted to the method. An algebraic score was given to each patient. This score is a number which expresses the patient's clinical performance during the hospitalization and during the follow-up discharge time (Mean time of follow-up obtained: 21 months).

Two groups emerged from the original 36 patients group: a favorable outcome group, composed by 36% of patients, and an unfavorable group. The study comprises a statistical evaluation of this result, by comparing it with the results obtained with a matched, non submitted to the method, 41 — patient group. The value of the statistical test used, the chi square, was non-significant, at a level of 0.01.

There was made a further examination of the proportions obtained when the two groups were divided by each diagnoses. There is a strong evidence that this variable had an influence in the overall results. The method seems to be of some utility when applied to acting-out neurotics and acting-out psychotics, but show no efficacy when applied to acting-out personality disorders. No statistical test was used in the analysis of each pathology, because there were no sufficient number of patients in the control group. The study provides a theoretical frame-work and a critical analysis on statistical conclusions.

REFERENCIAS

1. ABT, L. & WEISSMAN, B. — Teoria y Clínica de la Actuación. Versão castelhana, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1967.
2. ALEXANDER, F. & FRENCH, T. — Terapia Psicanalítica. Versão castelhana, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1965.
3. ALLEN, D. & HOUSTON, M. — The management of hysteroid acting-out patients in a training clinic. *Psychiat.* 22:41, 1959.
4. BANDLER, B. — Health oriented psychotherapy. *Psychosom. Med.* 21:177, 1959.

5. BARTEN, H. N. — The coming of age of the brief psychotherapies. Barten, H. N., editor — *In Progress in Community Mental Health*. Grunne & Stratton, New York, 1967.
6. BECK, D. — Möglichkeiten und Grenzen der Kurzpsychotherapie. *Praxis* 64:184, 1974.
7. BELLAK, L. — El concepto de actuación: consideraciones teóricas. *In Teoría y Clínica de la Actuación*. Versão castelhana, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1967.
8. BELLAK, L. — Introducción. *In Psicoterapias Breves*. Versão castelhana. Crónica Editor, Buenos Aires, 1972.
9. BICUDO, V. — Avaliação da primeira jornada brasileira de psicanálise. *Rev. Bras. Psicanálise*, 1:155, 1967.
10. CAPLAN, G. — Princípios de Psiquiatria Preventiva. Versão castelhana, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1967.
11. CATTEL, J. A. — Limited goal psychotherapy in a psychiatric clinic. *Amer. J. Psychiat.* 120:255, 1961.
12. Classificação Internacional de Doenças, OPAS/OMS, revisão 1965.
13. DOYLE, I. — Nosologia Psiquiátrica. Casa do Estudante do Brasil & Editôra Guanabara-Koogan, Rio de Janeiro, 1956.
14. FENICHEL, O. — Neurotic acting-out. *In Collected Papers of Otto Fenichel*. W. W. Norton Company, New York, 1954.
15. FERRÃO, L. M. — O conceito de "acting-out". *Rev. Bras. Psicanálise*, 1:27, 1967.
16. FIORINI, H. — Psicoterapia dinamica breve: aportes para una teoria de la tecnica. *Acta Psychiat. Psicol. Amer. Lat.* 14:101, 1968.
17. FIORINI, H. — Problemática actual de las psicoterapias breves. *In Nuevas Perspectivas em Salud Mental*. Tiempo Contemporaneo Editores, Buenos Aires, 1973.
18. FROMM-REICHMANN, F. — Principles of Intensive Psychotherapy. The University of Chicago Press, Chicago, 1952.
19. GILLIERON, E. — Quelques considérations sur les interventions psychotherapiques de courte durée. *Praxis* 64:1477, 1973.
20. GILLMAN, R. D. — Brief psychotherapy: a psychoanalytic view, *Amer. Psychiat.* 122:601, 1965.
21. GOFFMAN, E. — Internados. Versão castelhana, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1973.
22. GRINSON, W. — Nuevas Perspectivas en Salud Mental. Versão castelhana, Tiempo Contemporaneo Editores, Buenos Aires, 1973.
23. HALEY, J. — Control in brief psychotherapy. *Arch. Gen. Psychiat.* 4:139, 1961.
24. HOLLENDER, M. — Selection of patients for definitive forms of psychotherapy. *Arch. Gen. Psychiat.* 10:361, 1964.
25. JACOBSON, E. F. — The scope and practice of an early access brief treatment psychiatric center. *Amer. J. Psychiat.* 121:1176, 1961.
26. JENKINS, R. — The psychopathic or antisocial personality. *J. Nerv. Ment. Dis.* 131:318, 1960.
27. JONES, M. — Therapeutic community principles, Programas e Relatórios Oficiais do VI Congresso Latino-Americano de Psiquiatria, São Paulo, 1970.

28. KLEIN, M. — As origens da transferência. Versão brasileira de J. Sandler. Rev. Bras. Psicanálise, 2:618, 1969.
29. LESSE, S. — Evaluation of the Results of Psychotherapies. Charles C. Thomas, Springfield (Illinois), 1968.
30. LEWIS, A. B. — Brief psychotherapy in the hospital setting: techniques and goals. Psychiat. Quart. 47:341, 1973.
31. RAPOPORT, R. & RAPOPORT, R. — Permissiveness and treatment in a therapeutic community. Psychiat. 22:57, 1959.
32. ROME, H. — Problemas relativos al manejo terapeutico de la actuación en pacientes hospitalizados. In Teoria y Clinica de la Actuación. Versão castelhana, Editorial Paidós, Buenos Aries, 1967.
33. SANDLER, J. — Delinquentes, personalidades psicopáticas? Rev. Bras. Psicanálise. 1:263, 1967.
34. SANDLER, J. — Construções etiológicas em relação às perversões sexuais. Bol. Psiqiat. (São Paulo) 7:73, 1974.
35. SANDLER, P. C. — A psiquiatria social e a epidemiologia dos distúrbios mentais. Rev. Med. (São Paulo) 55:331, 1971.
36. SANDLER, P. C. — O campo da psiquiatria social; definição de termos e um esquema. Bol. Psiqiat. (São Paulo) 8:53, 1975.
37. SIFNEOS, P. E. — Two different kinds of psychotherapy of brief duration. Amer. J. Psychiat. 123:1069, 1967.
38. SLUZKI, C. E. — Interacción Familiar: Aportes Fundamentales sobre Teoria y Técnica. Versão castelhana, Tiempo Contemporaneo Editores, Buenos Aires, 1974.
39. SMALL, L. — Psicoterapias Breves. Versão castelhana, Granica Editora, Buenos Aires, 1972.
40. WING, J. K. — Community Care in United Kindom. In Community Psychiatry. The University of Wisconsin Press, Madison, 1966.
41. WOLBERG, L. — Short-term Psychotherapy. Grunne & Stratton, New York, 1965.
42. WOLBERG, L. — Methodology in short-term therapy. Amer. J. Psychiat. 122:135, 1965.

Instituto Aché — Av. Lacerda Franco 527 — 01536 São Paulo, SP — Brasil.